

PLAN DE ACCIÓN PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL  
USUARIO EN CUANTO A LA CALIDAD DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN  
EL ÁREA DE CIRUGÍA DE LA FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA NACIONAL

PAVEL MANUEL ACEVEDO PEREZ  
DERLY JOHANA BELTRAN ARIAS  
HEIDY YULIET CAICEDO FANDIÑO  
HEIDY MARYURY OSPINA SANCHEZ  
GINA VANESA RIAÑO GODOY

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD – FUCS  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS  
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA SALUD  
BOGOTÁ  
2016

PLAN DE ACCIÓN PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL  
USUARIO EN CUANTO A LA CALIDAD DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN  
EL ÁREA DE CIRUGÍA DE LA FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA NACIONAL

PAVEL MANUEL ACEVEDO PEREZ  
DERLY JOHANA BELTRAN ARIAS  
HEIDY YULIET CAICEDO FANDIÑO  
HEIDY MARYURY OSPINA SANCHEZ  
GINA VANESA RIAÑO GODOY

Trabajo de grado para optar por el título de especialistas en gerencia de la  
salud

Asesor: Sandra Marcela Rodríguez G

Directora programa Administración de Empresas y Coordinadora  
Especialización Gerencia en salud  
Fundación Universitaria Ciencias de la Salud, FUCS

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD – FUCS  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS  
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA SALUD

BOGOTÁ

2016

**Título:** Plan de acción para la evaluación de la satisfacción del usuario en cuanto a la calidad del proceso de atención en el área de cirugía de la Fundación Oftalmológica Nacional

**Investigador Principal:**

Heidy Yuliet Caicedo Fandiño  
Heidy Maryury Ospina Sanchez  
Derly Johanna Beltrán Arias  
Gina Vanesa Riaño Godoy  
Pavel Manuel Acevedo Perez

**Filiación Institucional:**

Instrumentadora Quirúrgica  
Médico Cirujano  
Instrumentadora Quirúrgica  
Enfermera  
Médico Cirujano

**Correo electrónico:** heydyucf82@gmail.com

**Teléfono Celular** 3214910049

**Dirección de correspondencia:** : Carrera 63 n° 98 B – 51 apto 606

**Co Investigadores**

Heidy Yuliet Caicedo Fandiño	3128421060	heydyucf82@gmail.com
Heidy Maryury Ospina Sanchez	3125361574	doc.heidy@gmail.com
Derly Johanna Beltrán Arias	3214910049	derlybeltran@hotmail.com
Gina Vanesa Riaño Godoy	3164642057	gvriano02@live.com
Pavel Manuel Acevedo Perez	3043363497	pavelmd777@gmail.com

**Filiación Institucional:**

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS  
Estudiantes Especialización en Gerencia de la Salud - II Semestre

**Dirección de correspondencia:** Carrera 63 n° 98 B – 51 apto 606

**\* Nombre del Grupo de Investigación**

Percepción de la calidad

**Total de Investigadores**

Cinco. (5)

**\*Línea de Investigación:** Cuidado de la salud

**Facultad:** Ciencias Sociales, Administrativas y Económicas

**Asesor Metodológico:** Sandra Marcela Rodríguez

**Área Servicio:**

Ciencias Sociales, Administrativas y económicas

**Duración:** 12 meses

**Costo Total:**

**Desembolsable :** \$

**No desembolsable \$**

**El proyecto será presentado a convocatoria interna:** Si \_\_\_ No X

**Descriptor / Palabras claves:** Atención en salud , Calidad ,  
Prestación de Servicios de Salud, Atención en cirugía, satisfacción, Plan de acción

**Fecha de Radicación :**

# TABLA DE CONTENIDO

## Contenido

### ÍNDICE DE TABLAS

RESUMEN DEL PROYECTO .....	7
1. INTRODUCCIÓN .....	8
2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO .....	10
2.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	10
2.1.1 Planteamiento del problema.....	10
2.1.2 Marco referencial.....	12
Conceptos de Calidad .....	15
Características de la calidad de la atención en salud.....	17
Satisfacción del usuario .....	17
Conceptos básicos en la satisfacción de los usuarios.....	18
Indicadores de satisfacción en la atención en salud .....	19
Plan de acción.....	21
Características de un plan de acción .....	21
Componentes del plan de acción .....	22
Antecedentes.....	23
3. OBJETIVOS .....	26
3.1 Objetivo General.....	26
3.2 Objetivos Específicos .....	26
4. DISEÑO METODOLÓGICO .....	27
4.1 ENFOQUE Y TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	27
4.2 DISEÑO METODOLÓGICO .....	27
Herramientas utilizadas.....	27
Población.....	28
Variables .....	28
5. ANÁLISIS Y RESULTADOS.....	30
5.1 CARACTERIZACIÓN .....	30
5.2 TALLER.....	32
6. PLAN DE ACCIÓN .....	35
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	41

8. BIBLIOGRAFÍA .....	43
ANEXOS .....	48
ANEXO 1. MATRIZ DE CARACTERIZACIÓN.....	48
ANEXO 2 TALLER.....	50
ANEXO 3. FICHAS TECNICAS DE INDICADORES .....	53

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Tipos de Indicadores.....	20
Tabla 2 Antecedentes .....	23

## RESUMEN DEL PROYECTO

En la actualidad la medición de la satisfacción del usuario es un factor crítico y clave para el desempeño de las entidades prestadoras de servicios de salud, es un hecho que toda institución de salud debe evaluar con periodicidad; la Fundación Oftalmológica Nacional no se encuentra exonerada de realizar dicho proceso.

En el presente estudio fue evaluado el proceso de satisfacción del usuario en el área de cirugía de la institución anteriormente mencionada, para tal fin es abordado desde la metodología de investigación cualitativa, utilizando un análisis de la literatura en torno al tema, una búsqueda y análisis de antecedentes; posteriormente se realiza revisión documental en esta institución lo cual nos permitió identificar: falencias en la estructura, desarrollo, aplicación y análisis del mismo y de esta manera poder brindar herramientas para el mejoramiento continuo de la calidad.

Se utilizó además un taller con el objetivo de sugerir herramientas en búsqueda de dar solución a las falencias evidenciadas, en el cual se contó con la participación de colaboradores encargados de la aplicación de la herramienta. En el taller, en primera medida se realiza priorización de las mismas, en segunda instancia se invita a los participantes a generar estrategias que permitan el adecuado funcionamiento de dicho proceso.

Como resultado de los ejercicios anteriores se plantean estrategias y acciones que se agrupan en un plan de acción.

## 1. INTRODUCCIÓN

La salud es considerada como un área crítica en el actual panorama nacional, donde conocer la percepción de los clientes y los aspectos tangibles de la calidad en el servicio prestado está relacionado con la satisfacción del paciente, además hacen parte de una preocupación administrativa permanente para el mejoramiento de la institución.

Así mismo, el interés por medir la calidad percibida en la atención de salud desde los usuarios va cada día en aumento. Este concepto adquiere nuevas definiciones en la actualidad y se observa que en países desarrollados el punto de vista de los pacientes respecto a este tema ha contribuido en los procesos de la gestión en salud, actuando en concordancia con un modelo de calidad total. La preocupación de la calidad asistencial va más allá de las exigencias propias del prestador de salud en relación al cumplimiento de estándares de calidad, el paciente evalúa la calidad de la atención de salud no sólo valorando el resultado final, sino también en función de sus necesidades, expectativas y experiencias.

En seguridad de la atención de los pacientes se apreció un proceso que apenas empieza en el país y sobre el que no existe información disponible con las mediciones necesarias para valorar la situación de la seguridad con la que se proveen los servicios de salud en Colombia. Sin embargo es notoria la respuesta positiva de las IPS a la estrategia de desarrollo de este componente y el grado de conciencia sobre la imperativa necesidad de intervenir y controlar los resultados en seguridad de la atención en salud en Colombia (Palacio Betancourt & Roa Gómez, 2009).

La mayor parte de manifestaciones de disconformidad con el sistema de salud que hacen los usuarios a través de diversos canales, tienen su representación en este dominio de la calidad de la atención en salud. La intención de este conjunto de medidas, es poder hacer una aproximación al conjunto de atributos que los usuarios -consumidores de servicios de salud identifican con una experiencia de atención que sea capaz de lograr la satisfacción de sus expectativas. En este sentido, las fuentes de información identificadas, dan cuenta de datos de carácter objetivo, realizando mediciones propias de la vivencia de atención, al igual que de cómo las personas perciben la experiencia de atención que recibieron y lo traducen en una escala de valoración, usualmente a través de encuestas específicas (Palacio Betancourt & Roa Gómez, 2009).

Teniendo en cuenta que el paciente se ha convertido en el principal centro de impulso para elevar la calidad de los servicios en salud. En el área de la salud visual, la Fundación Oftalmológica Nacional se ha direccionado en ofrecer un alto



grado de satisfacción en sus usuarios, siendo la satisfacción uno de los principales indicadores de la calidad asistencial en la organización.

El presente documento plantea el desarrollo de una metodología destinada a mejorar el sistema de medición de la calidad percibida por el usuario en el área de cirugía de la Fundación Oftalmológica Nacional.

Una vez logrado el objetivo se podría dar paso a investigaciones futuras que permitan incorporar metodologías complementarias y profundizar el conocimiento respecto a los patrones de comportamiento en otras áreas como son la atención en consulta, exámenes y otras dependencias dentro de la organización, obteniendo no sólo una evaluación en la percepción global de la calidad por parte de los usuarios, sino que también una específica del área que se evalúa.

## **2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO**

### **2.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

#### **2.1.1 Planteamiento del problema**

La evaluación de la calidad de los servicios de salud se ha venido convirtiendo en una preocupación creciente en las últimas décadas. La experiencia internacional de los países desarrollados en su mayoría europeos que en sus inicios centraba el concepto de calidad en la evidencia de su eficacia costo efectividad, han cambiado en forma importante el concepto de calidad en la atención en salud, en la última década. Como ejemplo de esto, en España, los planes de calidad están previstos en la Ley 16/2013 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud que están dirigidos a la ciudadanía e impulsan una atención en salud de excelencia centrada en los pacientes y sus necesidades. Apoya al personal de la salud en el fomento de la excelencia clínica y también en la adopción de buenas prácticas basadas en el mejor conocimiento científico disponible (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010). De igual manera, en América Latina, los programas de garantía de la calidad en salud, se han basado básicamente en el desarrollo de procesos y estrategias integradas, el mejoramiento continuo, la calidad técnica, la orientación hacia los usuarios y la evaluación del desempeño del sistema (Ross, Zeballos, & Infante, 2000).

Lo que se observa es que los modelos internacionales de calidad integran como elemento importante la satisfacción del paciente en el proceso asistencial. En estos modelos se recomienda evaluar sistemáticamente la satisfacción y percepción de calidad de los usuarios, analizando las tendencias y realizando las comparaciones con otras organizaciones similares, aplicando el mismo instrumento para todos los prestadores de salud. Todo aquello, con el fin de mejorar la atención en salud e integrar al usuario como parte de este proceso. En conclusión, se busca incorporar el punto de vista del paciente en el diseño de los procesos de calidad.

En Colombia, a través de la historia el concepto de atención en salud ha venido cambiando, en cuanto a su forma y naturaleza, antes de la reforma de 1993, el principal problema a solucionar en la salud, era la cobertura, “en 1990 sólo el 31% de la población tenía acceso a la seguridad social” (Santamaría, Garcia, Rozo, & Uribe, 2008).

Como consecuencia, para solucionar la antes mencionado en 1993 se expide la ley 100 que define el sistema de seguridad social en salud para Colombia. Uno de sus principales principios era la universalización de la cobertura de salud entre los ciudadanos, permitiendo la creación de las entidades promotoras de salud EPS

que se encargarían de proporcionar los servicios de salud a los usuarios, mediante convenios con hospitales e instituciones de salud.

Una de las funciones principales del sistema de salud en Colombia es la provisión de servicios equitativos, oportunos, efectivos y seguros, en los que la calidad óptima de la atención es un elemento fundamental para garantizarlos (Thomson, Osborn, Squires, & Jun, 2012). Desde hace algunos años, el concepto de calidad de atención ha incluido el enfoque tanto individual como colectivo, asegurando la prestación de servicios de salud con base en la evidencia científica disponible y con énfasis en los resultados deseables en salud.

“Este concepto implica que los usuarios estén informados y compartan la toma de decisiones para su atención, aunque tradicionalmente el análisis de la calidad de atención se ha centrado en la dimensión técnica u objetiva, más que en la dimensión desde la perspectiva del usuario, la cual se considera subjetiva” (Reyes Morales et al., 2013).

Luego, en el año 2006, se expide el Decreto 1011 en el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, que ha servido a las entidades de salud como una guía de funcionamiento, no solo para ser competitivos dentro del mercado, sino también para prestar un mejor servicio a sus usuarios. Esta ley establece la calidad de la atención en salud como "la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos"(Ministerio de la Protección Social, 2011).

En este contexto, la satisfacción del paciente es un elemento deseable que debe estar presente en la atención de salud (Morales Rivas & Carvajal Garces, 2008). Sin embargo, a pesar del esfuerzo que hacen estas entidades por conocer la opinión de sus clientes no es suficiente para el mejoramiento de la atención.

Es un hecho que toda institución prestadora de servicios de salud debe evaluar con alguna regularidad la calidad de la atención. Dentro de este contexto, el estudio de caso que se va a trabajar en este documento se llevará a cabo en la Fundación Oftalmológica Nacional (FON), que es una institución prestadora de salud visual, cuyo objetivo es dar solución a los problemas visuales de sus pacientes, y hacerlo con calidad, en cuanto a oportunidad, eficiencia y eficacia.

La FON, fue creada el 12 de febrero de 1976, como una institución sin ánimo de lucro que se encuentra ubicada en la ciudad de Bogotá, en la localidad de Chapinero, específicamente en la calle 50 N. 13 – 50. Esta institución cuenta con la certificación ISO 9001/2000 y se ha preocupado por prestar un servicio acorde a esto. A pesar de esto, en esta institución, en la que se realizan en promedio 350 cirugías en un mes, de acuerdo con las estadísticas internas de la institución, se ha evidenciado que la información disponible sobre el grado de satisfacción y percepción de la calidad que tienen los usuarios respecto de la atención de salud y específicamente en el área de cirugía pasando desde la programación del

procedimiento, hasta su alta y después del mismo, es insuficiente ya que la principal fuente de información es el sistema de quejas y sugerencias y la aplicación de una encuesta generalizada para todos los servicios y no tienen una metodología que permita compararlas y analizarlas.

En lo expuesto anteriormente, radica la importancia del presente estudio, ya que no solo servirá para crear un plan de acción para la evaluación de la satisfacción sino que también podría aportar a la institución información clave para mejorar el proceso de evaluación y saber si sus usuarios están satisfechos y si no lo están, que aspectos necesitan mejorar, para alcanzar el máximo de satisfacción.

En la actualidad, en la Fundación Oftalmológica Nacional, no se cuenta con la información acerca de la percepción de la calidad por parte del usuario en su proceso de atención en el área de cirugía, lo que no permite retroalimentación para establecer estrategias de mejora.

Por lo anterior, la pregunta que surge es la siguiente:

¿Como mejorar el sistema de evaluación de la satisfacción del usuario en cuanto a la calidad del proceso de atención en el área de cirugía de la Fundación Oftalmológica Nacional?

### **2.1.2 Marco referencial**

Con el desarrollo de la humanidad, y los avances en la medicina, es necesario humanizar la asistencia en salud y ofrecer servicios de mayor calidad. La calidad en la atención médica debe estar basada en actividades encaminadas a garantizar los servicios de salud accesibles y equitativos con profesionales óptimos, teniendo en cuenta los recursos disponibles, logrando la satisfacción del usuario con la atención recibida.

Para comprender mejor este concepto vale la pena mencionar brevemente los aportes de los principales exponentes de las teorías de calidad. W. Edwards Deming, Joseph M. Juran y Philip Crosby quienes trabajaron sobre la calidad a nivel organizacional y Avedis Donabedian quién se enfocó en la calidad en la atención en salud.

Deming, quien aportó los conceptos de la calidad total a nivel industrial, insistió en la necesidad de definir la calidad desde el punto de vista del usuario. Solo es válida la calidad de algo si esta es percibida por el cliente. Este mismo autor plantea cómo el “cliente es el eje central de cualquier cadena de producción de servicios, elemento conceptual fácilmente aplicable al sector salud, y afirma que si no hay nadie que compre los servicios es mejor cerrar el negocio. Un cliente

insatisfecho, no necesariamente se queja para que se cambie, simplemente cambia de proveedor” (Edwards, 1989).

Dentro de sus numerosos aportes se encuentran los catorce principios de calidad, entre los que cabe resaltar para efectos de éste documento, el propósito de mejora continua que tiene que ver con la competitividad; Dejar de depender de la inspección para lograr la calidad, incluyéndola en todos los procesos; estimular la capacitación y la automejora de toda la organización; y actuar para lograr la transformación involucrando a todo el personal de la empresa (Miranda Gonzalez, Chamorro Mera, & Rubio Lacoba, n.d.)

Juran, en su enfoque de la eficiencia organizacional incluye crear conciencia respecto de la necesidad de implementar mejoras en la calidad e integrarlas a todas las actividades, proporcionar capacitación en relación con los métodos de calidad, establecer resolución de problemas en equipo y reconocer los resultados (Summers, 2006).

Su mayor aporte fue la llamada trilogía de Juran, la cual incluye tres procesos administrativos: planificación, control y mejora de la calidad. La planificación de la calidad induce el desarrollo de estrategias que estén encaminadas a cumplir con las necesidades y expectativas de los clientes. El control de la calidad se basa en comparar los productos finales contra las metas y especificaciones y vigilar que los procesos se lleven a cabo con la máxima efectividad. La mejora de la calidad involucra el proceso de mejora continua necesario para que la organización siga desarrollándose (Summers, 2006).

En lo que respecta a la administración, Crosby hace referencia a los cuatro principios absolutos de la administración de la calidad. El primero de ellos define la calidad en términos de conformidad con los requerimientos de los clientes, los cuales deben traducirse a características indispensables para los productos y servicios de la organización. La prevención de los defectos es el segundo principio, este va encaminado a la satisfacción de los clientes, la identificación de la causa raíz de los defectos y la prevención de su ocurrencia, constituyen una parte integral de los sistemas efectivos. El tercer principio absoluto es el de cero defectos, para esto deben establecerse estándares en los procesos y un estado ideal de trabajo (Summers, 2006). El cuarto, los costos de la calidad, hace referencia a los costos asociados con dotar a los clientes de un producto o servicio acorde a sus expectativas. Los costos de la calidad son aquellos relacionados con la decepción de los clientes, la refabricación, el desperdicio, el tiempo desaprovechado y los costos de material (Jimenez Boulanger & Espinoza Gutierrez, 2006).

Crosby también plantea un proceso de mejoramiento de la calidad en catorce pasos. Los más relevantes son el compromiso de la dirección a mejorar la calidad, ejerciendo liderazgo en su implementación; la medición de la calidad, teniendo en

cuenta las expectativas de los clientes; crear conciencia sobre la calidad en todos los trabajadores de la organización, informándoles sobre los costos de la no calidad; y la planeación del programa de cero defectos, el cual hace parte de los principios absolutos de la administración de la calidad (Atisha Castillo & Garcia Diaz, 1994)

Por otro lado, Donabedian, uno de los principales exponentes de la calidad de atención médica en 1980, define la atención de calidad como aquella que se espera maximice en gran medida el bienestar del paciente después de considerar el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas en el proceso de atención de todas sus partes (Donabedian, 2001).

Donabedian (Donabedian, 1992), resalta Los usuarios como colaboradores de la garantía de la calidad. Estos contribuyen de cinco formas:

- Como definidores de calidad, es decir, como aquel elemento que a través de sus expectativas y necesidades define lo que debería estar incorporado dentro de la calidad.
- Como evaluadores de la calidad, a través de la información y retroalimentación provista del servicio.
- Como informadores de calidad, al ser facilitadores de difusión de sus experiencias y motivaciones.
- Como coproductores de asistencia, esto es, cuando el paciente hace parte de su proceso de atención y autocuidado de la salud, a través de la preparación que los profesionales de la salud le han dado.
- Como vehículos de control, en la medida en que pueden ser capaces de controlar algunas actuaciones de sus médicos. El mismo autor es cuidadoso al abordar esta función, ya que podrían delegarse funciones para las cuales los usuarios no están preparados.

Los usuarios como reformadores de la atención médica: Pueden apoyar el cambio a través de:

- Participación directa, por medio de mecanismos ya descritos y en especial en la relación con su médico.
- Apoyo administrativo, ya sea de manera indirecta en la medida que expresan sus percepciones frente a los procesos de atención, o de manera más directa actuando por medio de ligas o asociaciones de usuarios.
- Como reguladores de mercados, en la medida en que tengan la capacidad e información para elegir quién les presta sus servicios (Donabedian, 1992).

De aquí, que la relación entre la calidad y el usuario, vista como todo un engranaje que va desde la identificación de las necesidades de los usuarios, pasando por la incorporación de estas en la planeación del servicio. La calidad del producto o del servicio tiene que estar desde antes que el usuario llegue o solicite el servicio, no

tiene por qué exigirla, se le debe dar en la forma que la espera y, para eso hay que saber cómo la quiere (Kerguelén Botero, 2008).

## **Conceptos de Calidad**

La calidad posee una connotación histórico-cultural, es específica para una sociedad concreta, para un momento histórico determinado, para una institución en particular, y en la cual juegan un importante papel los factores subjetivos o psicosociales (Massip Pérez, Ortiz Reyes, Llantá Abreu, Peña Fortes, & Infante Ochoa, n.d.). Consiste en aquellas características de los productos o servicios que aciertan con las necesidades de los usuarios y, por lo tanto producen satisfacción en tiempos de espera, trato amable, entre otros. También se considera que la calidad consiste en dos conceptos diferentes, pero relacionados entre sí, el primero está orientado a los ingresos y consiste en aquellas características del producto que satisfacen necesidades del consumidor y, como consecuencia de eso producen ingresos. En este sentido, una mejor calidad generalmente cuesta más. El segundo está orientado a los costos y consiste en la ausencia de fallas y deficiencias. En este sentido, una mejor calidad generalmente cuesta menos (Juram, 2009).

Con el desarrollo de la humanidad, y los avances en la medicina, es necesario humanizar la asistencia en salud y ofrecer servicios de mayor calidad. La calidad en la atención médica debe estar basada en actividades encaminadas a garantizar los servicios de salud accesibles y equitativos con profesionales óptimos, teniendo en cuenta los recursos disponibles, logrando la satisfacción del usuario con la atención recibida. Evaluar la satisfacción no sólo permite obtener un indicador de excelencia, se podría decir es un instrumento de la excelencia (Massip Pérez et al., n.d.).

En concordancia, 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.

El Instituto de Medicina (IOM) de los Estados Unidos de Norteamérica (EUA) define la calidad como el grado en que los servicios de atención en salud incrementan la probabilidad de alcanzar un resultado deseado en salud y son consistentes con conocimientos de profesionales actualizados. Se debe tener en

cuenta el componente subjetivo de la calidad que corresponde a la calidad percibida por parte de los usuarios (Zurira Garza, 1999).

Por otro lado, según Ruelas la calidad es un objetivo básico en la atención del cliente y todos los servicios que aseguren sistemas continuos para la mejora de la prestación, ya que el cumplimiento de los requisitos y propósitos de la calidad, logra que las diversas organizaciones brinden la satisfacción de las necesidades y de la respuesta efectiva a los problemas o situaciones que inciden sobre una entidad o población, para de esta manera crear organizaciones de salud que brinden satisfacción a los usuarios, la empresa debe tener un continuo mejoramiento en los procesos de atención, utilizando adecuadamente los recursos para ofrecer calidad en los servicios, convirtiéndose en una entidad competitiva, a través de un sistema de gestión coherente y efectivo.

“Se debe dar importancia a la comunicación asertiva, siendo esta una herramienta fundamental para la delegar funciones al personal, lo cual reduce falencias en los procesos, y esto contribuye al aumento de la productividad de forma eficiente, evita el uso inadecuado de los recursos” (Laverde Sanchez et al., 2013).

En Colombia con la aprobación de la Constitución Política en el año de 1991, en el artículo 48 se estableció que la calidad es un mandato. Teniendo en cuenta el artículo 78 de la constitución política de Colombia, donde se establece que: -“La ley regulará el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad”.

Posteriormente a través de la ley 100 de 1993, en su artículo 227 del Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud. Establece: “Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoria médica, de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público” (*Constitución Política de Colombia*, n.d.).

Para el año 2002 el Ministerio de Salud emite el Decreto 2309 (derogado actualmente) donde fue reglamentado por primera vez el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en materia de salud, donde se establece quienes son los prestadores del servicio de salud, cómo debe ser la atención en salud y la calidad con que se presta este servicio, teniendo como finalidad dar a conocer a la población, que no solo es deber del Estado prestar los servicios de calidad, sino que las entidades deben cumplir con un mínimo de requisitos para brindar servicios con buena calidad que satisfagan a los usuarios, además, define la “Acreditación como un procedimiento sistemático voluntario demostrando el



cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos de prestación de los servicios de salud” (Ministerio de Salud de Colombia, n.d., p. 23). Desde el año 2006 y hasta la fecha el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) está reglamentado por el Decreto 1011 emitido el 6 de abril de ese año, que define la calidad de la atención como: “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios” (Ministerio de salud y de Gobierno de Colombia, n.d.-a, p. 10).

Agregando a lo anterior, la Resolución 1446 de 2006 del Ministerio de Protección Social, que define el sistema de información para la calidad, tiene por objeto estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector ya que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud” (Ministerio de salud y de Gobierno de Colombia, n.d.-b, p. 14).

### **Características de la calidad de la atención en salud**

Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados. Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características: Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia, Continuidad, Suficiencia e Integridad, Racionalidad Lógica y Científica y Satisfacción del usuario y atención humanizada ; siendo esta última la de mayor interés para nuestro estudio, definida en el decreto como tener en cuenta una serie de necesidades de índole cultural, religiosa, estilos de vida que mantengan en alto la dignidad del paciente (Ministerio de salud y de Gobierno de Colombia, n.d.-a).

### **Satisfacción del usuario**

La satisfacción puede definirse como "la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario", esta significa la experiencia subjetiva del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que se tiene con respecto a algo, el seguimiento de la satisfacción en

los usuarios, familiares y proveedores es una tarea permanente y dinámica que aporta datos de cómo estamos y que falta para llegar a complementar las expectativas de unos y de otros, así poder ofrecer servicios de mayor calidad y crear instituciones de excelencia (Massip Pérez et al., n.d.).

La satisfacción debe tener en cuenta como mínimo tres aspectos diferentes: organizativos (tiempo de espera, ambiente, información y otros); atención recibida y su repercusión en el estado de salud de la población; y trato recibido durante el proceso de atención por parte del personal implicado (Massip Pérez et al., n.d.).

La satisfacción de los pacientes es uno de los resultados humanísticos, considerada por *Donabedian* como la aprobación final de la calidad de la atención y refleja la habilidad del proveedor para cumplimentar las necesidades de los pacientes, usuarios. En este sentido, se considera que “los pacientes satisfechos continuarán usando los servicios de salud, mantendrán vínculos específicos con los proveedores, cumplirán con los regímenes de cuidado y cooperarán con el aporte de información indispensable para los agentes de salud” (Massip Pérez et al., n.d.).

El conocimiento de las expectativas de los usuarios constituye el paso más relevante en la prestación de un servicio de calidad. Para suministrar servicios en los cuales el usuario perciba como excelente, es necesario que la organización conozca lo que ellos esperan. “Esa falta de conocimiento puede significar que se invierta tiempo, dinero y otros recursos en acciones que no tienen importancia para los usuarios”. (Llorens Montes & Fuentes Fuentes, 2005)

Este conocimiento puede hacerse más evidente a través de la implantación de indicadores. Distintos componentes de la calidad, pueden ser objeto de control mediante indicadores de proceso: estancia media, tiempo de respuesta, demoras, entre otros (Fernandez, Arce, & Tejedor, 2007).

### **Conceptos básicos en la satisfacción de los usuarios**

Para evaluar la satisfacción del usuario se deben tener en cuenta los siguientes conceptos:

- **Los pacientes:** son quienes reciben el servicio prestado por la institución.
- **Elección del método de medición:** se habla de tres métodos que son: Auto Evaluación, Medidas de Rendimiento, y Medidas de Percepción, la atención será centrada en las medidas de percepción, como parte fundamental del objeto de estudio (Llorens Montes & Fuentes Fuentes, 2005).

- **Selección de los usuarios:** Se pueden recoger datos de todos o sólo de una parte de estos. Es necesario definir: a) Con base en qué criterio se seleccionarán los usuarios a los que se le solicitará su opinión; b) A cuantos usuarios-pacientes se le solicitará su opinión (tamaño de la muestra) (Llorens Montes & Fuentes Fuentes, 2005).
- **Definición del modelo de cuestionario:**  
El instrumento de evaluación o cuestionario es la pieza clave en cualquier sistema de medición de la satisfacción de los usuarios-pacientes. Debe cumplir con unas características necesarias, entre las cuales podemos mencionar: a) fácil de comprender; b) las preguntas deben ser precisas, c) que sea rápido de responder; d) que aporte resultados medibles para quien lo va analizar; e) que sea práctico, y permita determinar los intereses de los usuarios-pacientes (Llorens Montes & Fuentes Fuentes, 2005).
- **Ajuste del método:** Finalizada la medición de satisfacción de los usuarios-pacientes y analizados los resultados conseguidos, se debe proceder a revisar el método utilizado y los ajustes que requiera para mejorar los resultados. Se debe valorar si se logró cumplir los objetivos específicos que se plantearon al diseñar el instrumento de evaluación. La calidad en salud es el resultado de la interacción de múltiples factores los cuales se pueden asociar en dos componentes básicos: componente científico-técnico y componente referido a la calidad percibida, basado en las relaciones interpersonales y al entorno en que se desarrolla la prestación el servicio de salud (accesibilidad, condiciones medio-ambientales, adecuación de instalaciones físicas y equipos, entre otras), los cuales son tangibles y por tanto pueden ser medidos (Llorens Montes & Fuentes Fuentes, 2005).

## **Indicadores de satisfacción en la atención en salud**

Un indicador es un instrumento que se usa para medir aspectos concretos de la calidad asistencial.

En la atención hospitalaria, los indicadores de calidad y eficiencia sirven de base para medir el desempeño de los servicios que brinda o debe brindar el hospital y facilitar las comparaciones en el espacio y en el tiempo. Por tal motivo, la posibilidad del desarrollo de indicadores específicos a nivel local, la necesidad de indicadores de valor general ha sido y es una necesidad cada día más comprendida (Jimenez Paneque, 2004).

Un buen indicador por lo menos deberá cumplir con cuatro características:

- Validez: debe reflejar el aspecto de la calidad para el que se creó o estableció y no otro.
- Confiabilidad: debe brindar el mismo resultado en iguales circunstancias.
- Comprensibilidad: debe comprenderse fácilmente qué aspecto de la calidad pretende reflejar.
- Sencillez: debe ser sencillo de administrar, de aplicar y de explicar (Jimenez Paneque, 2004).

Existen para cada una de estas áreas también ciertos indicadores para evaluar el desempeño en la atención un indicador definido según la OMS como una variable con características de calidad, cantidad y tiempo, utilizada para medir, directa o indirectamente, los cambios en una situación y apreciar el progreso alcanzado en abordarla. Provee también una base para desarrollar planes adecuados para su mejoría (Jimenez Paneque, 2004).

### ➤ Tipos de indicadores

Los indicadores básicos utilizados para evaluar la calidad de atención en salud están relacionados fundamentalmente con la estructura, los procesos y los resultados (tabla 1).

*Tabla 1 Tipos de Indicadores*

Tipo de indicador	Concepto	Aspectos a medir
<b>Indicadores de calidad de la estructura</b>	Tienen en cuenta los recursos materiales (instalaciones, equipos y presupuesto monetario), los recursos humanos (número y calificación del personal) y otros aspectos institucionales o gerenciales (organización del personal médico y métodos para su evaluación).	La accesibilidad geográfica, la estructura física del área hospitalaria, las características y estructura de cada servicio, los recursos humanos (números y calificación), los recursos materiales y las actividades asistenciales, docentes e investigativas
<b>Indicadores de calidad de procesos</b>	Miden el proceso de atención en salud que se defina como el conjunto de acciones que debe realizar el médico sobre el paciente para llegar a un resultado específico que, en general se concibe como la mejoría de la salud quebrantada de este último.	El acceso de los pacientes al hospital, el grado de utilización de los servicios, la habilidad con que los médicos realizan aquellas acciones sobre los usuarios y el autocuidado
<b>Indicadores de calidad basados en los resultados</b>	Indicadores de resultados son consecuencia del proceso y miden el nivel de	En salud mide básicamente la satisfacción del paciente con la atención recibida y la

	<p>éxito alcanzado en el paciente, es decir, si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas durante el proceso de atención.</p>	<p>eficacia, efectividad y eficiencia de las prácticas médicas.</p>
--	---	---

Fuente: Elaboración propia basada en Jimenez Paneque RE. Indicadores de Calidad y Eficiencia de los Servicios Hospitalarios. Una mirada actual. Revista Cubana de Salud Pública. 2004 Mar;30(1):17–36

## Plan de acción

Los planes de acción son documentos debidamente estructurados que forman parte del Planeamiento Estratégica de la Empresa, ya que, por medio de ellos, se busca “materializar” los objetivos estratégicos previamente establecidos, dotándoles de un elemento cuantitativo y verificable a lo largo del proyecto. (Duran Esquivel, 2014).

Dichos planes, en líneas generales, colocan en un espacio definido de tiempo y responsabilidad las tareas específicas para contribuir a alcanzar objetivos superiores. (Duran Esquivel, 2014).

La finalidad del plan de acción, a partir de un marco de correcta planificación, es optimizar la gestión de proyectos, economizando tiempo y esfuerzo, y mejorando el rendimiento, para la consecución de los objetivos planteados. (Martinez pedrós & Milla Gutierrez, 2005).

Como tal, el plan de acción es adaptable a las más diversas áreas de gestión de proyectos: educativa, comunitaria, empresarial, organizacional, administrativa, comercial, de mercadeo o marketing, etc. (Martinez pedrós & Milla Gutierrez, 2005)

## Características de un plan de acción

Todo plan de acción debe contener descritos y especificados los siguientes aspectos:

- **Análisis:** incluye un análisis de la situación y de las necesidades sobre las que se va a intervenir.
- **Objetivos:** define cuáles son las metas específicas que pretende alcanzar.
- **Actividades:** describe las acciones, tareas y estrategias que deben ser ejecutadas.
- **Responsabilidades:** asigna y distribuye tareas y responsabilidades.
- **Recursos:** determina los recursos que serán necesarios para su implementación, así como su distribución.
- **Plazos:** tiene una duración definida, es decir, un comienzo y un término.

- **Indicadores:** determina los indicadores de gestión que se usarán para el seguimiento y evaluación del proceso, así como para la toma de decisiones.
- **Ajustes:** debido a que es un trabajo que está en constante desarrollo y evolución, sobre la marcha del proceso se introducirán los cambios o correcciones que fuesen necesarios. (Martínez Pedrós & Milla Gutiérrez, 2005).

## **Componentes del plan de acción**

El plan de acción debe incluir los siguientes aspectos:

- **Objetivos**

Un objetivo consiste en un deseo de lo que se quiere lograr. Este propósito debe ser expresado en forma clara y concisa. Todo objetivo debe responder la pregunta: ¿para qué?. Los objetivos deben ser: Precisos, Adecuados en el tiempo, Flexibles, Motivadores, Participativos, Factibles, Convenientes, Obligatorios. (Gutiérrez, 2008)

- **Metas**

La principal característica de una meta es que debe explicar claramente: ¿qué se quiere?, ¿cuánto se quiere? y ¿para cuándo se quiere? La fijación de metas hace posible la medición de los resultados y la evaluación del grado de cumplimiento y eficiencia logrados por el responsable. En otras palabras, la meta es la cuantificación del objetivo específico ubicado en el tiempo y lugar. Las metas deben ser: Realistas, Precisas, Periódicas, Medibles, Coherentes. (Gutiérrez, 2008)

- **Indicadores**

Son parámetros de medida por medio de los cuales se determina el logro de la meta y por consiguiente el cumplimiento de los objetivos específicos. Los indicadores tienen que ser medibles en cantidad y tiempo. (Gutiérrez, 2008)

- **Actividades**

Las actividades son todas aquellas tareas o eventos destinados al cumplimiento de las metas previstas. Señalan los pasos lógicos o el camino que se debe seguir para contribuir al logro de las metas. (Gutiérrez, 2008)

- **Responsable**

Se debe señalar quién concretamente es responsable de realizar la actividad. Los responsables han de tener la capacidad de realizar la actividad planteada. (Gutierrez, 2008)

## ANTECEDENTES

Este estudio de caso, como muchos otros, no pretende establecer una nueva base teórica, sino que se apoya en una serie de conceptos abiertamente aceptados, a partir de los cuales se intenta alcanzar los objetivos propuestos. Para esto, a continuación se describen algunas de las investigaciones consultadas sobre la evaluación de la satisfacción como guía para el desarrollo del presente trabajo (tabla 2).

Tabla 2 Antecedentes

Estudio	Autores	Objetivo	Metodología	Resultados
Análisis de satisfacción del paciente quirúrgico en oftalmología – Andalucía, 2010. (Minchón et al., 2011)	Minchón Hernando, A., Díaz Jiménez, M., Cutilla Muñoz, MA., De Porras Carrasco, R., Domínguez García, G., Vázquez de la Rosa, MP	Mostrar la percepción y valoración sobre satisfacción de los pacientes con patología quirúrgica oftalmológica intervenida en Andalucía. También busca identificar puntos débiles en la atención y establecer estrategias de mejora organizativa a partir de los resultados obtenidos.	Este fue un estudio descriptivo, retrospectivo y trasversal. Elaboraron y aplicaron una encuesta con 18 preguntas. La encuesta fue dirigida a pacientes con patología quirúrgica oftalmológica o familiares de los mismos intervenidos de Cirugía Programada con Ingreso, Cirugía Mayor Ambulatoria o cirugía menor ambulatoria en los quirófanos de los Hospitales “Juan Ramón Díaz” y “Vázquez Jiménez” de Huelva durante el año 2010, en edades entre 70,76 ± 8,9 años	Se observa un 59,37% de hombres frente a un 31,26% de mujeres con un tiempo medio de espera quirúrgica de 2,2 meses. Como principal resultado este estudio mostro la necesidad de poner en marcha estrategias dirigidas a la mejora de la comunicación con los pacientes-familiares y las enfermeras. Se apreciaron altos niveles de satisfacción en los ítems correspondiente a la actitud o disposición de los facultativos y enfermeras así como en la confianza depositada en ellos por los propios usuarios, equiparables a resultados obtenidos sobre “calidez de la atención” de estudios consultados
Validación de contenido de un cuestionario de Satisfacción usuaria con la atención abierta en un policlínico ambulatorio de otorrinolaringología – Chile, 2014. (Cardemil, Muñoz, Galindo, & Rahal, 2014)	Felipe Cardemil, Daniel Muñoz, Álvaro Galindo, Maritza Rahal	Realizar validación de contenido de un cuestionario que permita analizar la opinión de un grupo de pacientes consultantes a un policlínico de otorrinolaringología a respecto al proceso de atención médica	Estudio de corte trasversal. Se validó un instrumento mediante el método de Lawshe. La versión final del cuestionario estuvo compuesta por 7 reactivos. Atención médica, higiene en la atención, atención de paramédicos y personal no médico, atención de personal profesional no medico (enfermería y	Se validaron 25 preguntas que conformaron el cuestionario final (tablas 3-6), con una razón de validez de contenido de 0,75 o más. Fueron encuestados 120 pacientes entre 30 y 60 años, correspondientes a 83 mujeres (69,1%). Del total, 75 pacientes (62,5%) acudían por primera vez a consulta,

			fonoaudiología), resolución de problemas, tiempos de espera y administrativo para un total con 25 preguntas de un inicial de 83 seleccionadas mediante el método lawshe	y 36 pacientes (30%) habían sido operados. Más del 94% de las pacientes refirió que el médico les explicó claramente su diagnóstico y dio con claridad las indicaciones para tratar su enfermedad. El 90,8% refirió que le parecía adecuada la presencia de estudiantes, internos o becados en el box. El 95,8% de los pacientes refirió sentirse satisfecho con la atención recibida
Evaluación de la calidad de la atención médica en la línea Preoperatoria del Centro Oftalmológico Lara. Habana - Cuba, 2006. (Moreira Ríos, Fariñas, & Ricardo Suarez, 2011)	Isabel Moreira Ríos, Ana Teresa Fariñas, Fidel Saúl Ricardo Suárez	Comprobar que lo establecido se cumpla y se apliquen los procedimientos planificados, con el uso adecuado de los recursos y el aumento de la eficiencia y la eficacia de las acciones de salud.	Investigación evaluativa de tipo practica en la cual se tomó como población a todos los pacientes que asistieron al servicio de oftalmología del 2006, de los cuales la muestra final fue conformada por 177 pacientes seleccionados a través de muestreo no aleatorio dos de cada tres pacientes que se atendieron en la línea en el período de una semana a los cuales se les aplicó una encuesta de satisfacción sobre la percepción de calidad de la atención médica.	Se identificaron problemas de cobertura, no disponibilidad adecuada de consultas, ausencia de lentes, y la no disponibilidad de camilla en la consulta de medicina, la falta de materiales de oficina y material de apoyo limitó la rapidez de la actividad. El laboratorio clínico era pequeño, no contaba con las áreas requeridas, y el área de procesamiento de muestra no tenía protección contra vertimiento. (Tabla 7) La dimensión <i>proceso</i> fue evaluada de no satisfactoria, al existir siete (33,3 %) criterios con resultados no satisfactorios, por lo que no se alcanzó el estándar del 100 % de los criterios esenciales satisfactorios, como se estableció. (Tabla 8)



<p>Validación de un Instrumento para Medir Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales de Colombia. Medellín, 2008. (Cabrera Arana, Londoño Pimienta, &amp; Bello Parías León, 2008)</p>	<p>Gustavo A. Cabrera-Arana, Jaime L. Londoño-Pimienta y León D. Bello-Parías</p>	<p>Este estudio, tiene como objetivo, Validar un instrumento para medir calidad percibida por usuarios de hospitales del Programa de reestructuración, rediseño y modernización de redes prestadoras de servicios de salud del Ministerio de la Protección Social de Colombia.</p>	<p>El primer paso fue, consistió en recopilar definiciones de calidad en servicios de salud las cuales fueron discutidas por expertos dando como resultado un compendio conceptual compatible con la definición técnica de la calidad de los servicios de salud del Ministerio de Protección Social. El segundo paso permitió identificar en la literatura una estructura general de indicadores, dominios o factores propios a la percepción de la calidad de los servicios de salud. Se identificaron indicadores de accesibilidad, efectividad, oportunidad, continuidad y de adhesión. En tercer paso se generó una lista de 80 aspectos referidos a la calidad percibida que luego se resumieron en 40 preguntas la cuales fueron validadas por expertos. Luego de esto, el instrumento llamado PECASUSS (Percepción de Calidad según Usuarios del Servicio de Salud) se sometió a pruebas en tres hospitales del área metropolitana de Medellín de primer y segundo nivel de atención.</p>	<p>De este estudio se generaron como producto tres componentes estructurales: la página de instrucciones, la página de respuestas y el instructivo, general de aplicación. La página de instrucciones, consta de veintinueve reactivos, de los cuales diez son de identificación de la institución y del usuario y diecinueve específicos para la valoración por parte del informante de los indicadores (factores de calidad percibida, que el proceso de validación señaló como pertinentes). En la hoja de respuestas, se encuentran cinco opciones para cada reactivo, esta tiene la particularidad de servir como una página resumen del levantamiento de datos por ofrecer en cada página la capacidad de registro de respuestas de siete usuarios, facilitando su rápida visualización, su transcripción a bases electrónicas y su custodia como archivo físico.</p>
---	---	--	--	---

Fuente: Elaboración propia

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Diseñar un plan de acción para la evaluación de la satisfacción del usuario en cuanto a la calidad del proceso de atención en el área de cirugía de la Fundación Oftalmológica Nacional

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar el sistema de evaluación de la satisfacción del usuario en cuanto a la calidad del proceso de atención en el área de cirugía de la Fundación Oftalmológica Nacional.
- Establecer los componentes del plan de acción, para el sistema de evaluación de la satisfacción del usuario en cuanto a la calidad del proceso de atención en el área de cirugía.
- Plantear sugerencias y recomendaciones a la experiencia

## **4. DISEÑO METODOLÓGICO**

En este capítulo se presenta la metodología que permitirá desarrollar el presente trabajo dando respuesta a la pregunta de investigación. Se muestran aspectos como el tipo de investigación y las técnicas y procedimientos que fueron utilizados para llevar a cabo dicho estudio.

### **4.1 ENFOQUE Y TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio tiene un enfoque cualitativo ya que pretende describir, comprender e interpretar la situación que vive la Fundación Oftalmológica Nacional en cuanto a su sistema de evaluación de la satisfacción del usuario en el área de cirugía y que además utiliza las percepciones de los colaboradores de la misma, tanto para la descripción actual como para la posible solución. Con base en lo anterior se encontraría en concordancia con el concepto emitido por Hernández Sampieri de enfoque cualitativo (Hernández Sampieri, Fernández Callado, & Baptista, 2010).

Este estudio también es de tipo descriptivo, ya que la información fue recolectada sin cambiar el entorno. Los datos descriptivos muestran una variada gama de conceptos del objeto de estudio, en este caso a través de un taller en el que se identificaron los aspectos positivos y negativos del sistema de evaluación de la satisfacción del usuario en cuanto a la atención en el área de cirugía.

### **4.2 DISEÑO METODOLÓGICO**

El marco referencial que sustenta el presente estudio, es fruto del análisis y revisión de literatura con conceptos como calidad y satisfacción a nivel general y a su vez en la prestación de servicios de salud. También se tuvo en cuenta la normatividad que es vigente en la actualidad y regula la calidad de la prestación de servicios de salud en Colombia. Por último se realizó la búsqueda de artículos relacionados con el tema, usando bases de datos como Scielo y Océano Administración con palabras clave como satisfacción, calidad, usuarios y oftalmología.

#### **Herramientas utilizadas**

La herramienta para el desarrollo de la caracterización fue una matriz (anexo 1), la cual se realizó a partir de una revisión de los documentos organizacionales de la Fundación Oftalmológica Nacional, como el manual de cargos, el instructivo de medición de la satisfacción, registro de opiniones y sugerencias y registro de encuestas de satisfacción. Con esta se buscaba determinar la presencia o

ausencia de atributos de un adecuado sistema de evaluación de la calidad y describir los existentes.

También se realizó un taller con el personal de la Fundación Oftalmológica Nacional que está directamente involucrado con la evaluación de la satisfacción de los usuarios (anexo 2), específicamente con el jefe de atención al usuario, 3 auxiliares de enfermería de cirugía, el defensor del usuario y el coordinador de salas de cirugía, quienes definieron inicialmente las fortalezas del sistema de evaluación de la satisfacción del usuario y luego determinaron las falencias del proceso actual. Esta información se utilizó para complementar la caracterización. Posteriormente se hizo una priorización de los aspectos evaluados mediante una matriz de priorización con un diagrama de Pareto. Esta es una herramienta que enumera las categorías seleccionadas en orden descendente el cual puede ser utilizado por un equipo de trabajo para analizar causas, estudiar resultados y planear una mejora continua (Verdoy, Mahiques, Sagasta Pellicer, & Sirvent Prades, 2006). Una vez encontrados los aspectos a intervenir se procedió a plantear estrategias que servirían para el desarrollo del plan de acción en el cual se definen, actividades, los responsables de estas, los plazos y los indicadores para la evaluación del cumplimiento de las actividades.

## **Población**

El universo de estudio estuvo constituido por seis colaboradores de la Fundación Oftalmológica nacional quienes participan en el proceso de evaluación de la satisfacción del usuario y aceptaron voluntariamente participar en el estudio. Se excluye a los colaboradores que no tienen inferencia en el proceso.

## **Variables**

Las variables determinadas por el grupo investigador son de tipo cualitativo dependiente ya que pretenden explicar la ausencia o presencia de una característica del sistema de evaluación de la satisfacción del usuario. Se enumeran a continuación:

- Existe un registro de formas de evaluación de la satisfacción, antes del actual sistema.
- El sistema de evaluación tiene objetivos definidos.
- Existe un proceso documentado (escrito, divulgado, actualizado y mejorado).
- Existen responsables de los procesos.

- Están definidas las funciones de los actores.
- Están definidas las interacciones del sistema.
- Están definidos los instrumentos de evaluación y mantenimiento del sistema.
- Están determinados los tiempos para aplicar los instrumentos.
- Existe evidencia del conocimiento de las personas que manejan el proceso sobre el funcionamiento del sistema.
- Existe retroalimentación de los resultados obtenidos en las evaluaciones de satisfacción.

## 5. ANÁLISIS Y RESULTADOS

### 5.1 CARACTERIZACIÓN

Dando cumplimiento a los objetivos planteados, se realiza la caracterización del sistema de evaluación de la satisfacción del usuario, para tal fin se realiza un análisis de la documentación facilitada por la misma y por otra parte de la información brindada por el personal que allí labora. Obteniendo como antecedentes al actual sistema, una evaluación mediante encuestas de satisfacción, buzón de quejas y sugerencias; sin embargo no se encontró un documento que sustentara y describiese el proceso y las funciones de los involucrados.

Para el actual proceso se encuentra un documento que no se actualiza desde el 2013, referenciado con el código GM PRD 003 INS 009 - Instructivo de medición de la satisfacción, en este se encuentra estipulado como líder del proceso al coordinador de atención al cliente. Actualmente, quien lidera este proceso es el defensor del usuario cuyas funciones son la designación de sus colaboradores, recopilación de la información, el análisis de la información y la presentación de resultados a los jefes de área, el presente manual no tiene descritos los objetivos del proceso y es general para toda la institución, no se encuentra un modelo específico para el área de cirugía. En el manual de cargos del personal, se describen los deberes del defensor del usuario, entre los que se encuentran liderar el proceso de medición de la satisfacción del usuario definiendo el instrumento, la frecuencia de aplicación, tabulación del mismo, generación de indicadores, realizar reportes, sacar conclusiones, dar a conocer la información a los jefes de cada área y junto con ellos generar planes de mejora.

El proceso cuenta con tres instrumentos para la recolección de información

- Encuesta de satisfacción del usuario con el código SC PRD 001 F 002: se aplica en las salas de espera de cada uno de los pisos a una muestra indeterminada de pacientes sin ningún método estadístico que establezca una muestra representativa de la población a estudio, no existe un método específico para el área de cirugía, no se encuentra quien es el encargado de la aplicación de la encuesta, dado que no está descrito dentro del documento GM PRD 003 INS 009, ni en el manual de cargos, solo se sabe que está designado por el coordinador del proceso.
- Formato de opiniones y sugerencias con el código SC PRD 001 F 005: la ejecución de este método está dada por la solicitud del formato por parte

del usuario, el diligenciamiento del mismo y posteriormente se deposita en el respectivo buzón de cada piso

- Llamadas de seguimiento postoperatorio no tiene un código: están son realizadas por una auxiliar de enfermería al primer y tercer día posoperatorio, la registran en la historia clínica pero la información de allí obtenida no entra en el análisis del sistema de evaluación de la satisfacción.

Posterior a la aplicación del instrumento, el análisis y las conclusiones, una vez por trimestre se lleva a cabo una reunión entre el encargado de la defensoría del usuario y lo jefes de área; se designa como el comité de mejoramiento en cual se analizan los resultados de la medición de la satisfacción y se toman los correctivos mediante planes de mejora.

Una vez realizada la caracterización se encuentran aspectos críticos del funcionamiento y la estructura del sistema de evaluación de la satisfacción del usuario del área de cirugía de la fundación oftalmológica nacional.

- No están definidos los objetivos del sistema
- No existe un proceso específico para el área de cirugía
- Hay incongruencias entre quien es el líder del proceso
- No se encuentran definidas las funciones de los colaboradores en el respectivo manual, en lo relacionado a la evaluación de la satisfacción del usuario.
- No se utilizan herramientas estadísticas adecuadas para establecer un muestreo idóneo en la aplicación de las encuestas.
- Se está subutilizando la capacidad de generación de información de las llamadas de control.
- A pesar de que se realiza un análisis para generar planes de mejoramiento, no existe documentación de los mismos, ni documentos que ratifiquen la retroalimentación al personal asistencial, lo que podría dar un carácter de infructuoso al esfuerzo de la evaluación de la satisfacción del usuario.
- No se encuentran programas en la planeación estratégica que pretendan el mejoramiento del sistema de evaluación de la satisfacción del usuario, y como reflejo de esto el documento GM PRD 003 INS 009 está desactualizado. Además su visión está proyectada al 2011, lo que evidencia la desactualización en toda la proyección organizacional.

## 5.2 TALLER

El análisis de la información del presente estudio, obtenida del taller aplicado a los colaboradores de la Fundación Oftalmológica Nacional que participan en el proceso de evaluación de la satisfacción de los usuarios, se realizó mediante la interacción entre la recolección y la interpretación de la misma, lo cual según Hernandez Sampieri, permite mayor flexibilidad en la interpretación de los datos y adaptabilidad cuando se elaboran las conclusiones.

En primera medida, en el taller, los participantes definieron como fortalezas el sistema de evaluación de la satisfacción de los usuarios la continuidad del proceso, la interacción que se tiene con el usuario en el momento de aplicar los instrumentos ya que en todos los casos está acompañado de un funcionario y que al parecer localiza el área en la que se encuentra la falla.

En cuanto a las falencias, se definieron los siguientes aspectos que son cruciales en el sistema de evaluación de la satisfacción y coinciden con la caracterización hecha anteriormente:

- Falta de revisión periódica y actualización de la documentación que sustente el proceso.
- No hay un instrumento específico para el área de cirugía siendo esta una de las principales fallas, ya que ésta es un área crítica de la institución y representa la mayor parte de sus ingresos.
- No se evalúa a todos los pacientes atendidos.
- No se tiene en cuenta al acompañante, el cual se debería considerar también como usuario.
- No hay formas especializadas de evaluación para los pacientes con discapacidad visual.
- Los pacientes contestan las encuestas, siendo estas diligenciadas por el funcionario, lo que podría generar un sesgo en las respuestas.
- Hace falta divulgación del proceso, ya que las enfermeras de cirugía participantes del taller dijeron no conocerlo.
- No se hace retroalimentación de los resultados al personal asistencial.
- No se le da un adecuado manejo a las llamadas de seguimiento postoperatorio que se incluyen como instrumento de medición de la satisfacción. Las



respuestas que dan los pacientes se escriben en la historia clínica digital en un formato de nota de enfermería y no se hace el análisis de esas respuestas.

Después de la definición de las falencias se procedió a una priorización mediante un diagrama de Pareto, lo cual permitió identificar los aspectos más importantes a intervenir basándose en datos y hechos objetivos y no en ideas subjetivas. Esto dio como resultado que los aspectos a intervenir eran la falta de revisión y actualización de los documentos que sustentan el proceso de evaluación de la satisfacción, la falta de un instrumento de evaluación para el área de cirugía, la falta de difusión del sistema de evaluación existente y la retroalimentación de los resultados.

Seguido de esto, los participantes dando respuesta a lo anterior, sugirieron estrategias para solucionar las fallas priorizadas y coincidieron que los responsables de éstas son la defensoría del usuario en conjunto con la coordinación de servicios quirúrgicos. Las estrategias planteadas fueron las siguientes:

- Actualizar la documentación definiendo adecuadamente el proceso de evaluación de la satisfacción, los responsables y la periodicidad del mismo y definiendo como prioritario el inicio de dicha estrategia.
- Desarrollar un instrumento de evaluación de la satisfacción para el área de cirugía, identificando los aspectos a evaluar según las necesidades y expectativas de los usuarios.
- Aplicar el instrumento después de la atención en cirugía, en el área de egresos de pacientes, lo que permitiría incluir al acompañante en la evaluación de la satisfacción.
- Aplicarlo a todos los pacientes atendidos en el área de cirugía.
- Incluir en el folleto de recomendaciones, la importancia de la evaluación de la satisfacción.
- Implementar una encuesta electrónica para los pacientes que por algún motivo, no se les pueda aplicar la encuesta en el momento del alta.

La información anterior se utilizó como insumo para el desarrollo del plan de acción para la evaluación de la satisfacción del usuario en cuanto a la atención en el área de cirugía y está relacionada con la filosofía organizacional de la Fundación Oftalmológica Nacional que según su visión pretende obtener la acreditación de alta calidad, es indispensable contar con un proceso óptimo de evaluación de la satisfacción del usuario. En dicha planeación estratégica también se citan los valores entre los que se resaltan valores como el servicio y lo define como la disposición permanente para entender, atender y solucionar las necesidades de la comunidad a la que servimos. Para dar cumplimiento a lo

anterior, es necesario, conocer la percepción de la satisfacción del usuario, lo que deriva en la necesidad de tener un adecuado proceso de evaluación de satisfacción en cada una de las áreas. Otro de los valores contemplados es la excelencia que la definen como las acciones regidas por la sabiduría y las mejores alternativas de medicina basada en la evidencia con una cultura de mejoramiento continuo para generar la confianza absoluta en las personas a las que se les presta el servicio. Como consecuencia, para tener una mejora continua de deben conocer las debilidades y fortalezas lo que implica tener un proceso de evaluación de la satisfacción para posteriormente tomar las medidas correctivas.

El siguiente plan de acción pretende estructurar un proceso idóneo

## 6. PLAN DE ACCIÓN

QUÉ		CÓMO		QUIÉN	CUANDO		
Estrategia	Objetivo	Meta	Actividades	Descripción	Responsable	Tiempos	Indicadores
Estrategia 1- Actualizar la documentación existente que sustenta el proceso de medición de la satisfacción del usuario en cuanto a la atención en el área de cirugía.	Contar con un documento idóneo y actualizado que soporte el sistema de medición de la satisfacción	100% de la documentación	Revisión y análisis de la documentación existente	Consultar el manual de gestión de calidad institucional, donde se encuentran todos los procesos organizacionales para su posterior análisis	Defensor del usuario	1 a 31 de Julio de 2016 (sujeto a cambios)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de documentos actualizados</li> <li>• Porcentaje de aprobación de la evaluación de los documentos socializados</li> </ul>
			Ajustes de las fallas evidenciadas y novedades a la documentación	Desarrollar el documento en el que incluya los ajustes y las novedades pertinentes.	Defensor del usuario	1 a 30 de septiembre de 2016 (sujeto a cambios)	

				El documento debe incluir las funciones de cada uno de los actores del proceso; debe describir los pasos, momentos e instrumentos del proceso y definir la periodicidad de la revisión			
	Aprobación del documento	del	comité de gerencia para su aprobación	Comité de Gerencia	de	Comité de Gerencia del mes de Octubre de 2016 (sujeto a cambios)	
	Socialización de la documentación		Mediante una reunión se realiza la socialización a los involucrados en el proceso, dejando un acta como soporte	Talento Humano y Jefes de Área		Plazo de un mes posterior a la aprobación	

<b>Estrategia 2- Desarrollar un instrumento idóneo para la medición de la satisfacción del usuario en el área de cirugía</b>	Implementar un instrumento idóneo para la medición de la satisfacción del usuario en el área de cirugía	A enero de 2017, existe, es aprobado y aplicado un nuevo instrumento de medición para el área de cirugía.	Definir los aspectos a evaluar	mediante un análisis de necesidades y expectativas de los usuarios establecer los aspectos más relevantes a evaluar	Defensor del usuario y Jefe de Servicios Quirúrgicos	1 al 31 de Diciembre de 2016 ( sujeto a cambios)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de usuarios evaluados</li> </ul>
			Construir un cuestionario según los aspectos determinados	Con los requerimientos definidos, establecer la pertinencia de las preguntas y seleccionarlas en un formato físico	Defensor del usuario y Jefe de Servicios Quirúrgicos	Primera semana de Enero de 2017	
			Aprobación del instrumento	Se presenta al Comité de Gerencia para su aprobación	Comité de Gerencia	Comité de Gerencia del mes de Enero de 2017	
			Socialización del instrumento	Presentación del instrumento a todo el personal de cirugía	Talento Humano y Jefe de Servicios Quirúrgicos	1 al 28 de Febrero de 2017	

			Implementación del instrumento	<p>Definir los colaboradores encargados y sus funciones para la aplicación del instrumento. Nota: deben quedar consignadas en el manual de cargos.</p> <p>Dicho instrumento se aplicará a todos los pacientes después de la atención en cirugía en el área de egresos en compañía de su familiar. Dentro del proceso diseñado y socializado es importante que la aplicación del instrumento sea sistemática y que los resultados se lleven para la toma de decisiones.</p>	Defensor del usuario, Auxiliar de enfermería designada en el área de egresos de cirugía y el usuario	A partir del 1 de Marzo de 2016	
--	--	--	--------------------------------	--	--	---------------------------------	--

Estrategia 3- Análisis y seguimiento del proceso y de la información obtenida del mismo.	Obtener una información veraz del desempeño del proceso y del panorama percibido por el usuario.	Seguimiento, monitoreo del proceso y los resultados del 100% de la información	Análisis de la información arrojada por el instrumento	priorizar las y dificultades encontradas por el usuario	Defensor del usuario y Jefe de Servicios Quirúrgicos	Permanente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de encuestas diligenciadas insatisfactoriam ente</li> <li>• Porcentaje colaboradores retroalimentado s</li> </ul>
			Análisis, monitoreo y control de la ejecución del proceso	Realizar un auditoria interna del proceso	Defensor del usuario		

Estrategia 4. Retroalimentación de los resultados obtenidos mediante el instrumento y mejora continua	Generar impacto en los colaboradores en el área de cirugía	mejora continua de la calidad en la atención del usuario y en el proceso interno	Presentación de los resultados en el comité de gerencia	En el comité mensual se exponen y analizan los resultados, y posteriormente se definen acciones de mejora	Defensor del usuario, comité de gerencia	Mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje de usuarios satisfechos</li> </ul>
			Generar acciones de mejora				
			Retroalimentación al personal asistencial	En una reunión con el personal asistencial se comunican los aspectos positivos, negativos y las acciones de mejora	Jefe de Servicios Quirúrgicos y defensor del usuario		



## 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La satisfacción de los pacientes es uno de los resultados humanísticos, considerada por Donabedian como la aprobación final de la calidad de la atención y refleja la habilidad del proveedor o de los prestadores de servicios para cumplir las necesidades de los pacientes o usuarios. En este sentido, se considera que “los pacientes satisfechos continuarán usando los servicios de salud, mantendrán vínculos específicos con los proveedores, cumplirán con los regímenes de cuidado y cooperarán con el aporte de información indispensable para obtener acciones de mejora en los diferentes procesos y servicios que se prestan, de acuerdo a lo anterior la Fundación oftalmológica Nacional no cuenta con un modelo de evaluación adecuado para la obtención de la información acerca de la percepción de la satisfacción en su proceso de atención en el área de cirugía lo que no permite contar con una mejora continua en busca de la calidad en la atención.

La realización de la caracterización del actual sistema, permitió identificar los aspectos críticos del funcionamiento y la estructura del sistema de evaluación de la satisfacción del usuario del área de cirugía de la fundación oftalmológica nacional. En consecuencia se evidenció que no existe un proceso actualizado y específico de evaluación para la medición de satisfacción del usuario para el área de cirugía, No se encuentran definidos los objetivos y las funciones de los colaboradores en el respectivo manual, en lo relacionado a la evaluación de la satisfacción del usuario. No se utilizan herramientas estadísticas adecuadas para la aplicación del instrumento. No existe documentación que sustente la retroalimentación al personal asistencial, lo que podría dar un carácter de inadecuado al proceso de la evaluación de la satisfacción del usuario.

Según Duran Esquivel Los planes de acción son documentos debidamente estructurados que forman parte del Planeamiento Estratégico de la Empresa, ya que, por medio de ellos, se busca materializar los objetivos estratégicos previamente establecidos, dotándoles de un elemento cuantitativo y verificable a lo largo del proyecto. Dichos planes, en líneas generales, colocan en un espacio definido de tiempo y responsabilidad las tareas específicas para contribuir a alcanzar objetivos superiores. Relacionado a lo anterior, el plan de acción desarrollado para la evaluación de la satisfacción del usuario, se generó a partir de un marco de correcta planificación especificando los siguientes aspectos: análisis, estrategias, objetivos, metas, actividades, definiendo los tiempos para realizarlas, los responsables de las mismas y los indicadores que evalúen el desempeño de las estrategias.

De acuerdo al análisis realizado por el grupo investigador, es necesario plantear estrategias, determinadas por las fallas evidenciadas actualmente en la institución y así mismo implementar acciones de mejora continua que permitan brindar una mayor calidad en la atención de los usuarios en el área de cirugía. Se recomienda actualizar la documentación que describa detalladamente el proceso de medición de la satisfacción del usuario en cuanto a la atención en el área de cirugía, generar un instrumento idóneo para la medición de la satisfacción del usuario y generar espacios para la retroalimentación.

Cuando se presentan situaciones del sector salud que ameritan investigación y el evento está enmarcado en un problemática específica no generalizable, e influenciado por conceptos particulares y subjetivos, no fácilmente medibles e interpretables con datos estadísticos; sería recomendable contemplar a la investigación cualitativa para abordar el problema debido a que sus atributos en la descripción, profundización e interacción con el objeto de estudio, permiten una mirada más amplia a la hora de generar estrategias para la resolución del problema. Este fue un estudio cualitativo en el que se desarrolló un taller donde se obtuvieron las fortalezas y debilidades del actual sistema de medición manejado por la organización en búsqueda de la creación de un plan de acción para la adecuada medición de la percepción de la satisfacción de los usuarios que son atendidos en el servicio de cirugía de la Fundación Oftalmológica Nacional, También busca Identificar puntos débiles en la atención y establecer estrategias de mejora organizativa a partir de los resultados obtenidos.

Los planes de acción son documentos debidamente estructurados que forman parte del Planeamiento Estratégica de la Empresa. En la Fundación Oftalmológica Nacional, no se encontraron lineamientos entre planeación estratégica y planes de acción en cuanto a evaluación de la satisfacción. Se recomienda generar planes estratégicos enfocados a la satisfacción de los usuarios, a la satisfacción de este y al mejoramiento continuo.

Nuestro estudio de caso puede servir para el inicio de una investigación más exhaustiva del análisis y plan de acción para la evaluación de la satisfacción del usuario en cuanto a calidad del proceso de atención en el área de cirugía en la fundación oftalmológica nacional y extenderlo a otras áreas dentro de la misma institución.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- Atisha Castillo, D., & Garcia Diaz, M. (1994). *El Lenguaje de la Calidad Total*. Editorial Universitaria Potosina. Retrieved from [https://books.google.com.co/books?id=g1xU8GNOf4C&pg=PA28&dq=crosby+calidad&hl=es-419&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=crosby%20calidad&f=false](https://books.google.com.co/books?id=g1xU8GNOf4C&pg=PA28&dq=crosby+calidad&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=crosby%20calidad&f=false)
- Cabrera Arana, G. A., Londoño Pimienta, J. L., & Bello Parías León. (2008). Validación de un Instrumento para Medir Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales de Colombia. *Revista de Salud Pública*, 10(3). Retrieved from [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642008000300009](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000300009)
- Cardemil, F., Muñoz, D., Galindo, A., & Rahal, M. (2014). Validación de contenido de un cuestionario de satisfacción usuaria con la atención abierta en un policlínico ambulatorio de otorrinolaringología. *Revista de Otorrinolaringología Y Cirugía de Cabeza Y Cuello*, 74(3). Retrieved from [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48162014000300002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162014000300002)
- Constitución Política de Colombia. Retrieved from <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>
- Donabedian, A. (1992). Quality assurance in health care: consumers' role. *The Lichfield Lecture*, 1(4), 247–251. <http://doi.org/10.1136/qshc.1.4.247>
- Donabedian, A. (2001). Evaluación de la calidad de la atención médica. *Calidad Asistencial*, 16. Retrieved from <http://www.fadq.org/Portals/0/Investigacion/Monografico%20Avedis%201parte.pdf>
- Donabedian, A. (2012). *Calidad de la Atención en Salud en México a través de sus Instituciones* (Vol. 3). México D.F. Retrieved from [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial\\_01A.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_01A.pdf)
- Duran Esquivel, G. (2014, June 14). Plan de Acción para la Ejecución de Metas y Tareas. Retrieved from <http://www.gestiopolis.com/plan-accion-ejecucion-metas-tareas/#autores>

- Edwards, D. (1989). *Calidad, Productividad y Competitividad: La Salida de la Crisis* (3rd ed.). Madrid, España: Díaz de Santos S.A. Retrieved from [https://books.google.com.co/books?id=d9WL4BMVHi8C&pg=PR5&hl=es&source=gbs\\_selected\\_pages&cad=3#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.co/books?id=d9WL4BMVHi8C&pg=PR5&hl=es&source=gbs_selected_pages&cad=3#v=onepage&q&f=false)
- Fernandez, J., Arce, F., & Tejedor, M. (2007). *Gestión de la Actividad Médica*. Madrid, España: Mc. Graw Hill.
- Gutierrez, V. (2008, October 8). Plan de Acción. Retrieved from <https://es.scribd.com/doc/6490905/Plan-de-Accion>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Callado, C., & Baptista, L. (2010). *Metodología de la investigación* (5th ed.). México D.F.: Mc. Graw Hill.
- Jimenez Boulanger, F., & Espinoza Gutierrez, C. L. (2006). *Costos Industriales* (1st ed.). Costa Rica: Editorial Tecnológica de Costa Rica. Retrieved from [https://books.google.com.co/books?id=jRdhIWgPe60C&pg=PA376&dq=crosby+calidad&hl=es-419&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=crosby%20calidad&f=false](https://books.google.com.co/books?id=jRdhIWgPe60C&pg=PA376&dq=crosby+calidad&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=crosby%20calidad&f=false)
- Jimenez Paneque, R. E. (2004, March). Indicadores de Calidad y Eficiencia de los Servicios Hospitalarios. Una mirada actual. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(1), 17–36.
- Juram, J. (2009, February 6). La Calidad como Filosofía de Gestión. Retrieved from <http://www.pablogiugni.com.ar/httpwwwpablogiugnicomarp95/>
- Kerguelén Botero, C. A. (2008). *Calidad en Salud en Colombia* (Vol. 1). Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- Laverde Sanchez, M., Garcia Loaiza, A., Linares Beltran, D., López López, A., Rincón Hernandez, P., & Valencia Rodriguez, N. (2013). La Calidad de la Salud en Colombia. *Reviasta de Gestión Salud Y Trabajo, Estar Bien*, 6. Retrieved from <https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=16&cad=rja&uact=8&ved=0CEcQFjAFOApqFQoTCJj-nq->

I8MgCFYhXJgod7GEKZw&url=http%3A%2F%2Frevistas.utadeo.edu.co%2Findex.php%2FEMB%2Farticle%2Fdownload%2F779%2F788&usg=AFQjC  
Llorens Montes, F., & Fuentes Fuentes, M. (2005). *Gestión de la Calidad empresarial* (1st ed., Vol. 3). España: Ediciones Pirámide.

Martinez pedrós, D., & Milla Gutierrez, A. (2005). *Elaboración del plan estratégico y su implantación a través del cuadro de mando integral*. España: Ediciones Días de Santos. Retrieved from [https://books.google.com.co/books?id=qGUOpeifd\\_UC&pg=PA184&dq=Plan+de+acci%C3%B3n+concepto&hl=es-419&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Plan%20de%20acci%C3%B3n%20concepto&f=false](https://books.google.com.co/books?id=qGUOpeifd_UC&pg=PA184&dq=Plan+de+acci%C3%B3n+concepto&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Plan%20de%20acci%C3%B3n%20concepto&f=false)

Massip Pérez, C., Ortiz Reyes, R. M., Llantá Abreu, M., Peña Fortes, M., & Infante Ochoa, I. (n.d.). *La Evaluación de la Satisfacción en Salud: Un Reto a la Calidad*. Retrieved from [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34\\_4\\_08/spu13408.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu13408.htm)

Minchón, H. A., Díaz Jimenez, M., Cutilla Muñoz, M., De porras Carrasco, R., Dominguez Garcia, E., & Vasquez de la Rosa, M. (2011). Análisis de Satisfacción del Paciente Quirúrgico en Oftalmología. *Enfermería Global*, 10(23). Retrieved from [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412011000300020](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000300020)

Ministerio de la Protección Social. (2011, March). *Guía práctica del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud SOGC*.

Ministerio de Salud de Colombia. Decreto 2309 de 2006. Retrieved from <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=21370>

Ministerio de salud y de Gobierno de Colombia. Decreto 1011 de 2006. Retrieved from <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>

Ministerio de salud y de Gobierno de Colombia. Resolución 1446 de 2006. Retrieved from <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20267>

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010). *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*. Gobierno de España. Retrieved from

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>

- Miranda Gonzalez, F., Chamorro Mera, A., & Rubio Lacoba, Sergio. (n.d.). *Introducción a la Gestión de la Calidad* (1st ed.). Madrid, España: Delta Producciones. Retrieved from [https://books.google.com.co/books?id=KYSMQQyQAbYC&pg=PA44&dq=crosby+calidad&hl=es-419&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=crosby%20calidad&f=false](https://books.google.com.co/books?id=KYSMQQyQAbYC&pg=PA44&dq=crosby+calidad&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=crosby%20calidad&f=false)
- Morales Rivas, M., & Carvajal Garces, C. F. (2008). Percepción de la Calidad de Atención por el Usuario de Consulta Externa del Centro de Salud Villa Candelaria - Cochabamba, Bolivia. *Revista Médica*, 19(29). Retrieved from [http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2074-46092008002900005&lng=es&nrm=iso](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2074-46092008002900005&lng=es&nrm=iso)
- Moreira Ríos, I., Fariñas, A. T., & Ricardo Suarez, fidel S. (2011). Evaluación de la calidad de la atención médica en la línea preoperatoria del Centro Oftalmológico "Lara." *Revista Cubana de Higiene Y Epidemiología*, 49(1). Retrieved from [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032011000100003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000100003)
- Palacio Betancourt, D., & Roa Gómez, M. (2009). *Primer Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud* (Vol. 1). Bogotá D.C: Ministerio de la Protección Social. Retrieved from [http://calisaludable.cali.gov.co/secretario/2010\\_incas/MPS\\_INCAS\\_FINAL.pdf](http://calisaludable.cali.gov.co/secretario/2010_incas/MPS_INCAS_FINAL.pdf)
- Reyes Morales, H., Flores Hernandez, S., Saavedra Valenzuela, A. L., Vertiz Ramirez, J., Juarez, C., Wirtz, V. J., & Perez Cuevas, R. (2013). Percepción de los Usuarios sobre la Calidad de la Atención Ambulatoria en Servicios de Salud en México. *Revista Salud Pública de México*, 55. Retrieved from [http://bvs.insp.mx/rsp/\\_files/File/2013/vol%2055%20supl%20No%202/3calidad.pdf](http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2013/vol%2055%20supl%20No%202/3calidad.pdf)
- Ross, A. G., Zeballos, J. L., & Infante, A. (2000). La Calidad y la Reforma del sector de la Salud en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1), 93–98.

- Santamaría, M., García, F., Rozo, S., & Uribe, M. J. (2008). Un Diagnóstico general del sector salud en Colombia; Evolución, contexto y principales retos de un sistema en transformación. Retrieved from [http://www.med-informatica.net/FMC\\_CMCB/VeeduriaCiudadana/CIDMEDvcacelapss/SaludRetosRegulacion\\_MauricioSantamaria\\_cap1\\_final.pdf](http://www.med-informatica.net/FMC_CMCB/VeeduriaCiudadana/CIDMEDvcacelapss/SaludRetosRegulacion_MauricioSantamaria_cap1_final.pdf)
- Summers, D. (2006). *Administración de la Calidad* (2nd ed.). México D.F.: Pearson Educación. Retrieved from [https://books.google.com.co/books?id=xBgQ9R2io5oC&pg=PA30&dq=crosby+calidad&hl=es419&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=crosby%20calidad&f=false](https://books.google.com.co/books?id=xBgQ9R2io5oC&pg=PA30&dq=crosby+calidad&hl=es419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=crosby%20calidad&f=false)
- Thomson, S., Osborn, R., Squires, D., & Jun. (2012). International Profiles of Health Care Systems. *The Commonwealth Fund*, (1645). Retrieved from [http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2012/Nov/1645\\_Squires\\_intl\\_profiles\\_hlt\\_care\\_systems\\_2012.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2012/Nov/1645_Squires_intl_profiles_hlt_care_systems_2012.pdf)
- Verdoy, P. J., Mahiques, J. M., Sagasta Pellicer, S., & Sirvent Prades, R. (2006). *Manual de control estadístico de calidad: Teoría y aplicaciones* (1st ed., Vol. 21). España: Publicacions de la Universitat Jaume I. Retrieved from [https://books.google.com.co/books?id=kWGWTiZXLkUC&pg=PA207&dq=diagrama+de+pareto&hl=es419&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=diagrama%20de%20pareto&f=false](https://books.google.com.co/books?id=kWGWTiZXLkUC&pg=PA207&dq=diagrama+de+pareto&hl=es419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=diagrama%20de%20pareto&f=false)
- Zurira Garza, B. (1999). Calidad en la Atención en Salud. *Calidad En La Atención En Salud*, 57. Retrieved from [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/anales/v58\\_n1/casalud.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/anales/v58_n1/casalud.htm)

## ANEXOS


### ANEXO 1. MATRIZ DE CARACTERIZACIÓN

ÍTEMS	DOCUMENTO	OBSERVACIONES
Existe un registro de formas de evaluación de la satisfacción, antes del actual sistema.		
El sistema de evaluación tiene objetivos definidos.		
Existe un proceso documentado (escrito, divulgado, actualizado y mejorado).		
Existen responsables de los procesos.		
Están definidas las funciones de los actores.		
Están definidas las interacciones del sistema.		
Están definidos los instrumentos de evaluación y mantenimiento del sistema.		
Están determinados los tiempos para aplicar los instrumentos.		
Existe evidencia del conocimiento de las personas que manejan el proceso sobre el funcionamiento del		



sistema.		
Existe retroalimentación de los resultados obtenidos en las evaluaciones de satisfacción.		

## ANEXO 2 TALLER

 <p>FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD FUCS</p>	<p>FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD. FUCS FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES ADMINISTRATIVAS Y ECONOMICAS ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA SALUD</p>
ESTUDIANTES	Pavel Manuel Acevedo Perez, Derly Johana Beltrán Arias, Heidy Yuliet Caicedo Fandiño, Heidy Ospina Sanchez, Gina Vanesa Riaño Godoy
TITULO PROYECTO	PLAN DE ACCION PARA LA EVALUACION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO EN CUANTO A LA CALIDAD DEL PROCESO DE ATENCION EN EL AREA DE CIRUGIA DE LA FUNDACION OFTALMOLOGICA NACIONAL
<p>GUIA TALLER DE SISTEMA DE EVALUACION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO EN EL AREA DE CIRUGIA</p>	
<p><b>1. PRESENTACION</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de los integrantes del grupo</li> <li>• Aval de la gerencia para realizar el taller.</li> <li>• Aclarar que la información que se obtenga será utilizada con fines académicos y que dicha información no generará consecuencias.</li> <li>• Los resultados obtenidos serán utilizados para elaborar un plan de acción.</li> </ul> <p>Tiempo: 2 horas</p> <p><b>2. OBJETIVO</b></p> <p>Identificar y analizar las falencias y fortalezas del sistema de evaluación de la satisfacción del usuario en cuanto a la calidad de la atención en el área de cirugía de la Fundación Oftalmológica Nacional en aras de generar un plan de acción.</p> <p><b>3. DESARROLLO DE TALLER</b></p> <p>Pregunta 1.</p> <p>¿Qué fortalezas identifica en el sistema de evaluación de la satisfacción del usuario en cuanto a la calidad de la atención?</p> <p>Pregunta 2.</p> <p>¿Qué aspectos consideran que faltan en el sistema de evaluación de la satisfacción del usuario en cuanto a la calidad de la atención?</p> <p>¿Y cuáles se podrían mejorar?</p> <p>(Lluvia de ideas)</p> <p>Pregunta 3.</p> <p>De las fallas identificadas se realiza una matriz de priorización con las siguientes herramientas:</p>	

Primera parte: Evalúe de 1 a 4, teniendo en cuenta la relevancia

1. Nada relevante
2. Poco relevante
3. Relevante
4. Muy relevante

FALLO IDENTIFICADO PROCESO	IMPACTO EN EL USUARIO	IMPACTO EN EL CLIENTE INTERNO	IMPACTO EN LA IMAGEN DE LA ORGANIZACION	IMPACTO EN EL COSTO	TOTAL

Segunda parte: En la columna de la izquierda traslade los resultados de la matriz anterior (ítem y resultado). En la columna de la derecha ordene de mayor a menor según la puntuación previamente evaluada. El 20% del número total de ítems con la mayor puntuación, serán clasificados como los aspectos a intervenir según la metodología de Pareto.

ORDEN DE RECOLECCION	RESULTADOS O FRECUENCIA

RESULTADOS O FRECUENCIA	

Pregunta 4

En base a los aspectos priorizados anteriormente genere estrategias para

**Estrategia:** Conjunto de acciones que realizan los grupos de trabajo de manera consensuada para la resolución de problemas o la mejora continua dentro de una organización.

**Meta:** Es el fin hacia el que se dirigen las acciones, de manera general se identifica con los objetivos o propósitos que un organización se propone.

**Indicador:** Expresión matemática que permite cuantificar las variables de un evento susceptible a medirse.

**Actividades:** Acciones puntuales a desarrollar dentro una estrategia.

**Tiempos:** Periodo de tiempo en el cual se desarrollan las actividades.

**Responsable:** Persona encargada de desarrollar la actividad.

ESTRATEGIAS	META	INDICADOR	ACTIVIDADES	TIEMPOS	RESPONSABLES

### ANEXO 3. FICHAS TECNICAS DE INDICADORES

FICHA TECNICA DEL INDICADOR		
DATOS CORPORATIVOS	CODIGO DEL INDICADOR	FON 1
	NOMBRE DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE DOCUMENTACION ACTUALIZADA
	APROBADO POR:	COMITÉ DE GERENCIA
	FECHA :	1 de Julio de 2016
OBJETIVO DEL INDICADOR:		Determinar el porcentaje del total de los documentos actualizados en relación con la satisfacción de la calidad
RESPONSABLE:		Defensor del usuario
FORMULA DEL INDICADOR:		$\text{Número total de documentos actualizados} / \text{Número total de documentos} * 100$
META DEL INDICADOR:		100% de la documentación del proceso documentada, actualizada y divulgada.
FUENTE DE LOS DATOS:	NUMERADOR:	Número total de documentos actualizados
	DENOMINADOR:	Número total de documentos
PERIODICIDAD DEL INDICADOR:		ANUAL
CATEGORIAS DE DISCRIMINACION:		Documentos y/o protocolos de la prestación del servicio

FICHA TECNICA DEL INDICADOR		
DATOS CORPORATIVOS	CODIGO DEL INDICADOR	FON 2
	NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de aprobación de la evaluación de los documentos socializados
	APROBADO POR:	COMITÉ DE GERENCIA
	FECHA :	1 de Julio 2016
OBJETIVO DEL INDICADOR:	Medir el conocimiento en cuanto a documentos socializados	
RESPONSABLE:	Defensoría de atención al usuario	
FORMULA DEL INDICADOR:	Número total personas aprobadas/ Número total de personas socializadas * 100	
META DEL INDICADOR:	100%	
FUENTE DE LOS DATOS:	NUMERADOR:	Número total personas aprobadas
	DENOMINADOR:	Número total de personas socializadas
PERIODICIDAD DEL INDICADOR:	Sujeto a necesidad según resultados	
CATEGORIAS DE DISCRIMINACION:	Personal del área de cirugía	

FICHA TECNICA DEL INDICADOR		
DATOS CORPORATIVOS	CODIGO DEL INDICADOR	FON 3
	NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de usuarios evaluados con el nuevo instrumento diseñado
	APROBADO POR:	COMITÉ DE GERENCIA
	FECHA :	1 de Julio de 2016
OBJETIVO DEL INDICADOR:	Evaluar la adherencia de la aplicación de las encuestas en el área de cirugía	
RESPONSABLE:	Defensor del usuario	
FORMULA DEL INDICADOR:	Número total de usuarios encuestados / Número total de usuarios atendidos en el área de cirugía * 100	
META DEL INDICADOR:	A enero de 2017, existe, es aprobado y aplicado un nuevo instrumento de medición para el área de cirugía.	
FUENTE DE LOS DATOS:	NUMERADOR:	Número total de usuarios encuestados
	DENOMINADOR:	Número total de usuarios atendidos en el área de cirugía
PERIODICIDAD DEL INDICADOR:	Mensual	
CATEGORIAS DE DISCRIMINACION:	Total de pacientes atendidos/ mes en el área de cirugía	

FICHA TECNICA DEL INDICADOR		
DATOS CORPORATIVOS	CODIGO DEL INDICADOR	FON 4
	NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de encuestas diligenciadas insatisfactoriamente
	APROBADO POR:	COMITÉ DE GERENCIA
	FECHA :	1 de Julio 2016
OBJETIVO DEL INDICADOR:	Medir el porcentaje de encuestas diligenciadas insatisfactoriamente.	
RESPONSABLE:	Defensoría del usuario	
FORMULA DEL INDICADOR:	Número total de encuestas diligenciadas insatisfactoriamente / Número total de encuestas realizadas * 100	
META DEL INDICADOR:	100%	
FUENTE DE LOS DATOS:	NUMERADOR:	Número total de encuestas diligenciadas insatisfactoriamente
	DENOMINADOR:	Número total de encuestas realizadas
PERIODICIDAD DEL INDICADOR:	Mensual	
CATEGORIAS DE DISCRIMINACION:	Total de encuestas adecuadamente diligenciadas / mes	



FICHA TECNICA DEL INDICADOR		
DATOS CORPORATIVOS	CODIGO DEL INDICADOR	FON 6
	NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de satisfacción del usuario en el área de cirugía
	APROBADO POR:	COMITÉ DE GERENCIA
	FECHA :	1 de Julio 2016
OBJETIVO DEL INDICADOR:	Medir el porcentaje de usuarios satisfechos	
RESPONSABLE:	Defensoría del usuario	
FORMULA DEL INDICADOR:	Número total de pacientes satisfechos en encuestas aplicadas / Número total de encuestas aplicadas * 100	
META DEL INDICADOR:	100%	
FUENTE DE LOS DATOS:	NUMERADOR:	Número total de resultados negativos en encuestas aplicadas
	DENOMINADOR:	Número total de encuestas aplicadas
PERIODICIDAD DEL INDICADOR:	Mensual	
CATEGORIAS DE DISCRIMINACION:	Total de pacientes insatisfechos/ mes	

