

Calidad de Atención Percibida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



CAROLINA STELLA GONZÁLEZ GAMBOA

**CALIDAD DE ATENCIÓN PERCIBIDA Y CALIDAD DE VIDA
RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES PARTICIPANTES DE
ESTUDIOS CLÍNICOS DE LA IPS IDEARG SAS.**

TRABAJO DE GRADO

BOGOTÁ D.C.

2014

Calidad de Atención Percibida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



CAROLINA STELLA GONZÁLEZ GAMBOA

**CALIDAD DE ATENCIÓN PERCIBIDA Y CALIDAD DE VIDA
RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES PARTICIPANTES DE
ESTUDIOS CLÍNICOS DE LA IPS IDEARG SAS.**

TRABAJO DE GRADO

RAFAEL PIÑEROS

POSTGRADO MAESTRÍA EN DIRECCIÓN

BOGOTÁ D.C.

2014

Dedicatoria

A mi madre por su apoyo incondicional y ser cómplice de mis proyectos.

Agradecimientos

La autora expresa su agradecimiento a todos aquellos que con su aporte hicieron posible este documento.

Personas como el Doctor Renato Guzmán Moreno quien abrió las puertas de su Institución para que esta investigación fuera una realidad.

Al docente y Director de Trabajo de Grado Rafael Piñeros quien desde el comienzo del proyecto, brindo su confianza y compromiso para que este fuera un trabajo hecho con rigor y calidad.

A la Doctora Lorena Jiménez quien continuamente brindo su colaboración sobre los temas de Estudios Clínicos.

A los investigadores Gustavo Cabrera y Carlos Castro quienes orientaron el trabajo en los temas de calidad y autorizaron el uso del instrumento PECASUSS.

A la compañía OptumInsight Life Sciences, Inc. la cual, a través de su Oficina de Becas e Investigación Académica (OGSR, por su siglas en ingles de Office of Grants and Scholarly Research), proporcionó el instrumento SF36v2 y su software de procesamiento.

Al docente Juan Carlos Espinoza quien fue fundamental en el procesamiento de la información.

Y a los docentes Juan Javier Saavedra, Carlos Méndez, Javier González, Diego Cardona, Ángela Noguera y Francoise Contreras quienes siempre estuvieron dispuestos para responder las dudas.

Contenido

Portada.....	1
Contraportada	¡Error! Marcador no definido.
Dedicatoria	3
Agradecimientos.....	4
Contenido.....	5
Índice de Tablas	8
Índice de Figuras.....	10
Glosario	11
Resumen Ejecutivo de la Propuesta	13
Abstract	15
Introducción.....	16
Capítulo I: Planteamiento Del Trabajo de Grado.....	18
Objetivos	18
Objetivo General	18
Objetivos Específicos	18
Fundamentación teórica.....	18
Concepto de Calidad.....	19
Aportes al Concepto de Calidad.....	21
La Filosofía de Deming.	22
La Filosofía de Juran.....	26
La Filosofía de Crosby.	28
Otros Aportes a la Gestión Total de la Calidad.	30
Masaaki Imai	30
A. V. Fiegen Baum.	30
Kaoru Ishikawa.....	30
Genichi Taguchi.	31
Shingeo Shingo.....	31

Calidad de Atención Percibida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Walter Shewhart.....	31
La Calidad de la Atención en Salud Percibida en Colombia.	32
La Calidad de la Atención en Salud Percibida y la Salud.....	37
Calidad de vida en Salud y Calidad de la Atención en Salud Percibida.....	39
Marco Metodológico	43
Descripción detallada del método de investigación.....	44
Participantes.....	44
Contexto De La Muestra Seleccionada.	46
Instrumentos Para La Recolección De Información.	47
PECASUSS.....	47
Cuestionario SF36v2.....	47
Resultados esperados.....	49
Justificación de la propuesta con relación al proyecto del profesor y a la línea al cual se inscribe.	50
Hallazgos Identificados En la Investigación	53
Capítulo II: Descriptivos De Las Subdimensiones De La Calidad De La Atención Percibida Y Los Índices Y Dominios De La Calidad De Vida Relacionada Con La Salud	53
Caracterización Demográfica	53
Descriptivos De Los Subdimensiones De La Calidad De la Atención en Salud Percibida.....	57
Descriptivos De Los Dos Índices Y Ocho Dominios Del Cuestionario SF36v2 Sobre Salud Y Bienestar Para Medir Calidad De Vida Relacionada Con La Salud.....	70
Capítulo III: Caracterización Demográfica Frente A La Calidad De La Atención Percibida Y La Calidad De Vida Relacionada Con La Salud.	73
Correlación Entre Datos Sociodemográficos Y La Calidad De La Atención Percibida.....	74
Correlación Entre Datos Sociodemográficos Y La Calidad De Vida Relacionada Con La Salud.	80

Capítulo IV: Descripción De La Relación Entre Las Subdimensiones de la Calidad De La Atención Percibida y La Calidad De Vida Relacionada Con La Salud.....	87
La Solución Dada Y Sus Correlaciones.	89
El Trámite Realizado Y Sus Correlaciones.	89
La Planta Física Y La Salud General.	90
La Dotación de la IPS y El Rol Físico.....	90
La Orientación Dada y El Rol Físico.....	91
Capítulo V: Discusión De Las Correlaciones Que Describen La Existencia De Relación Entre La Calidad De La Atención Percibida Y La Calidad De Vida Relacionada Con La Salud.	92
Solución Dada Y Sus Correlaciones.	92
El Trámite Realizado Y Sus Correlaciones.	96
La Planta Física Y La Salud General.	99
La Dotación de la IPS y El Rol Físico.....	100
La Orientación Dada y El Rol Físico.....	101
Conclusiones Y Recomendaciones.....	103
Bibliografía	104
Pie de Página	111

Índice de Tablas

- Tabla # 1. *Ocupación*
- Tabla # 2. *Servicio Demandado*
- Tabla # 3. *Subdimensiones de la Calidad*
- Tabla # 4. *Trámite para ser Atendido*
- Tabla # 5. *Costo del Servicio*
- Tabla # 6. *Tiempo de Espera (Minutos)*
- Tabla # 7. *Percepción del Tiempo*
- Tabla # 8. *Solución a la Necesidad*
- Tabla # 9. *Respuestas del Personal*
- Tabla # 10. *Aseo de la Institución*
- Tabla # 11. *Estado de la Planta Física*
- Tabla # 12. *Muebles y Enseres*
- Tabla # 13. *Trato del Personal Asistencial*
- Tabla # 14. *Trato del Personal Administrativo*
- Tabla # 15. *Cooperación entre Funcionarios*
- Tabla # 16. *Capacidad de los Profesionales*
- Tabla # 17. *Cuidados de Salud en Casa*
- Tabla # 18. *Calidad del Servicio*
- Tabla # 19. *Atención General*

Calidad de Atención Percibida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Tabla # 20. *Calidad de Vida Relacionada con la Salud*

Tabla # 21. *Calidad de la Atención en Salud Percibida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud.*

Índice de Figuras

Figura 1. Artritis Reumatoide

Figura 2. Lupus Eritematoso Sistémico

Figura 3. SF36v2 Modelo de encuesta de medición de salud.

Figura 4. Nivel Educativo

Figura 5. Estrato

Figura 6. Sistema General de Seguridad Social

Figura 7. Calidad de la Atención Percibida y Afiliación al SGSSS.

Figura 8. Calidad de la Atención Percibida y Sexo.

Figura 9. Calidad de la Atención Percibida y Nivel Educativo.

Figura 10. Calidad de la Atención Percibida y Ocupación.

Figura 11. Calidad de la Atención Percibida y Estrato.

Figura 12. Calidad de Vida relacionada con la Salud y Afiliación al SGSSS.

Figura 13. Calidad de Vida relacionada con la Salud y Sexo.

Figura 14. Calidad de Vida relacionada con la Salud y Nivel Educativo.

Figura 15. Calidad de Vida relacionada con la Salud y Ocupación.

Figura 16. Calidad de Vida relacionada con la Salud y Estrato.

Glosario

Atención en Salud: Conjunto de servicios que se prestan a un usuario en el marco de los procesos del aseguramiento así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación prestadas a toda la población en Colombia. (Ministerio de la Protección Social, 2006)

Calidad de la Atención en Salud en Colombia: Lograr el mayor nivel posible de satisfacción en las expectativas de atención en salud de los colombianos, en condiciones de efectividad técnica y seguridad de los servicios provistos, dentro de un SGSSS socialmente legítimo, que garantice el acceso equitativo a las atenciones en salud en un marco de eficiencia. (Ministerio de Protección Social, 2009, pp. 19).

Calidad de Servicios en Salud: Producto de servicios de salud accesibles y equitativos brindados a usuarios individuales y colectivos a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de tales usuarios. (Ministerio de la Protección Social, 2006)

Calidad de Vida Relacionada con Salud: Del abordaje de la Calidad de Vida Relacionada con Salud que realizan Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez y Fajardo (2006) en el escrito Calidad de Vida y Adhesión al Tratamiento en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis, se toma la construcción del concepto.

En el escrito referido los autores resaltan el impacto de este concepto en enfermedades crónicas y progresivas, y de la mano de Porter (1994 En: Contreras, et al., 2006) precisan que es un proceso cambiante y dinámico que se expresa en términos de bienestar, y que actualmente refiere, en palabras de los autores a “una evaluación que realiza el individuo respecto a su salud, relacionada

con el grado de funcionamiento social, físico y cognitivo, la movilidad y el cuidado personal para realizar las actividades cotidianas, así como el bienestar emocional y la percepción general de la salud” (Ibid, pp. 488); definición que se vincula a los dominios y sub dominios resultantes del Cuestionario SF36v2, sobre los cuales se profundiza en el acápite de Instrumentos de Recolección de Información.

Estudios Clínicos: De acuerdo con la Food and Drugs Administration (FDA, 2009) es un estudio de investigación realizado con personas voluntarias en pro de responder a preguntas relacionadas con la salud, se consolidan como una ruta rápida para identificar tratamientos y formas de mejorar la salud. Muchos de los ensayos clínicos se realizan para determinar la inocuidad y eficacia de un fármaco o dispositivo nuevo para uso de personas.

Intervenciones en Calidad de Servicios de Salud: Acción o conjunto de acciones ejecutadas en alguna institución o en las redes prestadoras de servicios de salud, para obtener un cambio o producir resultados positivos e identificables en la calidad de sus servicios. (Ministerio de la Protección Social, 2006)

Percepción de la Calidad de los Servicios de Salud: Expresiones de valor, adherencia y satisfacción del usuario ante los servicios de salud recibidos. (Ministerio de la Protección Social, 2006)

Producto de Investigación: Una forma farmacéutica de un ingrediente activo o placebo que se está probando o usando como referencia en un estudio clínico, incluyendo un producto con una autorización de comercialización cuando se utiliza o se condiciona (formulado o empacado) en una manera diferente a la aprobada o cuando se usa para obtener mayor información sobre un uso previamente aprobado. (Comité Directivo de Conferencia de Armonización, 1996)

Sujetos Participantes: Personas que de manera voluntaria e informada participan en el proceso de investigación. (INVIMA, 2009).

Resumen Ejecutivo de la Propuesta

La presente investigación surge en el programa de Bienestar y Calidad de Vida suscrito a la Línea de Liderazgo en la Escuela de Administración de la Universidad del Rosario, con el objetivo de describir si las subdimensiones de la calidad de la atención percibida guardan relación con la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes participantes en Estudios Clínicos en la Institución Prestadora de Servicios de Salud IDEARG SAS, considerando si los factores sociodemográficos se constituyen en mediadores de esta relación.

Esta investigación plantea un estudio descriptivo correlacional, en el que a partir de la utilización de los cuestionarios PECASUSS, Percepción de la Calidad según Usuarios del Servicio de Salud, y SF36 de Calidad de Vida Relacionada con la Salud, se lleve a cabo un procesamiento estadístico descriptivo en el software SPSS 21, y con ello se evidencie la correlación entre la calidad de atención percibida y la calidad de vida en salud.

Para su desarrollo se abordaran cinco capítulos. El primero engloba el proyecto de trabajo de grado propuesto, el segundo capítulo refiere a la descripción de las subdimensiones que componen la Calidad de la Atención Percibida y de los índices y dominios que a la Calidad de Vida relacionada con la Salud atañen; en el tercer capítulo se evidencia la relación entre los datos sociodemográficos de los participantes y, por un lado, la Calidad de la Atención Percibida y, por otro lado, la Calidad de Vida Relacionada con la Salud; enseguida en el cuarto capítulo se describen las relaciones emergentes entre los dominios de la calidad de vida relacionados con la salud y las subdimensiones de la calidad de la atención en salud percibida; en un quinto capítulo se discuten las correlaciones que describen la existencia de relación entre la Calidad de la Atención Percibida y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud; y finalmente se da cierre al trabajo con las conclusiones y recomendaciones.

Calidad de Atención Percibida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Palabras Clave: Calidad, Calidad de Vida Relacionada con la Salud, Calidad de la Atención Percibida, Estudios Clínicos, Participantes, Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Abstract

This research emerge in Well Being and Quality of Life Program, subscribed to the Leadership Line in the School of Management at the University of Rosario, in order to describe if the subdimensions of the quality of care perceived are related to the quality of life related to health in patients participating in clinical trials in the Lending Institution of Health Services IDEARG SAS, considering whether socio-demographic factors are mediators of this relationship.

The research presents a descriptive correlational study, which from the use of PECASUSS, Quality of Care Perceived by Health Services Users, and SF36v2 Quality of Life Related to Health, was carried out a descriptive statistical processing in the SPSS 21 software, thereby evidencing the correlation between the perceived quality of care and quality of life related to health.

For its development five chapters were addressed. The first chapter is about the project proposed, the second chapter concerns to the description of the subdomains that compounds the Perceived Quality of Care and of the indices and domains of the quality of life related to health; in the third chapter evidence the relationship between socio-demographic data of the participants and, first, the Perceived Quality of Care, and second, the Quality of Life Related to Health; then in chapter fourth are described the emerging relationships between the domains of quality of life related to health and the subdimensions of perceived quality of care; in a fifth chapter are discussed the found correlations between Perceived Quality of Care and Quality of Life Related to Health; and finally the research is closed with conclusions and recommendations.

Keywords: Quality, Quality of Life Related to Health, Perceived Quality, Clinical Studies, Attention members, Health Care Provider.

Introducción

En Colombia la necesidad de controlar e integrar acciones para mejorar la calidad de la atención en salud, se sustenta para 1996 con la aparición del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) según Acto Legislativo Ley 715 de 2001, y de los sistemas de información para la calidad en el Decreto 1011 de 2006 y la Resolución reglamentaria No. 1446 de 2006. Para ello en el 2004 el Ministerio de Protección Social de Colombia, se propuso evaluar el impacto en la calidad de los servicios según la percepción de los usuarios de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) intervenidas, ante el programa orientado a reorganizar, rediseñar y modernizar las redes prestadoras de servicios de salud del país, como hospitales e IPS. Este programa fue suscrito por la Republica de Colombia y el Banco Interamericano de Desarrollo en el 2004. Su desarrollo se dio en tres fases de evaluación, la primera una línea de base en el 2006, una intermedia en el 2008 y una final en el 2010, por lo cual contrato su diseño e implementación.

Sobre la primera fase del 2006, en cuanto al desarrollo metodológico respecta se encuentran con la falta de herramientas para medir la calidad de la atención percibida. En palabras de Cabrera, Londoño y Bello “Ante la inexistencia en el país de un instrumental confiable y válido para medir dicha percepción, se validó el instrumento denominado PECASUSS, acrónimo de Percepción de Calidad Según Usuarios de Servicios de Salud” (Cabrera, Londoño y Bello, 2008b, pp. 594). Y frente a la segunda fase se destaca que el Informe Nacional de la Calidad de la Atención en salud en Colombia (INCAS Colombia 2009) del Ministerio de Protección Social para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) Colombiano, es el primero en América Latina.

Con base en ello se vislumbra que los estudios sobre la gestión de la calidad son recientes y surgen como una herramienta de control de la calidad, en la que es vital el monitoreo y evaluación de la calidad de la atención en pro del

mejoramiento del desempeño de los actores del sistema y se promuevan conductas que beneficien al usuario y con ello a la salud de los colombianos (Ministerio de Protección Social, 2009). En este sentido tal y como indica Schartzmann, (2003) se hace necesaria la incorporación de la percepción del paciente a las evaluaciones de resultados en salud, y por tanto el desarrollo de instrumentos que aporten medidas válidas y confiables como evidencia empírica al proceso de toma de decisiones en salud. Es decir dice Schartzmann (2003) donde se engranen indicadores cualitativos que impacten la calidad de vida y satisfacción del paciente.

En suma, en el contexto Colombiano se hace necesaria la medición de la calidad de la atención que tome como referente al usuario y su experiencia con los servicios de salud y se correlacione con su calidad de vida en salud, con el fin de identificar variables que sean punto de partida para desde el quehacer directivo influir en la calidad de vida de los usuarios.

De modo tal, que a partir de la noción de la satisfacción del usuario como factor que puede determinar la perdurabilidad organizacional, (Organización Mundial de la Salud, 2004; Shridhara, 2010) consolidar organizacionalmente practicas directivas que se encuentren encaminadas hacia el mejoramiento de la calidad de la atención y por tanto a impactar el bienestar y la calidad de vida del usuario del servicio de salud.

Bajo este marco la gestión de la calidad se configura como un eje diferenciador que se anuda a la competitividad de las organizaciones (Shridhara, 2010) frente al servicio y/o bien producido. Y si bien el servicio prestado es salud, la percepción del usuario sobre la atención y su calidad de vida, permite al directivo tomar decisiones que influirían como determinantes en la perdurabilidad de la organización que presta servicios de salud (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Capítulo I: Planteamiento Del Trabajo de Grado

Objetivos

Objetivo General

Describir si las dimensiones de la calidad de la atención percibida guardan relación con la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes participantes en Estudios Clínicos en la Institución Prestadora de Servicios de Salud IDEARG SAS, considerando si los factores sociodemográficos se constituyen en mediadores de esta relación.

Objetivos Específicos

Describir las subdimensiones de la calidad de vida y la calidad de atención percibida en una organización prestadora de servicios de salud.

Describir si las variables sociodemográficas se relacionan con los niveles de calidad percibida en la atención y calidad de vida en salud.

Describir si las variables sociodemográficas ejercen un rol mediador en las relaciones encontradas.

Fundamentación teórica

La fundamentación teórica desde la cual se desarrolla el objetivo planteado, se sustenta en tres niveles de análisis. El primero atañe a un nivel macro desde el que se explora el término de Calidad. En el segundo, es decir un nivel meso, se abordan la calidad de la atención en salud percibida y la salud en el contexto colombiano. Para finalmente arribar a un nivel micro, es decir al núcleo del presente trabajo, que es la articulación entre la calidad de la atención en salud percibida y la calidad de vida relacionada con la salud.

Concepto de Calidad

En este nivel macro, como parte del desarrollo de la fundamentación teórica de la investigación, a continuación se explora el término de calidad, enseguida se abordan los aportes a la gestión de la calidad a partir de las filosofías de W. E. Deming, Joseph Juran y Philip B. Crosby, y finalmente las contribuciones de otros autores a la gestión total de la calidad.

La calidad en el pensamiento tradicional, indica Shridhara (2010) es definida en términos de conformidad a las especificaciones. Aquí la calidad es relativa a para que fue diseñado el producto y medible a partir de la relación entre las necesidades del cliente y dicha conformidad.

A inicios de 1900, el padre de la administración científica como llama Shridhara (2010) a F. W Taylor, la calidad se vinculaba a la inclusión de la inspección del producto y a determinarla en las áreas de gestión de manufactura. Hacia 1924 a fin de monitorear la producción, es introducido el concepto de diagramas de control estadístico de W. Shewhart. Este énfasis en el control de la calidad se ve reforzado por la Segunda Guerra Mundial y con ella el uso a nivel industrial de técnicas de muestreo estadístico y el surgimiento de organizaciones Estadounidenses centradas en la calidad.

En el lapso de 1950 puntualiza Shridhara (2010) el movimiento de la calidad se consolida como Aseguramiento de la Calidad y de ella los aportes de pioneros en la calidad como W. Edwards Deming quien introdujo a los métodos estadísticos de control de calidad, Joseph Juran quien da inicio a la identificación y medición de los costos de la calidad, Armand Fiegen Baum quien propone el control total de la calidad enfocada en una manufactura que incluya el diseño del producto y Philip Crosby, también pionero (En: Shridhara, 2010) de la calidad en los años 1960, quien consolida el concepto de Cero Defectos centrado en la motivación y conciencia de los empleados. De esta manera la pauta para 1970 se da por el gran auge en el uso del Aseguramiento de la Calidad.

No obstante a finales de esta década se consolida un cambio en el enfoque hasta ahora desarrollado, hacia uno estratégico para la calidad; pasando de uno reactivo orientado a la corrección de defectos en los productos manufacturados, a uno proactivo que fundamentado en la satisfacción del cliente, se halla dirigido a prevenir los defectos a partir de la participación conjunta de los trabajadores por mejorar la calidad (Shridhara, 2010).

A partir de este periodo de 1970 y principalmente en la década de 1980s según Shridhara (2010, pp. 3) se enmarca lo que él llama la “Revolución de la Calidad” en Estados Unidos, transcurrida en los cambios y toma de consciencia de la calidad para el gobierno, la industria y los consumidores. En este proceso de competitividad global en la que el diferenciador era la calidad de los productos estadounidenses y japoneses, el consumidor asume un rol vital en la toma de decisiones para comparar, evaluar y elegir; en la industria la excelencia a la calidad se reconoce como clave de competitividad; mientras que gubernamentalmente se consolidaron regulaciones de seguridad para mantener estándares en los productos para los consumidores. Desde los años 1980 a 1990 el interés por la calidad continuó en aumento, las compañías realizan avances para mejorarla, siendo la gestión de la calidad y su control hoy en día integradas a la práctica de los negocios y reconocidas como bases en la fundación de la competitividad (Shridhara, 2010).

El movimiento de la calidad en Japón se inscribe después de la II Guerra Mundial en el establecimiento de exportaciones de bienes de calidad a bajo costo, ante una economía interrumpida (Shridhara, 2010). El enfoque con base en el cual se desarrolló este objetivo entre 1950 y 1960 fue el Control Estadístico de la Calidad de Deming, E., o SQC por las siglas en ingles de Statistical Quality Control. Los resultados de su implementación derivaron en la entrada de Japón al mercado en términos de competitividad, una reducción en los costos de producción y un mejoramiento de la calidad. En el periodo de 1950 y 1970 con el

transcurso del movimiento de la calidad, incremento significativamente el ingreso per cápita, evidenciándose un crecimiento en la economía del país.

A diferencia de Estados Unidos y Japón en India el movimiento de la calidad tiene sus inicios con la aplicación del Control Estadístico de la Calidad; cuyo precursor Walter Shewart visitó India entre 1947 y 1948 (Shridhara, 2010). Sin embargo es hasta 1982 que se desencadena el movimiento de la calidad en India con el lanzamiento de la Gestión Total de la Calidad proveniente de Estados Unidos en 1980.

En esta década en India la calidad a la cabeza de la Confederación de Industrias Indias comenzó por la implantación de las técnicas de círculos de control de calidad, y posteriormente se enfocó en la Gestión Total de la Calidad hacia 1987. En este año arriban los estándares de calidad ISO 9000 emergentes del mercado Europeo, como tendencia de estandarización y certificación en los Sistemas de Calidad, a los cuales se acoge la Confederación de Industrias Indias.

De acuerdo con Shridhara (2010) las certificaciones ISO 9000 de la mano de la Gestión Total de la Calidad se han convertido en ejes centrales para la competitividad de las empresas a nivel mundial en industrias de ingeniería, de servicios y de tecnología para la información.

Aportes al Concepto de Calidad

Shridhara (2010) en el capítulo titulado Quality Management Philosophies, de su libro Total Quality Management, señala a Dr. W. Edwards Deming, Dr. Joseph Juran, Philip B. Crosby junto con Masaaki Imai, como individuos que han propulsado el desarrollo del actual conjunto de herramientas de gestión de la calidad, consolidando en el siglo XX una “Revolución de la Calidad” (En: Shridhara, 2010, pp. 108) y las bases para la fundación de la Gestión Total de la Calidad.

La Filosofía de Deming

De acuerdo con Shridhara (2010) W. E. Deming ha influenciado la gestión de calidad, a partir de sus experiencias al exponer a gerentes japoneses a los conceptos fundamentales de la calidad en producción y observando como ellos creaban sistemas y procesos para generar calidad.

A partir de ello, de acuerdo con Deming (En: Shridhara, 2010) la calidad es una responsabilidad de la gestión en la alta dirección que no se puede inspeccionar en un producto. Más bien una firma puede asegurar la calidad de un producto al encontrar dos condiciones: un buen diseño y métodos de producción efectivos.

En este sentido mejoramientos en la calidad conducirían a una disminución de costos, resultado de un menor re-trabajo, pocos errores, menos retrasos, mejor uso del tiempo y materiales. Es decir, como afirma Deming (En: Shridhara, 2010), una mayor calidad conduce a una mayor productividad, lo cual se refleja a largo plazo en una competitividad fuerte y por tanto en una mayor permanencia del negocio.

De acuerdo con Shridhara (2010) la mayoría del trabajo de Deming gira en torno a la Teoría de la Variación. Ve a las variaciones desde actividades estándares como la mayor fuente de problemas en todos los procesos, al causar imprevisibilidad que aumenta la incertidumbre y reduce el control sobre los procesos. Se pueden categorizar en controladas y no controladas, las cuales atañen a variaciones en procesos estándares, que por un lado el trabajador puede controlar y por el otro lado salen del control de los trabajadores, respectivamente (Shridhara, 2010).

Deming resumió en 14 puntos la relación entre la gestión y la calidad, en los que enfatiza el rol crítico de los gerentes en la Gestión Total de la Calidad, y los

cuales según Shridhara (2010) describen la base fundamental de una cultura organizacional.

El primero es la creación de constancia en el propósito de un mejoramiento continuo del producto y del servicio.

El segundo es la adopción de nuevas filosofías para la estabilidad económica, con base en las cuales, en el entorno global, las compañías tomen enfoques conducidos al cliente y basados en la co-operación entre el trabajo y gerencia y un ciclo de mejoramiento que no termina. Esto de frente a que las compañías no pueden sobrevivir conformadas por productos de pobre calidad y baja aptitud de uso, que dejan a sus clientes insatisfechos.

El tercero es cesar la dependencia en las inspecciones para lograr calidad, ya que, según Deming (En: Shridhara, 2010) las inspecciones aumentan los costos en vez de reducirlos al enfocarse en corregir los defectos, dejando sus causas intactas. El enfoque en la corrección de los defectos sería la base para que, en el ciclo de operaciones, pasen productos imperfectos que poco generan valor al cliente.

El cuarto atañe a la necesidad de hacer una evaluación total de los costos para cada compra más allá de un direccionamiento hacia la reducción de costos. A esto el autor le llama terminar la práctica de conceder compras basado solo en el precio (En: Shridhara, 2010).

El quinto es el mejoramiento constante y para siempre del sistema de producción y servicio, precisando que el éxito de las manufactureras japonesas se debe al incremento en las mejoras. Deming (En: Shridhara, 2010) señala que estas últimas son necesarias en la producción donde el objetivo es la reducción de las causas de variación y establecimiento de procesos estables y predecibles, como en el diseño el cual deriva del entendimiento de las necesidades del cliente y de la retroalimentación que genera su continuo estudio.

El sexto es el instituto de formación en el trabajo, en el cual los empleados, al considerarlos como el recurso más valioso, son capacitados en su quehacer en pro de brindarles las herramientas y conocimientos apropiados para que hagan un buen trabajo y se genere un mejoramiento continuo.

El séptimo es la adopción e institución de métodos modernos de supervisión y liderazgo. Se hace énfasis en el trabajo de los gerentes como uno de liderazgo, más que de supervisión, en el cual se provea una guía con base en la cual los empleados realicen con el menor esfuerzo, su mejor trabajo, se promueva el trabajo en equipo y se reconozca la iniciativa e innovación.

El octavo es la expulsión del miedo. Este último es identificado por Deming (En: Shridhara, 2010) como uno de los mayores obstáculos para mejorar la eficiencia y la efectividad y barrera del cambio y la supervivencia.

El noveno es la ruptura de las barreras entre los departamentos e individuos a partir de la consolidación de equipos interdisciplinarios y realización de actividades grupales, con base en los cuales se aumente la calidad y efectividad de los esfuerzos invertidos en el diseño y construcción de productos.

El décimo es la eliminación del uso de slogans, posters y exhortaciones que asumen que los problemas de la calidad se deben a comportamientos humanos y en ese sentido pasan por alto la fuente de algunos problemas enfocándose en trabajadores individuales más que en el sistema (Shridhara, 2010).

El onceavo es la eliminación de los estándares de trabajo y las cuotas numéricas, ya que señala Shridhara (2010), se encuentran basados en perspectivas de corto plazo, crean miedo y frustración ante su no logro y no se comprometen con el mejoramiento.

El doceavo punto es la remoción de barreras que le permiten al trabajador sentirse orgulloso de su trabajo. Se fundamenta en la ausencia de reconocimiento

de los empleados como un recurso humano valiosos en el trabajo (Shridhara, 2010).

El treceavo es la implementación de un programa de educación y re-entrenamiento que mantenga a la fuerza de trabajo de todos los niveles actualizada, de modo que la organización invierta en su gente y con ello asegure el éxito a largo plazo.

El catorceavo es la definición de un equipo de alto nivel comprometido con el mejoramiento de la calidad y productividad.

De acuerdo con Shridhara (2010) la búsqueda de la calidad, y por tanto la implementación de estos catorce puntos, puede ser obstruida por las siete enfermedades mortales enunciadas por Deming (Shridhara, 2010).

La primera es la falta de constancia en llevar a cabo programas de calidad a largo plazo e integrarlos a la cultura corporativa de las compañías. La siguiente es el énfasis en las ganancias a corto plazo que conlleva a sacrificar la planeación a largo plazo que la Administración Total de la Calidad requiere. La tercera es la sobre dependencia en la evaluación de la actuación. La cuarta es el enfoque de los gerentes en el corto plazo e imposibilidad de implementación de cambios de largo plazo necesarios a fin de mejorar la calidad.

Otra enfermedad mortal es el sobre énfasis en las cifras visibles de la compañía. La sexta enfermedad son los excesivos costos médicos para el cuidado de la salud de los empleados lo cual aumenta el costo final de los bienes y servicios. Y finalmente los excesivos costos de garantía y legales que en especial se consolidan en el área de la salud para cubrir los riesgos.

Shridhara (2010) señala que el punto de partida para implementar la Gestión Total de la Calidad es la Rueda de Deming. También llamada el ciclo de PDCA por sus siglas en inglés de Planear, Hacer, Chequear y Actuar, consiste inicialmente en planear con medidas cuantificables el mejoramiento, después de haber

revisado la mejora que se necesita y evaluado las alternativas; enseguida implementar el plan seleccionado y monitorear su progreso; después analizar a través de datos si los resultados corresponden con los objetivos planteados o re-evaluar; y por último en el momento en que los resultados son satisfactorios, el proceso es revisado y se consolida como un procedimiento estándar.

La Filosofía de Juran

De acuerdo con Shridhara (2010) después de Deming, Joseph Juran ha impactado la teoría y práctica de la gestión en calidad. Sus principales aportes a la Gestión Total de la Calidad se han centrado en cuatro temas. Según Shridhara (2010) uno es la compilación de definiciones sobre calidad y el costo de la calidad, dos el hábito de la calidad, tres la trilogía de la calidad que se relaciona con planeación de la calidad, control de la calidad y mejoramiento de la calidad, y por último la secuencia universal de mejoramiento.

La calidad según Juran es definida como la realización de un producto que resulte en la satisfacción del cliente, es decir aptitud (fitness) para el uso. Shridhara (2010) precisa que ello supone liberar el producto de deficiencias que conlleven a la insatisfacción del cliente. Esta aptitud para el uso deviene de cinco grandes rasgos del producto, uno es la calidad en el diseño referida a la idoneidad del concepto de diseño del producto y especificaciones para el uso al que está destinado. Otro rasgo es la calidad de la conformidad la cual refleja que tan bien el producto reúne las intenciones de su diseño determinadas por el equipamiento y capacidades de los empleados. Un tercer rasgo es la disponibilidad es decir la ausencia de problemas que pueden afectar el uso del producto. Otro rasgo es la seguridad o amenaza del producto para quien lo usa. Y finalmente el uso en el campo para indicar las condiciones del producto una vez que lo tiene el cliente.

Asociado a los productos defectuosos, Juran desarrolla el concepto de costo de calidad, y como señala Shridhara (2010), categoriza los costos en costos de

fracasos internos, costos de fracasos externos, costos de evaluación y costos de prevención.

Juran hace hincapié en el hábito de la calidad, señalando que el fin de la Gestión Total de la Calidad tiene que ser un conjunto de procesos de mejora continua enfocados a mejorar la calidad, que se conviertan en un hábito en la organización y que enfatizan en el resultado de los objetivos y las lecciones que estos dejan. Los pasos para desarrollar el hábito de la calidad son establecer objetivos específicos que identifiquen lo que los miembros de la organización deben hacer y las razones, establecer planes detallados para llevar a cabo estos objetivos, asignar claramente las responsabilidades para lograr los objetivos y recomenzar de acuerdo con los resultados.

Los requerimientos de una Gestión Total de la Calidad exitosa, se definen en la trilogía de la calidad de Juran, en las actividades de planeación de la calidad, control de la calidad y mejoramiento de la calidad. El primero se vincula a la identificación de los clientes y la suplencia de sus necesidades; el segundo atañe al establecimiento de medidas de evaluación que permitan consolidar estándares de rendimiento que se fundamenten como base para tomar medidas correctivas; y el tercero es el mantenimiento de los niveles existentes de calidad y llevar a la organización a nuevos niveles de rendimiento.

La secuencia universal de mejoramiento en calidad sigue según Juran citado por Shridhara (2010) 7 pasos. El primero es el de prueba de la necesidad desde la cual se toma consciencia de la necesidad del cambio, el segundo es la identificación del proyecto centrado en la mejora, el tercero es la organización para la mejora donde desde la gerencia se direcciona el proyecto y se delegan las responsabilidades, el cuarto es la jornada de diagnóstico a fin de encontrar las causas de los problemas resultantes, el quinto son las acciones correctivas es decir la implementación de cambios para corregir las causas de los problemas en

calidad, el sexto es la resistencia al cambio donde los gerentes deben generar compromiso con el cambio, y el séptimo es mantener las ganancias.

Shridhara (2010) compara la filosofía de Deming y la de Juran y señala que el primero se enfoca hacia el proceso, considera que todos en la organización debe contribuir a la implementación exitosa de la Gestión Total de la Calidad, se fija como meta la calidad y enfatiza en los indicadores de la calidad, mientras tanto por otro lado Juran se centra en las salidas u outputs, resalta el papel de los gerentes en el cambio, acepta disminuir la calidad si los costos de lograrlo no se justifican y destaca el papel de los costos cuantitativos.

La Filosofía de Crosby

La tercera mayor influencia en herramientas de administración para la Gestión Total de la Calidad de acuerdo con Shridhara (2010) es Philip B. Crosby. Este último propone cuatro absolutos de la calidad, desde los cuales primero la define como el cumplimiento con los requisitos, más que como excelencia; el segundo es la prevención y no la evaluación como sistema para lograr la calidad; el tercero es cero defectos como estándar de realización; y el cuarto es la medición de la calidad como precio del incumplimiento, y no como un índice.

De esta manera según Crosby (En: Shridhara, 2010) la calidad se basa en lo que el cliente quiere, de modo que una empresa produce calidad solamente cuando el bien o el servicio, tiene o excede las expectativas del cliente. Además subraya (Crosby En: Shridhara, 2010) a través del concepto de Vacuna de la Calidad, que una integración de la Gestión Total de la Calidad a las actividades de la organización conllevan a un régimen de gestión de calidad corporativo que mejora la salud total de la firma y corrige algunos de los problemas de sus procesos. En esta filosofía los problemas de calidad generan aumentos en los costos económicos y deben ser identificados por los individuos o departamentos que los causan.

En pro de mejorar la calidad Crosby (En: Shridhara, 2010) propone iniciar un proceso en el que la dirección se comprometa con la necesidad de mejorarla constantemente a través de la formación de un equipo que se enfoque en ello, y haga mediciones para cada actividad de la compañía, evaluando el costo de la calidad con base en acciones correctivas que van a ser rentables para la compañía. Estas acciones se materializan mediante la creación de consciencia en los empleados sobre la calidad, de modo que se les incentive a llevar a cabo acciones correctivas basadas en la identificación y corrección de los defectos.

El proceso continua con la realización de una planificación centrada en un programa de cero defectos, el cual debe alternarse con la educación de los empleados para que se entrenen en cada paso del programa de mejoramiento de la calidad, y con una celebración del día de cero defectos con el fin de establecer una nueva actitud (Crosby En: Shridhara, 2010).

En este sentido la dirección debe fijar metas que mantengan a la calidad en un primer plano de las prioridades organizacionales, enfocándose en eliminar las causas de error, establecerse reconocimientos para quienes cumplen con las metas y conformarse consejos de calidad regulares. Según Crosby (En: Shridhara, 2010) el siguiente paso es la repetición de todo el proceso.

Shridhara (2010) precisa que las filosofías de Deming, Juran y Crosby son más similares que diferentes. Observan a la calidad como imperativa para la competitividad, la importancia de los comités de alta gerencia y de los clientes para la gestión de la calidad, que el mejoramiento nunca termina y el papel de la gestión de la calidad como fundamental en el ahorro de dinero. Sin embargo a diferencia de los programas de Deming y Juran, el de Crosby es primariamente comportamental, desde el cual se apunta a realizar cambios organizacionales a nivel de la cultura corporativa y actitudes, por medio del uso de la gestión y los procesos organizacionales.

Otros Aportes a la Gestión Total de la Calidad

Masaaki Imai. Enmarca la Gestión Total de la Calidad en la unificación de los fundamentos teóricos y prácticos de las filosofías de la gestión en el concepto de Kaizen; nombre dado al sistema formal para promover mejoras continuas (Shridhara, 2010). El entendimiento de este concepto se vincula al de una organización en la cual cada miembro de manera activa persigue oportunidades para identificar e implementar a diario y donde aún las pequeñas mejoras incrementales se favorecen de la comprensión de las funciones del sistema actual y se guían por la vista del proceso del sistema.

A. V. Fiegen Baum. Origen el concepto de Control Total de la Calidad, como sistema de desarrollo integrador de la calidad, mantenimiento y mejoramiento de esfuerzos en una organización en pro de un óptimo nivel económico mientras se logra la satisfacción del cliente. Allí el control, precisa Shridhara (2010), refiere a estándares de calidad que deben mantenerse a través de medidas correctivas y planeación para mejorarlos. En esta filosofía se visualiza a la calidad como una herramienta de negocio estratégica que requiere la participación de toda la organización, y que tiene como medida y herramienta de evaluación a los costos en calidad (Shridhara, 2010).

Kaoru Ishikawa. Reconociendo la influencia de Deming y de Juran en su pensamiento, realizó el abordaje inicial de Círculos de Control de Calidad, que Shridhara (2010) describe como pequeños grupos de empleados que a fin de mejorar la calidad, productividad y el ambiente laboral regularmente se encuentran para planear y llevar a cabo procesos de cambio. Para Ishikawa la calidad se configura como una manera de gestión en la que la educación es transversal, responsabilidad de todos los trabajadores, conoce los requerimientos de los clientes, se enfoca en las ganancias a largo plazo, su estado de control ideal se consolida cuando la inspección no es necesaria y son removidas las causas de raíz.

Genichi Taguchi. Aborda la calidad de un producto con base en las características de su realización (Shridhara, 2010). De modo que el valor ideal de las características de realización es el valor objetivo para la compañía. A partir de ello Taguchi (En: Shridhara, 2010) define la calidad en términos de pérdida social e indica que cualquier desviación del valor objetivo de las características de la calidad que resulte en extra costos para algún segmento de la sociedad, es una pérdida de función de calidad. Es decir, un producto al ser más deseable, menor valor de pérdida social tiene y menores son los costos indeseados que son generados por desviaciones en el proceso de realización por fuera de las características de calidad del valor objetivo.

Shingeo Shingo. Realizó aportes a la gestión de la calidad basados en la detección de errores tardíos en el proceso de manufactura, a partir de métodos estadísticos en pro de corregirlos o negociarlos de la manera apropiada (En: Shridhara, 2010). Para este autor el modo de producir una calidad perfecta todo el tiempo es que los gerentes de operaciones identifiquen y eliminen los errores posibles, a través del diseño de partes y procesos que guíen hacia los resultados deseados, a lo cual este autor (En: Shridhara, 2010) llamo “Poka-Yoke”. De acuerdo con Shridhara (2010) Shingo enfatiza en la retroalimentación técnica y control del sistema, sin embargo no refiere en términos sociales, culturales o políticos sobre los seres humanos.

Walter Shewhart. Reconoce que la variabilidad de las dimensiones del componente de manufactura sigue una distribución normal. Esta variabilidad se encuentra bajo control siempre y cuando las dimensiones se mantengan dentro del rango normal. En el momento en que las dimensiones se salen de su rango de normalidad, el autor (En: Shridhara, 2010) identifica causas de la variación por un lado naturales y por otro asignadas. A partir de este razonamiento Shewhart desarrolla la herramienta de Control Estadístico del Proceso el cual mide los procesos de realización y contribuye al mejoramiento de la calidad con base en el monitoreo de estándares, realización de mediciones y de acciones correctivas

sobre el producto o el servicio producido. Esta herramienta tiene por fin proveer una señal estadística a la aparición de causas asignables las cuales pueden sacar de los límites permitidos al proceso de producción y por tanto requieren una rápida y apropiada acción para su eliminación.

La Calidad de la Atención en Salud Percibida en Colombia

En este nivel meso de la fundamentación teoría, habiendo revisado los principales aportes a la gestión de la calidad, y evidenciado que la satisfacción del cliente se consolida como un referente en el mejoramiento de los bienes y servicios, y que la calidad impacta a la perdurabilidad al consolidarse como elemento de competitividad organizacional, a continuación se contextualiza su aplicación en el ámbito de la salud.

Para ello la fundamentación teórica del presente subtítulo tiene como eje articulador el Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud (INCAS Colombia 2009) desde el cual se definen conceptos clave, que esta investigación tomara como referentes, uno es el de la calidad de la atención en salud y el otro es el de la calidad de la atención en salud percibida. A su vez a partir de este Informe se sustentaran las bases de la relación entre la calidad de la atención y la salud del usuario, con lo cual se dará cabida a estudios que vinculan estos dos conceptos.

La calidad de la atención en salud en Colombia es definida en el primer Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud (INCAS Colombia 2009) por el Ministerio de Protección Social para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) como “Lograr el mayor nivel posible de satisfacción en las expectativas de atención en salud de los colombianos, en condiciones de efectividad técnica y seguridad de los servicios provistos, dentro de un SGSSS socialmente legítimo, que garantice el acceso equitativo a las atenciones en salud en un marco de eficiencia” (MPS, 2009, pp. 19).

Así, en pro de la gestión de la calidad en salud, el SGSSS incorpora como principio fundamental del servicio público de la salud a la calidad. De modo que se articule el acceso a la atención en salud en condiciones de equidad, con unos servicios proveídos que satisfagan las expectativas de calidad que las personas esperan recibir (MPS, 2009).

Esta necesidad es sustentada en el año 1996 con la aparición del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) en el Acto Legislativo Ley 715 de 2001, a partir del cual se integran acciones para mejorar la calidad de la atención en salud en Colombia. Su implementación comienza desde el 2002 con el control de la calidad, a partir del monitoreo y evaluación de la calidad de la atención; y al tiempo se da inicio al Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud en Colombia. A su vez con el Decreto 1011 de 2006 y la Resolución reglamentaria No. 1446 de 2006, fueron puestas las bases para el sistema de información para la calidad que de la mano de la habilitación, auditoría y acreditación, integran el SOGC (MPS, 2009).

El sistema de información para la calidad en salud centra sus objetivos, por un lado, en la estimulación y potenciación de la capacidad de los ciudadanos usuarios del sistema de salud, para que tomen decisiones suficientemente informadas a la hora de elegir al prestador de servicios o asegurador de salud en términos de calidad, de manera que les sea posible ejercer sus derechos y uso del servicio con una mayor capacidad y plenitud. Y por otro lado, en la estimulación de la competencia de las agencias del sistema teniendo como referencia la calidad de los servicios que brindan (MPS, 2009). Este sistema usa una estrategia basada en hechos y datos desde los cuales se monitorea la gestión de la calidad en salud, que son los Informes Nacionales de Calidad en Salud; en ellos se muestran los resultados con las mediciones de la calidad en salud de cada país.

Para el 2008 Cabrera, Bello y Londoño (2008) en su estudio de Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales del Programa de Reestructuración de Redes

de Servicios de Salud de Colombia, plantearon como objetivo el establecimiento de una línea de base de la calidad percibida por usuarios de hospitales objeto de intervención del Programa de reestructuración, rediseño y modernización de las redes prestadoras de servicios de salud de Colombia.

El Programa orientado a reorganizar, rediseñar y modernizar las redes prestadoras de servicios de salud del país, como hospitales e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), es suscrito por la Republica de Colombia y el Banco Interamericano de Desarrollo en el 2004, en pro de mejorar su gestión y Calidad (Cabrera et al., 2008). En este contexto el Ministerio de Protección Social de Colombia buscó evaluar el impacto de este programa en la calidad de los servicios según la percepción de los usuarios de las IPS que han sido intervenidas, pretendiendo que la evaluación se realice en tres fases, la primera una línea de base en el 2006, una intermedia en el 2008 y una final en el 2010, por lo cual contrata su diseño e implementación.

Para ello Cabrera et al. (2008), en el 2006 aplicaron a una muestra de 4021 usuarios de los hospitales del programa, el instrumento previamente validado en Colombia Percepción de Calidad Según Usuarios del Servicio de Salud (PECASUSS) (Cabrera, Bello, y Londoño, 2008b; Cabrera, Londoño y Bello, 2008a). Si bien según palabras de Cabrera et al. “Ante la inexistencia en el país de un instrumental confiable y válido para medir dicha percepción, se validó el instrumento denominado PECASUSS, acrónimo de Percepción de Calidad Según Usuarios de Servicios de Salud, en un proceso comunicado previamente”(Cabrera et al., 2008b, pp. 594).

La muestra tuvo una media de 38 años de la cual 70% fueron mujeres, el 60% del régimen subsidiado, 55% pertenecientes al estrato uno y 53% se atendían en consulta general. Los resultados de este estudio arrojaron una calificación de la calidad percibida por los usuarios en una media de 3.98, en una escala de 0.0 para referir a pésimo y 5.0 a excelente. Es decir que la mayoría de

los usuarios valoraron el nivel de la calidad de los servicios como bueno o muy bueno, sobresaliendo el trato humanizado recibido como la subdimensión de la calidad de la atención mejor valorada (Cabrera et al., 2008).

En continuación con la gestión de la calidad, en el 2009 el Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud (INCAS Colombia 2009) del Ministerio de la Protección Social (MPS, 2009), hace, primero, una revisión de las mejores prácticas internacionales de informes nacionales de calidad de la atención en salud, desde lo cual formula su marco conceptual de referencia y formula la metodología del Informe. Con base en ello, hace, segundo, la presentación de las mediciones, las cuales se encuentran agrupadas en dominios de la calidad y los organiza en cuatro capítulos, a saber. El primero se enfoca en los indicadores de la Efectividad en salud; el segundo en los indicadores de Seguridad de la atención a los pacientes; el tercero en los indicadores de experiencia de atención de los usuarios. De este último se deslinda el cuarto, que son las mediciones basadas en la Percepción de los usuarios (MPS, 2009).

Las mediciones específicas incorporadas en el INCAS Colombia 2009 abarcaron la identificación y formulación de un conjunto de 205 indicadores de monitoreo dinámico de la realidad, a los cuales se llamaron el “conjunto nacional de indicadores de calidad de la atención en salud” (MPS, 2009, pp. 21), de los cuales se tomaron un conjunto de 65 mediciones específicas; 30 corresponden a indicadores de efectividad con que se provee atención, 7 a indicadores de seguridad del paciente de las cuales 6 son tomadas de la Secretaria de Salud de Bogotá y 28 a indicadores de medición de la experiencia de atención, de estos 14 corresponden a mediciones de la percepción de los usuarios.

Profundizando, en estos últimos indicadores estas mediciones de experiencia en atención articulan unos indicadores de percepción de los usuarios y otros indicadores objetivos. La primera difiere de la segunda ya que vincula la perspectiva del comprador/consumidor, de modo que acude a un nivel de

abstracción mayor, más allá de un atributo específico del producto o servicio (MPS, 2009). Estas mediciones de la percepción de los usuarios se realizan utilizando encuestas directas a usuarios de los servicios, captando el resultado de la vivencia de la atención por parte de las personas. De acá que según el INCAP Colombia 2009 la calidad percibida es entendida como “el juicio de un consumidor acerca de la excelencia total o superioridad de un producto o servicio {...} es una evaluación global {...} relacionada pero no equivalente a la satisfacción y corresponde a un juicio hecho usualmente dentro de un conjunto evocado por el consumidor” (Losada & Rodríguez, 2007. En: MPS, 2009, pp. 319).

Los resultados de este Informe Nacional de la Calidad en la Atención en salud (INCAS Colombia 2009), en cuanto a la calidad desde la perspectiva de la efectividad de la salud en Colombia, indican que ha habido resultados de logro y mejora en algunas mediciones, y otras por el contrario son signos de alarma acerca de comportamientos inapropiados. Por lo que a los resultados de la calidad en cuanto a seguridad de la atención en pacientes respecta, se evidencia que este es un proceso que está comenzando en el país, sin embargo a pesar de ello según el INCAS Colombia 2009 (MPS, 2009) las Instituciones prestadoras de servicios (IPS) presentan una respuesta positiva a la estrategia de desarrollo y a la necesidad de intervenir y de controlar este componente. Y finalmente en la experiencia de la atención de los usuarios, los resultados de las mediciones presentan un panorama de diversos resultados entre los que se destacan la diferencia y superioridad de las IPS que han alcanzado la certificación de entes acreditados frente a las que no lo están y los mayores índices de satisfacción de las IPS ante las Entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB).

De acuerdo con este informe uno de los principales desafíos lo constituyó la identificación y validación de las fuentes de los datos disponibles, dada la existencia en palabras del Ministerio de Protección Social (2009)

“{de una} gran deficiencia en la generación de los datos y de manera particular en las mediciones de seguridad del paciente y de la percepción de la experiencia de atención. Ambos asuntos corresponden a desarrollos conceptuales y operativos que apenas se inician en Colombia {...} también existen deficiencias en la generación de mediciones de efectividad de la atención y en particular cuando se trata indicadores clínicos de prevención, tratamiento y cuidado de patologías, por lo que fue necesario incorporar un conjunto amplio de indicadores tradicionalmente utilizados en salud pública cuyos resultados tienen relación directa con la atención en salud como determinante” (p. 21).

La Calidad de la Atención en Salud Percibida y la Salud

En el marco conceptual del Informe Nacional de la Calidad en la Atención en Salud (INCAS Colombia 2009) Colombia 2009 se estructura a la calidad de la atención como determinante de la salud de las poblaciones. Para ello señalan que las definiciones de salud son diversas y nombran entre ellas a la de la Organización Mundial de la Salud de 1946 como el “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o discapacidad” (OMS, 2001). También abordan la definición presentada por Lalonde y desarrollada por Lafranboise en 1973 (1973, En: MPS, 2009) donde este concepto se divide en la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la organización del cuidado de salud.

Así mismo destacan el desarrollo conceptual que hacen los canadienses desde el cual la salud tiene unos determinantes críticos, y formulan 12 factores que interactúan entre sí, con base en los cuales abordar la mejora de la salud. Estos son “Ingresos y nivel social, redes de apoyo social, educación, empleo/condiciones de trabajo, entornos sociales, entornos físicos, prácticas de salud personales y aptitudes de adaptación, desarrollo sano del niño, características biológicas y genéticas, servicios de salud, género y cultura” (MPS, 2009, pp. 63).

De este conjunto de factores el Ministerio de Protección Social (2009) acentúa que los factores a nivel individual y a nivel de la población se articulan de manera interdependiente. De esta manera factores determinantes del nivel de la salud de la población influirían en los factores que son determinantes a nivel individual y por tanto consolidando una interacción entre influencias de niveles económicos, sociales y biológicos que contribuyen a la salud y el bienestar.

En este sentido, la calidad como atributo fundamental de los sistemas y servicios de salud, jugaría un papel condicionante en la salud de las poblaciones (MPS, 2009), de modo que “un mal desempeño de la provisión de los servicios de salud, en términos de la calidad con la que éstos sean suministrados, contribuirá a determinar un mal resultado en la salud de la población” (MPS, 2009, pp. 64).

Así, la calidad como concepto incluiría atributos propios del servicio producidos por los sistemas de salud como el acceso, la equidad y la eficiencia, y atributos como efectividad, seguridad y satisfacción que serían inherentes a las cualidades de los servicios y productos de la salud. Es decir un conjunto de subdimensiones que según el Ministerio de Protección Social (2009) podrían considerarse como atributos extrínsecos de la calidad de la atención en salud e intrínsecos, respectivamente.

Entonces, una definición de la perspectiva de la calidad, desde la finalidad de los sistemas de salud, supondría la búsqueda de los sistemas de salud del mayor beneficio posible para las personas y poblaciones, en el mejoramiento de la salud, mediante una atención segura y efectiva a nivel individual y nivel colectivo. En el que se garantice el derecho de protección financiera ante la enfermedad y la generación de experiencias memorables en cuanto a la atención, en un marco de condiciones de equidad, acceso y eficiencia, desde las cuales se soporte la sustentabilidad, legitimación y aceptabilidad del sistema; ello en pro de ofrecer la mejor calidad posible de servicios, contribuyendo así al bienestar y felicidad de la gente (MPS, 2009).

Calidad de vida en Salud y Calidad de la Atención en Salud Percibida

En este nivel micro de la fundamentación teórica se aborda la relación entre la calidad de la atención en salud percibida y la calidad de vida en salud, a partir del posicionamiento del usuario como sujeto activo en la toma de decisiones relacionadas con su salud y referente en la medición de la calidad de la atención, dada su percepción ante el servicio prestado a nivel organizacional.

De acuerdo con Robles (2004) el concepto de calidad de vida ha sufrido variaciones. Indica, que el término inicialmente refería al cuidado de la salud de una persona, enseguida advirtió a las preocupaciones por la higiene pública y la salud, después acuñó a los derechos humanos, ciudadanos y laborales, para sumarse como la capacidad de acceso a bienes económicos, y finalmente arribar a “la preocupación por la experiencia del sujeto sobre su vida social, su actividad cotidiana y su propia salud”.

En este sentido históricamente la calidad de vida, para 1980 de acuerdo con a Levi y Anderson (Nava, 2012; Robles, 2004) atañe a una medida que estaría compuesta por el bienestar físico, mental y psicológico de cada persona o grupo y por la felicidad, satisfacción y recompensa. En 1990 para Celia y Tulskey (En: Nava, 2012) esta es concebida como la apreciación que el paciente hace de su vida y satisfacción ante su nivel de funcionamiento actual frente a lo percibido como real y posible. Por su parte Quintero (En: Nava, 2012) en 1992 acuña al indicador multidimensional en un marco social y cultural determinado del bienestar material y espiritual. Mientras tanto en 1995 Falce y Perry (En: Nava, 2012) dicen que esta se enfoca en la calidad de las condiciones de la vida de una persona, la satisfacción con dichas condiciones y la combinación de componentes tanto subjetivos como objetivos.

En esta línea, autores como Guzmán et al. (2009), Robles (2004) y Nava (2012) coinciden en que la calidad de vida es una combinación de elementos objetivos y subjetivos. Los primeros refieren a bienestar material, relaciones

armónicas con el ambiente y la sociedad y salud objetivamente considerada, mientras que los segundos a la intimidad, seguridad percibida, productividad personal y salud percibida (Nava, 2012).

Bajo este enfoque la Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como “la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida en el contexto del sistema cultural y de valores en el que vive, en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones” (Nava, 2012, pp. 130). Es importante resaltar que en cuanto a calidad de vida respecta la evaluación del bienestar objetivo y subjetivo han de articularse, de modo que el juicio de actores de salud se integre al de la propia evaluación de los sujetos (Robles, 2004). Es decir se hace una vinculación de la percepción del sujeto sobre sí mismo y el contexto en el que se desenvuelve, especialmente en los que impactan su salud.

En este ámbito de la salud, la calidad de vida de las personas enfermas es entendida a partir del concepto de calidad de vida relacionada con la salud (Robles, 2004). Según Patrick y Erickson (1993. En: Robles, 2004) esta es definida como un valor asignado a la duración de la vida con modificaciones por impedimentos, estados funcionales, percepciones y oportunidades sociales que se encuentran influidas por enfermedades, lesiones o tratamientos.

Por su parte Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez y Fajardo (2006) abordan este concepto de la mano de Porter (1994 En: Contreras, et al., 2006), precisándolo como un proceso cambiante y dinámico que se expresa en términos de bienestar. De acá la definición que será tomada como referente para la presente investigación, y que en palabras de los autores refiere a “una evaluación que realiza el individuo respecto a su salud, relacionada con el grado de funcionamiento social, físico y cognitivo, la movilidad y el cuidado personal para realizar las actividades cotidianas, así como el bienestar emocional y la percepción general de la salud” (Ibid, pp. 488).

En efecto, para Schartzmann (2003), la calidad de vida relacionada con la salud emerge como clave en la evaluación de resultados en salud y destaca la vitalidad de papel del paciente en el proceso de toma de decisiones en salud y en la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria a partir de tener en cuenta su percepción, motivaciones y deseos. Además subraya que en lo que a la relación de la atención en salud refiere, la comunicación entre el equipo de salud-paciente, se ha deteriorado de la mano de un excesivo énfasis en aspectos tecnológicos, de manera que se ha restado, en palabras de Schartzmann (2003, pp. 2), “a la relación de ayuda profesional la calidad relacional que fuese otrora soporte social para el paciente y fuente de gratificación y reconocimiento para el profesional de la salud”.

En ello Schartzmann (2003), postula la importancia de aproximaciones holísticas enfocadas al cuidado de la salud, en las que al tiempo que se combata la enfermedad, se promueva el bienestar. De este modo, el objetivo especialmente en el manejo de las enfermedades crónicas se centra en atenuar o eliminar el síntoma, evitando complicaciones y mejorando el bienestar de los pacientes. De manera que esto último sea tomado como referente en la medición de la calidad de los servicios de salud (Schartzmann, 2003).

Ello hace necesario la incorporación de la percepción del paciente a las evaluaciones de resultados en salud, y por tanto el desarrollo de instrumentos que aporten medidas válidas y confiables como evidencia empírica al proceso de toma de decisiones en salud. Es decir dice Schartzmann (2003) donde se engranen indicadores cualitativos que impacten la calidad de vida y satisfacción del paciente.

Aportes a este engranaje entre calidad de vida y calidad de la atención es la hecha por Yach (2004, En: OMS, 2004) en el Prefacio del escrito Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo de La Organización Mundial de la Salud 2004. Allí señala que en el entendimiento de la adherencia terapéutica, se articula la

interacción entre actores del sistema como pacientes y personal sanitario, permitiendo abarcar temas relacionados con la estructuración, financiación y funcionamiento de los sistemas de salud.

Al respecto la Organización Mundial de la Salud (2004) precisa que si bien son pocos los estudios de los efectos de la relación de la adherencia al tratamiento y por tanto de la calidad de vida del paciente con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, una buena relación entre el proveedor del servicio y el paciente podría mejorar la adherencia terapéutica. Incluso, destaca (2014) que aunque no todos los profesionales provean directamente atención en salud, tienen una función importante en la adherencia terapéutica. En este sentido, una adherencia deficiente tendría consecuencias no solo para la salud de la población, recalca la Organización Mundial de la Salud (2004), sino que también para la eficiencia del sistema de atención sanitaria.

Por ello, la adherencia se consolidaría como un tema multidimensional en el que se reúnen los diferentes actores de la atención sanitaria (OMS, 2004), que a nivel social, como se ha demostrado (*Ibíd.*) la mayoría de las intervenciones conducidas hacia el mejoramiento de la adherencia terapéutica, ahorrarían costos dado el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes, y con ello una evitación de costos indirectos y una mayor productividad.

Los abordajes hasta acá realizados evidencian una integración de la calidad a las practicas directivas, fundamentada en el valor diferencial que imprime a la realización de bienes y/o servicios, y que impactan en la competitividad organizacional, dada la satisfacción que el cliente construye. Es decir, la percepción del usuario sobre la calidad del bien y/o servicio recibido se entreteje con la forma en que se están realizando los procesos de su producción a nivel organizacional. De este modo en la consecución de los servicios, la calidad de la atención es interdependiente con la satisfacción del usuario.

En el ámbito de la salud, el servicio que se presta al usuario se enfoca más allá que en la enfermedad en la salud, concepto que como se presentó se relaciona con su bienestar y calidad de vida. En este sentido la calidad de la atención en salud impactaría la calidad de vida del usuario que recibe el servicio. En este punto es el usuario quien a partir de su experiencia puede dar cuenta de ello. De acá que la presente investigación se cuestione ¿sí las subdimensiones de la calidad de la atención percibida guardan relación con la calidad vida relacionada con la salud en los pacientes participantes en Estudios Clínicos en la Institución Prestadora de Servicios de Salud IDEARG SAS, considerando si los factores sociodemográficos se constituyen en mediadores de esta relación?

Marco Metodológico

Se trata de un trabajo descriptivo correlacional. Se utilizaron dos instrumentos para describir la correlación entre la calidad de atención percibida y la calidad de vida en salud. En este sentido se privilegia un tipo de investigación cuantitativa.

Según Hernández, Fernández, y Baptista (2000) la investigación de tipo descriptivo tiene como propósito la descripción de situaciones y eventos, a través de la medición y evaluación, en palabras de ellos “de diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar” (Hernández, Fernández y Baptista, 2000, pp. 71); valga resaltar que las mediciones realizadas en este tipo de investigaciones miden independientemente las variables o conceptos que a ellos atañen, y si bien pueden integrar mediciones, su objetivo no es precisar la relación entre las variables medidas.

De acá que el presente estudio, además de plantearse la descripción de las variables de Calidad de Vida Relacionada con la Salud y la Calidad de la Atención Percibida, se anude a un tipo de investigación correlacional, en la cual como indican Hernández, Fernández y Bautista (2000) el propósito se direcciona, hacia la medición del grado de relación existente entre dos o más variables en contextos particulares.

En este sentido, en esta investigación en un primer momento se hará la descripción de las variables de acuerdo con cada uno de los instrumentos utilizados en el contexto particular de los participantes de Estudios Clínicos, para enseguida correlacionarlos y precisar la existencia o no de relación entre las subdimensiones y los dominios que a cada instrumento atañen. Tal como señalan Hernández, Fernández y Bautista (2000, pp. 74) “Desde luego, en un mismo estudio nos puede interesar tanto describir los conceptos y variables de manera individual como la relación entre ellas.”

Descripción detallada del método de investigación

La investigación acá propuesta hace uso del método cuantitativo, centrándose en la naturaleza numérica de los datos, midiendo dos variables a partir de instrumentos, específicamente cuestionarios. Fija su objetivo en describir la relación entre dos variables en el contexto particular de Estudios Clínicos y en un tiempo específico. La recolección de los datos, citando a Hernández, Fernández y Baptista (2000), en términos de temporalidad es transversal dado que la realiza en un momento determinado. Y finalmente pretende un análisis estadístico de los datos a partir de la herramienta de análisis de la información cuantitativa SPSS 21.

Participantes

A partir de la base de datos de la IPS Instituto de Enfermedades Autoinmunes Renato Guzmán (IDEARG SAS) en Bogotá, Colombia, se seleccionaron 53 sujetos, 7 hombres y 46 mujeres entre 27 y 73 años de edad, que estuvieran actualmente o hubieran participado en Estudios Clínicos y que hubieran asistido a la IPS por más de dos veces.

El muestreo que se realizó es de tipo censal y por conveniencia, reuniendo el total de los participantes de Estudios Clínicos a quienes, en el periodo entre Diciembre de 2013 y Abril de 2014, se explicó la investigación y accedieron

voluntariamente a firmar el Formato de Consentimiento Informado, y con ello al diligenciamiento de los cuestionarios SF36v2 de Calidad de Vida Relacionada con Salud y el PECASUSS de Percepción de la Calidad de Atención en Salud.

Los pacientes usuarios de la IPS IDEARG SAS en el área de Estudios Clínicos se caracterizaron por participar en Estudios Clínicos, en donde un criterio de inclusión era el diagnóstico bien sea de Artritis Reumatoide o Lupus Eritematoso Sistémico.

La Artritis Reumatoide es una enfermedad autoinmune que tiene sus bases biológicas en las dinámicas del tejido conectivo y del sistema inmune, si bien tal y como señala Álvarez, B. (2006) en su texto El libro de la Artritis Reumatoide, esta última se halla inscrita tanto en las enfermedades del tejido conectivo, al afectar a las articulaciones en mayor grado que a otras partes del cuerpo, como en las enfermedades autoinmunes, al activar una respuesta inmune en contra de los tejidos conectivos, configurándose como una enfermedad articular inflamatoria crónica; en la cual, dada la inflamación constante en la membrana sinovial al producir cantidades anormales de líquido sinovial, el hueso y el cartílago son lesionados, y finalmente toda la articulación.

Vista del corte sagital de la articulación de la rodilla

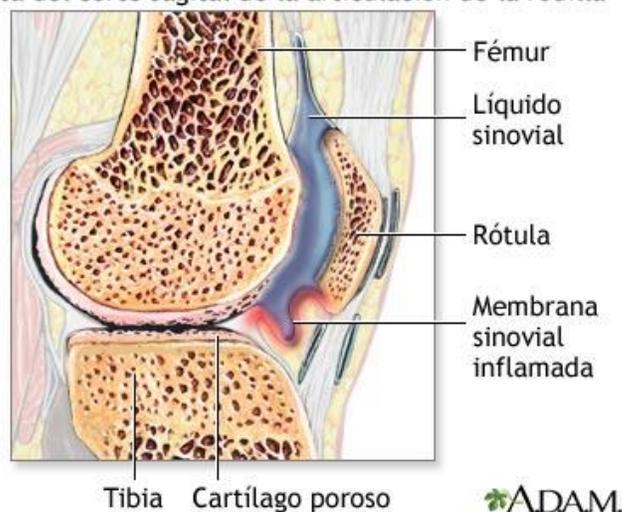


Figura 1. Artritis Reumatoide (ADAM., Recuperado 11 Mayo de 2014)

Por su lado, el Lupus Eritematoso Sistémico, como se detalla en MedlinePlus (s.f.) un servicio de la Biblioteca Nacional de EE.UU de los Institutos Nacionales de la Salud, es una enfermedad autoinmune, en la que erróneamente un tejido sano es atacado por el cuerpo, llegando a afectar la piel, las articulaciones, el cerebro y otros órganos.

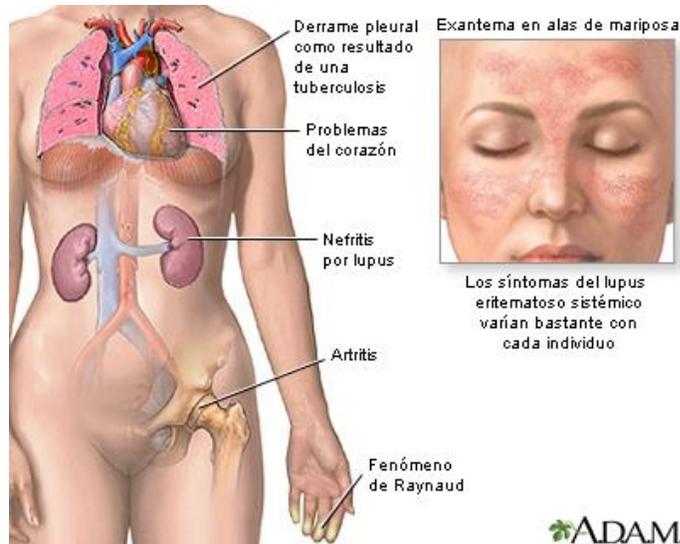


Figura 2. Lupus Eritematoso Sistémico (ADAM., Recuperado 11 Mayo de 2014)

Contexto De La Muestra Seleccionada. En Junio de 2010 se crea la Instituto de Enfermedades Autoinmunes Renato Guzmán IDEARG SAS como una Institución Prestadora de Servicios de Salud, el cual es uno de los requisitos para ejercer la investigación clínica en Colombia según la Resolución 2378 del año 2008 (Jiménez y Ortegón, 2012). Allí el Dr. Renato Guzmán Moreno, representante legal, fundador e investigador, lleva a cabo estudios clínicos en el área de las enfermedades autoinmunes con base en los cuales da a los pacientes que en estos deciden participar, en palabras de Jiménez y Ortegón “otras oportunidades de mejoría para su enfermedad mediante líneas de tratamiento de

última generación” (2012, pp. 44), como lo son tratamientos biológicos para las enfermedades autoinmunes.

Instrumentos Para La Recolección De Información

PECASUSS. Acrónimo de Percepción de Calidad Según Usuarios de Servicios de Salud. Este instrumento, validado en Colombia, está compuesto por 29 reactivos (Cabrera, Londoño, & Bello, 2008a; Ministerio de la Protección Social, 2006) para medir la calidad de atención percibida por el usuario.

El instrumento se compone de una hoja de preguntas que debe ser plastificada dado que está será entregada al usuario o Anexo 1; una segunda hoja de respuesta que debe ser impresa por ambos lados y en la cual se encuentran siete columnas para siete usuarios que la respondan y por el otro lado igual; y finalmente esta la hoja del Instructivo General para la Aplicación del PECASUSS o Anexo 2.

Los 29 reactivos que posee el PECASUSS se dividen, primero en un encabezado que cuenta con 3 reactivos, segundo en los datos del usuario que tiene 7 reactivos, del 4 al 10, por último el cuerpo de la encuesta que corresponde a los reactivos 11 al 29. De estos últimos 18 son de respuesta cerrada y dos, los reactivos 28 y 29, de respuesta abierta.

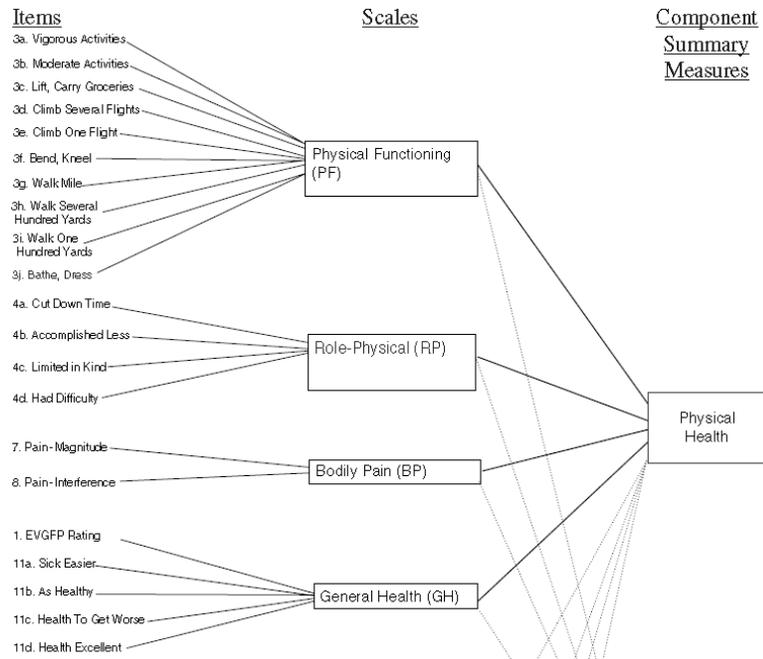
Cuestionario SF36v2. Este cuestionario diseñado por el Health Institute, New England Medical Center de Boston, evalúa calidad de vida relacionada con la salud (Contreras, et al., 2006). Posee 36 ítems que aportan dos índices sobre la Salud y Bienestar del participante, Índice de Salud Física (PCS) y el Índice de Salud Mental (MCS), que en su versión estándar se basa en periodos de recuerdo de cuatro semanas. A estos dos índices se deslindan ocho dominios, Funcionamiento Físico (PF), Rol Físico (RP), Dolor Corporal (BP), Salud General (GH) como parte del primer índice y la Vitalidad (VT), Funcionamiento social (SF),

RoI-Emocional (RE) y Salud mental (MH). Cada uno de estos dominios es descrito con base en los ítems.

En esencia los resultados para los índices y dominios se configuran a partir de una media de 50 con desviación estándar de 10 en la escala de reporte del QualityMetric Health Outcomes Scoring Software 4.5 SF-36v2 (Ware et al., 2011), donde los valores superiores a esta media se dirigen hacia el mejoramiento (Best) y por debajo hacia el empeoramiento (Worst).

El QualityMetric Health Outcomes Scoring Software 4.5 SF-36v2, en el cual se realizó el procesamiento del SF36v2, fue obtenido bajo la licencia QM021733 otorgada por la compañía OptumInsight Life Sciences, Inc., después de haber sido presentada la propuesta de trabajo de grado a su Oficina de Becas e Investigación Académica (OGSR, por su siglas en ingles de Office of Grants and Scholarly Research).

Figure 2.1 SF-36v2® Health Survey Measurement Model



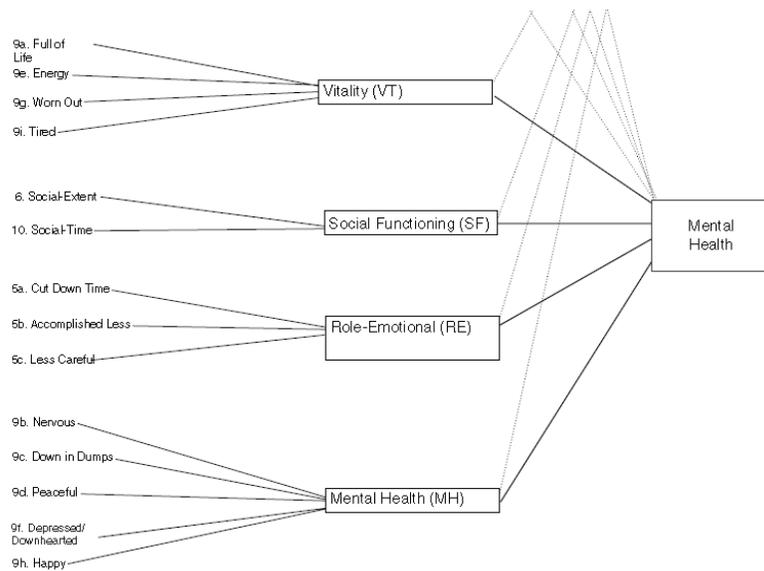


Figura 3. SF36v2 Modelo de encuesta de medición de salud. El componente de salud física hace referencia a cuatro dominios funcionamiento físico (PF), rol físico (RP), dolor corporal (BP) y salud general (GH). Mientras al componente de salud mental se subordina la vitalidad (VT), funcionamiento social (SF), rol emocional (RE) y salud mental (MH). Estos ocho dominios se configuran a partir de treinta y seis diferentes ítems.

Resultados esperados

Después de observar si las subdimensiones de la calidad de la atención percibida guardan relación con la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes participantes en Estudios Clínicos en la Institución Prestadora de Servicios de Salud IDEARG SAS, considerando si los factores sociodemográficos se constituyen en mediadores de esta relación, se realizó un documento entregable, en el que se aporte por un lado, al marco de la gestión de la calidad en las organizaciones prestadoras de servicios de salud, y por otro a la calidad de vida en salud de los usuarios. Con base en ello se espera que este estudio sea tomado como referente teórico y conceptual para posteriores estudios. Sin embargo es importante reconocer que dada la cantidad de la muestra que se

selecciona, los resultados no podrían equipararse al funcionamiento de otras organizaciones.

Justificación de la propuesta con relación al proyecto del profesor y a la línea al cual se inscribe

En la evolución de la investigación en la Escuela de Administración de la Universidad del Rosario, el liderazgo ha sido un foco de interés para el estudio de la dirección. El presente trabajo se vincula a esta línea, en el programa de Bienestar y Calidad de Vida, en concordancia a la generación de un conocimiento que aporte a la comprensión y desarrollo de organizaciones saludables, perdurables y socialmente responsables (Universidad del Rosario, 2013).

En este trabajo la correlación que se propone entre la calidad de la atención en salud percibida y la calidad de vida en salud, podrían contribuir a consolidar rutas de acción en pro de mejorar la gestión de la calidad de la atención y con ella de la calidad de vida de los usuarios de los servicios de salud, y por tanto el Bienestar y la Calidad de Vida de la población.

Tal cual se delinea en el Documento Descriptivo de las Líneas de Investigación Gerencia, Liderazgo, Realidad y Estrategia de la Escuela de Administración (UR, 2013) la necesidad de estudiar el bienestar en las organizaciones se sustenta en el hecho de que tanto el bienestar de los trabajadores y el funcionamiento de la organización, incluso resultados deseables, tendrían que ver con relaciones sociales positivas.

De modo que en el ámbito laboral la productividad de la organización se vincularía significativamente con trabajadores que se consideraran felices, pues evidenciarían relaciones interpersonales más saludables, mayor satisfacción laboral y con ello actitudes positivas hacia el trabajo (Seligman, 2002. En: UR, 2013). De la mano de ello, autores como Contreras, F., Espinal, L., Pachón, A. M. y González, J. (2013); Contreras, F., Barbosa, D., Juárez, F., Uribe, A. F. y Mejía,

C. (2009), Muñoz, E., Coll, J.M., Torrent, M., & Linares, L. (2006) y Kaldenberg, D. & Regrut, B. (1999) en su escrito “Do satisfied patients depend on satisfied employees, or vice versa?” describen intrínseca vinculación entre la satisfacción laboral de los empleados con la satisfacción de los usuarios, especialmente en el cuidado de la salud. Según ellos (1999) la experiencia del cuidado de la salud depende de las acciones de quienes los atienden clientes, por lo cual, en un estudio correlacional se encontró que a una mayor satisfacción laboral, mayor es la calidad de la satisfacción del usuario. A partir de ello la atención en salud cobra relevancia como eje central en la consolidación de estudios que en el contexto colombiano permitan visualizar esta correlación y por tanto direccionar acciones que no solo atañan a la atención en salud, sino con ella al bienestar y calidad de vida del paciente.

A partir de los resultados encontrados anteriormente, a partir de la correlación entre la calidad de la atención en salud y la calidad de la vida en salud, podrían desarrollarse estudios posteriores en los que se vincule a su vez la satisfacción del trabajador de las organizaciones de salud.

De esta manera la articulación de estos conceptos, supondría integrar al usuario en la toma de decisiones sobre su salud, y se impactaría a la perdurabilidad de la organización.

Valga la pena señalar, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2004) al referirse a la adherencia terapéutica, una buena relación entre el proveedor del servicio y el paciente podría mejorar la adherencia terapéutica. Incluso aunque no todos los profesionales provean directamente atención en salud, tienen una función importante en la adherencia terapéutica. En este sentido, una adherencia deficiente tendría consecuencias no solo para la salud de la población, recalca la Organización Mundial de la Salud (2004), sino que también para la eficiencia del sistema de atención sanitaria.

Calidad de Atención Percibida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Hipótesis: A una mejor calidad de la atención percibida, una mejor calidad de vida en salud.

Hallazgos Identificados En la Investigación

Capítulo II: Descriptivos De Las Subdimensiones De La Calidad De La Atención Percibida Y Los Índices Y Dominios De La Calidad De Vida Relacionada Con La Salud

En alineación con el objetivo general del presente trabajo, el capítulo al que continuación se da apertura, tiene como fin la descripción de las subdimensiones que componen la Calidad de la Atención Percibida y de los índices y dominios que a la Calidad de Vida relacionada con la Salud atañen, a la luz de los participantes de la IPS IDEARG SAS.

Para ello el capítulo comienza con una caracterización de la población participante, enseguida es descrito el comportamiento encontrado de las 16 subdimensiones correspondientes a la Calidad de la Atención Percibida según el instrumento PECASUSS; y finalmente se aborda descriptivamente la Calidad de Vida Relacionada con la Salud con base en el cuestionario SF36v2 de Salud y Bienestar.

Como hallazgos de este capítulo sobresalió el rol de la Calidad del Servicio al ser la mejor calificada, contrario a la Percepción del Tiempo de Espera que obtuvo el puntaje más bajo; esto en cuanto a la Calidad de la Atención Percibida. Por su parte respecto a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud se evidencio que el Índice Físico al igual que su dominio de Salud General se dirigieron en general hacia el empeoramiento (Worst); mientras que, tanto la tendencia para el Índice Mental como para su dominio de la Función Social, fue hacia el mejoramiento (Best).

Caracterización Demográfica

La caracterización de la población se lleva a cabo teniendo como base los datos de los usuarios recolectados a través de los reactivos 4 al 10 del PECASUSS y se presenta como resultado de investigación debido a que por un

lado será a partir de ella que se sustentará el objetivo de la investigación acá planteada y por otro lado a que hasta el momento estas mediciones no se habían ejecutado en IDEARG S.A.S.

Descriptivamente la muestra se conformó por 53 participantes (86,8% femenino y 13,2% masculino) sujetos de Estudios Clínicos de la IPS IDEARG S.A.S, con edades entre los 27 y 73 años ($M = 50,26$ y $DS = 12,050$). En cuanto al nivel educativo como se evidencia en la Figura 4., la mayoría (43,4%) indico haber completado estudios de primaria, seguido de secundaria (24,5%), técnico-tecnológica (11,3%), y en menor medida profesional (9,4%) y posgrado (9,4%).

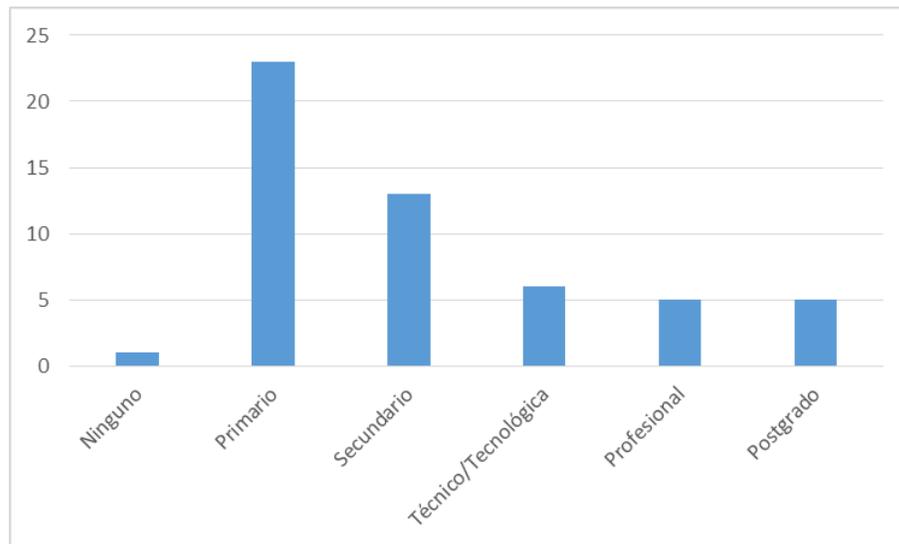


Figura 4. Nivel Educativo

Fuente: autora.

El estrato socioeconómico de los participantes (Figura 5) fue principalmente medio y bajo, siendo tres para más de la mitad (52,8%). La ocupación (Tabla # 1) refleja que en general los participantes se desempeñan como trabajadores dependientes (30,2%), en menor proporción amas de casas (22,6%), trabajadores independientes (22,6%) y pensionados (20,8%).

Calidad de Atención Percibida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

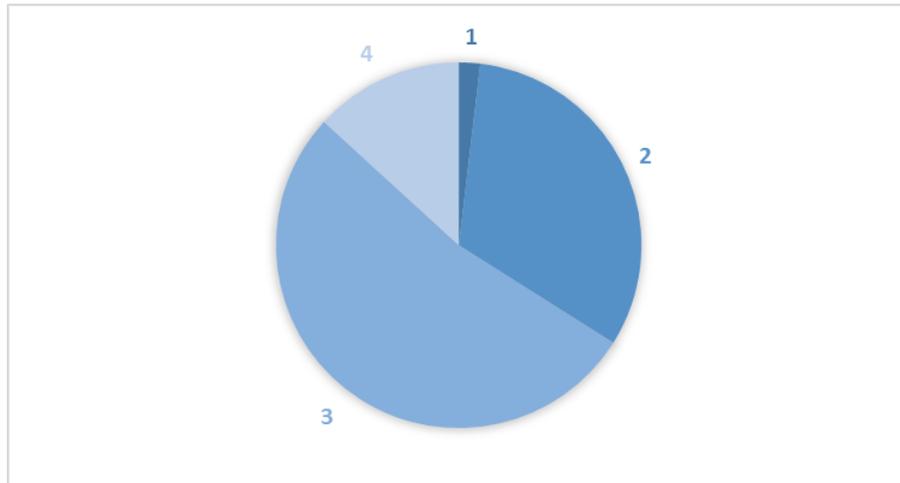


Figura 5. Estrato

Fuente: autora

Tabla # 1.

Ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ama de casa	12	22,6	22,6	22,6
Estudiante	1	1,9	1,9	24,5
Trabajador dependiente	16	30,2	30,2	54,7
Trabajador independiente	12	22,6	22,6	77,4
Desempleado	1	1,9	1,9	79,2
Pensionado	11	20,8	20,8	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Fuente: autora.

Al indagarse acerca de la afiliación de los participantes al sistema general de seguridad social (Figura 6) se aprecia que 52 (98,1%) se hallan en el régimen contributivo, cotizantes (67,9%) y beneficiarios (30,2%) y solamente uno sin afiliación (1,9%). Ahora bien a la luz de la relación de los participantes con la IPS frente al servicio demandado como se muestra en la Tabla # 2., 41 (77,4%) de ellos asistió por consulta de reumatología, 9 (17%) a consulta con medicina general, 2 (3,8%) a solicitar formulario para medicamentos de alto costo y 1 (1,9%) a aplicación de medicamentos de alto costo.

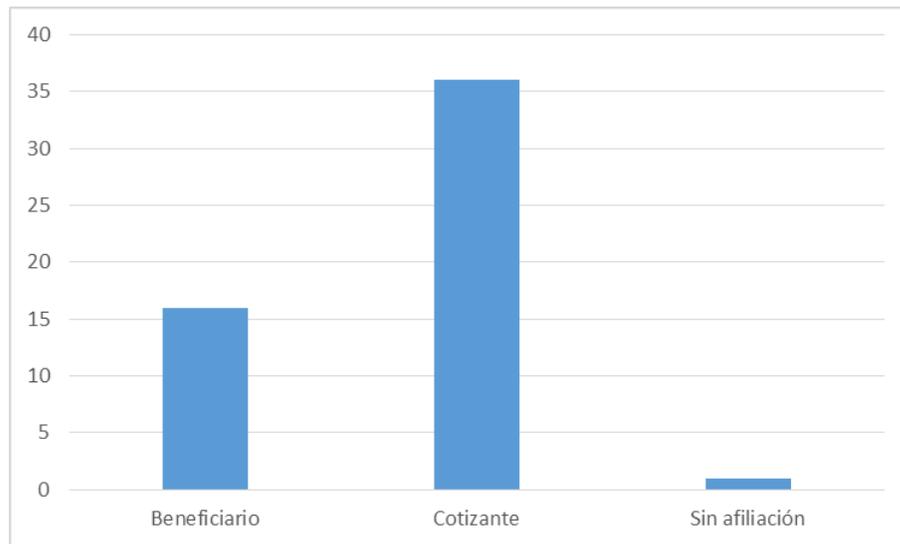


Figura 6. Sistema General de Seguridad Social

Fuente: autora.

Tabla # 2.

Servicio demandado

Calidad de Atención Percibida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Servicio	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Aplicación	1	1,9	1,9
Consulta	9	17,0	18,9
Formulario	2	3,8	22,6
Reumatología	41	77,4	100,0
Total	53	100,0	

Fuente: autora.

Descriptivos De Los Subdimensiones De La Calidad De la Atención en Salud Percibida.

La Tabla # 3., que a continuación se presenta, muestra las 16 subdimensiones a través de las cuales se midió la Calidad de la Atención a la luz de la percepción del usuario de la Institución. Como se evidencia la mayoría de las subdimensiones, exceptuando la Percepción del tiempo y Cuidados de salud en casa, se calificaron por encima de 4, en una escala de 1 a 5. Siendo la mejor calificada la Calidad del servicio (Media: 4,52/Mínimo: 3,0-Máximo: 5,0); subdimensión que corresponde a la calificación numérica que el usuario da a la atención recibida.

Tabla # 3.

Subdimensiones de la Calidad

Subdimensiones de la Calidad	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
P11: Trámite para ser atendido	53	2	5	4,25	,806
P12: Costo del servicio	4	3	5	4,00	,816

Calidad de Atención Percibida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

P13: Tiempo de espera (minutos)	53	2	240	31,70	48,315
P14: Percepción del tiempo	53	1	5	3,62	1,042
P15: Solución a la necesidad	53	3	5	4,42	,535
P16: Respuestas del personal	53	3	5	4,26	,524
P17: Aseo de la institución	53	2	5	4,32	,613
P18: Estado de la planta física	53	3	5	4,36	,558
P19: Muebles y enseres	53	2	5	4,21	,567
P20: Trato de personal asistencial	53	3	5	4,51	,541
P21: Trato de personal administrativo	53	2	5	4,34	,618
P22: Cooperación entre funcionarios	53	3	5	4,32	,547
P23: Capacidad de los profesionales	53	3	5	4,23	,669
P24: Cuidados de salud en casa	53	1	5	3,87	1,038
P25: Calidad del servicio	53	3,0	5,0	4,52	,6121
P26: Atención general	53	2	5	4,30	,774

Fuente: autora.

El trámite para ser atendido, es una de las 16 subdimensiones de la calidad. Esta refiere a la percepción que tuvo el usuario acerca de las dificultades presentadas para acceder al servicio el día que fue atendido. En general (47,2%) los usuarios consideraron el trámite realizado como sencillo, seguido de muy sencillo (41,5%). Tabla # 4.

Tabla # 4.

Trámite para ser atendido

Trámite para ser atendido	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
---------------------------	------------	------------	-------------------	----------------------

Calidad de Atención Percibida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Complicado	3	5,7	5,7	5,7
Ni complicado ni sencillo	3	5,7	5,7	11,3
Sencillo	25	47,2	47,2	58,5
Muy sencillo	22	41,5	41,5	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Fuente: autora.

Frente al Costo del servicio (Tabla # 5.), es decir sí la persona encuestada tuvo que realizar algún pago para obtener el servicio requerido, valga señalar que de los 53 usuarios, 4 realizaron pago por el servicio, y de estos la mitad (50%) considero el costo como barato.

Tabla #. 5

Costo del Servicio

Costo del servicio	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ni caro ni barato	1	1,9	25,0	25,0
Barato	2	3,8	50,0	75,0
Muy barato	1	1,9	25,0	100,0
Total	4	7,5	100,0	
Perdidos Sistema	49	92,5		
Total	53	100,0		

Fuente: autora.

Al indagar acerca del tiempo que los usuarios deben esperar desde que llegan a la institución hasta que reciben el servicio solicitado, la Tabla # 6 muestra

Calidad de Atención Percibida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

que un 20,8% de los participantes esperaron 5 minutos, otro 20,8% esperaron 10 minutos, 11,3% 20 minutos y 9,4% 15 minutos. Mientras tanto un 5,7%, 3,8%, 1,9% y 3,8% esperaron 60, 90, 120 y 240 respectivamente.

Tabla # 6.

Tiempo de Espera (Minutos)

Tiempo de Espera (Minutos)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2	1	1,9	1,9
	3	1	1,9	3,8
	5	11	20,8	24,5
	10	11	20,8	45,3
	15	5	9,4	54,7
	20	6	11,3	66,0
	25	1	1,9	67,9
	30	4	7,5	75,5
	35	1	1,9	77,4
	40	1	1,9	79,2
	45	3	5,7	84,9
	60	3	5,7	90,6
	90	2	3,8	94,3
	120	1	1,9	96,2
	240	2	3,8	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Fuente: autora.

Calidad de Atención Percibida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Ante el tiempo en minutos anteriormente indicado, la percepción de los participantes fue principalmente ni largo ni corto (39,6%), seguido de corto (22,6%) y muy corto (22,6%), tal como se presenta en la Tabla # 7.

Tabla # 7.

Percepción del Tiempo

Percepción del Tiempo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Muy largo	3	5,7	5,7	5,7
Largo	1	1,9	1,9	7,5
Ni largo ni corto	21	39,6	39,6	47,2
Corto	16	30,2	30,2	77,4
Muy corto	12	22,6	22,6	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Fuente: autora.

Ante la subdimensión de la calidad llamada solución a la necesidad, referida a la percepción acerca de la solución que se le dio al problema de salud que incentivó su llegada a la institución, el 54,7% la consideración como buena, un 43,4% como muy buena y un 1,9% como ni buena ni mala (Tabla # 8). Valga la pena resaltar que ningún participante calificó la solución dada como mala y muy mala.

Tabla # 8.

Solución a la Necesidad

Calidad de Atención Percibida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Solución a la Necesidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Ni mala ni buena	1	1,9	1,9	1,9
Buena	29	54,7	54,7	56,6
Muy buena	23	43,4	43,4	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Fuente: autora.

En lo que respecta a la apreciación que el usuario tiene acerca de las respuestas recibidas ante las inquietudes que tuvo en relación a su situación, su enfermedad, exámenes o procedimientos a realizar, se observó que el 66% de los participantes consideraron como apropiadas las respuestas del personal, 30,2% muy apropiadas y un 3,8% como ni inapropiadas ni apropiadas (Tabla # 9).

Tabla # 9.

Respuestas del Personal

Respuestas del Personal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Ni inapropiadas ni apropiadas	2	3,8	3,8	3,8
Apropiadas	35	66,0	66,0	69,8
Muy apropiadas	16	30,2	30,2	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Fuente: autora.

Frente a la subdimensión del aseo de la institución que hace referencia a la apreciación que tiene el usuario acerca del aseo o la limpieza de las instalaciones

Calidad de Atención Percibida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

de la institución (Tabla # 10), en su mayoría (58,8%) los participantes lo consideraron bueno y un 37,7% muy bueno, mientras que un 1,9% consideró el aseo como ni malo ni bueno y otro 1,9% como malo.

Tabla # 10.

Aseo de la Institución

Aseo de la Institución		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	1	1,9	1,9	1,9
	Ni malo ni bueno	1	1,9	1,9	3,8
	Bueno	31	58,5	58,5	62,3
	Muy bueno	20	37,7	37,7	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Fuente: autora.

El 56,6% de los usuarios encuestados percibieron el estado físico y visible de las instalaciones de la IDEARG SAS como cuidada, 39,6% muy cuidada y 3,8% ni descuidada ni cuidada, como se evidencia en la Tabla # 11.

Tabla # 11.

Estado de la Planta Física

Estado de la Planta Física		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ni descuidada ni cuidada	2	3,8	3,8	3,8
	Cuidada	30	56,6	56,6	60,4
	Muy cuidada	21	39,6	39,6	100,0

Calidad de Atención Percibida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Total	53	100,0	100,0
-------	----	-------	-------

Fuente: autora.

La mayoría (69,8%) de los usuarios de IDEARG SAS y participantes del presente trabajo, percibieron como cómoda la dotación de la institución en cuanto a salas de espera, sillas, camas y camillas, si las vio o las uso. Por otro lado en mejor proporción (1,9%) la percibió como incómodas (Tabla # 12).

Tabla # 12.

Muebles y enseres

Muebles y enseres	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Incómodas	1	1,9	1,9	1,9
Ni incómodas ni cómodas	1	1,9	1,9	3,8
Cómodas	37	69,8	69,8	73,6
Muy cómodas	14	26,4	26,4	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Fuente. Autora.

Como se presenta en la Tabla # 13 que se encuentra a continuación, la apreciación de los participantes sobre el trato recibido de médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud del personal fue de muy bueno para un 52,8%, seguido de bueno para un 45,3% y ni malo ni bueno para un 1,9%.

Tabla # 13.

Trato de personal asistencial.

Calidad de Atención Percibida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Trato de personal asistencial		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ni malo ni bueno	1	1,9	1,9	1,9
	Bueno	24	45,3	45,3	47,2
	Muy bueno	28	52,8	52,8	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Fuente: autora.

Mientras tanto, ante el trato del personal administrativo como porteros, cajeros y auxiliares (Tabla # 14), la apreciación para la mayoría de los participantes (56,6%) fue buena, seguido de muy buena (39,6%). En menor medida un 1,9%, es decir una persona, apreció el trato como ni malo ni bueno y otro 1,9% como malo.

Tabla # 14.

Trato de personal administrativo

Trato de personal administrativo		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	1	1,9	1,9	1,9
	Ni malo ni bueno	1	1,9	1,9	3,8
	Bueno	30	56,6	56,6	60,4
	Muy bueno	21	39,6	39,6	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Fuente: autora.

La calificación de la subdimensión de la cooperación entre funcionarios, la cual indica la coordinación entre el personal de la institución o entre instituciones,

Calidad de Atención Percibida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

fue buena para más de la mitad de los participantes (60,4%). Entre tanto para un 35,8% que corresponde a 19 personas la percepción sobre la cooperación fue muy buena y para un 3,8% fue ni mala ni buena (Tabla # 15).

Tabla # 15.

Cooperación entre funcionarios

Cooperación entre funcionarios		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ni mala ni buena	2	3,8	3,8	3,8
	Buena	32	60,4	60,4	64,2
	Muy buena	19	35,8	35,8	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Fuente: autora.

El 50,9% de los participantes afirmaron que los profesionales de la IPS tienen una alta capacidad para solucionar el problema que motivó la demanda de la atención en salud. Un 35,8% la percibió como muy alta y un 13,2% como ni baja ni alta (Tabla # 16).

Tabla # 16.

Capacidad de los profesionales

Capacidad de los profesionales		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ni baja ni alta	7	13,2	13,2	13,2
	Alta	27	50,9	50,9	64,2

Calidad de Atención Percibida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Muy alta	19	35,8	35,8	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Fuente: autora.

Como se observó en la Tabla # 3. *Subdimensiones de la Calidad*, los Cuidados de Salud en Casa presentó la más baja calificación frente a las demás subdimensiones de la calidad a la luz de la percepción del usuario de IDEARG SAS. Sin embargo en detalle (Tabla # 17), se pudo observar que el 67,9% de los participantes percibió como suficiente las indicaciones que recibió respecto a los cuidados de su salud en casa y 18,9% como muy suficiente; en el término medio, es decir de ni insuficiente ni suficiente el 3,8%; y del otro lado a pesar de no haberse participantes que considerarán esta variable como insuficiente, un 9,4% si lo calificó como muy insuficiente.

Tabla # 17.

Cuidados de salud en casa

Cuidados de salud en casa	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Muy insuficiente	5	9,4	9,4	9,4
Ni insuficiente ni suficiente	2	3,8	3,8	13,2
Suficiente	36	67,9	67,9	81,1
Muy suficiente	10	18,9	18,9	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Fuente: autora.

En cuanto a la calificación dada por los participantes a la calidad del servicio, como se muestra en la Tabla # 18, ante la posibilidad de asignar valores entre 0

pésima y 5 excelente, el 54,7% de los participantes le otorgaron 5,0, un 26,4% una calificación de 4,0 y un 9,4% lo valoró como 4,5. Estas calificaciones según la categorización corresponden a perfecta, la primera, y a muy buena las dos últimas (Cabrera, et al., 2009, pp. 195). Mientras un 5,7% la calificaron como 3,0 y un 3,8% como 3,5, valores que conciernen a regular.

Tabla # 18.

Calidad del servicio

Calidad del servicio	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 3,0	3	5,7	5,7	5,7
3,5	2	3,8	3,8	9,4
4,0	14	26,4	26,4	35,8
4,5	5	9,4	9,4	45,3
5,0	29	54,7	54,7	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Fuente: autora.

A la pregunta acerca del grado de satisfacción global del usuario con el servicio recibido, los participantes en general (45,3%) indicaron sentirse muy satisfechos, a solo 1,9 puntos de satisfecho el cual fue indicado por un 43,4%. De esta totalidad de 53 (100%) participantes el 7,5% y el 3,8% señalaron sentirse ni insatisfechos ni satisfechos e insatisfechos, respectivamente (Tabla # 19).

Tabla # 19.

Atención general

Calidad de Atención Percibida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Atención general		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Insatisfecho	2	3,8	3,8	3,8
	Ni insatisfecho ni satisfecho	4	7,5	7,5	11,3
	Satisfecho	23	43,4	43,4	54,7
	Muy satisfecho	24	45,3	45,3	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Fuente: autora.

Ante la pregunta sobre adherencia a la IPS de si volvería a la Institución, el 100% de los participantes contestó de manera afirmativa. El argumento más frecuente sobre el cual se fundamenta el regreso a la institución se centra en la calidad, aspecto que redonda los resultados evidenciados (Muy satisfecho= 45,3%) en el grado de satisfacción global del usuario con el servicio recibido. Se observó cómo constante que dicha calidad fuera vinculada a sensaciones de bienestar, el tratamiento en curso y/o pasado y el trato del personal. Al respecto, sobresalieron los comentarios relacionados con el tiempo en que han sido atendidos y confianza que los participantes han generado en torno al Reumatólogo que los atiende, el Doctor Renato Guzmán. A su vez, los comentarios sobre el tratamiento que están recibiendo, bien sea ante la expectativa de mejoría con este, la actual sensación de mejoramiento debido al medicamento, y en un caso la no sensación de mejoría en donde el regreso a la institución se sustenta en la tenencia de un control médico.

Ahora bien, en cuanto a los aspectos en los cuales debe mejorar la IPS, se halló que a través de expresiones como “No, nada, para mi está bien, no le veo nada que tenga que mejorar, yo la veo bien y ninguna” se presentó en gran medida una ausencia de apreciaciones frente a recomendaciones a la institución.

Otras apreciaciones que si precisaron recomendaciones de los participantes, se consolidan en torno a ocho ejes centrales. El primero es la distancia que deben recorrer hasta el laboratorio para la realización de sus exámenes, para lo cual se recomendó proporcionar este servicio en el centro o llevarlo a cabo en una ubicación más cercana. El segundo es el tiempo de demora entre la preparación del medicamento y su llegada al centro, para su respectiva aplicación. En este punto si bien la solicitud se articula a una disminución del tiempo, tres apreciaciones atendieron a la realización del medicamento en la institución.

El tercer eje se direcciona hacia la dotación de toallas, papel higiénico y jabón en el baño, dada la percepción del baño permanecer sin este suministro o de no estarse abasteciendo constantemente. Cuarto, en lo que a la relación entre el personal de la institución y el paciente, dos apreciaciones indicaron como recomendación la comunicación entre estos dos y mejoramiento del trato. Un quinto eje, para dos participantes, arriba en la espera por fuera de la institución en horas de la mañana, resaltando que les permitan entrar a la institución para esperar. Sexto, la recomendación de acceso a citas con el Reumatólogo con mayor regularidad. Séptimo, señalado por un participante la adición de una silla para la aplicación de medicamento.

Y finalmente octavo, vinculado a la planta física dos participantes indicaron requerimientos asociados a la colocación de una rampa o un ascensor para acceder al segundo piso. Valga la pena contrastar que en la subdimensión de Estado de planta física, la condición de la Institución, la mayoría de los participantes (56,6%) la consideraron como cuidada.

**Descriptivos De Los Dos Índices Y Ocho Dominios Del
Cuestionario SF36v2 Sobre Salud Y Bienestar Para Medir Calidad De
Vida Relacionada Con La Salud.**

Como se puede observar en la siguiente Tabla # 20 frente a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, el Índice Mental evidenció mayores puntuaciones

Calidad de Atención Percibida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

(M= 46,25) que el Índice Físico (M=41,00) con una variación entre los rangos de 22,24-63,53 y 22,30-62,12, respectivamente. En concordancia con ello, las tres puntuaciones más altas se presentan en tres de los cuatro dominios que componen el Índice Mental, estos son la Función Social (M=66,50), Salud Mental (M=66,13) y el Rol Emocional (M=63,05). Mientras tanto, los tres puntajes más bajos correspondieron también a tres de cuatro de los dominios del Índice Físico partiendo de la Salud General (M=48,77), seguido del Dolor Corporal (M=52,56) y Rol Físico (M=52,59).

Tabla # 20.

Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

Calidad de Vida Relacionada con la Salud	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
SF: Función física	53	,00	100,00	56,2266	30,49103
SF: Rol físico	53	,00	100,00	52,5943	32,60140
SF: Dolor corporal	53	,00	100,00	52,5660	26,77722
SF: Salud general	53	5,00	100,00	48,7736	21,56621
SF: Vitalidad	53	,00	100,00	53,4198	22,35282
SF: Función social	53	,00	100,00	66,5094	26,82896
SF: Rol emocional	53	,00	100,00	63,0506	29,97995
SF: Salud mental	53	10,00	100,00	66,1321	22,92633
SF: Índice físico	53	22,30	62,12	41,0096	9,76357
SF: Índice mental	53	22,24	63,53	46,2555	11,01469
N válido (por lista)	53				

Fuente: autora.

Es de subrayar que tanto para los Índices como para sus correspondientes dominios, excepto por el de la Salud General, los datos se movieron por encima de la media de 50, lo cual precisa que se dirigieron hacia el mejoramiento (Best).

Profundizando. El dominio de la Salud General fue el único subdominio que se encontró por debajo de la media de 50, lo cual evidencia que en la muestra (N=53) hubo una tendencia general hacia el empeoramiento (Worst), al considerarse los ítems 11a.¹ Parecer enfermarse más fácilmente que otras personas, 11b. Estar tan sano como cualquiera, 11c. Creer que su salud va a empeorar y 11d. Tener una salud excelente. Este dominio tuvo una variación entre 5,00 y 100,0.

Del otro lado, como dominio del Índice Mental, se ubicó la Función Social (M=66,50) con una variación de ,00 y 100,00 y dirigida hacia el mejoramiento (Best). Los altos puntajes en este dominio precisarían que ante el ítem 6., acerca de la medida en que la salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales, los participantes en general seleccionaron las opciones de respuesta: nada en absoluto, ligeramente y moderadamente. Y que ante el ítem 10. Sobre la cantidad de tiempo en que la salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, pariente, etc.) las respuestas principalmente elegidas fueron algunas veces, casi nunca o nunca.

Capítulo III: Caracterización Demográfica Frente A La Calidad De La Atención Percibida Y La Calidad De Vida Relacionada Con La Salud.

En el presente capítulo se evidencia la relación entre los datos sociodemográficos de los participantes y, por un lado, la Calidad de la Atención Percibida y, por otro lado, la Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

En este sentido, la primera relación se lleva a cabo mediante la correlación entre los reactivos 5 al 10 afiliación, sexo, educación, ocupación y estrato del instrumento PECASUSS, que corresponden a los datos del usuario, con 14 de los reactivos que de este mismo instrumento miden la Calidad de la Atención Percibida. Valga la pena advertir que si bien son 16 subdimensiones las propuestas en el cuerpo de la encuesta PECASUSS, en este capítulo tanto la subdimensión de Tiempo de espera (minutos) como la de Costo del servicio, no fueron tenidas en cuenta debido a que la primera presenta una escala de medición diferente al resto de los ítems evaluados y la segunda a que 4 participantes del total (M=53) tuvieron que cancelar un pago por el servicio recibido.

Enseguida se aborda la segunda correlación concerniente a los datos del usuario y los dos Índices y ocho dominios del cuestionario SF36v2 de Salud y Bienestar con base en el cual se midió la Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

Como hallazgo de este capítulo se encontró que la calidad de la atención en salud fue mejor percibida, es decir calificada con puntajes más altos, por los participantes que de acuerdo con la afiliación a la seguridad social, se caracterizaron por ser beneficiarios, de sexo masculino, con nivel de estudios terminado primario, trabajadores independientes y de estrato cuatro.

Por su parte la calidad de vida relacionada con la salud fue mejor, en tanto se encontró por encima de la media de 50, para los participantes cotizantes, de sexo

masculino, con nivel educativo superior, con ocupación de pensionados y participantes de estrato tres.

Correlación Entre Datos Sociodemográficos Y La Calidad De La Atención Percibida.

La calidad de la atención en salud en general fue calificada con puntajes más altos por los usuarios, que de acuerdo con la afiliación a la seguridad social, se caracterizaron por ser beneficiarios. Así, de las 14 subdimensiones a través de las cuales se midió la calidad de la atención, 13 obtuvieron puntuaciones de los beneficiarios más cercanas a 5, excepto por la subdimensión de la solución dada al problema de salud que motivó la llegada del usuario a la institución, que fue mejor percibida (4,44) por los cotizantes.

Sobresalió que la subdimensión de la percepción del tiempo tuvo puntajes por debajo de cuatro, 3,69 y 3,58 tanto para los beneficiarios como para los cotizantes, respectivamente; siendo mejor calificada por los primeros en comparación con los últimos.

Las diferencias más significativas entre cotizantes y beneficiarios a la hora de calificar la calidad de la atención en salud percibida, como se observa en la Figura 7, se halló en las subdimensiones de aseo a la IPS donde las puntuaciones fueron de 4,50 para los beneficiarios y 4,25 para los cotizantes; calificación del servicio con 4,72 para beneficiarios y 4,42 para cotizantes; grado de satisfacción 4,50 beneficiarios y cotizantes 4,19; y la orientación dada, cuya diferencia de 0,74 fue la más amplia entre estos dos grupos, con 4,38 para los beneficiarios y 3,64 para cotizantes.

Valga la pena recordar, como se señaló en la Caracterización Demográfica, que del total de la muestra (n=53) un 1,9% de los participantes no tiene afiliación a la Seguridad Social, por lo cual en este aparte se tomó como referente n=52.

Calidad de Atención Percibida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

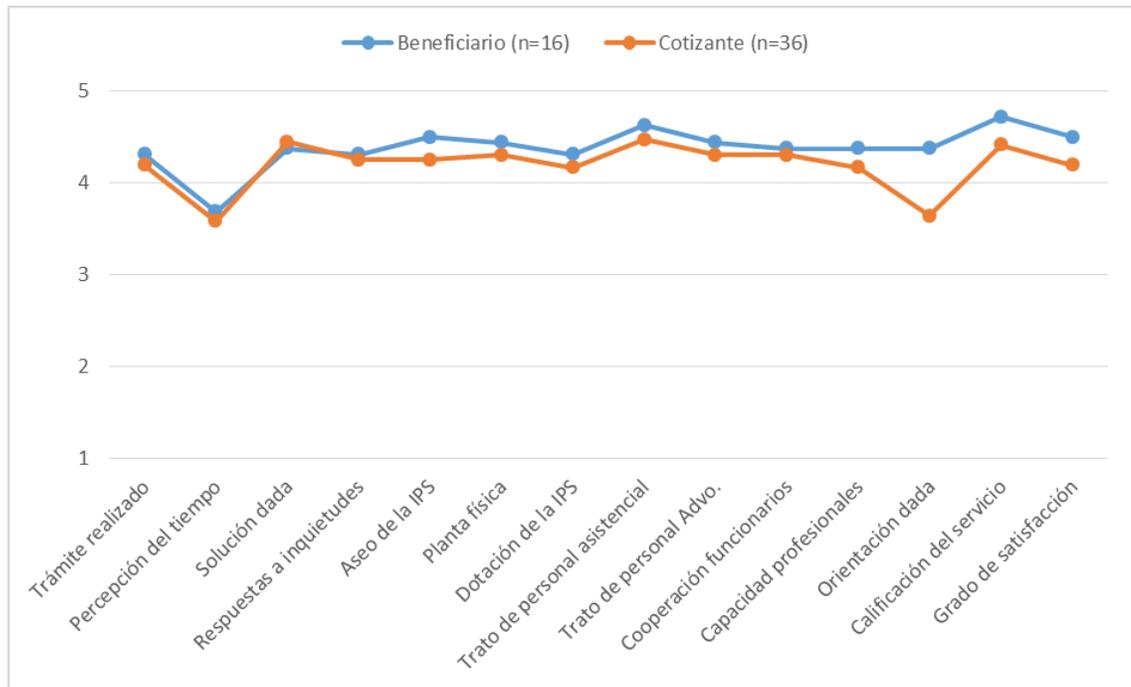


Figura 7. Calidad de la Atención Percibida y Afiliación al SGSSS.

Fuente: autora.

La calidad de la atención en salud, frente al sexo, fue mejor percibida por los participantes masculinos que por lo femeninos. En este punto es clave resaltar que del total de la muestra (n: 53), los primeros corresponden a un 13,2% y los segundos a 86,8%.

De esta manera, fueron 12 de 14 las subdimensiones con puntuaciones más cercanas a cinco dadas por los participantes masculinos. Estas son: tramite realizado (4,43), percepción del tiempo (4,29), solución dada (4,43), aseo de la IPS (4,71), planta física (4,71), dotación de la IPS (4,43), trato de personal asistencial (4,57), trato de personal administrativo (4,43), cooperación funcionarios (4,43), capacidad profesionales (4,43), calificación del servicio (4,86) y grado de satisfacción (4,57).

Calidad de Atención Percibida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Por su parte los participantes femeninos percibieron mejor que los masculinos las subdimensiones de respuestas a las inquietudes y orientación dada, 4,28 y 3,89 respectivamente.

Como se nota en la siguiente Figura 8, las subdimensiones en que se presentó mayor grado de discrepancia entre femenino y masculino por las puntuaciones asignadas fueron, primero, la percepción del tiempo con una diferencia de 0,76, enseguida aseo a la IPS con 0,45, tercero planta física con 0,41 y calificación del servicio cuya diferencia fue de 0,39.

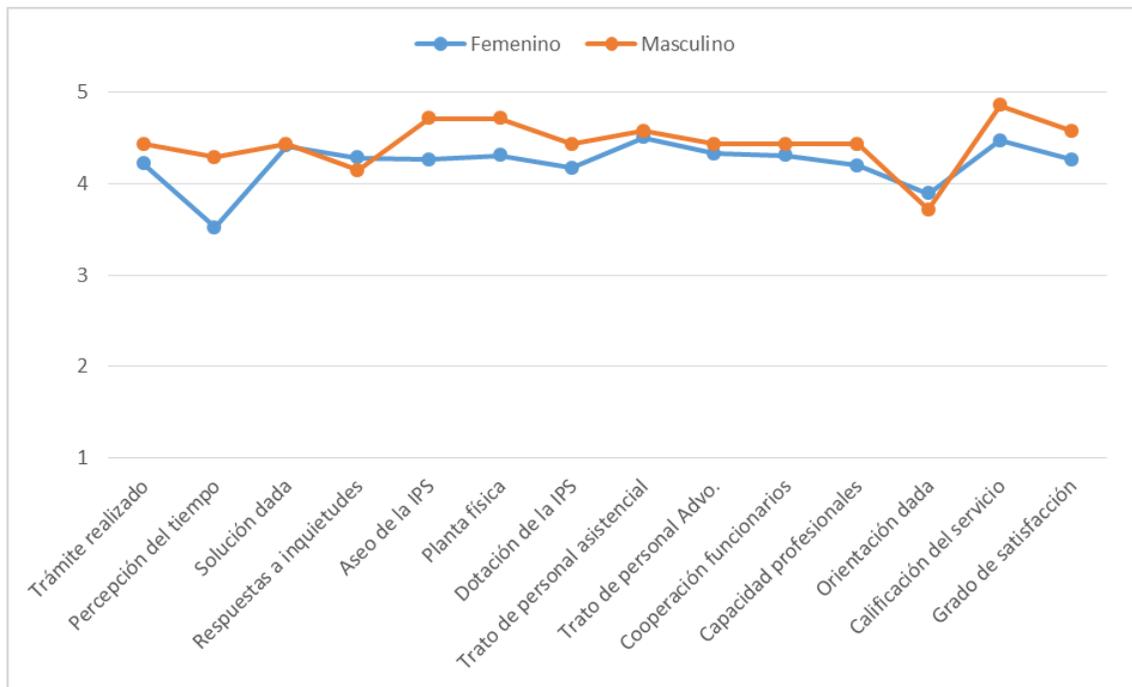


Figura 8. Calidad de la Atención Percibida y Sexo.

Fuente: autora.

En cuanto al nivel educativo, Figura 9, los participantes con nivel de estudios terminado primario valoraron mejor las subdimensiones de percepción del tiempo (3,65), solución dada (4,48), respuesta a inquietudes (4,354), dotación de la IPS (4,26), trato del personal asistencia (4,57), trato del personal administrativo (4,52), cooperación funcionarios (4,43), capacidad funcionarios (4,26) y grado de

Calidad de Atención Percibida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

satisfacción (4,57), mientras que los participantes con nivel educativo secundario puntuaron mejor las subdimensiones de aseo a la IPS (4,46), planta física (4,46), orientación dada (4,00) y calificación del servicio (4,62). Por su lado, la subdimensión de trámite realizado fue igualmente puntuada en 4,31 por los participantes con nivel educativo secundario y superior.

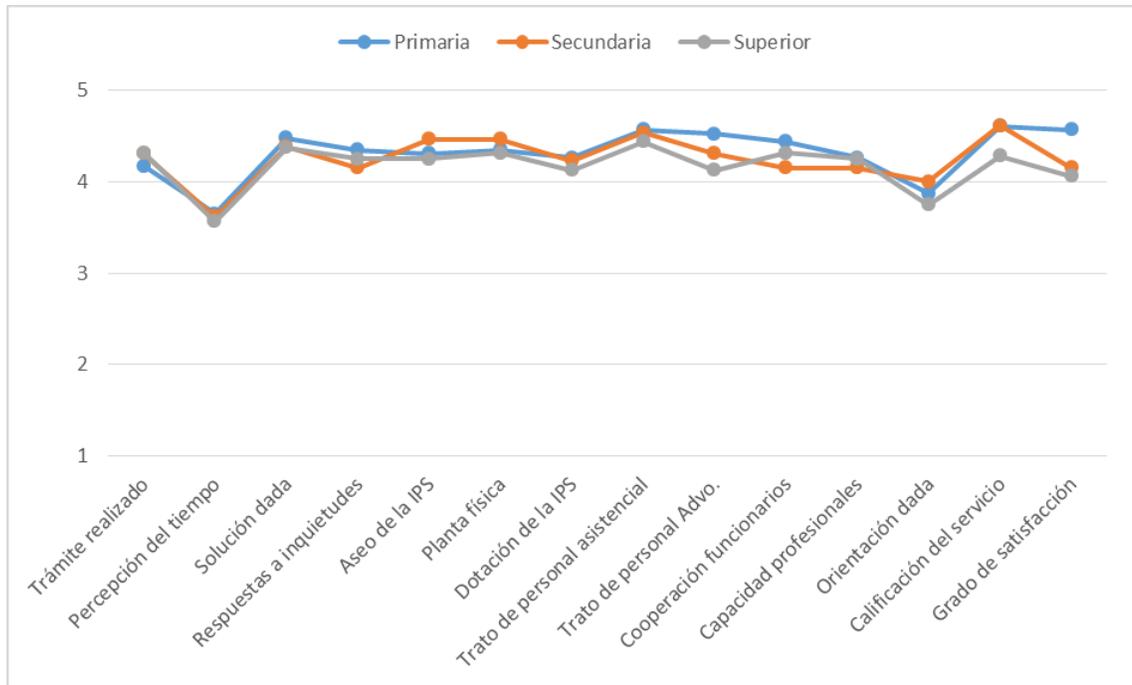


Figura 9. Calidad de la Atención Percibida y Nivel Educativo.

Fuente: autora.

En esta Figura “Calidad de la Atención Percibida y Nivel Educativo”, se destacan los puntajes similarmente bajos para las subdimensiones de percepción del tiempo y orientación dada según los tres grupos de nivel educativo encontrados (Primaria, secundaria y superior).

De acuerdo a la ocupación (Figura 10), en general se evidenció una valoración de las subdimensiones de la calidad de la atención por encima de cuatro sobre cinco; excepto por dos que estuvieron por debajo. Por un lado la percepción del tiempo, así considerada para el total de los cuatro grupos ama de

casa (3,75), trabajador dependiente (3,63), trabajador independiente (3,42) y pensionado (3,64), y por otro lado la orientación dada, también puntuada debajo de cuatro para los trabajadores dependientes (3,75), trabajadores independientes (3,92) y pensionados (3,64).

En este sentido si bien la calidad de la atención en salud percibida, vista a través de sus subdimensiones es homogénea entre los grupos de ocupación, acotando al detalle sobresale que los trabajadores independientes puntuaron igual o superior a 4,50 las subdimensiones de solución dada (4,58), trato del personal asistencial (4,50) y calificación del servicio (4,54); por su parte, el grupo de amas de casa a las subdimensiones de trato del personal asistencial (4,50) y calificación del servicio (4,63); los trabajadores dependientes al trato del personal asistencial (4,56); y los pensionados al trato del personal administrativo (4,55). Nótese que el trato del personal asistencial persistió tanto para las amas de casa, trabajadores dependientes como trabajadores independientes.

Al comparar entre los grupos de ocupación se evidencia que la calidad de la atención en salud fue mejor percibida por los trabajadores independientes, quienes puntuaron el trámite realizado, la solución dada, aseo a la IPS, planta física y grado de satisfacción con puntajes más cerca de cinco que los otros grupos de ocupación. Valga resaltar que dos de estas subdimensiones, aseo a la IPS y grado de satisfacción, fueron compartidas con iguales puntajes 4,33 y 4,42, respectivamente, con las amas de casa. Mientras los trabajadores dependientes calificaron más alto a las subdimensiones de respuestas a inquietudes, trato de personal asistencial y cooperación entre funcionarios. Los pensionados la dotación de la IPS y la capacidad de los profesionales. Y las amas de casa aseo a la IPS, orientación dada, calificación del servicio y grado de satisfacción.

Calidad de Atención Percibida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

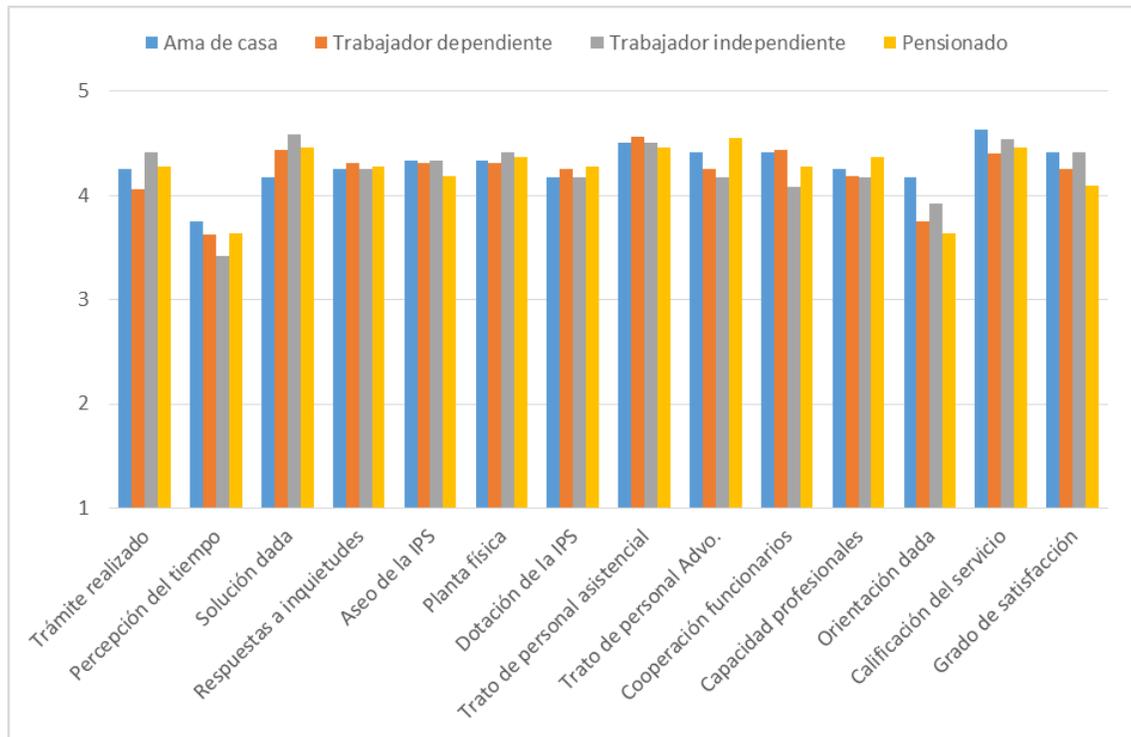


Figura 10. Calidad de la Atención Percibida y Ocupación.

Fuente: autora.

En términos del estrato de la población participante, se encontró que se agrupan en dos, tres y cuatro. Según los puntajes obtenidos la calidad de la atención en salud fue mejor percibida por los de estrato cuatro en cuanto a sus subdimensiones de trámite realizado (4,43), aseo de la IPS (4,57), cooperación entre funcionarios (4,43), calificación del servicio (4,64) y grado de satisfacción (4,71). Para los de estrato tres en relación a la percepción del tiempo (3,68), solución dada (4,50), planta física (4,46), dotación de la IPS (4,25) y orientación dada (3,93). Y para los de estrato dos, respuestas a inquietudes (4,35), trato del personal asistencial (4,59), trato del personal administrativo (4,41) y capacidad de los profesionales (4,35).

En contraste, la calidad de la atención en salud en lo que respecta a las subdimensiones de percepción del tiempo y orientación dada, fue valorada con

puntajes por debajo de cuatro por los tres grupos: dos, tres y cuatro. El puntaje más bajo fue de 3,53 para la primera subdimensión y de 3,76, para la segunda, ambos según el grupo de estrato dos.

La mayor dispersión entre los datos se halló en la subdimensión de grado de satisfacción, donde los de estrato cuatro señalaron 4,71, los de estrato tres 4,21, y no muy lejos de este último 4,29 los de estrato dos, como se muestra en la Figura 11 a continuación.

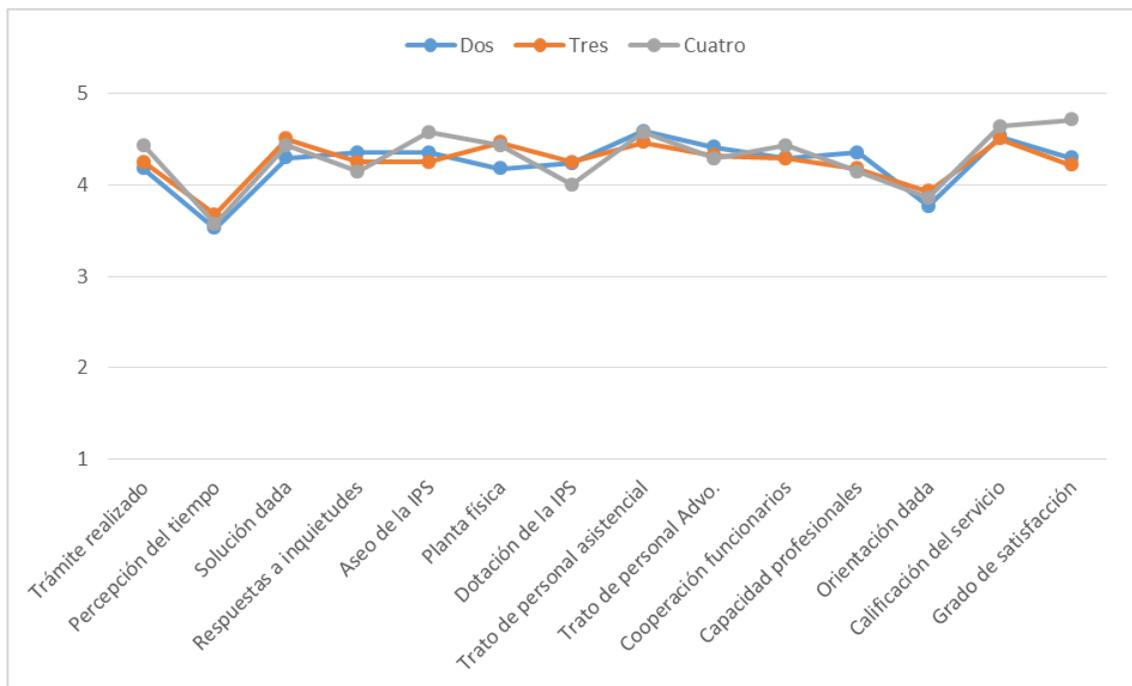


Figura 11. Calidad de la Atención Percibida y Estrato.

Fuente: autora.

Correlación Entre Datos Sociodemográficos Y La Calidad De Vida Relacionada Con La Salud.

La calidad de vida relacionada con la salud medida a través de los dominios del instrumento SF36v2 y vista desde la afiliación al Sistema de Seguridad Social, evidenció en la población participante ser mejor para los cotizantes que para los

Calidad de Atención Percibida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

beneficiarios, como se muestra en la Figura 12. En este sentido los dominios en general se direccionaron hacia el mejoramiento, es decir por encima de la media de 50, sobresaliendo la salud mental con el más alto de 70,56 y exceptuándose la salud general que recibió una puntuación de 48,78, la más baja para este grupo.

Para los beneficiarios, mientras tanto, la tendencia se ubicó en el empeoramiento por debajo de la media de 50, para la función física (44,38), rol físico (42,97), dolor corporal (47,63), salud general (47,31) y vitalidad (48,44). El dominio mejor valorado fue la función social con 60,94, seguido de la salud mental con 54,69 y el rol emocional con 50,52.

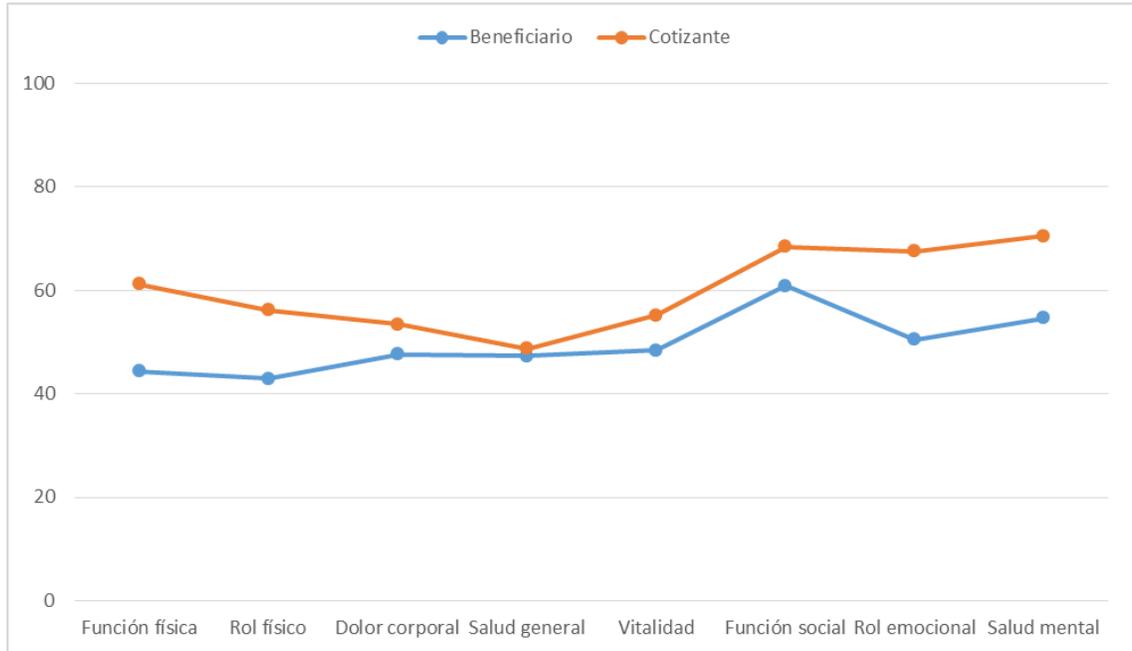


Figura 12. Calidad de Vida relacionada con la Salud y Afiliación al SGSSS.

Fuente: autora.

La calidad de vida relacionada con la salud para la población participante demostró ser mejor para el sexo masculino que para el femenino. En especial para el índice mental en el cual tres de cuatro dominios función social (69,64), rol emocional (66,67) y salud mental (74,29) se encuentran hacia el mejoramiento,

Calidad de Atención Percibida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

por encima del sexo femenino. Si bien se observa que estos mismos dominios se encuentran hacia el mejoramiento en el femenino, es de resaltar que en contraste son mucho más altos los del masculino.

Así, como se enseña en la Figura 13, para el sexo masculino el puntaje más alto se ubica en la salud mental (74,29) y el más bajo en el dolor corporal. Mientras que para el sexo femenino el mayor puntaje estuvo en el dominio de función social (66,03) y el más bajo en el rol físico (52,31).

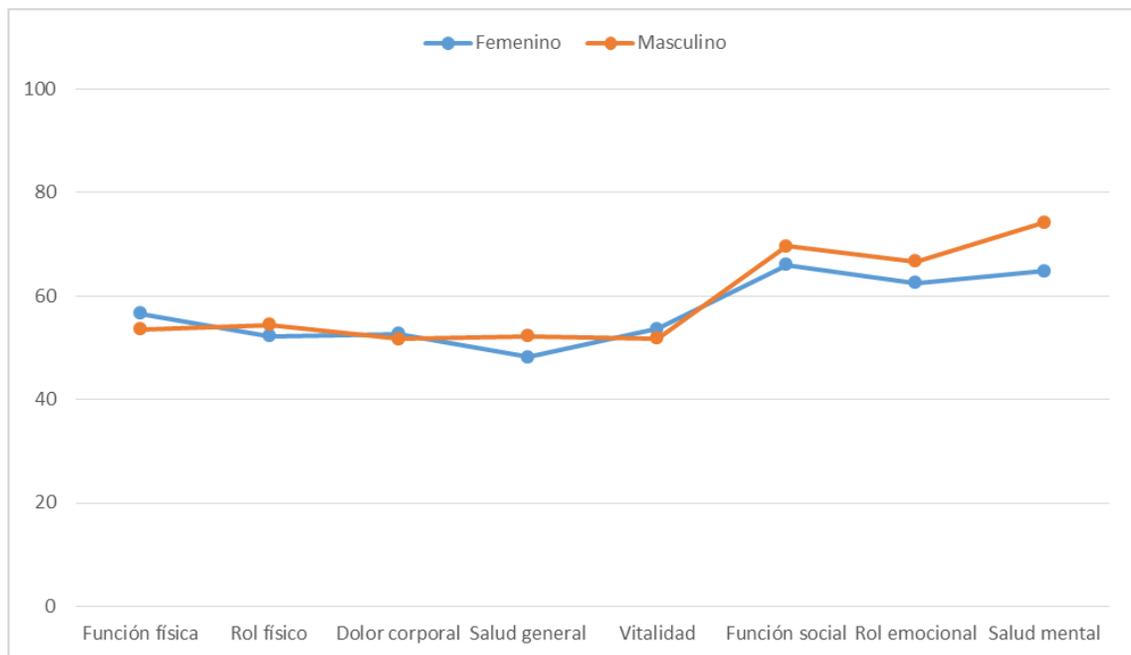


Figura 13. Calidad de Vida relacionada con la Salud y Sexo.

Fuente: autora.

La Figura 14 indica la correlación de los dominios de la calidad de vida relacionada con la salud y el nivel educativo de la población participante, sobresaliendo el comportamiento de las puntuaciones del grupo de nivel educativo superior, dada su distancia de los de primaria y secundaria. Esto para decir que el grupo de nivel educativo superior evidenció una mejor calidad de vida relacionada con la salud que los demás grupos de nivel educativo. Esto soportado

Calidad de Atención Percibida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

en tres de cuatro dominios función física (65,94), rol físico (62,11) y dolor corporal (59,56), por parte del índice físico, y vitalidad (65,23), función social (69,53), rol emocional (71,35) y salud mental (73,13), del índice mental, por encima de los otros dos grupos.

Por el otro lado, se halló que en comparación con los demás grupos de nivel educativo, el de primaria tuvo siete de ocho dominios con los puntajes más bajos. Cuatro de ellos correspondientes al índice mental, vitalidad (47,01), función social (63,59), rol emocional (59,06) y salud mental (59,78), además de la función física (51,52), el dolor corporal (48,43) y la salud general (41,65) del índice físico.

Por su parte, el nivel educativo secundaria presentó el rol físico (48,56) con el puntaje más bajo y la salud general (54,38) como más alto en comparación con los demás grupos.

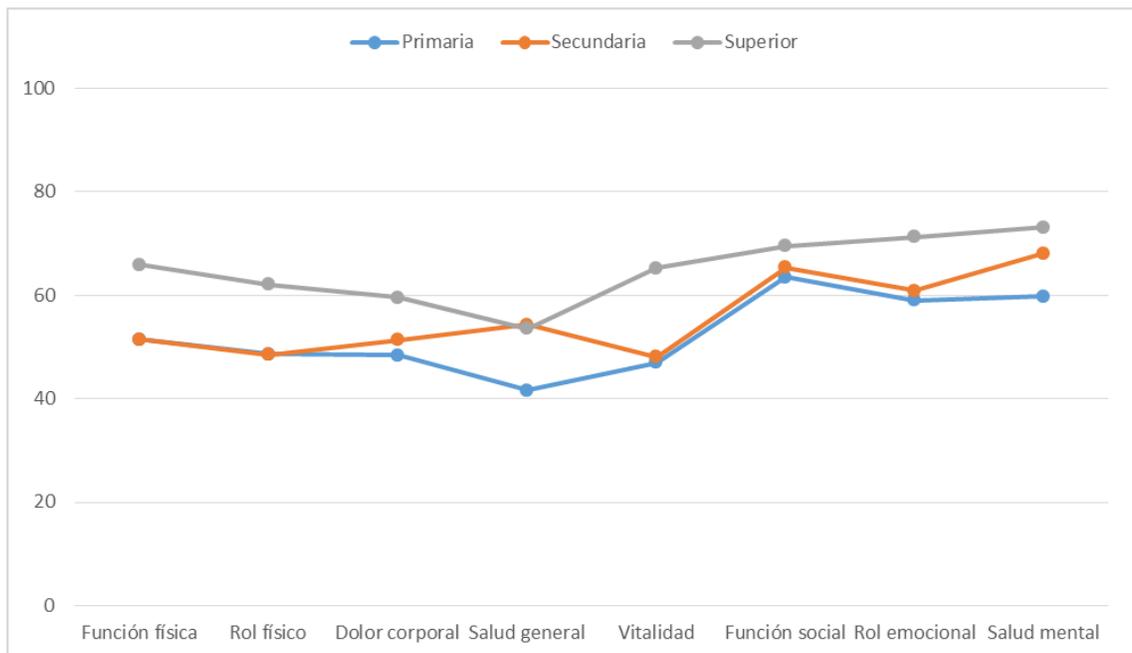


Figura 14. Calidad de Vida relacionada con la Salud y Nivel Educativo.

Fuente: autora.

En lo que a ocupación respecta, los pensionados presentaron la mejor calidad de vida relacionada con la salud. Ello se sustenta en la valoración de los cuatro dominios del índice mental, vitalidad (60,80), función social (80,68) rol emocional (74,24) y salud mental (75,00) ligados a los dos del índice físico función física (67,73) y rol físico (63,07), cuyas puntuaciones fueron superiores frente a las de amas de casa, trabajadores dependientes y trabajadores independientes.

Del otro lado, el grupo amas de casa evidenció una calidad de vida relacionada con la salud hacia el empeoramiento. En este grupo la función física (44,58), rol físico (42,19), dolor corporal (44,67), salud general (43,58) por parte del índice físico y del índice mental la vitalidad (48,44), y rol emocional (48,61), es decir seis de ocho dominios se ubicaron por debajo de la media de 50. Súmese la salud mental (53,75) que si bien no se ubica debajo de la media, también es la más baja en comparación con los demás grupos.

En tanto, los trabajadores dependientes presentaron ante los demás grupos a la función social (60,94) con el puntaje más bajo, y los trabajadores independientes al dolor corporal (61,42) y salud general (54,92) como los más altos.

A partir de los datos obtenidos, Figura 15, se observó que generalmente para los cuatro grupos de ocupación la vitalidad, función social, rol emocional y salud mental pertenecientes al índice mental obtuvieron mayores puntuaciones que las del índice físico.

Calidad de Atención Percibida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

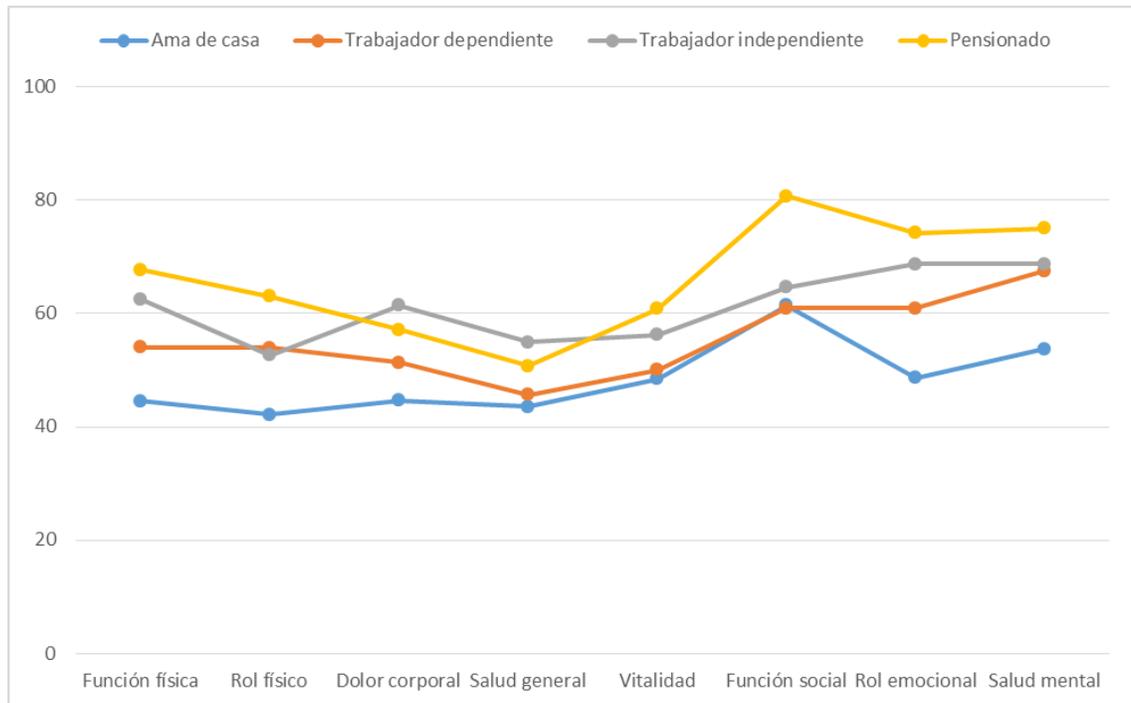


Figura 15. Calidad de Vida relacionada con la Salud y Ocupación.

Fuente: autora.

La calidad de vida relacionada con la salud resultó ser mejor para los participantes de estrato tres, en cuanto a los dominios de rol físico (56,70), dolor corporal (54,43), función social (73,66), rol emocional (68,16) y salud mental (70,18). Por su parte, los de estrato cuatro revelaron mejor calidad en términos de función física (58,57), salud general (63,29) y vitalidad (56,25).

Mientras tanto, en comparación con los grupos de estrato tres y cuatro, los de estrato dos presentaron la peor calidad de vida relacionada con la salud en todos los dominios del índice físico y el mental, es decir función física (52,35), rol físico (47,43), dolor corporal (49,00), salud general (40,53) por un lado, y por el otro vitalidad (48,90), función social (54,41), rol emocional (54,90) y salud mental (59,12).

Calidad de Atención Percibida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Así como se ve en la Figura 16, la diferencia de la calidad de vida relacionada con la salud del grupo de estrato dos es significativa si se compara con las de los otros dos estratos, sobresaliendo el dominio de salud general, en el cual el puntaje más bajo corresponde al estrato dos (40,53), el intermedio al tres (50,39) y el más alto al grupo de estrato cuatro (63,29).



Figura 16. Calidad de Vida relacionada con la Salud y Estrato.

Fuente: autora.

**Capítulo IV: Descripción De La Relación Entre Las
Subdimensiones de la Calidad De La Atención Percibida y La Calidad
De Vida Relacionada Con La Salud.**

Dando respuesta al objetivo planteado en el presente trabajo, a continuación se describen las relaciones emergentes entre los dominios de la calidad de vida relacionados con la salud y las subdimensiones de la calidad de la atención en salud percibida, medidas a través de los instrumentos SF36v2 y PECASUSS, respectivamente.

Las correlaciones que enseguida se presentan en la Tabla # 21, fueron elaboradas a partir del procesamiento de los datos recolectados, en la herramienta de análisis de información cuantitativa SPSS 21. Habiendo señalado esto, dichas correlaciones se entenderán como significativas sobre la base de -1 a 1 pasando por cero. Allí cero implicará la ausencia de asociación, 1 una correlación positiva perfecta y -1 una correlación inversa. En este orden de ideas las correlaciones se agruparán de 0,00 a 0,20 como muy bajas, 0,20 a 0,40 como bajas, 0,40 a 0,60 como medias, 0,60 a 0,80 como altas y de 0,80 a 1 como muy altas.

De este modo en la Tabla # 21, y atendiendo al objetivo que guía este trabajo, se abordaran las correlaciones que evidencien mayor cercanía a -1 y 1 y que tengan un nivel de significancia entre 0,05 y 0,01, distinguibles por la presencia de uno o dos asteriscos respectivamente. Ello indicara que la correlación es significativa al 95% de confianza, es decir hay un 5% de probabilidad de cometer error; o con dos asteriscos que la probabilidad de error se reduce a 1%.

Como se mostrará enseguida las ocho correlaciones emergentes se caracterizan por ser positivas, con una baja correlación y significativas en los niveles de 0,01 y 0,05.

Calidad de Atención Percibida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Tabla # 21.

Calidad de la Atención en Salud Percibida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental	Índice físico	Índice mental
Trámite realizado	,238	,199	,295*	,329*	,193	,198	,263	,084	,312*	,153
Tiempo de espera (minutos)	-,088	-,179	-,167	-,165	-,028	-,143	-,089	-,063	-,183	-,058
Percepción del tiempo	,127	,252	,127	,237	,118	,201	,238	,075	,200	,157
Solución dada	,157	,385**	,169	,235	,130	,250	,375**	,102	,245	,226
Respuestas a inquietudes	-,147	,100	-,253	-,102	-,048	-,008	-,071	-,129	-,097	-,068
Aseo de la IPS	-,253	-,241	-,194	-,018	-,046	-,197	-,232	-,211	-,188	-,176
Planta física	,075	,225	,065	,365**	,141	,175	,204	,050	,191	,146
Dotación de la IPS	,141	,289*	,114	,163	,171	,197	,205	,033	,220	,124
Trato de personal asistencial	-,079	,039	-,049	,083	-,018	-,061	-,013	-,140	,022	-,083
Trato de personal Administrativo.	,013	,140	-,088	,002	-,025	,105	,016	-,170	,076	-,074
Cooperación funcionarios	-,053	,128	-,039	-,007	-,003	-,073	,092	-,198	,043	-,080
Capacidad profesionales	,080	,237	,052	,193	,180	,136	,153	-,030	,184	,078
Orientación dada	,108	,294*	,220	,243	,222	,149	,134	,091	,268	,114
Calificación del servicio	,032	,169	,030	,227	,131	,098	,113	-,056	,148	,045
Grado de satisfacción	,110	,235	,089	,256	,141	,126	,138	,007	,221	,067

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

**.. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Fuente: autora.

La Solución Dada Y Sus Correlaciones.

La Solución Dada entendida como la percepción acerca de la solución que se le dio al problema de salud que incentivó la llegada del participante a la institución, guardó correlación tanto con el Rol Físico como con el Rol Emocional.

La primera correlación hallada fue de 0,385 y significativa en el nivel de 0,05. Ello indica que hay relación positiva entre la percepción acerca de la solución que se le dio al problema de salud que incentivó la llegada del participante a la institución y la cantidad de tiempo en que a causa de su salud física, él o ella 4a. Disminuyó el tiempo dedicado al trabajo u otras actividades, 4b. Logro hacer menos de lo que hubiera querido hacer, 4c. Se vio limitado en el tipo de trabajo u otras actividades y 4d. Tuvo dificultades para realizar trabajo u otras actividades (Por ejemplo, le costó más esfuerzo).

Por su parte, la correlación de la Solución Dada y el Rol Emocional fue de 0.375, sobre un nivel de significancia de 0,05. Esto quiere decir que hubo una relación entre la percepción que tuvieron los participantes sobre la solución dada a la necesidad que motivó su llegada a la institución y la cantidad de ocasiones en que el a causa de algún problema emocional como sentirse deprimidos o ansiosos 5a. Disminuyeron el tiempo que dedicaban al trabajo u otras actividades, 5b. Lograron hacer menos de lo que hubieran querido hacer e 5c. Hicieron el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual.

El Trámite Realizado Y Sus Correlaciones.

El Tramite Realizado, como subdimensión de la calidad de la atención en salud percibida, es abordado con base en la percepción que tuvo el usuario acerca de las dificultades presentadas para acceder al servicio el día que fue atendido. Esta subdimensión se correlacionó con el Dolor Corporal, la Salud General y el Índice Físico, en 0,295, 0,329 y 0,312 respectivamente; todas significativas en un nivel de 0,05.

En este sentido, el Tramite Realizado tuvo su mayor correlación con la Salud General es decir con 1. La calificación general que realizó el usuario sobre su salud general en una escala de excelente, muy buena, buena, regular y mala; y las aseveraciones de cierto o falso acerca de 11a. parecer enfermarse más fácilmente que otras personas, 11b. Estar tan sano como cualquiera, 11c. Creer que su salud va a empeorar y 11d. Tener una salud excelente.

Enseguida de esta correlación se ubicó la consolidada con el Índice Físico. Esto para decir que la percepción del usuario sobre las dificultades presentadas para acceder al servicio, guardaron relación con los dominios de Salud General, Dolor Corporal, Rol Físico y Funcionamiento Físico.

Por último en cuanto al Tramite Realizado se encontró la correlación de 0,295 con el Dolor Corporal. Entendiendo por este, por un lado 7. La cantidad de dolor físico que indicó el participante haber tenido durante las últimas cuatro semanas y por otro lado 8. La calificación referida por él acerca de cuanto el dolor ha dificultado el trabajo normal (incluyendo el trabajo fuera del hogar como las tareas domésticas).

La Planta Física Y La Salud General.

La percepción del estado físico y visible de las instalaciones de la IDEARG SAS donde fue atendido el participante, o Planta Física se correlaciono en 0,365 con su Salud General. Esta última atiende a los ítems 1. Calificación general del usuario sobre su salud general; 11a. Parecer enfermarse más fácilmente que otras personas, 11b. Estar tan sano como cualquiera, 11c. Creer que su salud va a empeorar y 11d. Tener una salud excelente.

La Dotación de la IPS y El Rol Físico.

De acuerdo con el instrumento PECASUSS la Dotación de la IPS atañe a la percepción de la dotación de la institución en cuanto a salas de espera, sillas, camas y camillas, si las vio o las uso en términos de muy incómodas, incómodas,

ni incómodas ni cómodas, cómodas y muy cómodas. Según la correlación realizada y que dio por resultado 0,289 esta subdimensión se asocia positivamente con el Rol Físico; es decir con la cantidad de tiempo en que a causa de su salud física, él o la participante 4a. Disminuyó el tiempo dedicado al trabajo u otras actividades, 4b. Logró hacer menos de lo que hubiera querido hacer, 4c. Se vio limitado en el tipo de trabajo u otras actividades y 4d. Tuvo dificultades para realizar trabajo u otras actividades (Por ejemplo, le costó más esfuerzo).

La Orientación Dada y El Rol Físico.

Al igual que en el caso anterior, el Rol Físico develó una correlación de 0,294 con la subdimensión de la calidad de la atención en salud percibida de Orientación Dada. Esta vez el Rol Físico del participante se vinculó con su percepción sobre las orientaciones recibidas en la IPS IDEARG acerca de los cuidados de salud que debía llevar a cabo en casa. La escala de calificación para la orientación dada es de muy insuficiente, insuficiente, ni insuficiente ni suficiente, suficiente y muy suficiente.

Capítulo V: Discusión De Las Correlaciones Que Describen La Existencia De Relación Entre La Calidad De La Atención Percibida Y La Calidad De Vida Relacionada Con La Salud.

El propósito del presente trabajo fue describir si las subdimensiones de la calidad de la atención percibida guardan relación con la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes participantes en Estudios Clínicos en la Institución Prestadora de Servicios de Salud IDEARG SAS, considerando si los factores sociodemográficos se constituyen en mediadores de esta relación.

A partir de la aplicación de los cuestionarios SF36v2 y PECASUSS, y el procesamiento de la información recolectada, se encontró que en la muestra participante hay ocho correlaciones entre los dominios de la calidad de vida relacionada con la salud y las subdimensiones de la calidad de la atención en salud percibida. Estas se caracterizaron por ser positivas, estadísticamente bajas y significativas en los niveles de 0,01 y 0,05.

De esta manera el objetivo de este capítulo se desenvuelve en torno a la discusión de las correlaciones, comenzando por las dos consolidadas entre la Solución Dada y por un lado el Rol Físico y por el otro el Rol Emocional; enseguida se abarcaran las tres configuradas entre el Tramite Realizado con el Dolor Corporal, la Salud General y el Índice Físico; posteriormente la dada entre la Planta Física y la Salud General; entre la Dotación de la IPS y el Rol Físico; y finalmente entre la Orientación Dada con el Rol Físico.

Solución Dada Y Sus Correlaciones

Al nivel de la subdimensión de la Solución Dada se halló correlación con los dominios Rol Físico y Rol Emocional.

Entendiendo por Solución Dada a la percepción acerca de la solución que se le dio al problema de salud que incentivó la llegada del participante a la institución, y que esta, para el presente trabajo, debe ser vista a la luz de la muestra de

participantes seleccionada, la solución dada se vincula a los estudios clínicos y en tanto al tratamiento. En este sentido, la correlación hallada entre la solución dada con el Rol Físico y con el Rol Emocional, atañen a la efectividad del tratamiento.

Así, las correlaciones de la Solución Dada con el Rol físico y con el Rol Emocional, de 0,385 y 0.375 las dos sobre un nivel de significancia de 0,05, respectivamente, pueden guardar cierta relación con el curso de la actividad de la enfermedad en el diario vivir del participante, puesto que como indica Vela (2008) los tratamientos biológicos revolucionaron el manejo de diversos procesos autoinmunitarios, modificando el pronóstico de enfermedades como la Artritis Reumatoide.

Si bien indican Ugarte-Gil, Acevedo-Vásquez y Alarcón (2013) los tratamientos biológicos a diferencia de las terapias convencionales se dirigen a blancos terapéuticos que mediante diferentes componentes participan en el inicio y perpetuación de la respuesta inmunitaria, y a la vez que modifican el curso de la enfermedad para los pacientes, su uso en el manejo de enfermedades autoinmunes, en palabras de ellos “ha permitido incrementar la probabilidad de alcanzar mejorías clínicamente significativas e incluso remisión en algunos pacientes” (Ugarte-Gil, Acevedo-Vásquez y Alarcón, 2013, pp. 11)

Hincapié-Zapata, Suarez-Escudero, Pineda-Tamayo y Anaya (2009) señalan que diferentes limitaciones y deficiencias e incluso afectaciones en la concepción de la calidad de vida en el individuo son propensiones producidas por enfermedades que involucran el sistema nervioso y el sistema musculoesquelético.

En esta línea el Centro de Estudios de Enfermedades Autoinmunes (CREA, s.f.) de la Universidad del Rosario, destaca la pertinencia de llevar a cabo un diagnóstico temprano de la enfermedad, puesto que de manera contraria se puede generar un deterioro en la calidad de vida del paciente, con mayor frecuencia

mujeres dada la prevalencia de este tipo de enfermedades, ante el compromiso bien sea de órganos o sistemas.

De este modo, las enfermedades autoinmunes pueden conllevar a los pacientes “desde la discapacidad laboral hasta la muerte, en casos severos y sin tratamiento. Además de generar un alto impacto en la población, las EAI [Enfermedades Autoinmunes] representan altísimos costos para los sistemas de salud” (CREA, s.f., pp. 3).

En el caso de la Artritis Reumatoide en Colombia, dice Becerra y Gómez (2012) el tratamiento farmacológico implica costos económicos elevados para el Sistema General de Seguridad Social de Colombia (SGSSS), y si bien sociedades científicas han avalado el uso de medicamentos para el tratamiento de la Artritis Reumatoide, existen medicamentos que no se encuentran en el Plan Obligatorio de Salud (Becerra y Gómez, 2012).

A la luz de la Ley 100 de 1993 (Becerra y Gómez, 2012) los procedimientos, insumos y medicamentos se incluyen en el plan de beneficios según la evidencia científica que respalde la necesidad para un óptimo estado de salud de los usuarios. Sin embargo ante las limitaciones en el servicio de salud ofrecido por las EPS debido a los efectos negativos en la reducción de los montos pagados a las EPS por persona afiliada (Becerra y Gómez, 2012) los pacientes deben acudir a mecanismos como tutelas y a Comités Técnicos Científicos, para acceder a medicinas y beneficios que no se encuentran cubiertos por el plan obligatorio de salud.

Estos mecanismos, son regulados por la resolución 3099 del 2008, en la cual se contempla la financiación y así autorización de medicamentos y/o servicios no incluidos en el plan obligatorio de salud, siempre y cuando el paciente haya agotado las posibilidades de tratamiento incluidas en el plan obligatorio de salud; y a causa de la ausencia de una respuesta satisfactoria o a la presencia de

reacciones adversas deba considerarse otro tipo de intervención (Castellanos, 2004 En: Becerra y Gómez, 2012)

Este escenario se consolida en contraste a la participación en los estudios clínicos, la cual deriva para el paciente en la posibilidad de acceder a un tratamiento biológico, consultas médicas y pruebas frecuentes, en general con ausencia de costos relacionados (Texas Heart Institute, 2012). Esto fue corroborado en las respuestas de los participantes a la subdimensión de Costo del Servicio donde se observó que de 53 participantes 4 tuvieron que realizar algún pago para obtener el servicio requerido, sin embargo valga la pena aclarar, ninguno referido a la participación en el estudio clínico.

Bajo este referente se podría enmarcar la correlación positiva encontrada entre la Solución Dada y los dominios Rol Físico y Rol Emocional, ante el impacto que el tratamiento tendría sobre la cantidad de tiempo en que a causa de su salud física, él o la participante 4a. Disminuyo el tiempo dedicado al trabajo u otras actividades, 4b. Logro hacer menos de lo que hubiera querido hacer, 4c. Se vio limitado en el tipo de trabajo u otras actividades y 4d. Tuvo dificultades para realizar trabajo u otras actividades (Por ejemplo, le costó más esfuerzo) y la cantidad de ocasiones en que el sujeto a causa de algún problema emocional como sentirse deprimido o ansioso 5a. Disminuyo el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades, 5b. Logro hacer menos de lo que hubiera querido hacer e 5c. Hizo el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual.

Como se evidencia estos resultados se hallan vinculados a la prevalencia de la enfermedad (CREA, s.f.) y a la muestra de participantes en IDEARG SAS, la cual vale la pena recordar es 86,8% femenino y 13,2% masculino. Ello para decir que el dato sociodemográfico del sexo se constituiría como mediador en la relación entre la Solución Dada y el Rol Físico y el Rol Emocional. Es decir que la percepción de la calidad de la atención percibida en salud y de la calidad de vida variaría en dependencia del sexo. Hecho que se demostró en el Capítulo de

Caracterización Demográfica, donde la calidad de atención en salud fue mejor percibida por el sexo masculino frente al femenino y la calidad de vida relacionada con la salud mejor, es decir por encima de la media de 50, también por el sexo masculino.

El Trámite Realizado Y Sus Correlaciones

Al nivel del Trámite Realizado, como subdimensión de la calidad de la atención en salud percibida, se encontró correlación positiva con el Dolor Corporal, la Salud General y el Índice Físico.

En esta investigación este trámite es entendido como la percepción que tuvo el usuario acerca de las dificultades presentadas para acceder al servicio el día que fue atendido, y debe ser discutido con base en la muestra seleccionada. Es decir esta percepción emerge en el contexto del trámite realizado por el participante en el estudio clínico, de acá la importancia de entender el proceso de participación.

En los estudios clínicos la participación del voluntario o paciente se vincula a la realización de una serie de procedimientos estandarizados como exámenes de laboratorio, consultas médicas, aplicación de tratamiento bien sea placebo o de un nuevo tratamiento (Instituto Nacional de la Salud Mental, s.f.), en diferentes visitas a lo largo de un determinado tiempo, que varía dependiendo del estudio clínico. Valga la pena resaltar que dicha participación tiene como filtro de entrada el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión que exige cada protocolo (Instituto Nacional de la Salud Mental, s.f.).

En IDEARG SAS la realización de estos procedimientos es abarcada en su Manual de Procedimientos Operativos Estudios Clínicos (IDEARG SAS, 2012) el cual se consolida como un protocolo para unificar todos los procesos a realizarse en el centro de investigación, “garantizando siempre la seguridad de nuestros pacientes” (IDEARG SAS, 2012, pp. 1).

Allí es responsabilidad de la Coordinadora del Estudio recibir al participante, instruirlo sobre el estudio, guiarlo en cada visita en la aplicación de los procedimientos del estudio, recoger los resultados de los exámenes realizados y programarle y recordarle las citas; por su parte es responsabilidad del médico o investigador principal o sub-investigador atender la visita, realizar los procedimientos clínicos que la visita requiera y hacer la historia clínica del paciente.

Esto para decir que una vez seleccionado la responsabilidad del participante es asistir a cada una de sus visitas y completar los procedimientos de la manera indicada; ello sin incurrir en pagos de consulta ni de exámenes realizados. Por tanto los trámites que el participante de estudios clínicos debe realizar para acceder al servicio no son mayores y se confrontan con la posibilidad de adquirir un tratamiento disponible más avanzado (NIH, s.f.).

Al respecto Mejía-Mejía, Sánchez-Gandur y Tamayo-Ramírez (2007), en su artículo "Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia", precisan que las barreras económicas se consolidan como el principal obstáculo para no acceder a los servicios de salud.

Estos autores partiendo del entendimiento de la salud no solo como la ausencia de enfermedad sino "la capacidad de las personas para desarrollar todo su potencial a lo largo de su vida" (Mejía-Mejía, Sánchez-Gandur y Tamayo-Ramírez, 2007, pp. 1), vinculan el acceso a los servicios de salud con la salud del individuo en términos de esta última ser un activo y factor clave en su desarrollo económico.

Si bien indican que "si los agentes pueden acceder a los recursos que les permita aprovechar todo su potencial en salud las posibilidades de generar bienestar y rendimientos futuros en la economía se incrementan" (Mejía-Mejía, Sánchez-Gandur y Tamayo-Ramírez, 2007, pp. 12).

Además resaltan en sus hallazgos la tendencia a que personas de mayor nivel socioeconómico accedan con mayor facilidad a los servicios de salud y que personas afiliadas al régimen contributivo tengan mayores facilidades para dar continuidad a su tratamiento (Mejía-Mejía, Sánchez-Gandur y Tamayo-Ramírez, 2007).

En tanto destacan la importancia de un monitoreo permanente de las condiciones de acceso y la calidad en la prestación de los servicios de salud, en pro de facilitar el acceso a recursos, que le permitan a las personas hacer provecho de todo su potencial de salud y con ello “incrementar las posibilidades de generar bienestar y rendimientos futuros en la región (Mejía-Mejía, Sánchez-Gandur y Tamayo-Ramírez, 2007, pp. 12).

En consonancia con este planteamiento autores como Parra, Meek, Marin, Sanz y Restrepo (1997) en cuanto a la estrategia de Atención primaria, vinculan la accesibilidad tanto económica, cultural, geográfica como familiar con la equidad, oportunidad y eficiencia con el fin de lograr el impacto en salud deseado en la población..

En este contexto se fundamenta que una mejor percepción del Trámite Realizado se correlacionaría con una mejor percepción de la Salud General, el Índice Físico y el Dolor Corporal. En tanto el acceso de los participantes a los estudios clínicos supondría la posibilidad de adherirse a consultas médicas frecuentes, seguimiento de la enfermedad mediante exámenes de laboratorio y un tratamiento biológico (Jiménez y Ortegón, 2012), que en términos de Mejía-Mejía, Sánchez-Gandur y Tamayo-Ramírez (2007, pp. 12) “incrementaría las posibilidades de generar bienestar”, impactando 1. La calificación general que realizó el usuario sobre su salud general en una escala de excelente, muy buena, buena, regular y mala; las aseveraciones de cierto o falso acerca de 11a. Parecer enfermarse más fácilmente que otras personas, 11b. Estar tan sano como cualquiera, 11c. Creer que su salud va a empeorar y 11d. Tener una salud

excelente, y la percepción del Dolor Corporal en cuanto a 7. La cantidad de dolor físico que indicó el participante haber tenido durante las últimas cuatro semanas y 8. La calificación referida por él acerca de cuanto el dolor ha dificultado el trabajo normal (incluyendo el trabajo fuera del hogar como las tareas domésticas).

La Planta Física Y La Salud General

La importancia de la planta física se fundamenta en su consolidación como elemento mediador en el acceso al servicio de salud (Vélez, s.f.). Este es contemplado en el Artículo 3 del Decreto 1011 de 2006 como seguridad, una característica del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud desde la cual mejorar los resultados de la atención en salud del usuario a partir de la minimización del riesgo a sufrir eventos adversos en el proceso de atención.

En este orden de ideas, la planta física surge como una de las subdimensiones de la calidad de la atención en salud que influye en un servicio que en IDEARG SAS pretende la atención de pacientes con enfermedades autoinmunes brindando calidad de vida a las personas que las padecen (IDEARG, 2012; Jiménez y Ortegón, 2012).

La percepción del estado físico y visible de las instalaciones de la IDEARG SAS donde fue atendido el participante o Planta Física fue un aspecto explorado en el presente trabajo desde la perspectiva de la Calidad de la Atención Percibida mediante el instrumento PECASUSS y que correlaciono positivamente con la calificación que el participante hizo sobre su salud general y su percepción sobre 11a. parecer enfermarse más fácilmente que otras personas, 11b. Estar tan sano como cualquiera, 11c. Creer que su salud va a empeorar y 11d. Tener una salud excelente.

Como antecedente de este resultado en el 2012 Jiménez y Ortegón midieron la calidad de la atención en salud en IDEARG SAS, mediante el instrumento

ServQual el cual plantea unos atributos de la empresa con calidad. Uno de ellos es la tangibilidad, la cual fue evaluada mediante cuatro preguntas a saber: IDEARG tiene equipamiento que aparenta ser moderno, las instalaciones físicas de IDEARG son visualmente atractivas, los empleados de IDEARG son de apariencia limpia y pulcra y los materiales asociados con el servicio (como folletos o estados de cuenta) son visualmente atractivos (Jiménez y Ortegón, 2012).

En la investigación de estas autoras, resulto que las expectativas de los usuarios de la institución ante la tangibilidad, superaban al servicio recibido, destacando que los usuarios coincidían en la importancia para ellos que una empresa prestadora de servicios de salud tuviera instalaciones visualmente atractivas (Jiménez y Ortegón, 2012).

La Dotación de la IPS y El Rol Físico

La Dotación de IDEARG SAS atañe a la percepción de la dotación de la institución en cuanto a salas de espera, sillas, camas y camillas, si las vio o las uso en términos de muy incómodas, incómodas, ni incómodas ni cómodas, cómodas y muy cómodas.

En la IPS, frente a la atención de los participantes de estudios clínicos, la dotación en los términos señalados se encuentra en cuatro áreas básicamente. Una es a la entrada de la IPS donde los pacientes informan de su arribo y posteriormente esperan la llegada del medicamento, la segunda es el área de sala de juntas donde ellos diligencian los procedimientos relacionados con el estudio, por ejemplo los cuestionarios de cada visita, y es allí donde esperan a que el médico, investigador principal o sub-investigador los atienda; la tercer área es el consultorio del médico; y por último el área de infusión en la cual se lleva a cabo el proceso de infusión del medicamento.

De este modo, independientemente del estudio clínico todos los participantes hacen uso de una o más de estas áreas, y por tanto de dicha dotación. La especial

importancia de esta última recae en el tipo de enfermedades que son tratadas en la IPS, puesto que se consolida como un elemento ergonómico que influye en la salud y bienestar de los usuarios, tal como lo indican Ferreras, Díaz, Oltra y Molina en su Manual para la Prevención de Riesgos Ergonómicos y Psicosociales en los Centros de Atención a Personas en Situación de Dependencia (2007).

Al respecto debe tenerse en cuenta que las enfermedades autoinmunes (EAI) tienen un impacto en el funcionamiento físico que influye en el quehacer diario de los participantes. En términos de Hincapié-Zapata, Suárez-Escudero, Pineda-Tamayo y Anaya “[Estas enfermedades] tienen particular potencial de producir diferentes limitaciones, déficit y afectar la concepción individual de la calidad de vida [...] las manifestaciones clínicas de las EAI y crónicas no autoinmunes producen y potencian condiciones que interfieren en gran medida con la funcionalidad, grado de percepción de salud, grado de bienestar y de interrelación social del individuo” (2009, pp. 1)

Con base en ello podría entenderse el que la Dotación de la IPS correlacionara positivamente con el Rol Físico; es decir con la cantidad de tiempo en que a causa de su salud física, él o la participante 4a. Disminuyo el tiempo dedicado al trabajo u otras actividades, 4b. Logro hacer menos de lo que hubiera querido hacer, 4c. Se vio limitado en el tipo de trabajo u otras actividades y 4d. Tuvo dificultades para realizar trabajo u otras actividades (Por ejemplo, le costó más esfuerzo).

La Orientación Dada y El Rol Físico

La calidad de la atención en salud percibida a partir de la muestra de participantes de estudios clínicos y retomando los planteamientos de Hincapié-Zapata, Suárez-Escudero, Pineda-Tamayo y Anaya (2009) acerca de las enfermedades autoinmunes en cuanto a que denotan un impacto en el desempeño de las actividades que el sujeto realiza cotidianamente, se consolidan

como una vía de entendimiento a la correlación entre la Orientación Dada y el Rol Físico.

Así si bien se parte de la comprensión de la primera como la percepción que tuvo el participante sobre la orientación recibida acerca de los cuidados de salud en casa, estas orientaciones se consolidan como un factor de continuidad en el tratamiento de un tipo de enfermedades que en general son degenerativas y conducen a la discapacidad (Callahan, Mielenz, Freburger, Shreffler, Hootman, Brady, Buysse and Schwartz, 2008) y por tanto en la calidad de vida relacionada con la salud.

De acuerdo con Callahan, Mielenz, Freburger, Shreffler, Hootman, Brady, Buysse and Schwartz (2008) en su estudio con participantes con Artritis Reumatoide, programas de ejercicios pueden influir en una mejoría de los síntomas y autoeficacia en el manejo de la enfermedad y funcionalidad de extremidades superiores e inferiores; de modo que las recomendaciones médicas relacionadas con la participación en programas de ejercicios contribuirían a beneficiar el estado de salud del paciente con esta enfermedad especialmente en cuanto su estatus psicosocial y funcional.

Conclusiones Y Recomendaciones.

El trabajo presentado se consolida en el contexto de la Maestría en Dirección de la Universidad del Rosario. Como se evidenció en la propuesta del proyecto de investigación la calidad ha sido un concepto que en el tiempo se ha transformado de la mano de la gestión de las organizaciones, y que ha derivado en prácticas administrativas, que encaminadas hacia la perdurabilidad, han puesto en el centro la satisfacción del usuario.

En el ámbito de la salud en Colombia, la gestión de la calidad ha tomado como referente al usuario en cuanto a la atención prestada para conocer su percepción. De acá la construcción y validación de instrumentos como el PECASSUS en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. La importancia del presente trabajo se vincula a la necesidad de implementar prácticas directivas en la calidad de la atención que impacten la perdurabilidad de la organización a través de la calidad de vida relacionada con la salud de los usuarios atendidos. En este sentido se planteó describir si las subdimensiones de la calidad de la atención percibida guardan relación con la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes participantes en Estudios Clínicos en la Institución Prestadora de Servicios de Salud IDEARG SAS, considerando sí los factores sociodemográficos se constituyen en mediadores de esta relación.

En esta investigación la calidad de la atención en salud percibida entendida a partir de las expresiones de valor, adherencia y satisfacción del usuario ante los servicios de salud recibidos (Ministerio de la Protección Social, 2006) evidencio ocho correlaciones con la calidad de vida de los pacientes.

De este modo la Solución Dada correlaciono con los dominios Rol Físico y Rol Emocional; el Tramite Realizado con el Dolor Corporal, la Salud General y el Índice Físico; la Planta Física con la Salud General; la Dotación de la IPS con el Rol Físico; y la Orientación Dada con el Rol Físico. Estas relaciones se caracterizaron por ser positivas, estadísticamente bajas y significativas en los

niveles de 0,01 y 0,05; y fueron descritas y discutidas a la luz de los participantes de estudios clínicos.

Esto para decir que dichos hallazgos se encuentran delimitados a la población seleccionada, instrumentos utilizados y abordaje conceptual realizados. De acá la necesidad de realizar estudios que ahonden en la exploración de esta relación y den a la organización respaldo sobre la importancia de intervenir en la calidad con la cual prestan el servicio. Si bien como se describió este concepto se vincula a la calidad de vida de los pacientes, o así es percibido por ellos.

De acá la recomendación a IDEARG SAS para que estas correlaciones sirvan como puntos de partida para, desde la calidad de la atención en salud que prestan a estos usuarios, impactar su calidad de vida relacionada con la salud; especialmente en cuanto a su índice Físico.

Bibliografía

- Álvarez, B. (2006). El Libro de la Artritis Reumatoide [Versión Electrónica]. Ediciones Díaz de Santos: Madrid. Recuperado de <http://books.google.com.co/books?id=WcmWFbQCVLAC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Alonso Sáenz de Miera, M. J., Balanza, S., Leal, M., & Abellán, J. (2008). Calidad de vida y riesgo cardiovascular. *Atención Primaria*, 40 (9), 475-481. doi: 10.1157/13126426
- Becerra, C. y Gómez, L. (2012). Análisis de la Variación de los Costos de los Medicamentos de Artritis Reumatoide en una EPS en la Ciudad de Bogotá, 2009-2011. Pontificia Universidad Javeriana. Posgrado en Administración de Salud y Seguridad Social. Tomado de: <http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/1847>

- Bronfman-Pertzovsky, M., López-Moreno, S., Magis-Rodríguez, C., Moreno-Altamirano, A., & Shea, R. (2003). Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. *Revista de Salud Pública de México*, 45 (6), 445-454. doi: 10.1590/S0036-36342003000600004
- Cabrera, G., Londoño, J., & Bello, L. (2008a). Validación de un Instrumento para Medir Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales de Colombia. *Revista de Salud Pública*, 10 (3), 443-451. doi: 10.1590/S0124-00642008000300009
- Cabrera, G., Bello, L., & Londoño, J. (2008b). Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales del Programa de Reestructuración de Redes de Servicios de Salud de Colombia. *Revista de Salud Pública*, 10 (4), 593-604. Tomado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42210409>
- Callahan, Mielenz, Freburger, Shreffler, Hootman, Brady, Buysse and Schwartz. (2008). A Randomized Controlled Trial of the People with Arthritis Can Exercise Program: Symptoms, Function, Physical Activity, and Psychosocial Outcomes. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*, 59 (1), 92-101. Doi: 10.1002/art.23239
- Comité Directivo de Conferencia Internacional de Armonización. (1996). Normas de Buenas Prácticas Clínicas. *Anexo B: Normas de Buenas Prácticas Clínicas (BPC)*. Unión Europea, Japón y Estados Unidos: Autor.
- Contreras, F., Barbosa, D., Juárez, F., Uribe, A. F. y Mejía, C. (2009). Estilos de liderazgo, clima organizacional y riesgos psicosociales en entidades del sector salud. Un estudio comparativo. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(2), 13-26.
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J. C., Gutiérrez, C. & Fajardo, L. (2006). Calidad de Vida y Adhesión al Tratamiento en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis. *Univ Psychol*, 5 (3), 487-499.

- Contreras, F., Espinal, L., Pachón, A. M., & González, J. (2013). Burnout, liderazgo y satisfacción laboral en el personal asistencial de un hospital de tercer nivel en Bogotá. *Revista Diversitas Perspectivas en Psicología*, 9 (1), 65-80.
- Díaz, R. (2005). La calidad percibida en sanidad pública. *Revista de Calidad Asistencial*, 20 (1), 35-42. doi: 10.1016/S1134-282X(08)74716-X
- Ferreras, A., Díaz, J., Oltra, A. y Molina, C. (2007). Manual para la Prevención de Riesgos Ergonómicos y Psicosociales en los Centros de Atención a Personas en Situación de Dependencia. Instituto de Biomecánica de Valencia
- Gómez, M., Somoza, J., Einöder, M., Jiménez, M., Castiñeira, S., & Feijoo, M. (2012). Calidad de atención en salud percibida por los pacientes en un centro de salud urbano de A Coruña. *Enfermería Clínica*, 22 (4), 182-190. doi: 10.1016/j.enfcli.2012.04.004
- Guzmán, A., Mariño, C., Arocha, I., Cueto Cañabate, M. E., & Armas Rojas, N. B. (2009). Propuesta de un instrumento para medir calidad de vida relacionada con la salud en instituciones sanitarias cubanas. (Spanish). *Revista Cubana De Investigaciones Biomédicas*, 28(2), 1-11. Tomado de <http://ehis.ebscohost.com.ez.urosario.edu.co/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=297ebdb1-dd06-49ab-b05b-4d8e7e03e32a%40sessionmgr112&hid=110>
- Hernández, R., Fernández, C. Baptista, P. (2000). *La metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hincapié-Zapata, M., Suarez-Escudero, J., Pineda-Tamayo, R. y Anaya, J. (2009). Quality Of Life in Multiple Sclerosis and Other Chronic Autoimmune and Non-Autoimmune Diseases. *Rev Neurol*, 48 (5), 225-230.
- IDEARG SAS. (2012). Manual de Procedimientos Operativos Estudios Clínicos. Bogotá D.C.: Autor.

- Instituto Nacional de la Salud Mental. (s.f.). Guía para los Participantes sobre Investigaciones Clínicas de la Salud Mental. Washington: Autor. Tomado de <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/gu-a-para-los-participantes-sobre-investigaciones-cl-nicas-de-la-salud-mental/index.shtml>
- Jiménez, L. y Ortegon, C. (2012). Diseño de un Plan Estratégico en el Instituto de Enfermedades Autoinmunes Renato Guzmán-IDEARG SAS. Universidad del Rosario, Repositorio Institucional EdocUR, EBSCOhost. Tomado de <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/3995>
- Kaldenberg, D., & Regrut, B. (1999). Do satisfied patients depend on satisfied employees, or vice versa? What goes around comes around. *Health Care Registration, 10-13*.
- Kerguelén, C. (2008). Calidad en Salud en Colombia, los Principios. *Ministerio de la Protección Social y Programa de Apoyo a la Reforma en Salud PARS*. Bogotá: Editorial Scripto. Tomado de <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- Lugo, H., García, H., & Gómez, C. (2002). Calidad de vida y calidad de vida relacionada con la atención en salud. *Iatreia, 15* (2), 96-102. Tomado de <http://www.iatreia.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/view/3950/3665>
- MedlinePlus. (s.f.). Lupus Eritematoso Sistémico. Washington: Autor. Tomado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000435.htm>
- Mejía-Mejía, A., Sánchez-Gandur, A., Tamayo-Ramírez. (2007). Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. *Rev. Salud Pública, 9* (1), 26-38. Tomado de www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n1/v9n1a04.pdf
- Méndez, C. (1998). Metodología. Guía para elaborar diseños de investigación en ciencias económicas, contables y administrativas. Bogotá: McGraw-Hill.

- Ministerio de la Protección Social. (2009). *Publicación del Primer Informe de Calidad de la Atención en Salud "INCAS Colombia 2009"*. Bogotá: Autor. Tomado de <https://www.sos.com.co/ArchivosSubidos/Internet/Publicaciones/SAR/6%20MPS%20INCAS%20FINAL%2024%20junio%20IMPRESION.pdf>
- Ministerio de la Protección Social. (2005). *Publicación de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud*. Bogotá: Autor. Tomado de <http://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>
- Ministerio de la Protección Social. (2006). *Publicación de la Línea base de la calidad percibida por usuarios de IPS/Programa de reorganización, rediseño y modernización de redes de servicios*. Medellín: Universidad de Antioquia: Autor.
- Muñoz, E., Coll, J.M., Torrent, M., & Linares, L. (2006). Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. *Atención Primaria*, 37 (4), 209-214. doi: 10.1157/13085951
- Nava, M. (2012). La calidad de Vida: Análisis Multidimensional. *Enfermería Neurológica México*, 11 (3), 129-137. Tomado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123c.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Publicación de Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo Pruebas para la Acción*. Washington, D.C.: Autor. Tomado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=
- Parra, R., Meek, A., Marin, C., Sanz, Y. y Restrepo, M. (1997). Guía Práctica para la Constitución de I.P.S del Primer Nivel de Atención en Salud. *Revista CES Medicina*, 11 (1), 1-62.

- Presidente de la República de Colombia. (2006). Decreto 1011 de 2006. *Diario Oficial 46230 de abril de 2006*. Autor: Bogotá, Colombia. Tomado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>
- Robles, R. (2004). Manejo de Enfermedades Crónicas y Terminales. *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. Oblitas-Guadalupe, L. México: Thomson.
- Sánchez, J., Castillo, M. y García, F. (2010). Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (Manual de Información para Pacientes y Familiares). *Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar, Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla*. Sevilla: Asociación de Autoinmunes y Lúpicos de Sevilla, ALUS. Tomado de alusevilla.org/wp-content/uploads/2011/04/Manual.pdf
- Secretaria Distrital de Salud. (2008). Publicación de Guía Práctica para la Habilitación y Certificación de Prestadores de Servicios de Salud. Decreto 1011 y Resolución 1043 de 2006, Resoluciones 2680 y 3763 de 2007. Bogotá: Artunduaga, I., Polania, J., Mora, C., Rodríguez, A., Boada, M., Henríquez, M., Bernal, M., More, G., Alvarez, L., Vargas, O., Rincon, L., Garzón, J., Rodríguez, Y., Carbonell, R. y Comisiones de verificadores del sistema único de habilitación de la secretaria distrital de salud de Bogotá, vigilancia y control de la oferta. Tomado de: <http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Garantia%20de%20Calidad/GUIA%20PRACTICA%20DE%20HABILITACION/Guia%20Practica%20Habilitacion.pdf>
- Serrano, R., & Loriente-Arín, N, (2008). La Anatomía de la Satisfacción del Paciente. *Salud Pública de México*, 50 (2), 162-172. doi: 10.1590/S0036-36342008000200010

- Shridhara, B. (2010). Total Quality Management recurso electrónico text and cases. Mumbai: Himalaya Publishing House. Tomado de: <http://site.ebrary.com/lib/urosario/docDetail.action?docID=10415610>
- Schartzmann, L. (2003). Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9 (2), 9-21. doi: 10.4067/S0717-95532003000200002
- Texas Heart Institute. (2012). ¿Qué es un Ensayo Clínico?. *Centro de Información Cardiovascular*. Autor: Texas. Tomado de: http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/FAQ/clinical_trials_span.cfm
- Ugarte-Gil, M., Acevedo-Vásquez, E. y Alarcón, G. (2013). Terapia biológica en enfermedades reumatológicas. *Rev Med Hered*, 24, 141-155.
- Universidad del Rosario. (2013). Publicación del Documento Descriptivo de las Líneas de Investigación Gerencia, Liderazgo, Realidad y Estrategia. Bogotá, D.C: Autor.
- Vela, P. (2008). Resultados de los tratamientos biológicos en las enfermedades autoinmunitarias. *Reumatología Clínica*, 4, 31-34.
- Ware, J., Bjorner, J., Kosinski, M., Rasicot, P., King, J., Plumb, E., Chisholm, G., Dewey, C. and Saris-Baglama, R. (2011). QualityMetric Health Outcomes™ Scoring Software 4.5 User's Guide. QualityMetric Incorporated.
- Williams, G. (s.f). Calidad de los Servicios de Salud. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, 1-13. Tomado de http://med.unne.edu.ar/catedras/aps/clases/28_calidad.pdf

Pie de Página

¹. Corresponde a los ítems del cuestionario SF36v2, los cuales se encuentran especificados en la Figura 3.