

Percepción de calidad en la atención debido a la rotación del personal en el servicio de medicina interna de la clínica Juan N Corpas de la ciudad de Bogotá en el período de abril y mayo del año 2019

Jenny Fernanda Silva

Luisa Fernanda Murillo Díaz

Rosalba Andrea Sánchez

UNIVERSIDAD EAN

FACULTAD DE SALUD

PROGRAMA DE AUDITORÍA Y GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD

BOGOTA, D.C.

2019

**Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Auditoria y Garantía de la
Calidad en Salud.**

Jenny Fernanda Silva

Luisa Fernanda Murillo Díaz

Rosalba Andrea Sánchez

Asesor

Fabián Gerardo Díaz

UNIVERSIDAD EAN

FACULTAD DE SALUD

PROGRAMA DE AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD

BOGOTÁ, D.C.

2019

Tabla de contenido

Introducción	4
Capítulo I	5
1. Marco de referencia	5
1.1. Descripción del Problema y Pregunta de investigación	5
1.2. Justificación	5
1.3. Objetivos	7
1.4. Delimitación del Estudio.....	8
1.5. Propósito	8
Capítulo II	9
2. Marco teórico	9
2.1. Antecedentes del estudio.....	9
Capítulo III	17
3. Diseño metodológico	17
3.1. Tipo de Investigación.....	17
3.2. Plan de búsqueda.....	17
3.3. Metodología a implementar.	18
3.4 Tipo de Herramienta a Utilizar.	21
3.5 Consideraciones Éticas.	29
Capítulo IV	31
4. Diseño metodológico	31
4.1. Cronograma de Actividades.....	31
4.2. Presupuesto	32
4.3. Resultados esperado.....	33
Referencias bibliográficas	34

Introducción

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Antecedentes Jurídico-Legales respecto a la Calidad en servicios de Salud en Colombia.	10
Tabla 2. Modelo de Calidad de la Atención médica, propuesto por Avedis Donabedian.	15
Tabla 3. Tabla de cronograma de actividades.	31

Capítulo I

1. Marco de referencia

1.1. Descripción del Problema y Pregunta de investigación

La calidad en la atención que se presta al usuario en muchos casos no se presta de la mejor forma, a pesar de que siempre se quiere la mejora continua por varios procesos que se realizan no se consigue este objetivo, se trae cambios como en el personal asistencial o rotación del mismo, llegando a afectar negativamente la atención del paciente quedando en la imagen del paciente y de su familia, una opinión desfavorable de la calidad del servicio que se le está prestando.

¿Cómo se afecta la percepción de calidad en salud en salud debido a la rotación del personal de enfermería de la clínica Juan N Corpas comparada con la percepción del hospital mayor universitario Mederi en los servicios de medicina interna, en la ciudad de Bogotá en el periodo de abril y mayo del 2019?

1.2. Justificación

La calidad desde la década de los noventa ha dado un giro en salud, cuando se creó Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) mediante la ley 100 de 1993, en donde se contempla la calidad como elemento principal para brindar atención a la población. La calidad se ha convertido el pilar para la prestación del servicio a los usuarios, siempre teniendo presente el mejoramiento continuo para brindar una calidad segura a los usuarios, tanto en la atención, que sea personalizada, humanizada, integral,

continua y que garantice que se realicen con estándares aceptados en procedimientos y en el personal profesional.

El desempeño en calidad se puede observar mediante resultados, de procesos y de la satisfacción de los pacientes y sus familias, de esta forma se tienen una idea clara y precisa de la meta que siempre busca la calidad de mejorar continuamente el sistema de salud. La calidad en salud brinda herramientas con el objetivo de mejorar el trato y disminuir los errores clínicos y administrativos, lo cual posibilitará tener un mejor manejo, que sin duda será reconocido por la población. Seguir trabajando para mejorar la satisfacción del cliente externo, la relación con los pacientes y sus familias, localizar y disminuir los errores, trabajar en equipo, hacer partícipe a todos, sentirse parte de una organización que nos necesita y que avanza hacia los nuevos cambios que el sistema y el mundo necesitan, son la esencia de la cultura de calidad.

La calidad en salud trae muchas ventajas para mejorar procesos y procedimientos garantizando un trabajo con buenos estándares, se tiene resultados positivos en cuanto al aprovechamiento del tiempo, en el rendimiento económico, el personal, las instalaciones físicas y equipos, de esta forma se observa la calidad en todos los aspectos que componen la institución de salud. En muchos casos por diferentes procesos que se realizan en el interior de las instituciones de salud por cambios de personal asistencial o rotación del mismo, se llega a afectar la atención del paciente quedando en la imagen del paciente y de su familia, una opinión desfavorable de la calidad del servicio que se le está prestando.

Es importante y necesario destacar el concepto de calidad percibida como un Indicador que permite evaluar la apreciación que hace el usuario de la adecuación,

resultados y beneficios del conjunto de las acciones en el marco de la atención de servicios de salud.

Se resalta que este trabajo ayuda a buscar componentes de análisis, con el objetivo de llegar a tener un detallado de la percepción que tiene los usuarios en cuanto al servicio que se presta en la institución Juan N Corpas de esta forma llegar a resultados para concluir y determinar que estrategias ayudan a mitigar o mejorar esta percepción que se tiene.

1.3. Objetivos

1.3.1. *Objetivo General.*

Determinar la percepción de calidad en la atención al usuario, debido a la rotación del personal frente a la percepción de calidad de otras instituciones a nivel Bogotá en el servicio de medicina interna de la clínica Juan N Corpas de la ciudad de Bogotá en el período de octubre, noviembre y Diciembre del año 2018.

1.3.2. *Objetivos Específicos*

- ✓ Identificar que percepción de calidad tienen los usuarios y como las evidencian en la atención recibida en el servicio de medicina interna.
- ✓ Conocer las sugerencias de los usuarios según del servicio que se presta en medicina interna.

- ✓ Identificar en que afecta la rotación del personal en la atención al usuario.
- ✓ Encontrar cuales son las causas que general rotación del personal
- ✓ Determinar un comparativo de la clínica Juan N Corpas de Bogotá con las demás instituciones a nivel Bogotá según la percepción de calidad.
- ✓ Diseñar un instrumento de medición sobre el grado de satisfacción del paciente

1.4. Delimitación del Estudio.

1.4.1. Delimitación espacial.

Esta investigación la cual tiene por objeto realizar un estudio descriptivo, se realizará en las instalaciones de la Clínica Juan N Corpas Bogotá, Colombia, la cual se encuentra ubicada en la Carrera 111 #157-45 en el servicio de medicina interna y en el Hospital Universitario Mayor Mederi servicio de medicina interna ubicado en Calle. 24 # 29 -45, Bogotá. Donde enfocamos el estudio de percepción de la calidad en la atención de enfermería y cómo lo afecta la rotación del personal.

1.4.2 Delimitación cronológica

En el desarrollo de la presente investigación se establecen unos tiempos según las fases propuestas en el marco de diseño: la estructuración y revisión documental asociada a este trabajo que se realizó durante febrero y marzo de 2019 y finalizará en junio de 2019.

1.5. Propósito

Con este estudio se pretende documentar y registrar la percepción de los pacientes por medio de una encuesta de satisfacción incorporando diferentes puntos de vista de los usuarios, con datos fiables y válidos. Se diseñará un cuestionario para obtener los datos de la percepción en calidad de atención frente a la rotación del personal de enfermería en el servicio de medicina interna de dos hospitales de III y IV nivel de atención en la ciudad de Bogotá.

Creación de instrumento que sirva de aporte para el diseño de estrategias que ayuden al mejoramiento de la calidad en el servicio de medicina interna de la clínica Juan N Corpas de Bogotá.

Capítulo II

2. Marco teórico

2.1. Antecedentes del estudio.

2.1.1. Antecedentes Legales.

La Calidad en Salud se define como la calidad en un servicio o producto de acuerdo a los requerimientos del paciente más allá de los que éste puede o espera. Es satisfacer las necesidades del cliente de manera consciente en todos los aspectos. La calidad implica constancia de propósito y consistencia y adecuación de las necesidades del cliente, incluyendo la oportunidad y el costo de servicio.

Cuando se habla de calidad en Salud en Colombia se tienen dos grandes fortalezas con respecto a otras naciones; este garantiza la cobertura y acceso universal. Sin embargo, estas no logran satisfacer las necesidades de los ciudadanos, ya que si bien es cierto todas las personas pueden acudir al médico a que le traten una enfermedad, pero el servicio que se presta en la mayoría de los casos no es el adecuado, ni oportuno.

En la Tabla No.1 se abrevian algunas de las normatividades jurídicas más asociadas al tema de investigación:

Tabla 1. Antecedentes Jurídico-Legales respecto a la Calidad en servicios de Salud en Colombia.

<i>No se encuentran elementos de tabla de ilustraciones.</i>	<i>PROPONENTE - ASPECTOS NORMADOS.</i>	<i>ESTADO ACTUAL.</i>
<i>Res. 13437 de 1991.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Comité de ética hospitalario, Decálogo de derechos de paciente. 	Vigente.
<i>Norma ISO 9000 de 1994. .</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Conjunto de normas de calidad. 	Vigente.
<i>Res. 741 de 1997.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Habla acerca de la seguridad del usuario. 	Vigente.
<i>Decreto 4110 de 2004.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Por la cual se reglamenta la ley 872 de 2003 y se adopta la Norma técnica de Calidad en la Gestión Pública. 	Vigente.
<i>Norma NTC 5254 de 2004.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Por lo cual se provee los requisitos para establecimiento e 	

	implementación de gestión de riesgo.	
<i>Circular 30 de 2006.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Establece Indicadores de Calidad en las instituciones de salud. 	Vigente.
<i>ISO 9001 de 2008</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Requisitos orientados a confianza y productos de servicio. Sistema de Gestión de Calidad. 	Vigente.
<i>Ley 1438 de 2011.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud. 	Vigente.
<i>Decreto 2923 de 2011.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Sistema de Garantía de la Calidad 	Vigente.
<i>Res. 4505 de 2012.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Responsabilidades de las EPS frente a la atención en salud. 	Vigente.
<i>Res. 0256 de 2016.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Habla de Indicadores de Calidad. 	Vigente.

Fuente: **Elaboración Propia.**

2.1.2. Antecedentes Históricos.

En la actualidad se define el rol del paciente en la calidad como como un atributo, donde cada persona tiene su propia concepción dependiendo de sus intereses, costumbres y nivel educacional entre otros factores. Como segundo punto, desde la vista del paciente, la calidad se basa en la atención adecuada y oportuna cuando se encuentran en una cita médica y así mismo es breve y se enfoca directamente en su motivo de consulta.

Ahora, en relación con el rol del paciente en la calidad de los servicios de salud, cabe destacar su importancia al momento de acceder a estos, sus expectativas, experiencias y perspectivas desde el nivel o grado de satisfacción al finalizar la atención; lo cual de alguna manera u otra influyen en la calidad de los servicios de salud que prestan las instituciones en el país.

Teniendo en cuenta el papel del paciente, el propósito de este es promover su participación en temas de calidad y seguridad, lo cual es de gran importancia para lograr un sistema de Salud mucho más seguro y confiable. Es decir, el paciente puede lograr tener el control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud. Así mismo comprenderá su rol en la promoción, mantenimiento, vigilancia y restablecimiento de su salud.

En el año de 1989, la International Organization for Standardization, (ISO) definió que: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado". Esta definición que gozó desde el inicio de una amplia aceptación, transmite dos conceptos fundamentales. El primero de ellos es que la calidad

de la asistencia puede medirse y de otro lado que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de cómo se define éste. Efectivamente, el concepto de calidad varía en función de quién lo utiliza y en consecuencia la idea de calidad será distinta cuando la aplica la administración, la gerencia del centro, que cuando el término es aplicado por los profesionales y aún por los usuarios.

En una búsqueda activa de información se encontró que hay varios exponentes que definen Calidad; a continuación, algunas definiciones importantes:

2.1.2.1. Perspectiva de Donabedian

En 1966 Avedis Donabedian establece las dimensiones de estructura, proceso y resultado y sus indicadores para evaluarla. Para esta época, la relación entre métodos de proceso y resultado, así como la sistematización de los criterios, generaron reflexiones importantes sobre la responsabilidad en la mejora de la calidad de los servicios de Salud.

Los componentes que se establecen en el modelo de Avedis Donabedian se relacionan a continuación:

A) Indicadores de estructura: Son todos los atributos materiales y organizacionales relativamente estables, así como los recursos humanos y financieros disponibles en los sitios en los que se proporciona atención.

B) Indicadores de proceso: Se refieren a lo que los médicos y proveedores son capaces de hacer por los pacientes, la interrelación con las actividades de apoyo diagnosticadas además de las actitudes, habilidades, destreza y técnica con que se llevan a cabo.

C) Los indicadores de resultado: Referidos a la variación de los niveles de salud y a la satisfacción del paciente por la atención recibida, la cual le otorga una importancia mayor por la necesidad de satisfacer las expectativas del usuario mediante un servicio de mayor calidad.

Propuso en 1980 una definición de calidad asistencial la cual consistía en: "la calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes".

El autor describe que la satisfacción del paciente es de gran importancia como una medida de la calidad de la atención en los servicios de salud, porque proporciona información sobre el éxito del prestador en alcanzar los valores y expectativas del paciente. Planteó un modelo enfocado a los servicios de salud la cual establece tres dimensiones denominadas: estructura, proceso y resultado; también define mecanismo de evaluación por medio de indicadores.

En el año 1984 se define calidad como "los logros de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente". Señala que ésta puede interpretarse en dos dimensiones interrelacionadas e interdependientes: la técnica y la interpersonal.

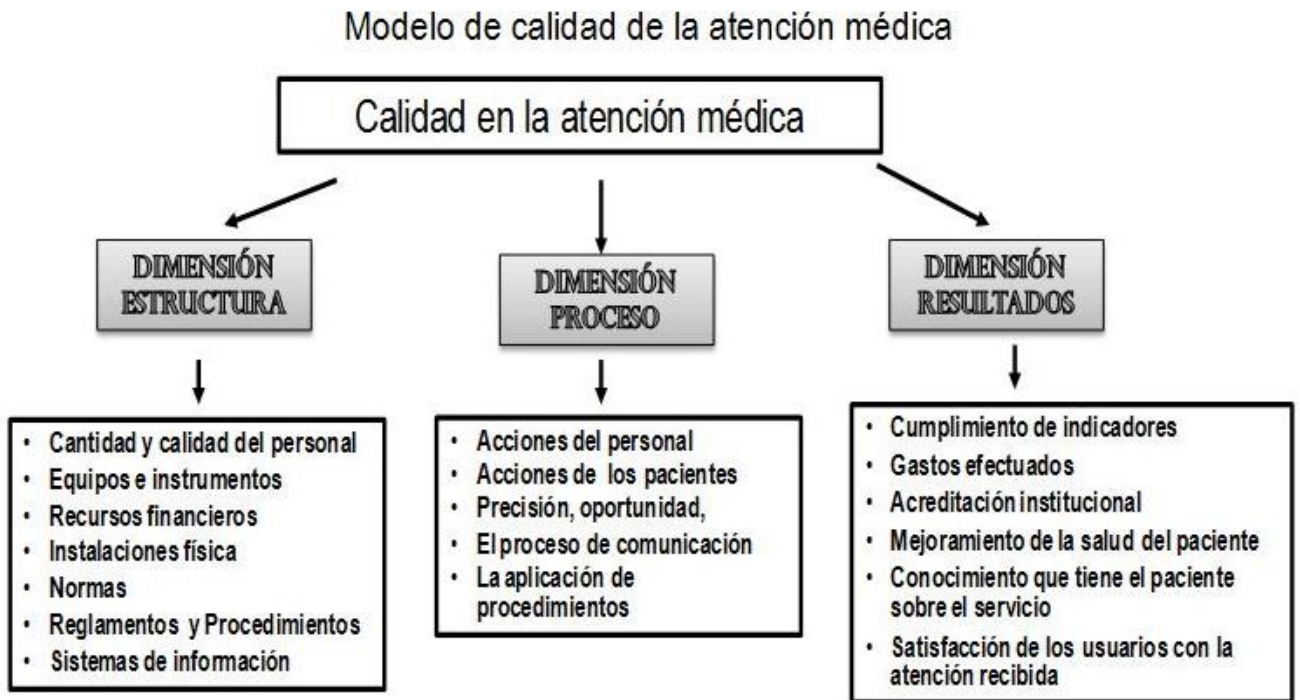
✓ La atención técnica se refiere a la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda un máximo de beneficio para la salud, sin aumentar con ello sus riesgos.

✓ La atención interpersonal que mide el grado de apego a valores, normas, expectativas y aspiraciones de los pacientes.

En este modelo se dice que la calidad del servicio está basada fuertemente en un enfoque técnico médico, lo cual se deriva de que su evaluación sea competencia de los profesionales de la salud, quedándose corta para medir la perspectiva de los pacientes, esto es, la calidad funcional percibida.

A continuación, imagen con modelo propuesto por Avedis Donabedian:

Tabla 2. Modelo de Calidad de la Atención médica, propuesto por Avedis Donabedian.



2.1.2.1. Perspectiva de David Lansky

Categoriza las necesidades de los usuarios teniendo en cuenta sus experiencias en el momento de usar los servicios de salud. En primera instancia define lo básico, que hace referencia a la necesidad por el acceso a los servicios, por medio de un trato respetuoso y una explicación detallada de su estado de salud. Seguido del cuidado que debe tener el paciente para recuperarse, en caso de enfermedad, para retomar sus actividades. Por último, expone que es importante mostrarle una herramienta al núcleo familiar para enfrentar una calamidad con el fin de minimizar el dolor y mantener los lazos de unión.

Por otro lado la Organización Panamericana de la Salud (2001), considera que la calidad de la atención en salud no debe ser entendida como producto o medio para hacer de la salud un objeto de mercancía, pero debe ser buscada, como forma de garantizar el acceso y la equidad de las acciones y servicios de salud para toda la población; de manera tal que, según Donabedian (1996), a partir de unos recursos disponibles, se pueda obtener para el paciente los mayores beneficios con los menores riesgos posibles. La idea de calidad en salud responde a una visión tanto histórica como institucional y también a la perspectiva de quienes o para quienes se defina. Sin embargo, es bueno acotar que su definición abarca todas las cualidades con las que debería contar la prestación del servicio para considerarse de utilidad al usuario-paciente, lo cual implica que la prestación del servicio tiene rasgos de calidad cuando sus características ya sean tangibles o intangibles satisfacen las expectativas del usuario-paciente.

La calidad en salud, en su más amplia concepción globaliza la complejidad que caracteriza a los servicios de salud, en tanto el servicio va dirigido a garantizar la vida del

ser humano; en este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se manifiesta sobre la responsabilidad compartida que debe existir entre el estado, los prestadores del servicio con los usuarios-pacientes, definiéndola como: “el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimiento del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso” (OMS, 1991).

Capítulo III

3. Diseño metodológico

3.1. Tipo de Investigación.

El presente estudio corresponde a una investigación de tipo mixto ya que por un lado está el estudio cualitativo fenomenológico y el estudio cualitativo descriptivo transversal el cual busca hallar el nivel de satisfacción de los usuarios frente a los servicios de salud brindados en servicios de alta complejidad como Medicina Interna.

3.2. Plan de búsqueda.

Para el desarrollo de esta investigación, se realizará una búsqueda de la literatura asociada a la percepción de calidad en la atención debido a la rotación del personal en los servicios de medicina interna accediendo a las bases de datos con información relacionada no solo a nivel nacional; sino también teniendo en cuenta la perspectiva de diferentes investigadores internacionales.

3.3. Metodología a implementar.

3.3.1. Fenomenología

Proviene de las disciplinas académicas de la filosofía y la psicología, y se basa en los trabajos de la 20^a siglo filósofo Edmund Husserl, que fue más tarde desarrollado por Heidegger.

El objetivo de la fenomenología es la investigación directa y la descripción de los fenómenos que experimenta conscientemente, sin teorías sobre sus explicaciones causales o su realidad objetiva. Por lo tanto, trata de comprender cómo las personas construyen el significado. El enfoque de la fenomenológica investigación es lo que la gente experimenta en relación con algún fenómeno o de otro tipo y cómo se interpretan esas experiencias.

Un estudio de investigación fenomenológica es un estudio que trata de comprender las percepciones de la gente, perspectivas e interpretaciones de una situación particular (o fenómeno). En otras palabras, un estudio de investigación fenomenológica intenta responder a la pregunta " ¿Cómo es la experiencia sobre esto o esto? 'Al observar múltiples perspectivas de la misma situación, un investigador puede comenzar a hacer algunas generalizaciones de lo que algo es como como una experiencia desde la perspectiva.

Principales características de la fenomenología:

- ✓ Metodología: Un estudio fenomenológico menudo implica las cuatro etapas siguientes:

- Bracketing
- Intuyendo
- Analizar
- Describiendo

✓ Muestreo: Las muestras pequeñas (probablemente no más de 10 participantes) son los más adecuados para este tipo de investigación. Muestras grandes pueden llegar a ser difícil de manejar.

✓ Métodos de recopilación de datos: Preguntas muy abiertas y con herramientas de recolección de datos, las que se utilizan con mayor frecuencia son:

- Entrevistas / habla
- Diarios / escrito
- Dibujos / no verbales
- Observación / visual

3.3.1.2. Principales representantes de la fenomenología

3.3.1.2.1. EDMUND HUSSERL: (1859-1938)

Filósofo alemán originario de Moravia. Como fundador de la escuela fenomenológica, se dio a la tarea de describir el método fenomenológico. La concepción del hombre, para Husserl, consiste en la restauración del sujeto racional que no esté anclado en los hechos, como la psicología, sino en la razón (subjetividad trascendental).

PRINCIPALES OBRAS

✓ Filosofía de la Aritmética. Investigaciones psicológicas y lógicas (Filosofía de la Aritmética), 1891.

✓ Ideas para una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. Primer libro: Introducción General a Pure Fenomenología (Ideas Relativas a Una Fenomenología Pura ya Una Filosofía Fenomenológica), 1913

✓ La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología Transcendental: Una introducción a la filosofía fenomenológica (La Crisis de las Ciencias y la europea Fenomenología trascendental: Introducción a la Filosofía Fenomenológica) 1936.

3.3.1.2.2. MARTIN HEIDEGGER (1889 - 1976)

Filósofo alemán que nació en Messkirch. Proclamó que la fenomenología debe poner de manifiesto qué hay oculto en la experiencia común diaria.

PRINCIPALES OBRAS

✓ Introducción a la fenomenología de la religión 1995.

✓ La idea de la filosofía y el problema de la concepción del mundo 1956 (2005).

✓ ¿Qué es la filosofía? 1956 (2004).

✓ Lógica. La pregunta por la verdad 1976 (2004).

✓ Carta sobre el humanismo 1959 (2000).

3.3.1.3. Fenomenología y Filosofía.

La Fenomenología denota un nuevo método descriptivo, filosófico, que desde finales del siglo pasado ha establecido: 1) una disciplina psicológica a priori , capaz de

dar las únicas bases seguras sobre las que se puede construir una sólida psicología empírica; y 2) una filosofía universal, que puede ser un órgano [instrumento] para la revisión metódica de todas las ciencias. (Husserl, 1997: 182) De lo que se puede deducir: a) el carácter metódico de la fenomenología; b) el carácter científico de la Fenomenología; y, c) el carácter filosófico de la Fenomenología.

3.4 Tipo de Herramienta a Utilizar.

3.4.1. Coeficiente alfa de Cronbach

El coeficiente alfa fue descrito en 1951 por Lee J. Cronbach. Es un índice usado para medir la confiabilidad del tipo consistencia interna de una escala, es decir, para evaluar la magnitud en que los ítems de un instrumento están correlacionados. En otras palabras, el alfa de Cronbach es el promedio de las correlaciones entre los ítems que hacen parte de un instrumento. También se puede concebir este coeficiente como la medida en la cual algún constructo, concepto o factor medido está presente en cada ítem. Generalmente, un grupo de ítems que explora un factor común muestra un elevado valor de alfa de Cronbach.

Hay otras formas de hallar la consistencia interna: la fórmula 20, propuesta en 1937 por Kuder- Richardson (KR-20), es recomendada para medir la consistencia interna de una escala cuando los ítems tienen respuestas dicotómicas; además, equivale, matemáticamente, al coeficiente alfa de Cronbach, de posterior desarrollo. El método de Rulon (1939) mide la correlación entre las dos mitades de la escala y generalmente se encuentra en los estudios de validación de la primera mitad del siglo XX. El coeficiente

de Kristof (1974) se usa para estimar la consistencia interna en una prueba dividida en tres partes muy correlacionadas. El coeficiente de Angoff-Feldt (1975) se determina cuando una escala sólo puede ser dividida en dos partes de tamaño arbitrario, pero homogéneas en contenido; sin embargo, tiene la limitación de que en algunas ocasiones puede sobreestimar la consistencia interna verdadera. El coeficiente beta, propuesto por Raju (1977), pondera la consistencia interna de una escala cuando es dividida en dos o más partes desiguales. Cuando falta interrelación en los componentes de una escala, se puede subestimar la consistencia interna. El coeficiente de Feldt-Glimer (1983) es una variante para cuando la escala está dividida en tres o más partes iguales. Y así podríamos seguir citando múltiples coeficientes, pero al final la mayoría son variantes del alfa de Cronbach. Todas estas formas exploran indirectamente la homogeneidad o la dimensionalidad de una escala, es decir, unidimensional o multidimensional, o cuántos dominios explora la escala. La popularización del coeficiente alfa de Cronbach se debe a la practicidad de su uso, ya que requiere una sola administración de la prueba. Además, tiene la ventaja de corresponder a la media de todos los posibles resultados de la comparación que se hace en el proceso de dividir en mitades una escala.

La forma más sencilla de calcular el valor del alfa de Cronbach es multiplicar el promedio de todas las correlaciones observadas en los ítems por el número de ítems que componen una escala, y luego dividir el producto entre el resultado de la suma de 1 más el producto de la multiplicación del promedio de todas las correlaciones observadas por el resultado de la resta de 1 al número de ítems: $\alpha = \frac{n \cdot \bar{r}}{1 + (n-1) \cdot \bar{r}}$, donde n es el número de ítems y \bar{r} es el promedio de todas las correlaciones.

Para una escala de veinte ítems, como la de Zung para depresión o para ansiedad, el número total de correlaciones entre todos los ítems es 190. Este número se calcula multiplicando el número de ítems por el resultado de dividir entre 2 el número de ítems menos 1, así: $\{n(n-1)/2\}$, donde n es el número de ítems. Fórmulas más sofisticadas para averiguar la consistencia interna de una escala se calculan a partir de la varianza de cada ítem y la varianza total de la escala: $\{a = n/n-1 (1 - \sum st^2 / sT^2)\}$, donde n es el número de ítems, st^2 es la varianza de cada ítem y sT^2 es la varianza total de la escala.

3.4.1.2. Coeficiente alfa estratificado

Una manera de mejorar el valor del coeficiente de consistencia interna cuando las escalas tienen varios dominios es estratificarla en sub escalas dependiendo del contenido; de esta forma se puede hallar un mejor valor estimado de la consistencia interna que con el coeficiente alfa no estratificado.

3.4.1.3. Coeficiente alfa ponderado

Se usa cuando una escala tiene ítems con diferentes tipos de respuesta. Se le proporciona un peso a cada discrepancia y se supone que los ítems están igualmente ponderados y se realiza una sumatoria de los valores de alfa ponderados para cada ítem.

3.4.1.4. Interpretación del coeficiente alfa de Cronbach

El valor mínimo aceptable para el coeficiente alfa de Cronbach es 0,70; por debajo de ese valor la consistencia interna de la escala utilizada es baja. Por su parte, el valor máximo esperado es 0,90; por encima de este valor se considera que hay redundancia o duplicación. Varios ítems están midiendo exactamente el mismo elemento de un constructo; por lo tanto, los ítems redundantes deben eliminarse. Usualmente, se

prefieren valores de alfa entre 0,80 y 0,90. Sin embargo, cuando no se cuenta con un mejor instrumento se pueden aceptar valores inferiores de alfa de Cronbach, teniendo siempre presente esa limitación.

Es necesario tener en cuenta que el valor de alfa es afectado directamente por el número de ítems que componen una escala. A medida que se incrementa el número de ítems, se aumenta la varianza sistemáticamente colocada en el numerador, de tal suerte que se obtiene un valor sobreestimado de la consistencia de la escala. De igual manera, se debe considerar que el valor del alfa de Cronbach se puede sobreestimar si no se considera el tamaño de la muestra: a mayor número de individuos que completen una escala, mayor es la varianza esperada.

3.4.1.5. Uso del coeficiente alfa de Cronbach

El coeficiente alfa de Cronbach es una propiedad inherente del patrón de respuesta de la población estudiada, no una característica de la escala en sí misma; es decir, el valor de alfa cambia según la población en que se aplique la escala. Por ello, en los estudios donde se emplee una escala para cuantificar una característica, por muy popular validada que sea la escala, debe ser informarse siempre el valor de alfa en esta población y no debemos conformarnos con que sólo se diga que mostró una buena consistencia en otros estudios. El alfa de Cronbach tiene gran utilidad cuando se usa para determinar la consistencia interna de una prueba con un único dominio o dimensión, porque si se usa en escalas con ítems que exploran dos o más dimensiones distintas, aunque hagan parte de un mismo constructo, se corre el riesgo de subestimar la consistencia interna. En estos casos, lo más indicado es calcular un valor de alfa de Cronbach para cada grupo de ítems que componen una dimensión o una sub escala o calcular un coeficiente alfa estratificado,

lo cual significa que este coeficiente se debe emplear para conocer la consistencia interna en escalas unidimensionales, no en escalas multidimensionales. Es importante tener en cuenta que el coeficiente alfa de Cronbach no está indicado para medir la dimensionalidad de una escala; por ello se desaconseja el uso de este coeficiente cuando a simple vista se intuye que una escala está compuesta por más de un dominio o dimensión y un análisis factorial de la escala lo corrobora. Como se ve, para conocer la dimensionalidad de una escala se recomienda el uso de un análisis factorial. El coeficiente alfa de Cronbach es más fidedigno cuando se calcula a una escala de veinte ítems o menos. Las escalas mayores que miden un solo constructo pueden dar la falsa impresión de una gran consistencia interna cuando realmente no la poseen.

Así mismo, no se puede llegar al extremo de diseñar escalas de un único ítem. Esto hace la medida poco confiable, pues debido al elevado error producto del azar, es improbable que un único ítem abarque la amplitud de un concepto complejo, además tiene la limitación de que sólo puede clasificar a los individuos en dos categorías, es decir, es incapaz de mostrar diferentes grados o matices de un espectro o dimensión. Se considera que 3 es el número mínimo ítems para una escala que explore un solo dominio o factor. De la misma forma, el coeficiente alfa de Cronbach no puede aplicarse a instrumentos que evalúen conocimiento o entrenamiento previo, aunque se esté explorando a manera de pre prueba de conocimiento o conducta de entrada que se posee en una única y limitada área de estudio. Conocer la consistencia interna de una escala es un paso anterior (tal vez el primero y el más sencillo) al proceso de validación de un instrumento con un patrón de referencia y para algunos constructos es la única forma posible de validación ante la falta de un estándar de oro válido, seguro, de fácil uso y bajo

costo para poder recoger la información necesaria para realizar la medición de la percepción de calidad en la atención debido a la rotación del personal en los servicios de medicina interna, por lo que en la búsqueda realizada se hayo una encuesta que será validada con el fin de ser adaptada para Latinoamérica.

Teniendo en cuenta la información anteriormente descrita a continuación se muestra la herramienta escogida con la cual se busca validar su información para ser utilizada a nivel nacional:

Tabla 2. Antecedentes Jurídico-Legales respecto a la Calidad en servicios de Salud en Colombia.

Fecha de internación

Nombre y apellido (Opcional)

Email (Opcional)

1. ¿Cuánto tiempo tardó en ser atendido?

Más de 20'	Entre 20' y 60'	Más de 60'
Comentarios		

2. ¿El trámite administrativo de internación, fue sencillo?

Mucho	Bastante	Poco	Muy Poco
Comentarios			

3. ¿Recibió información e instrucción sobre las comodidades de su habitación y servicios disponibles?

Sí	No	Comentarios
----	----	-------------

4. ¿Le explicaron en que consiste el Servicio para el Acompañante?

Sí	No	Comentarios
----	----	-------------

5. Evalúe la comodidad de la cama y la habitación donde estuvo internado.

Muy Cómoda	Cómoda	Incómoda	Muy Incómoda
Comentario			

6. ¿Cómo evalúa la limpieza de la habitación?

Muy buena	Buena	Mala	Muy Mala
Comentario			

7. ¿Cómo evaluaría el estado general de la habitación? (Baño, timbre, luces, otros)

Muy bueno	Bueno	Regular	Malo
Comentario			

8. ¿El personal de mucamas, lo ha tratado con amabilidad y respeto?

Mucho	Bastante	Poco	Muy Poco
Comentarios			

9. ¿Qué opina sobre la comida? (presentación, temperatura, sabor,etc.)

Muy buena	Buena	Mala	Muy Mala
Comentario			

10. ¿El personal de enfermería, lo ha tratado con esmero, amabilidad, y respeto?

Mucho	Bastante	Poco	Muy Poco
Comentario			

11. ¿El personal de enfermería acudió con prontitud cuando lo llamó?

Siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca
Comentario			

14. ¿Pudo identificar al personal que lo asistió de manera rápida y sencilla?

Sí	No	Comentarios
----	----	-------------

15. ¿El personal de traslados (camilleros) lo ha tratado con amabilidad y respeto?

Mucho	Bastante	Poco	Muy poco	No necesité traslados
Comentario				

21. ¿Le dieron informe de alta?

Sí	No	Comentarios
----	----	-------------

22. ¿Sus familiares y visitantes fueron atendidos amablemente?

Mucho	Bastante	Poco	Muy Poco
Comentario			

23. ¿Volvería a internarse en la Clínica?

Siempre	Sí	Depende	No
Comentario			

Las variables más significativas que se quieren evaluar para medir la percepción de calidad se nombran a continuación:

- ✓ Tiempos de espera en la Atención
- ✓ Trato y cordialidad del personal de Enfermería
- ✓ Identificación del personal de Enfermería.
- ✓ Trato a persona acompañante.
- ✓ Ambientación, ruidos y seguridad del paciente.

3.5 Consideraciones Éticas.

El presente estudio contempla principios éticos que fundamentan la Investigación Cualitativa, sobre la selección de artículos evidenciados en base a los criterios de búsqueda antes explicados.

Se respetarán los derechos de autor para cada Artículo Científico, teniendo en consideración una oportuna, constante y congruente citación y referenciarán de los mismos en base al Estilo APA.

El presente estudio no presenta ningún riesgo asociado según los términos de la Resolución 8430 de 1993; dado que el insumo principal del presente estudio es la producción bibliográfica asociada a las condiciones de vida en la primera infancia y su impacto sobre la Salud.

Los principios orientadores del estudio son:

✓ **Respeto:** El Investigador garantiza a los participantes, respeto, imparcialidad y neutralidad sobre las posturas, opiniones, y criterios de los autores sobre la primera Infancia y sus determinantes sociales de la salud.

✓ **Beneficencia:** El Investigador garantiza al lector, a los autores citados, y a la comunidad académica en general, que el presente estudio no pretende lesionar, dañar, deshonrar y/o vulnerar el buen nombre, y la integridad personal tanto de los lectores, así como la de los autores citados. En garantía de ello, reivindica su obligación moral de realizar fiel registro de las Citas y referencias Bibliográficas de los artículos citados en el presente estudio.

✓ **Justicia:** Esta investigación garantiza al lector, a los autores citados, y a la comunidad académica en general, que la selección de los artículos obedece a la aplicación seria y congruente de unos criterios de inclusión y de exclusión previamente diseñados; y por ningún motivo su selección obedece a un compromiso u obligación para con los autores citados. Se garantiza la oportuna citación y referenciarían de los Estudios e Investigaciones señaladas en el presente Estado del Arte.

Capítulo IV

4. Diseño metodológico

4.1. Cronograma de Actividades.

Tabla 3. Tabla de cronograma de actividades.

ACTIVIDADES	DURACIÓN DEL ESTUDIO				
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	MAYO
Elaboración del proyecto	X	X			
Aprobación del proyecto		X			
Realización De Marco de referencia			X		
Realización De Marco Teórico			X		
Realización De Metodología			X	X	X
Entrega De Anteproyecto					X
Entrega Proyecto Final					

4.2. Presupuesto

ITEM	CANTIDAD	VR TOTAL
Papelería	20	60.000
Bolígrafos	6	6.000
Lápices	3	3.000
Internet	30 Horas	45.000
Transporte	3	30.000
Varios		15.000
Asesorías	5	400.000
Tiempos (Horarios)	90 Horas	3.000.000
Software	1	500.000
Costo Asesores	3	3.000.000
TOTAL		4.059.000

Tabla 4. Tabla de Presupuesto Global del Proyecto.

4.3. Resultados esperado

Tras el desarrollo del proyecto de investigación se espera:

- Conocer por medio de la herramienta la percepción de los pacientes sobre la calidad en atención por parte de enfermería y como se ve alterada por la rotación de este personal
- Evidenciar si en realidad la calidad en la atención del grupo de enfermería se ve afectada por la rotación del personal o por el contrario no influye en la percepción final del paciente
- El instrumento ayudara a diseñar estrategias para mejorar la percepción de los pacientes frente a la calidad de atención del grupo de enfermería

Referencias bibliográficas

Vilaca, M. (2013). Las redes de atención en salud .ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. CONSEJO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SALUD. 2011 ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD–Representación Brasil

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3147/LAS-REDES-DE-ATENCION-DE-SALUD-web3%5B1%5D.pdf?sequence=1>

Kerguelén, C. (2008). Calidad en salud en Colombia, los principios. PROGRAMA DE APOYO A LA REFOEMA DE SALUD–PARS. MINISTERIO DE LA PROITECCION SOCIAL, Bogotá, Colombia. Recuperado el 05 de mayo de 2019 en <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL (2019). Atributos de la Calidad en la Atención en Salud de Colombia. MINISTERIO DE SALUD, Bogotá, Colombia <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ATRIBUTOS-DE-LA-CALIDAD-EN-LA-ATENCI%C3%93N-EN-SALUD.aspx>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS, (2017). De la política de acción. Comprender y medir la calidad de la atención: tratar la complejidad. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Ginebra, Suiza. Recuperado el 06 de mayo de 2109 en <https://www.who.int/bulletin/volumes/95/5/16-179309-ab/es/>

Suñol. La calidad de la atención.

http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf.

Torres, (2011). MODELO DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE AVEDIS DONABEDIAN. A partir de Donabedian 1966

<http://infocalser.blogspot.com/2011/10/modelo-de-calidad-de-la-atencion-medica.html>

García, (2012), APORTES DEL MÉTODO FENOMENOLÓGICO A LA INVESTIGACIÓN EDUCATIVA. REVISTA LATINOAMERICANA DE ESTUDIOS EDUCATIVOS (COLOMBIA), vol. 8, núm. 2, julio-diciembre, 2012

<http://www.redalyc.org/pdf/1341/134129257004.pdf>

Oviedo, (2005). APROXIMACIÓN AL USO DEL COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH. REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA 2005,

<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80634409>> ISSN 0034-7450.