

Universidad Nacional de Rosario
Centro de Estudios Interdisciplinarios
Instituto de la Salud Juan Lazarte

**CALIDAD DE ATENCIÓN EN
NEFROLOGÍA DESDE LA PERSPECTIVA
DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL
PÚBLICO DE ROSARIO EN EL AÑO
2015**

Tesis
Maestría en Salud Pública

Por
Jesica Otero
2018

Directora de Tesis: Mg. Ada Seghesso
Co-Director: Mg. Milton Mesa

AGRADEZCO a Dios en primer lugar por darme las fuerzas para no rendirme en todos estos años.

A Javier y Joaquín, por su apoyo incondicional en todos mis emprendimientos.

A Ada y Milton por haberme acompañado y dirigido en este trabajo.

Al Dr. Rodenas y Dra. Nicola, ex Jefes del Servicio de Nefrología del Hosp. Prov. del Centenario, por abrirme las puertas.

A los Dres. Cavoduro, Dohle, Lorenzo, Mantello y Residentes, por brindarme la información que necesitaba.

A Josué Quinde, Sandaly Oliveira y Dr. Marinovich por ayudarme con el análisis de los datos.

Y de manera muy especial a todos los pacientes que de manera desinteresada decidieron participar de este estudio.

Índice

	Pág.
Lista de tablas	4
Lista de abreviaturas	5
Resumen	7
Introducción	9
Antecedentes del tema	9
Definición de calidad	16
Evaluación de la calidad	24
El concepto de satisfacción relacionado con la calidad	29
Estudios previos	33
Características de un Servicio de Nefrología y Diálisis	45
Características del Servicio de Nefrología del Hosp. del Centenario	50
Definición del problema	53
Justificación del problema	53
Objetivos	56
Material y métodos	
Área y periodo de estudio	58
Población	58
Criterios de inclusión y exclusión	58
Diseño metodológico	58
Descripción de instrumento	60
Descripción de procedimientos de recolección de datos	64
Análisis estadístico aplicado	65
Resultados	67
Discusión	84
Conclusiones.....	91
Referencias	92
Anexos	105

Lista de tablas

	Pág.
Tabla N°1: Distribución de pacientes según el sexo	67
Tabla N°2: Distribución de pacientes según etiología de la enfermedad renal	67
Tabla N°3: Distribución de pacientes según nivel de educación	68
Tabla N°4: Distribución de pacientes según ocupación	68
Tabla N°5: Distribución de pacientes según turno de diálisis	69
Tabla N°6: Distribución de pacientes según tipo de acceso vascular	69
Tabla N°7: Distribución de pacientes según inscripción a lista de espera de trasplante renal	69
Tabla N°8: Estadísticos descriptivos para calidad de atención	70
Tabla N°9: Puntuación media de ítems de SERVQHOS	70
Tabla N°10: Relación entre el nivel de educación y la calidad de atención	72
Tabla N°11: Relación entre la ocupación y la calidad de atención	72
Tabla N°12: Relación entre turno de diálisis y la calidad de atención	73
Tabla N°13: Relación entre tipo de acceso vascular y la calidad de atención	73
Tabla N°14: Relación entre sexo y la calidad de atención	74
Tabla N°15: Relación entre inscripción a lista de espera de trasplante renal y la calidad de atención	74
Tabla N°16: Relación entre etiología de la enfermedad renal y la calidad de atención	75
Tabla N°17: Relación entre la edad y la calidad de la atención y el tiempo en diálisis y la calidad de atención	76

Lista de abreviaturas

CADRA: Confederación de Asociaciones de Diálisis de la República Argentina

DBT: Diabetes mellitus

DC: Diálisis crónica

ECV: Enfermedad cardiovascular

EFQM: European Foundation for Quality Management

ENT: Enfermedades no transmisibles

ERC: Enfermedad renal crónica

FAV: Fístula arteriovenosa

GNFC: Glomerulonefritis crónica

GNFRP: Glomerulonefritis rápidamente progresiva

HD: Hemodiálisis

INCUCAI: Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante

ISO: International Standard Organization

ITAES: Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud

KDIGO: Kidney Disease: Improving Global Outcomes

KDOQI: Kidney Disease Outcomes Quality Initiative

LES: Lupus eritematoso sistémico

OMS: Organización Mundial de la Salud

PICAM: Programa de Indicadores de Calidad en la Atención Médica

PNF: Pielonefritis

PQR: Poliquistosis renal

SACAS: Sociedad Argentina de Calidad en Atención de la Salud

SAN: Sociedad Argentina de Nefrología

SERVPERF: SERVICE PERFORMANCE

SERVQUAL: Service of quality

SINTRA: Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina

Tx: Trasplante

USRDS: US Renal Data System

WHO: World Health Organization

Calidad de atención en nefrología desde la perspectiva del paciente en un Hospital Público de Rosario en el año 2015

Resumen

Otero, J.

En la actualidad, las Enfermedades no Transmisibles son la principal causa de mortalidad en todo el mundo. Las enfermedades renales crónicas constituyen una de las principales causas de muerte en el mundo industrializado. Las mismas requieren una atención sanitaria prolongada; el paciente se convierte en el centro del sistema, necesitando profesionales capacitados para atenderlo. En este contexto, las políticas sanitarias no pueden desarrollarse sin tener en cuenta la opinión del mismo.

El objetivo general de este estudio fue describir el nivel de la calidad de la atención en un Servicio de Nefrología desde la perspectiva de los pacientes en hemodiálisis. Y los objetivos específicos fueron establecer la relación entre el nivel de la calidad de la atención y las distintas variables sociodemográficas y clínicas; analizar la valoración de los pacientes en HD acerca de la calidad de atención e identificar los aspectos negativos para proponer oportunidades de mejora.

Se realizó un estudio cuantitativo y cualitativo, de tipo descriptivo, observacional, transversal, que recogió información a través de una encuesta semi-estructurada. Se administró el cuestionario SERVQHOS modificado y se incluyeron también datos sociodemográficos. Además se tomaron notas textuales de los comentarios que realizaban los pacientes sobre cada pregunta.

Las medias en las puntuaciones de los 20 atributos del SERVQHOS estuvieron todas entre 3,19 y 4,73, lo que indica que se encuentran entre "como me lo esperaba (3)" y "mucho mejor de lo que esperaba (5)".

Los atributos mejor valorados fueron "Amabilidad en el trato (media 4.73)", "Información referente a la medicación (media 4.72)", "Trato personalizado (media 4.68)" y "El personal cumple lo que dice (media 4.55)". Los menos valorados

fueron "Rapidez en conseguir lo que se necesita (media 3.19)", "La tecnología de los equipos (media 3.32)" y "El tiempo de espera (media 3.37)".

Se hallaron diferencias significativas entre la calidad de la atención y la edad, y hubo una tendencia entre el turno en el que el paciente dializaba con la calidad que percibía.

Introducción

Antecedentes del tema

En la actualidad, las enfermedades no transmisibles (ENT) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Los datos disponibles por la Organización Mundial de la Salud (OMS) demuestran que casi el 80% de las muertes por ENT ocurren en los países de ingresos bajos y medios. En los países desarrollados y los que se encuentran en desarrollo, la enfermedad cardiovascular (ECV) y el cáncer son las principales causas de muerte. Las infecciones continúan siendo la principal causa de muerte en los países en desarrollo con bajos ingresos, pero las enfermedades crónicas no contagiosas están en aumento continuo (World Health Organization, 2005).

La OMS estima que de las 57 millones de defunciones que se produjeron en todo el mundo en 2008, es decir 36 millones, se debieron a ENT, principalmente ECV, cáncer, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas. El mayor ritmo de aumento de estas enfermedades corresponde a países de ingresos bajos. Estas enfermedades causan alrededor del 80% de las muertes en los países con ingresos bajos y medios y son la causa de muerte más frecuente en la mayoría de los países, excepto en África. Más del 80% de las muertes causadas por enfermedades cardiovasculares y diabetes, alrededor del 90% de las causadas por enfermedades pulmonares obstructivas, tienen lugar en países de ingresos bajos y medios. Más de los dos tercios de todas las muertes causadas por cáncer tienen lugar en estos países (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Las ENT se deben en gran medida a cuatro factores de riesgo: el consumo de tabaco, las dietas perjudiciales, la inactividad física y el uso excesivo de alcohol. En países con ingresos bajos y medios es fácil que se produzca un círculo vicioso: la pobreza expone a la gente a factores de riesgo de las ENT y, a su vez, las ENT resultantes tienden a agravar la situación y llevar a las familias a más pobreza. Por consiguiente, a menos que se combata la epidemia de ENT en los países más

afectados, el impacto de esas enfermedades seguirá acentuándose y será más difícil lograr una reducción de la pobreza a nivel mundial. Con el aumento del impacto de las ENT y el envejecimiento de la población, la OMS estima que el número de muertes por ENT en el mundo seguirá creciendo cada año, y que el mayor crecimiento se producirá en regiones con ingresos menores. Se prevé que en 2030 superarán a las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales como principal causa de defunción. Los datos referentes a la mortalidad y a la morbilidad revelan el impacto creciente y desproporcionado de la epidemia en los entornos con recursos escasos (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Las ENT también matan en edades intermedias de la vida en estos países, en los que el 29% de las muertes causadas por esas enfermedades tienen lugar entre personas menores de 60 años, frente al 13% en los países de ingresos altos. El aumento del porcentaje estimado en la incidencia de cáncer hacia 2030, comparado con 2008, será mayor en los países de ingresos bajos (82%) y medios bajos (70%), en comparación los países de ingresos medios altos (58%) y altos (40%). (Organización Mundial de la Salud, 2010, p.10)

En esos países, el alarmante crecimiento de ENT se ve acelerado por los efectos negativos de la globalización, la urbanización descontrolada y el estilo de vida con tendencia al sedentarismo. Los habitantes de los países en desarrollo consumen cada vez más alimentos hipercalóricos y son objeto de campañas de marketing de tabaco, alcohol y "comidas rápidas", y al mismo tiempo la disponibilidad de dichos productos va en aumento. Las personas pertenecientes a los niveles culturales y económicos inferiores son las que se ven más afectadas. Los individuos vulnerables y socialmente desfavorecidos enferman y mueren antes como resultado de ENT en comparación con personas de una posición social más elevada. Numerosos datos demuestran la

correlación existente entre determinantes sociales, especialmente la educación, y los niveles de ENT y de los factores de riesgo asociados.

Debido a que en los países más pobres los pacientes deben pagar los gastos en asistencia sanitaria de su propio bolsillo, el costo de dicha asistencia para las ENT disminuye significativamente el presupuesto familiar, sobre todo en las familias de ingresos más bajos. Los tratamientos para la diabetes, el cáncer, las ECV y las enfermedades respiratorias crónicas pueden ser prolongados y, por consiguiente, sumamente caros. En consecuencia, las familias pueden verse empujadas a realizar gastos inmensos y empobrecerse. Los gastos familiares por ENT, y en las conductas de riesgo que las causan, se traducen en menos dinero para necesidades básicas tales como comida, vivienda y educación: requisito básico para escapar de la pobreza. Se estima que cada año unos cien millones de personas se ven abocadas a la pobreza debido a los costos de los servicios de salud que necesitan. (Organización Mundial de la Salud, 2010, p.12)

Los costos para los sistemas sanitarios a causa de las ENT son elevados, y se prevé que aumentarán. Los altos costos para las personas, las familias, las empresas, los gobiernos y los sistemas sanitarios tienen gran repercusión en la macroeconomía. Cada año las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes causan pérdidas de miles de millones de dólares en la renta nacional de la mayoría de los países más poblados del mundo. Los análisis económicos sugieren que cada aumento del 10% de las ENT se asocia a una disminución del 0,5% del crecimiento anual de la economía. (Organización Mundial de la Salud, 2010, p.12)

La OMS estima que las enfermedades cardiovasculares son responsables del 60% de las muertes en el mundo, y constituyen la principal causa de gasto en salud.

Además constituirán la principal causa de discapacidad para el año 2020 (Ministerio de Salud de la Nación, 2010).

En los países industrializados, actualmente, las enfermedades crónicas constituyen una seria amenaza para la salud de la población, y las predicciones sanitarias indican que la prevalencia de la ECV va a alcanzar niveles epidémicos en todo el mundo en los próximos años, sobre todo debido al aumento de enfermedades como obesidad y diabetes en la población general. En muchos países, las enfermedades renales crónicas (ERC) no se han considerado desde el punto de vista de un problema de salud de la población, como lo han sido las enfermedades cardíacas, cerebrovasculares y el cáncer. Sin embargo, las ERC constituyen una de las principales causas de muerte en el mundo industrializado. Y no sólo por aquellos pacientes que necesitan ser tratados con diálisis o trasplante, cuya evolución, en muchos casos, es incluso peor que el cáncer avanzado, sino también porque aquellos pacientes que no llegan a diálisis y que presentan proteinuria o una disminución del filtrado glomerular tienen una gran prevalencia de complicaciones cardiovasculares (Collins, et al., 2003; Levin, et al., 2001).

Es importante tener en cuenta que otros órganos también se verán afectados por los mismos factores de riesgo (hipertensión, diabetes, hiperlipidemia, obesidad, tabaco) que el corazón, todos ellos modificables. Si se hace más énfasis en la prevención y el tratamiento de la ERC, será posible disminuir el elevado costo que supone la enfermedad renal en estadios avanzados (Martín de Francisco, Aguilera y Fuster, 2009). Si bien la prevalencia de la insuficiencia renal varía sustancialmente en todo el mundo, el número de pacientes y el costo del tratamiento dialítico y el trasplante continúa aumentando. La prevención, detección temprana e intervención son las estrategias con mejor relación costo-eficacia para la ERC (US Renal Data System, 2005).

La relación entre ERC y ECV es evidente y creciente a medida que progresa el deterioro de la función renal, hasta el punto que la mortalidad cardiovascular de los

pacientes en diálisis es 500 veces superior a la de la población con función renal normal. Ya el estudio Framingham demostró cómo la existencia de insuficiencia renal leve se asociaba a un mayor riesgo vascular (Parikh, Hwang, Larson, Levy y Fox, 2008). Los pacientes con ERC tienen más probabilidades de morir, principalmente a causa de las ECV, que de desarrollar insuficiencia renal (Keith, Nicholls, Guillion, Brown y Smith, 2004). Es mayor el porcentaje de pacientes con ERC que en el seguimiento fallecen de complicaciones cardiovasculares que los que progresan a tratamiento sustitutivo renal (Amsalem, et al, 2008). Actualmente se reconoce que la ERC es frecuente en personas con ECV y con factores de riesgo para ECV, y que la ERC multiplica el riesgo de resultados adversos en estas enfermedades (Sarnak, et al, 2003).

El mayor riesgo cardiovascular de los pacientes con ERC se explica tanto por la elevada prevalencia de factores de riesgo clásicos asociados como por la superposición con factores específicos de la uremia y, en el estadio 5 (el más avanzado), con otros relacionados con la diálisis o el trasplante. Es probable que los enfermos con ERC, al igual que ocurre con la diabetes, deban ser incluidos como pacientes de alto riesgo cardiovascular y considerados en cuanto a la terapéutica como objetivo de prevención secundaria (Marín, et al, 2006).

En octubre de 2006 la Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO), organización sin fines de lucro que agrupa a expertos de todo el mundo sobre la ERC, publicó un documento en el que se recomiendan una serie de acciones institucionales que deberían ponerse en marcha en todos los países para enfrentar al problema de la ERC (Levey, et al, 2007). Entre estas recomendaciones, se destacan las siguientes:

Los Gobiernos deben adoptar una política de salud frente a la ERC, favoreciendo conjuntamente con organizaciones no gubernamentales y la industria (a nivel regional, nacional e internacional) la incorporación de la ERC a las agendas de salud pública.

Los Gobiernos deben apoyar y financiar los programas de detección precoz y seguimiento de la ERC que incluyan prevalencia, incidencia, evolución, cuidados y educación.

La ERC es cada vez más reconocida como problema global en salud pública. En la actualidad hay evidencia convincente de que la ERC puede ser detectada mediante pruebas de laboratorio simples, y que el tratamiento puede prevenir o retrasar las complicaciones de la función renal disminuida, retrasar la progresión de la enfermedad renal, y reducir el riesgo de ECV. Traducir estos avances a medidas simples y aplicables de salud pública debe ser adoptado como un objetivo a nivel mundial (Levey, et al, 2007).

La National Kidney Foundation ha definido la ERC como el daño renal o la presencia de un filtrado glomerular disminuido durante un periodo superior a tres meses. Se reconocen cinco estadios de ERC y se aplica el término de insuficiencia renal cuando el filtrado glomerular es $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$. El daño renal o el nivel de función renal determinan el estadio de la clasificación independientemente de la causa (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative, 2002).

En la ERC, la diálisis debería iniciarse cuando el clearance de creatinina cae por debajo de $10 \text{ ml/min/1.73 m}^2$. Las complicaciones más frecuentes durante la sesión de hemodiálisis, son hipotensión (20 – 30%), calambres (5 – 20 %), náuseas y vómitos (5-15%) cefalea (5%), dolor torácico (5%), dolor de espalda (2 – 5 %), prurito (5%), fiebre y escalofríos ($<1\%$) (Daugirdas, 1996).

La ERC es una enfermedad prevalente (17% de los individuos mayores de 20 años a nivel mundial) y frecuentemente no reconocida por el equipo de salud ni por los pacientes que la padecen ya que permanece asintomática hasta estadios avanzados (Ministerio de Salud, 2010).

Cada vez es mayor la prevalencia de personas que necesitan tratamiento mediante diálisis y/o trasplante. Es considerada una epidemia, al igual que

sucede con la Diabetes Mellitus, su principal causa etiológica. Estos pacientes constituyen una pequeña muestra, comparados con el total de personas asintomáticas que presentan albuminuria o alteración en el filtrado glomerular. La mayor parte de ellas sin diagnóstico y control adecuado evolucionarán hacia la falla permanente de su función renal, enfermedad cardiovascular y muerte prematura. Por el contrario, detectados y tratados precozmente, pueden lograr la remisión, retardar la progresión de su enfermedad renal y la reducción de los acontecimientos cardiovasculares. (Depine, 2004, p.1)

Según el Registro Argentino de Diálisis Crónica Sociedad Argentina de Nefrología (SAN) - Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) 2014-2015, publicado en el año 2016, los datos más sobresalientes son:

Disminuyó la tasa de incidencia en diálisis crónica (DC) entre 2013 y 2015. En 2013 se había logrado la máxima en el tiempo con 160 pacientes por millón de habitantes; en 2014 y 2015 resultó 152 y 157 ppm, respectivamente. Estas tasas cuando se ajustan, se asemejan a las vistas en el año 2007; retroceso de 8 años. Las más afectadas fueron las personas mayores de 45 años de ambos sexos y en especial los mayores de 65 años. El retroceso ocurrió en 14 Provincias que representan juntas el 67% de la población de nuestro país.

La diabetes presenta un aumento muy significativo de la tasa como causa de enfermedad renal definitiva. Cuatro de cada diez personas que ingresan a DC en Argentina son diabéticos.

No solo ingresaron menos pacientes que los esperados en los años 2014-2015, sino que los que ingresaron lo hicieron en peores condiciones y con evidencias de que cada año que pasa existe menor contacto previo con el nefrólogo. La población que ingresa por primera vez a DC llega muy anémica, con malas condiciones nutricionales, mayor uso de catéteres transitorios como primer acceso para hemodiálisis (71% de los ingresos con catéteres en 2015), y creciente porcentaje de no vacunados anti

Hepatitis B, entre otras. Una vez que el paciente ingresó a DC, se verifica la rápida intervención de los Centros de DC mejorando en pocos meses los valores iniciales deficientes de las variables.

Como consecuencia de lo anterior, la mortalidad en 2015 aumentó alcanzando la cifra más alta en el tiempo: 18.5 muertos por 100 paciente-años de exposición al riesgo. Desde 2012 se verifica el aumento, fundamentalmente a expensas de la población diabética en hemodiálisis.

Además se constató disminución de la tasa de trasplante renal. En 2013, 30.5 ppm y en 2015, 29.4 ppm. La causa de esta disminución es el resultado de la gran caída en la tasa de trasplante con órgano/s de donante cadavérico. Pese a la disminución, según Newsletter Transplant, Argentina con 29.8 ppm está ubicada quinta en América en 2014, detrás de Estados Unidos de Norteamérica, Canadá, Costa Rica y Uruguay.

La Hemodiálisis continúa siendo la modalidad dialítica ampliamente utilizada, aunque la Diálisis peritoneal mostró desde 2007 un significativo aumento llegando a representar en 2015 al 6.0 % de la población prevalente en DC.

En Argentina hay 486 centros de diálisis. Según el censo poblacional de 2010 en Argentina, la tasa resulta en 11,3 centros por millón de habitantes en el 2015 (Marinovich, et al., 2016).

Definición de calidad

La Real Academia Española (2017) define a la calidad como "propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor. Adecuación de un producto o servicio a las características especificadas".

En el área de salud, no existe una sola definición de calidad. El término se aplica a la excelencia de una disciplina, a la perfección de un proceso, a la obtención de buenos resultados con una determinada técnica o procedimiento. "Rosselot la define como un "hacer bien las cosas", como "una condición o atributo del objeto que debe

ser verificado y comprobado por el usuario", o como una "meta para el usuario"; que en este caso serían los pacientes" (García, 2001, p.1).

Algunos modelos de calidad trabajan con la metodología de la autoevaluación definida como un examen global, sistemático y regular de las actividades y resultados de una organización, comparados con un modelo de excelencia. El análisis de este tipo de modelo no se reduce sólo a la satisfacción del paciente sino también a las actitudes y conductas de otros usuarios del sistema y a los resultados obtenidos por la organización. Estos otros usuarios son los que trabajan en el sistema de salud, como enfermeros, médicos, otros profesionales de la salud, personal de limpieza, administrativos, etc (García, 2001).

En 1980, uno de los autores más conocidos en este tema, Donabedian (como se citó en Jiménez Paneque, 2004), definió una atención de alta calidad como "aquella que se espera maximice una medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que concurren en el proceso de atención en todas sus partes". El autor menciona también múltiples facetas del concepto de calidad: calidad técnica, calidad interpersonal, calidad individual y calidad social (Jiménez Paneque, 2004).

Donabedian distingue tres aspectos relevantes para garantizar calidad en la atención médica: a) recursos técnicos; b) ambiente físico de la atención y c) manejo de la relación interpersonal (Donabedian, 1990).

El primero de estos elementos, se compone de los aspectos relacionados con el correcto diagnóstico y tratamiento, y depende de los conocimientos y juicios utilizados para llegar a las estrategias de asistencia adecuadas, así como de la destreza en ejecutar dichas estrategias.

El segundo elemento citado por Donabedian hace referencia al entorno, en el que se incluyen elementos como el grado de confort logrado, los servicios de hotelería proporcionados, el sistema de información, la situación de intimidad en la que se atiende al paciente, etc.

Y el tercer elemento, la relación interpersonal, tiene una importancia máxima en la evaluación de la calidad asistencial, debido a dos razones fundamentales:

a) Por un lado, es el vehículo para llevar a cabo una asistencia técnica correcta. A través del intercambio interpersonal, el paciente comunica la información necesaria para llegar a un diagnóstico y, además, hace saber a su médico sus preferencias, lo que permite que éste seleccione los métodos de asistencia más adecuados. El médico, por su parte, proporciona información a su paciente acerca de la naturaleza, grado de gravedad, origen y tratamiento de la enfermedad, y lo motiva para que desarrolle una activa colaboración en la asistencia.

b) Por otro lado, la relación interpersonal recoge gran parte de los factores determinantes de un buen servicio desde el punto de vista de los pacientes. La discreción, la intimidad, el cuidado, el tacto en el trato, la responsabilidad, la confianza, la empatía y la sensibilidad son, entre otros, los resultados favorables que derivan de una buena relación interpersonal entre médico y paciente.

Este último elemento clave para la valoración del servicio sanitario implica, dentro del personal sanitario, a todo aquel que interactúe de alguna forma con el paciente (médicos, enfermeros, administrativos, camilleros, etc.), y con respecto al paciente, no sólo a éste, sino también a sus familiares. (Villegas Perriñán y Rosa Díaz, 2003, p.51)

Donabedian planteó que los métodos para evaluar calidad de la atención sanitaria pueden aplicarse a tres elementos básicos del sistema: la estructura, el proceso y los resultados (Jaráiz, Lagares, y Pereira, 2013). Sistematizó la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria como una triada de "estructura, proceso y resultados", marcando una tendencia en calidad en el sector sanitario.

El término "estructura" comprende las características de los proveedores de la atención sanitaria, los instrumentos y recursos que disponen y los lugares físicos donde trabajan. También incluye recursos humanos y financieros, la distribución y cualificación profesional, al igual que el número y tamaño, dotación y la localización geográfica de las unidades asistenciales, el origen de la financiación, la organización de la prestación de servicios y del personal sanitario. El estudio de la estructura en salud es un método indirecto de medida de la calidad de la prestación sanitaria, basado en el supuesto de que la calidad de los medios puestos a disposición de la prestación del servicio condiciona la calidad del mismo. Mediante la "acreditación" se asegura una adecuada estructura.

La acreditación se utiliza una vez establecido el grado de calidad que deben tener las prestaciones de un centro o unidad, para comprobar si cumple las características para alcanzar niveles especificados en cuanto a planta física, equipos, organización, procedimientos, personal, etc. La acreditación es llevada a cabo por un organismo generalmente independiente de la institución auditada, capacitada específicamente para eso, que define la estructura óptima de acuerdo con un nivel prefijado de calidad del servicio.

El "proceso" hace referencia a la forma en que se organiza, planifica, diseña y presta la asistencia a un paciente. Se basa en que es más probable obtener un buen resultado si se aplica el conocimiento que se encuentra disponible junto a la tecnología usada en forma racional y planificada. Las características de la asistencia sanitaria obligan a planificar y establecer procesos bien definidos y controlados, garantizando una alta calidad, con resultados que deben ser evaluables en función de estándares que los pacientes definieron y consideraron satisfactorios.

Por último, los "resultados" hacen referencia a los logros alcanzados, en salud, económicos o de valoración por el paciente y el profesional de lo que se obtiene tras una determinada prestación sanitaria. La evaluación y monitoreo de resultados puede ser dificultosa por la escasa información disponible en la práctica sobre los resultados

cuando estos no son los esperados, o por la dificultad de medir "salud" y la insuficiente información sobre resultados psicosociales (Mira, Lorenzo, Rodríguez-Marín, y Buil, 1999).

Los indicadores de calidad de la estructura, miden la calidad de las características con que se prestan los servicios y los recursos para prestarlos: planta física, equipamiento, insumos, staff profesional y técnico, diversos materiales, credenciales y matrículas, características de los pacientes.

Los indicadores de proceso miden, de forma directa o indirecta, la calidad de la actividad llevada a cabo durante la atención al paciente: manuales de procedimientos, definición de responsabilidades, modelos de cuidados médicos y técnicos, relaciones interpersonales de staff y pacientes.

Los indicadores basados en resultados miden el nivel de éxito alcanzado en el paciente, esto es, si se ha conseguido lo que se pretendía con las acciones realizadas durante el proceso de atención. Resultado de la evolución clínica: estado funcional, estudios complementarios, indicadores de morbilidad, mortalidad. Resultados de la experiencia del paciente: estado de bienestar general y satisfacción con la atención (Jiménez Paneque, 2004; Lavorato, 2011).

El objetivo primordial de un sistema de calidad es mejorar el nivel de la misma. Para poder mejorar en cualquier aspecto es necesario obtener una cuantificación del estado actual, hallar los procesos o procedimientos en los que se observan dificultades o posibilidades de mejorar, diseñar o elegir las modificaciones, implementarlas, y luego medir el cambio en los indicadores (Wassermann, 2006).

Según Rodríguez González, se pueden distinguir dos conceptos de calidad: la calidad objetiva y la calidad percibida.

La primera se corresponde con la calidad real de los productos, que se puede medir y comparar desde un punto de vista técnico. Sin embargo, muchas veces el consumidor no tiene capacidad para juzgar la calidad objetiva, por lo que es la

calidad percibida la que actúa como variable de decisión en la selección de una marca concreta. (Rodríguez González y Sanjuán Hernández, 2013, p.76)

Una de las definiciones más usadas sobre la calidad en la atención médica fue propuesta por Lee y Jones; quienes la refieren como el conjunto de juicios de valor aplicados a diversos aspectos, propiedades, ingredientes o dimensiones del proceso llamado atención médica (Coronado-Zarco, et al., 2013). Según estos autores, se define la calidad asistencial basándose en el conjunto de una serie de parámetros:

- Prestar asistencia sanitaria congruente al estado de la ciencia.
- Lograr cuidados que sean apropiados a las necesidades.
- Prestar en forma idónea la atención sanitaria de que se es capaz.
- Lograr cuidados que lleven al paciente a estar satisfecho.

El estándar de la asistencia sanitaria debe ser establecido por la comunidad científica, el profesional, el paciente y la sociedad (Mira et al., 1999).

En 1994, Ruelas y Querol (como se citó en Martínez Ramírez, et al., 1996) señalaron que puede afirmarse con certeza que la desigualdad más grave en el sistema de salud ya no se da exclusiva ni principalmente en la cobertura sanitaria, sino en la calidad de los servicios que reciben los diferentes grupos sociales. La calidad es un derecho que debe ser garantizado, por lo tanto la garantía de calidad es imperativa en los sistemas de salud y, de manera concreta, en las organizaciones que los conforman (Martínez Ramírez, et al., 1996).

Algunas definiciones de calidad, como la de Gilmore y Moraes, incluyen varios aspectos: un alto nivel de excelencia en los profesionales, uso eficiente de los recursos, un mínimo de riesgo para el paciente, un alto grado de satisfacción del paciente e impacto final en la salud.

Tenner y De Toro (como se citó en Villegas Perriñán y Rosa Díaz, 2003) sugieren que los pacientes poseen tres niveles de necesidades relativas a la calidad: necesidades implícitas, necesidades explícitas y necesidades latentes.

En el primer nivel sitúa las necesidades implícitas o expectativas básicas de calidad asumidas por el paciente. Los pacientes esperan fiabilidad, competencia, cortesía, credibilidad, seguridad y respuesta positiva a los tratamientos.

Las necesidades explícitas o expectativas opcionales forman parte del segundo nivel. Son atributos o aspectos del servicio que los pacientes desean y esperan, considerados "extras", esto es, no forman parte del servicio básico. Cuando estos atributos están ausentes, no implican la insatisfacción del paciente con el servicio recibido, pero cuando están presentes, implican satisfacción. En este nivel se incluyen la responsabilidad, accesibilidad, comprensión, atención/cuidado y comunicación.

Las necesidades latentes o expectativas no articuladas son las no esperadas por los pacientes, cuyo cumplimiento da lugar a clientes "muy satisfechos". En este nivel, estarían la buena apariencia física y profesional de las instalaciones y del personal y la relación costo/beneficio del paciente. (Villegas Perrián y Rosa Díaz, 2003, p.55)

La calidad con que se brinda un servicio de salud no puede separarse de la eficiencia puesto que si no se tienen en cuenta el ahorro necesario de los recursos disponibles, el alcance de los servicios será menor que el supuestamente posible. (Jiménez Paneque, 2004, p.18)

El concepto de calidad fue progresando hasta convertirse en una forma de gestión en la que se introduce el concepto de mejora continua en cualquier organización y en todos los niveles de la misma, y que afecta a todas las personas y a todos los procesos.

El Instituto de Medicina de la Academia de Ciencias de los Estados Unidos de Norteamérica, en el año 1990, plantea una definición que sostiene que calidad en salud consiste en "el grado por el cual los servicios de salud para individuos y poblaciones incrementan la probabilidad de resultados deseables para la salud y son

consistentes con el conocimiento profesional actual" (Lavorato, 2011, p.2). Similar es lo planteado por Ruelas y Reyes (como se citó en Martínez Ramírez, et al., 1996) quienes mencionan que la calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica, de una manera que rinda el máximo de beneficio con el mínimo de riesgos.

En el ámbito de la salud, la preocupación por garantizar la calidad vino, primero por la responsabilidad que el clínico consigue con su paciente y por la que siempre busca "lo que es mejor para él". Esta preocupación por la calidad dentro del ámbito de la salud está asociada a la disminución de la variabilidad en los procesos de diagnóstico, tratamiento y cuidados.

Se tiene en cuenta la necesidad de responder a las preferencias y valores del paciente, ya que considerar sus opiniones resulta un indicador principal del nivel de calidad entregado en la atención (Blumenthal, 1996). Los ciudadanos han mostrado cada vez más interés por el funcionamiento y la calidad de los servicios que reciben y cuyo costo se financia mediante el pago de impuestos o mediante el pago indirecto a través de las Obras Sociales y Prepagas.

En la actualidad, la calidad constituye una preocupación constante de todos los intervinientes en el proceso asistencial (pacientes, profesionales, gestores o políticos), tanto por cuestiones éticas como económicas y de búsqueda de la efectividad de los procesos diagnósticos, de tratamiento o rehabilitación (Mira et al., 1999).

Murray y Frenk (2000) consideran que la eficiencia está estrechamente relacionada con el desempeño de un sistema de salud, que este desempeño debe evaluarse sobre la base de objetivos y que debe tomarse como eficiencia el grado en que un sistema alcanza los objetivos propuestos, con los recursos disponibles (Murray y Frenk, 2000).

Para este estudio, se utilizó la definición de calidad que enuncian Luft y Hunt (como se citó en Jiménez Paneque, 2004) como "el grado con el cual los procesos de la atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes

y reduce la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo al estado de los conocimientos médicos” (Jiménez Paneque, 2004, p.19).

Evaluación de la calidad

Para evaluar la calidad de las instituciones, servicios, empresas; se crearon diferentes normas, criterios, instrumentos, entidades; como la European Foundation for Quality Management (EFQM), International Standard Organization (ISO), modelo SERVQUAL (Service of quality), modelo SERVPERF (SERVice PERFormance). Algunos de ellos son aplicables al área de salud y a continuación se hace una breve referencia de los mismos.

A finales de la década del '80 se creó la European Foundation for Quality Management (EFQM) con el objetivo de proporcionar a las empresas europeas un modelo de calidad integrada para dar respuesta al concepto de calidad total, aplicable a la empresa en su totalidad. Los criterios del Modelo EFQM de Excelencia se dividen en dos grupos:

- criterios facilitadores, que incluye el liderazgo; las personas; la política y estrategia; las alianzas y recursos; los procesos;
- criterios de resultados: resultados en las personas; en los clientes; en la sociedad y resultados clave.

La interpretación de este modelo parte de que los procesos son los medios por los cuales la institución utiliza el valor de sus empleados para producir resultados. Los resultados (en los clientes, en las personas o empleados, en la sociedad) son alcanzados por medio del liderazgo que mediante procesos establecidos, conduce a una política y estrategia, gestiona y utiliza recursos y alianzas, llevando finalmente a resultados de excelencia para la organización. En este modelo, la calidad es generada por las personas, uno de los criterios facilitadores, por lo que todo concepto de gestión debe buscar el desarrollo continuo de los recursos humanos. La orientación al empleado pretende incluir a todo el personal en el proceso de mejora continua. Se

intenta gestionar, desarrollar y aprovechar el conocimiento y todo el potencial de las personas que componen la organización (Zardoya Alegría, 2007).

La calidad total puede entenderse tal y como se sugiere en el Modelo de la EFQM como una estrategia de gestión de toda la empresa, a través de la cual se satisfacen las necesidades y expectativas de los clientes, de los empleados, de los accionistas y de la sociedad en general, por medio de la utilización eficiente de todos los recursos de que dispone: personas, materiales, tecnologías, sistemas productivos, etc. (Mira et al., 1999). Estos conceptos de administración también pueden ser utilizados en el sector salud.

El modelo EFQM ofrece un modelo de gestión basado en la Gestión Total de la Calidad, que permite llevar a cabo un modelo de autoevaluación, orientado a la identificación de los aspectos críticos que existen dentro de la organización, utilizando como instrumento el ciclo de mejora continua o ciclo REDER (Resultados→Enfoque→Despliegue→Evaluación y Revisión) (Zardoya Alegría, 2007).

Es decir, la evaluación de la calidad, va más allá del análisis de las características de un producto y su calidad, sino que analiza la institución que presta el servicio y a su entorno como un todo, en donde sus miembros participan de forma activa en busca de mejoras.

ISO es la Organización Internacional de Normalización. Está compuesta por 159 miembros que son los organismos nacionales de normalización pertenecientes a países industrializados, en desarrollo y en transición, de diferentes lugares del mundo. ISO cuenta con más de 18.100 normas y provee de herramientas prácticas a las empresas, los gobiernos y la sociedad, para el desarrollo sostenible de diferentes variables: económicas, ambientales y sociales (ISO, 2010).

La norma ISO está constituida por un conjunto de estándares auditables, y como tal, certificables por una entidad independiente, que especifican los requisitos que debe tener un sistema de gestión de la calidad, en la cual la organización ha

de demostrar su capacidad para proporcionar, de forma constante, productos que satisfagan los requisitos del cliente/usuario/paciente y los requisitos legales aplicables y debe poder aumentar la satisfacción del mismo, mediante la aplicación eficaz del sistema de gestión de la calidad, incluyendo los procesos de mejora continua y la prevención de la no conformidad.

Los principios básicos de la ISO 9000 se pueden resumir en 8 puntos:

1. La organización está orientada a todos sus usuarios
2. Liderazgo: entendiéndolo como líder, a todas las personas que tienen alguna responsabilidad en la organización
3. Mejora Continua: Mediante el proceso de planificación, realización de objetivos, evaluación y control, análisis y modificación del proceso de planificación
4. Procesos: Entendidos como el conjunto de actividades, mediante las cuales se realizan los servicios que recibe el paciente /cliente.
5. Implicación y Participación del Personal: Dar poder a las personas que integran la organización, para poder gestionar sus actividades y participar en las mejoras, mediante canales de comunicación bien definidos.
6. Gestión: El sistema de calidad está enfocada a la gestión
7. Toma de decisiones basada en datos
8. Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor (Sociedad Española de Nefrología, 2006, p.128-129).

El modelo EFQM y las normas ISO presentan puntos en común: permiten a las organizaciones identificar aspectos fuertes y débiles, contienen requisitos genéricos respecto a un modelo para realizar la evaluación, proporcionan la base para mejoras constantes e implican un reconocimiento externo. Hay que tener en cuenta, que cualquiera de estos dos modelos certifica la gestión de la calidad, pero no asegura la calidad asistencial de los procesos. Este aspecto se logra abordar mejor con la

acreditación o con el diseño y monitorización de indicadores de calidad (Sociedad Española de Nefrología, 2006).

En 1994, Cronin y Taylor realizaron investigaciones en 8 empresas de servicios. En las mismas, contrastaron la medición de la calidad realizada mediante la diferencia entre las expectativas y las percepciones de los consumidores y la realizada solamente con las percepciones de los mismos, eliminando las primeras por ser distorsionadas por factores externos al servicio, como la comunicación boca a boca, las necesidades personales, las experiencias anteriores y la comunicación externa de los proveedores o los que llevan a cabo la gestión del servicio. Concluyeron que una medida basada sólo en las percepciones podría ser la forma más adecuada de evaluar la calidad de servicio, surgiendo así la escala denominada SERVPERF. La misma presenta mínimos problemas de validez y es más corta, haciendo más cómoda la contestación, ya que sólo considera las percepciones de los clientes/pacientes (Araya Vallespir, Bustos Leal, Castillo, Oliva Belmar y Araya Gozalvo, 2012).

En ciertos ámbitos, existen guías o normas que se utilizan para la toma de decisiones para asegurar la calidad. Estas fueron redactadas por un comité de expertos en la materia en cuestión, quienes definen lo que consideran como calidad para un proceso o servicio. Por ejemplo, en el caso de esta investigación, existen las KDOQI Guidelines (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative). Desde 1997 se utilizan estas guías en todos los estadios de la enfermedad renal crónica.

En la República Argentina, en el año 2002, la Sociedad Argentina de Calidad en Atención de la Salud (SACAS) desarrolló un set de indicadores de calidad para hospitales, que fueron incluidos en el Programa Nacional de Garantía de Calidad a partir de la resolución 54/2003 del Ministerio de Salud de la Nación. A partir del año 2003, el Programa de Indicadores de Calidad en la Atención Médica (PICAM) los utiliza en el marco de un monitoreo que permite la comparación entre diferentes establecimientos de salud. El PICAM se desarrolla en forma asociativa entre el Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES) y la

SACAS. Está integrado, a partir del año 2005, al Programa de Acreditación que administra ITAES. Esta organización ha publicado una prueba metodológica de los indicadores del programa.

La acreditación es un procedimiento objetivo de evaluación de calidad que contempla aspectos de estructura, procesos y resultados, manteniendo los principios de ser una actividad voluntaria, confidencial y periódica, realizada por una entidad no vinculada al prestador. En Argentina el ITAES desempeña esta actividad. En el ámbito nefrológico, han sido acreditados los centros de las siguientes provincias: 17 en Buenos Aires, 2 en Mendoza y Río Negro, 3 en Tucumán y Misiones, 1 en Jujuy y Córdoba. En la Provincia de Santa Fe hay 1 centro de diálisis acreditado en la ciudad de Esperanza (ITAES, 2017).

Desde el año 2004 el ITAES viene desarrollando un programa de acreditación de establecimientos de diálisis crónica. El objetivo principal es evaluar la calidad de la atención en establecimientos de terapia sustitutiva renal, teniendo en cuenta los atributos básicos definidos por Avedis Donabedian: eficiencia, eficacia, efectividad, optimización, aceptabilidad, legitimidad y equidad. El método de acreditación que usa el ITAES se basa en la evaluación por medio de estándares, a los cuales describe como un conjunto de criterios que permiten una visión totalizadora de algunos de los aspectos que considera significativos para verificar la existencia de condiciones básicas de calidad y seguridad. Estos estándares evalúan la estructura disponible, los procesos que se aplican y los resultados (ITAES, 2016).

En Argentina, la Confederación de Asociaciones de Diálisis de la República Argentina (CADRA) plantea un Programa de calidad en diálisis, como búsqueda de la unificación en el servicio brindado y como mejora continua de la atención. Algunos de los puntos más destacados de este programa se detallan a continuación:

La práctica de aseguramiento de calidad es una metodología sistemática para reorganizar todas las prácticas, normatizarlas y mejorarlas.

La mortalidad e índice de infecciones se utilizan como indicadores de calidad.

El empleo de herramientas que midan la calidad de los procedimientos y terapéuticas sobre una base confiable y científica, el procesamiento de los resultados de la atención obtenidos y analizados estadísticamente serán indispensables para convencer a las autoridades sobre una adecuada asignación de recursos.

El compromiso de médicos y otros profesionales de la salud en la medición y manejo de programas de calidad no es simplemente deseable sino esencial para el mejoramiento de la calidad.

El proyecto de educación permanente para el mejoramiento de la calidad de atención es un proyecto institucional, lo que supone cambios en la cultura institucional y el estilo de gestión. Tiene como protagonista al equipo de salud, con participación de todos los niveles, incluidos los niveles de decisión, también se propondrán diversas modalidades de aproximación a la problemática institucional, algunas con presencia en la institución, otras a distancia.

Se define cómo será la implementación del Programa de Calidad: niveles, funciones de los miembros, recursos económicos, acreditación de unidades de diálisis, formación de profesionales, auditorías (Lavorato, 2011).

Se podrían establecer cuatro enfoques posibles a la hora de abordar la evaluación y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria.

El primero, tiene su origen en la homologación y normalización del sector industrial y que se rige por las normas ISO. El segundo, más tradicional en el sector sanitario, se basa en la acreditación de centros y hospitales. El tercero, sería el basado en la autoevaluación de la organización utilizando el modelo Europeo de Excelencia Empresarial (EFQM). El cuarto, consiste en combinar diferentes aspectos de los modelos antes enunciados.

El concepto de satisfacción relacionado con la calidad

Para lograr una calidad superior de un servicio, se debe analizar las actitudes y comportamientos de los pacientes para evaluar si los mismos se encuentran satisfechos.

Entre los aspectos que se incluyen en los instrumentos de evaluación de la satisfacción se encuentran la interacción del médico con el paciente, tiempos de consulta y de espera, privacidad, resultados de la atención, accesibilidad y calidad de las instalaciones de los servicios de salud, así como habilidades del médico (Lavielle-Sotomayor, 2008).

Los primeros en afirmar que la satisfacción del paciente es, ante todo, "una medida del resultado de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente", fueron Koos y Donabedian. (Mira y Aranaz, 2000, p.5)

Seclén-Palacin y Darras, refieren que existen diferentes factores que influyen en la satisfacción de los usuarios de servicios de salud, entre los que se encuentran:

a) factores individuales: la edad y el género; sociales: estado civil, grupo social, nivel educativo, dinámica organizacional de la comunidad, redes de participación social; factores económicos, expectativas, concepciones culturales sobre el proceso salud-enfermedad y, por último, experiencia con el contacto previo entre el paciente y el servicio.

b) factores familiares/sociales: experiencias con el servicio de parte de amigos, familiares, y de la red social circundante en general, conducta y concepción del entorno familiar sobre el proceso salud-enfermedad.

c) factores del servicio de salud: accesibilidad geográfica, comunicación interpersonal, resolución del servicio, tiempo de espera para ser atendido, eficacia de las acciones, trato y cordialidad del personal, disponibilidad de medicamentos, comodidades del local y privacidad, entre otros (Hernández, et al., 2009).

Se ha determinado que las prioridades para el paciente son: recibir atención oportuna; ver satisfechas sus necesidades de salud; recibir un trato digno,

amable y respetuoso; que la institución prestadora del servicio cuente con personal suficiente y preparado para otorgar la atención requerida; que esta institución disponga de los recursos suficientes para otorgarla, y que la atención brindada se dé en un ambiente adecuado. En la satisfacción del paciente intervienen fundamentalmente dos factores: la expectativa y la experiencia; la diferencia entre ambas nos da como resultado el grado de satisfacción o de insatisfacción del usuario. (Coronado-Zarco, et al., 2013, p.30)

La satisfacción del paciente se considera importante por varias razones: es un resultado de valor incuestionable ya que la satisfacción es un aspecto del bienestar que la atención a la salud intenta promover; contribuye a la calidad de la atención porque es más probable que el paciente participe en ella de una manera más efectiva y además, la satisfacción y el descontento constituyen los juicios del paciente sobre la calidad de la atención recibida y sus resultados (Ramírez Rodríguez, et al., 2001).

En 1995, Fornell plantea la diferencia entre calidad y satisfacción indicando que debe entenderse la calidad como la percepción actual del cliente sobre el rendimiento de un bien o servicio, mientras que la satisfacción se basa no solamente en la experiencia actual, sino también en experiencias pasadas y en experiencias futuras, anticipadas por el juicio del cliente en virtud de sus experiencias acumuladas junto a la proyección de sus propias expectativas. (Correira Loureiro y Miranda González, 2010, p.5)

“La tendencia actual es considerar la satisfacción del paciente como el resultado de comparar la percepción que posee el paciente sobre el proceso asistencial, con los estándares personales de lo que él considera una atención mínimamente aceptable”. (Mira, Aranz, Lorenzo, Rodríguez-Marín y Moyano, 2001, p.581)

Según Montgomery (1985), la palabra calidad se define como el grado en que los productos cumplen con las expectativas de los clientes. La calidad percibida por los mismos viene determinada por la satisfacción del paciente (Anguera Guinovart y Martínez Bateman, 2011).

La evaluación de la satisfacción de los pacientes permite identificar aquellas áreas que el paciente considera deficitarias y además, sirve para evaluar los resultados de los cuidados. Se ha asociado con aspectos relacionados con la salud, como la adherencia al tratamiento y las recomendaciones de los profesionales. De esta forma, el usuario del servicio de salud se convierte en centro del sistema sanitario, las necesidades del paciente son el eje sobre el que se articulan las diferentes prestaciones asistenciales y la organización de los servicios hospitalarios (Hernández Meca, Ochando García, Mora Canales, Lorenzo Martínez y López Revuelta, 2005).

Fitzpatrick refiere tres motivos por los que los profesionales de la salud deberían evaluar la satisfacción de los pacientes. En primer lugar, existe la evidencia de que la satisfacción del paciente puede ser predictora del grado de seguimiento y la continuidad que los pacientes hacen del tratamiento. En segundo lugar, es una medida de evaluación de las consultas y de la comunicación con los médicos. Por último, la opinión de los pacientes puede ser utilizada para la organización de la asistencia sanitaria (Fitzpatrick, 1991).

La atención médica debe prestarse de forma tal que procure no sólo el bienestar del paciente, sino que sea compatible con sus preferencias y expectativas. La satisfacción es un concepto multidimensional que incluye: la empatía de los profesionales en su trato con los pacientes, tipo y cantidad de información que se le brinda al paciente y familiares, competencia técnica del personal sanitario, comodidades de las instalaciones, facilidades de acceso, complejidad burocrática del sistema, continuidad de los cuidados, resultado percibido de la asistencia y una valoración por parte del paciente del coste del tratamiento (Mira et al., 1999).

El interés por conocer la opinión de los pacientes se justifica en lo siguiente: los ciudadanos son parte integral y central del sistema, participando activamente tanto en la evaluación como en la planificación de la política sanitaria. Los mismos pueden monitorear y juzgar la calidad del servicio, aportando información sobre determinados aspectos que no es posible obtener por otros medios. Y, finalmente, se mide la satisfacción de los pacientes, porque se considera que cuando está satisfecho es más propenso a seguir las recomendaciones médicas y como consecuencia, a mejorar su salud (Serrano-del Rosal y Lorient-Arín, 2008).

Numerosos estudios han utilizado la evaluación de la satisfacción del paciente como indicador de la calidad del servicio. A continuación, se mencionan algunos de ellos.

Estudios previos sobre perspectiva y satisfacción del paciente para evaluar la calidad de un servicio

Los cambios organizativos en el sistema sanitario han aumentado el interés por evaluar el nivel de calidad percibida por el paciente y son muchos los estudios que lo demuestran.

Los mismos fueron llevados a cabo en diferentes tipos de servicios: odontológico (Araya Vallespir et al., 2012), obstétricos (Vicuña, 2002), de urgencia (Correia Loureiro y Miranda González, 2010); utilizando diversos instrumentos: SERVQHOS (Mira, et al., 1998; Mira et al., 2001), SERVPERF (Araya Vallespir et al., 2012), SERVQUAL (Vicuña, 2002), Modelo EFQM (Zardoya Alegría, 2007), PECASUSS, acrónimo de Percepción de Calidad Según Usuarios de Servicios de Salud (Cabrera-Arana, Bello-Parías y Londoño-Pimienta, 2008).

En algunos casos se hizo por correo postal (Mira, et al., 1998; Mira et al., 2001), en el hogar del paciente (Araya Vallespir et al., 2012), a través de una entrevista personal (Vicuña, 2002; Cabrera-Arana et al., 2008), o por correo electrónico (Ramírez Rodríguez, et al., 2001).

De los estudios anteriormente mencionados, entre los aspectos que resultaron **positivos** para los pacientes estuvo el tiempo adecuado de internación, satisfacción referida por el paciente, recomendar el servicio a otros pacientes, el aspecto de la pulcritud y limpieza del consultorio, que el profesional lo saluda y lo llama por su nombre, el componente técnico de la atención, la calidez de atención (Mira, et al., 1998; Mira et al., 2001; Araya Vallespir et al., 2012; Vicuña, 2002).

Entre los aspectos **negativos** se observó una baja calidad respecto los tiempos de espera para iniciar las consultas, falta de calidez en el trato, deficiencia en el confort, el maltrato, la falta de información, la insuficiencia de camas para recibir a las pacientes, la falta de cambio de ropa de cama en forma diaria, falta de disponibilidad de medicamentos en la farmacia del hospital, la incomodidad en la salas de espera, falta de confianza que le inspira el personal de salud, demora del personal para atender los pedidos, la capacidad y preparación de los profesionales, el interés que tienen por resolver sus problema, el estado de la habitación, la señalización del hospital, la apariencia del personal, mejorar la iluminación y el aseo general de las instalaciones, agilizar la entrega de resultados y medicamentos, pedidos de los pacientes para reducir la presencia de estudiantes y practicantes, porque consideran que afectan la calidad del servicio (Araya Vallespir et al., 2012; Vicuña, 2002; Mira et al., 2001, Cabrera-Arana et al., 2008).

En el año 2005 se llevó a cabo una investigación en la ciudad de México, que tenía como objetivo principal analizar la calidad de la relación del personal de salud con los pacientes hospitalizados. Fue un estudio de tipo cualitativo. Se aplicaron 40 entrevistas en profundidad a pacientes internados en un hospital de tercer nivel. Las categorías de análisis para explorar la percepción del trato entre los informantes fueron las siguientes: actitudes y acciones del personal médico y de enfermería, comunicación efectiva, grado de conocimiento del paciente y/o familiares sobre el diagnóstico, tratamiento clínico, evolución de la gravedad. Entre los resultados, encontraron en general un alto grado de satisfacción con la atención médica; aunque

los pacientes hospitalizados percibieron como inadecuado el trato cotidiano (no clínico) del personal médico y de enfermería del hospital, relacionado con la falta de confianza para solicitar información acerca de su padecimiento. El uso excesivo de tecnicismos por parte del prestador de servicios reforzó esta percepción de trato inadecuado (Herrera-Kiengelher, Villamil-Álvarez, Pelcastre-Villafuerte, Cano-Valle y López-Cervantes, 2009).

Ruiz Moral R, Alba Diosa A. y colaboradores, en el año 2011 en la ciudad de Córdoba, España, llevaron a cabo un estudio que tenía como objetivo principal conocer la percepción que tienen los usuarios sobre algunos aspectos interpersonales y técnicos relacionados con la atención que reciben cuando acuden a los centros de atención primaria. Fue un estudio observacional descriptivo. Los usuarios fueron entrevistados personalmente utilizando dos tipos de preguntas que evaluaron sus opiniones y satisfacción con diferentes aspectos comunicacionales y de tipo técnico relacionados con la demanda realizada. Las preguntas abiertas fueron agrupadas en categorías en un proceso que involucró a tres investigadores de manera independiente. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial (test χ^2 , $p < 0,05$). Entre los resultados encontraron que más de un 90% (360) de los usuarios encuestados declararon estar satisfechos o muy satisfechos con la atención recibida en atención al ciudadano; sin embargo, entre el 18 y el 36% hicieron propuestas para mejorar esta atención tras su consulta. Destacaron las sugerencias referidas a la relación/comunicación, capacitación del personal para resolver los problemas, calidad y cantidad de las explicaciones y tiempo de espera (Ruiz Moral et al., 2011).

En México realizaron un estudio en el año 2003 que tenía como objetivo identificar y evaluar los factores asociados con la calidad de la atención en las consultas externas de los hospitales del sector público en el estado de Hidalgo, mediante la opinión que manifestaban los usuarios. El diseño fue de tipo transversal, comparativo y analítico en 15 hospitales públicos. La muestra, compuesta por 9936 encuestados fue seleccionada mediante muestreo aleatorio simple. Se analizó la calidad de la atención

según la escala de Likert. Entre los resultados encontraron que la calidad de la atención fue percibida como buena por 71,37% de los encuestados y como mala por 28,63%. La mala calidad se percibió mayormente en las instituciones de la seguridad social (39,41% frente a. 19,42%). Se observó satisfacción en 84,94% de los encuestados, de los cuales 49,2% esperaban una mejor atención. El 16% refirió que regresaría al mismo hospital por no tener otra opción para su atención y 2% manifestó que no regresaría. La mayor escolaridad y los ingresos económicos superiores se asociaron con la percepción de mala calidad y la desaprobación del tiempo de espera, del tiempo que duró la consulta y del mal trato por parte del médico (Ortiz Espinosa, Muñoz Juárez, Lechuga Martín del Campo y Torres Carreño, 2003).

Otro estudio llevado a cabo en México tenía como objetivo describir la percepción de la calidad de la atención recibida por los usuarios en servicios ambulatorios de salud en México y analizar su relación con algunas características predisponentes y habilitadoras de la población usuaria. Entre los resultados se encontró que 81.2% de los usuarios percibió que la atención recibida fue buena y 18.8% mala. Los principales motivos que definían la calidad como buena fueron: el trato personal (23.2%) y mejoría en salud (11.9%); en tanto que los motivos de mala calidad aludidos fueron: los largos tiempos de espera (23.7%) y la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico (11.7%). Los que utilizaron servicios de seguridad social percibían 2.6 veces más frecuentemente mala calidad de atención que los que acudieron a servicios privados. Para los usuarios, la calidad estaba representada por las características del proceso de atención (44.8%), del resultado (21.3%), de la estructura (18.0%), y de la accesibilidad (15.7%). Los motivos más importantes por los cuales los usuarios no regresarían al mismo lugar de atención fueron: no lo atendieron bien (18.2%) y los largos tiempos de espera (11.8%) (Ramírez-Sánchez, Nájera-Aguilar y Nigenda-López, 1998).

Estudios sobre calidad de servicios sanitarios realizados en Argentina

En nuestro país, se llevó a cabo un estudio en un Centro de Salud de Jujuy. El mismo tenía como objetivos investigar los componentes más relevantes de la calidad de atención, indagar la disponibilidad de recursos y el nivel organizacional del Centro, analizar las condiciones que presentaba la estructura del Centro de Salud, identificar los procesos de atención materno infantiles y descubrir el grado de satisfacción de los usuarios, en relación con la utilización de los servicios del Centro de Salud. La investigación fue de tipo descriptiva observacional retrospectiva y la metodología cualitativa / cuantitativa multidimensional. Entre los resultados, encontraron que la calificación de la estructura era regular. Cuatro ítems calificaron bueno, cuatro regular y dos malo. La evaluación del proceso dio como resultado 74.7% y una calificación regular. La evaluación de resultados permitió ver una asociación no lineal, entre aspectos de la organización, su accesibilidad, los procesos de atención, la participación y la satisfacción por el servicio recibido. Concluyeron que la calidad de atención del Centro requería fortalecimiento, decisión política, apoyo técnico y estrategias de inserción comunitaria (Macias, 2009).

Otro estudio realizado en Argentina se hizo en Salta en el 2007. El propósito de la investigación fue indagar acerca de los aspectos que daban cuenta de la baja utilización del sistema público de salud por parte de familias pobres bajo la cobertura del Programa de Atención Primaria de la Salud. Los resultados mostraron que la percepción de los problemas de salud estaba fuertemente mediada por las condiciones materiales de vida y por la valoración de la salud en un contexto sociocultural específico. Concluyeron que la resolución de problemas cotidianos como el trabajo y la alimentación fundamentalmente, opaca la percepción de un problema de salud, especialmente en los adultos, siendo los niños/as los sujetos de mayor atención. La organización del Sistema Sanitario, así como las relaciones que en su interior se establecen entre los pacientes y los prestadores desestimulan la concurrencia a los centros asistenciales (Sacchi, Hausberger y Pereyra, 2007).

No se encontraron estudios realizados en Argentina, en los cuales se evaluara la calidad de un Servicio de Nefrología.

Estudios previos sobre calidad realizados en Servicios de Nefrología

La gran mayoría de los estudios hallados fueron realizados en España, lugar donde se validó el instrumento SERVQHOS, utilizado en esta investigación.

En el año 2008, en España, se realizó un estudio que tenía como objetivo evaluar el grado de satisfacción de los pacientes de diálisis sobre la atención sanitaria recibida y conocer los problemas relacionados con los cuidados recibidos durante su proceso asistencial. Se realizó un estudio cuali-cuantitativo. Los datos cuantitativos se recogieron mediante la utilización de un cuestionario (SERVQHOS) al 71% de la población total (40 pacientes). Cada ítem se puntuó en una escala Likert según el grado de satisfacción (de 1 a 5). Para recoger los datos cualitativos, se realizó una pregunta abierta y a la que respondieron algunos de estos pacientes en diarios personales. La satisfacción media global obtenida fue de 4. La profesionalidad del personal sanitario estaba entre los aspectos mejor valorados (4,2) y los medios de transportes entre los peor valorados (2,1). No se halló relación estadísticamente significativa entre las variables analizadas y el grado de satisfacción de los pacientes. En cuanto a los resultados del análisis cualitativo aportó información útil para identificar aspectos susceptibles de mejoras relacionados con la atención médica y de enfermería, medios de transportes, ambiente y otros recursos (Cerro López, Matani-Chugani y Santos Ruiz, 2008).

En la Fundación Hospital de Alorcón (España), en el 2004, se llevó a cabo un estudio que tenía como objetivo determinar el grado de satisfacción de los pacientes en hemodiálisis crónica en relación con la atención recibida y conocer los aspectos del proceso asistencial que generaban mayor satisfacción para identificar oportunidades de mejora. Fue un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se administró el cuestionario SERVQHOS modificado. Cada ítem se puntuó en una escala Likert (de 1 a

5) según el grado de satisfacción. La puntuación media obtenida en la primera parte del cuestionario fue superior a 3,5 en todos los atributos analizados excepto en la "facilidad para llegar al hospital". Determinaron que los aspectos que influían en la satisfacción de los pacientes eran "la puntualidad de las sesiones de hemodiálisis", "la rapidez con que consigue lo que necesita", "el interés del personal de enfermería por los pacientes" y el "tiempo de espera para ser atendido por el médico". Los atributos con los que los pacientes estaban menos satisfechos era el "tiempo de espera para ser atendidos por el médico", "la facilidad de llegada al hospital" y la "comunicación que el personal de la unidad mantiene con los familiares". La satisfacción media global fue de 3,81. No se encontró correlación entre las variables sociodemográficas y el nivel de satisfacción (Hernández Meca et al., 2005).

Los mismos autores, realizaron un estudio similar, pero utilizaron además el índice de Karnosky para medir el grado de autonomía y realizaron la investigación en los pacientes que se hemodializaban como en los que realizaban diálisis peritoneal. Los objetivos del estudio fueron determinar el grado de satisfacción y capacidad funcional de los pacientes en diálisis e identificar los aspectos del proceso asistencial que generaban mayor satisfacción. Se administró el cuestionario SERVQHOS modificado. El grado de satisfacción de los pacientes de HD fue 3,28 y en los de DP 3,68. Todos los ítems estuvieron por encima de 3,5, excepto en la facilidad para llegar al hospital. El ítem que obtuvo una mayor puntuación en los pacientes en HD fue si el personal cumplía lo que dice que va a hacer y en DP el trato personalizado que se da a los pacientes. No encontraron correlación entre la capacidad funcional y la satisfacción de los pacientes en diálisis. Las variables que determinaron el grado de satisfacción de los pacientes en HD fueron aquellas relacionadas con la atención que recibían (Hernández Meca, Ochando García, Lorenzo Martínez, Orbes Cervantes, y López Revuelta, 2007).

García-Vallaure Rivas, en el 2008, llevó a cabo un estudio en Asturias, España, que tenía como objetivos evaluar la satisfacción de los pacientes en la unidad de hemodiálisis; comparar los resultados con una unidad pública y analizar los posibles

factores diferenciadores entre los pacientes de ambas unidades. Para evaluar la satisfacción de los pacientes, se utilizó el cuestionario SERVQHOS modificado para HD. Entre los resultados, encontraron que las expectativas de los pacientes con la apariencia de la unidad, la información tanto del médico, sobre la dieta, medicación, el tiempo de espera por un médico cuando se precisa o la comunicación que el personal mantiene con la familia están más satisfechas en la Unidad concertada que en la pública a pesar de que los pacientes presentaban esos factores hallados previamente como condicionantes negativos en la satisfacción (García-Vallaure Rivas, 2009).

Desde el año 2004 hasta el año 2007, se llevó a cabo en España un estudio que tenía como objetivos determinar el nivel de satisfacción de los pacientes en hemodiálisis y diálisis peritoneal; su evolución en el tiempo y analizar los factores que determinaban la satisfacción en los cuatro años que duró el estudio. Este fue de tipo descriptivo transversal. Realizaron cuatro puntos de corte correspondientes a los meses de Febrero-Marzo de 2004, 2005, 2006 y 2007. Para la valoración de la satisfacción se utilizó el cuestionario SERVQHOS modificado. Entre los resultados, encontraron que los atributos determinantes de la satisfacción de los pacientes en hemodiálisis estaban relacionados con la atención recibida en el hospital, mientras que en diálisis peritoneal estaban más orientados a la responsabilidad que asume el paciente para poder realizar la técnica en su domicilio (Royuela García et al., 2007).

Rodríguez González y Sanjuán Hernández en el año 2013 llevaron a cabo una investigación que tenía como objetivo determinar el grado de satisfacción del paciente. Utilizaron la encuesta SERVQUOS modificada, y la escala Likert. Según los resultados obtenidos, el índice neto de satisfacción fue de 86,36% para el ítem referido a la satisfacción general, teniendo una valoración de excelente. Los 5 ítems más valorados fueron: la confianza transmitida, la disposición del personal a prestar ayuda, el trato personalizado, la amabilidad del personal y la información relacionada con la higiene. Los ítems menos valorados fueron: la señalización para llegar al Servicio, la capacitación del personal, la información médica, la tecnología de los equipos y el

tiempo de espera para ser atendido por el médico (Rodríguez González y Sanjuán Hernández, 2013).

En otro estudio en el que también utilizaron el cuestionario SERVQHOS modificado se plantearon como objetivo conocer el grado de satisfacción de los pacientes con ERC en HD y conocer las variables que se asociaban al aumento o disminución de la satisfacción de los pacientes en las unidades de diálisis. Concluyeron que los niveles de satisfacción fueron altos. Los aspectos peor valorados por los pacientes eran el "tiempo de espera", "el servicio de ambulancias" y la "calidad de la comida". Factores como la edad, el tiempo en diálisis, el sexo y el turno de diálisis (turno de mañana o de tarde) modularon las puntuaciones en el cuestionario. Concluyeron que identificar los factores que influyen en la satisfacción es tan importante como evaluarla (Pérez Domínguez, et al., 2012).

En el estudio llevado a cabo en la Unidad de HD del Hospital Universitario Central de Asturias, también utilizaron el cuestionario SERVQHOS modificado. Hallaron que menores niveles de satisfacción se asociaron a percibir más dolor, más limitación para las actividades cotidianas, más ansiedad/depresión, llevar más tiempo en diálisis, más horas de sesión, dializarse por catéter, haber estado trasplantado y tener menor edad ($p < 0,05$). Por el contrario, menor nivel de estudios, actividades laborales menos cualificadas, ir en ambulancia, haber elegido modalidad de diálisis, y considerar que su opinión es tenida en cuenta, aumentaban la satisfacción ($p < 0,05$). Las medias en las puntuaciones de los veinte atributos estuvieron todas entre 3,2 y 4,04 lo que indica que se encontraban entre como lo esperaba "3" y mejor de lo que esperaba "4". Los atributos mejor valorados fueron "la amabilidad del personal de la unidad" y "la disposición del personal", y los de menor, "la información que proporcionan los médicos" y la "información proporcionada sobre la dieta" (Miguel Montoya, et al., 2009).

La encuesta SERVQHOS también fue utilizada en estudios multicéntricos. En Tarragona se lo utilizó para determinar la calidad asistencial percibida por el paciente

en las Unidades de hemodiálisis de esa provincia. Concluyeron que la satisfacción global del paciente era de 4.3 sobre 5 (muy satisfecho). Los ítems del cuestionario que mayor importancia tenían para los pacientes eran la disposición del personal para ayudar, el interés del personal para solucionar problemas, la confianza y seguridad que el personal transmitía, la amabilidad del personal, la preparación del personal, el trato personalizado que se daba a los pacientes y el interés del personal de enfermería (Anguera Guinovart y Martínez Bateman, 2011).

Uno de los estudios valoró el nivel de satisfacción de pacientes con enfermedad renal crónica, cuando estos iniciaban por primera vez la terapia renal sustitutiva. La muestra estuvo compuesta por 83 pacientes. Para valorar la satisfacción con los cuidados recibidos, se utilizó el cuestionario para medir Calidad de Vida Relacionada con la Salud, específico para pacientes renales. Dentro de ese cuestionario existe un apartado que mide la satisfacción con los cuidados recibidos. El 62,7% de la muestra consideró que la amabilidad del personal sanitario fue la mejor posible (43,4%) o excelente (19,3%). El 51,8% de los pacientes opinó que el personal sanitario los animaba a ser independientes y el 59% consideró que los apoyaban a hacer frente a la enfermedad (Rebollo Rubio, Pons Raventos, Macías López y Cabrera Azaña, 2015).

En una Unidad de Diálisis de España, en el año 2011, realizaron un estudio cuyo objetivo era conocer en profundidad las vivencias y necesidades de pacientes en diálisis con la idea de identificar los puntos críticos del proceso de atención y elaborar propuestas de mejora. Fue una investigación de tipo cualitativa realizada a partir de 22 entrevistas semiestructuradas con pacientes en hemodiálisis y diálisis peritoneal. Usaron la técnica de análisis de discurso y del modelo SERVQUAL. Entre los resultados hallaron que los pacientes describían la fase de diagnóstico como el momento más duro por la necesidad de aceptación de la enfermedad. La técnica de diálisis peritoneal se valoraba positivamente por permitir una mayor independencia, pese a requerir una mayor responsabilidad de autocuidado. Respecto a diferentes dimensiones del modelo SERVQUAL, se valoró el trato humano y la competencia profesional. Los puntos

críticos fueron: la falta de coordinación, el mal funcionamiento del transporte y la falta de transparencia en la gestión de las listas de espera. Se señalaron deficiencias en el trato a cuidadores informales y en el nivel de conocimiento de profesionales de otras áreas diferentes a de la Nefrología (Prieto, et al., 2011).

En el Hospital Torrecárdenas, de Almería (España), se llevó a cabo un estudio que tenía como objetivo evaluar el grado de satisfacción del paciente con la labor que realizaba la enfermera en HD. También se administró el cuestionario SERVQHOS modificado. La mayoría de los pacientes evaluaron positivamente el trabajo de la enfermera, excepto en los apartados referentes a la información que recibían sobre dieta y medicación (Gómez Rodríguez, et al., 2014).

En el 2014, se realizó un estudio observacional transversal, descriptivo, con 70 pacientes crónicos en el que también se usó el cuestionario SERVQHOS modificado. Cada ítem fue anotado en un Likert escala (de 1 a 5, dependiendo del grado de satisfacción). El objetivo era evaluar el grado de satisfacción del paciente teniendo en cuenta la labor que realiza la enfermera en hemodiálisis, y determinar en base a los resultados qué era lo que se podía mejorar. Los resultados del cuestionario de satisfacción mostraron que la mayoría de los pacientes estaban muy satisfechos o satisfechos con la mayoría de los aspectos relacionados con el trabajo del personal de enfermería. Estos pacientes consideraban que los enfermeros eran amables, tenían una buena apariencia, entendían sus necesidades, inspiraban confianza y seguridad, eran capaces en su trabajo y tenían un trato personalizado. La mayoría de los pacientes sentían que el personal de enfermería resolvía rápidamente los problemas que surgían durante la diálisis, y que estaban interesados en ayudarlos. La excepción fue en los apartados referentes a la información sobre la dieta y la medicación, que es donde los pacientes se mostraron insatisfechos. No se observó correlación entre las variables sociodemográficas y el grado de satisfacción. Sin embargo, los pacientes mayores (mayores de 65 años) estaban más satisfechos (Martín, 2014).

Uno de los pocos estudios hallado que no fue realizado en España, se llevó a cabo en Kenia y en el mismo utilizaron el modelo SERVQUAL para evaluar la calidad del servicio. La investigación fue de tipo descriptiva transversal, realizada en la unidad renal del Kenyatta National Hospital. El objetivo del estudio fue determinar el nivel de satisfacción y percepción de la calidad de los servicios de enfermería en la unidad renal. Estudiaron a 151 pacientes. Los resultados del estudio revelaron que los pacientes en la unidad renal estaban generalmente satisfechos con los servicios de enfermería. La puntuación media para todos los pacientes en la escala de Likert fue de 71,2 de 105, con un desvío estándar de 16,8. El paciente con puntaje mínimo tenía 32 y la puntuación más alta fue 105. El nivel de satisfacción fue del 67,8%. Los pacientes de edades comprendidas entre 21 y 28 años reportaron menor satisfacción general (media de 66,3) y los de 13 a 20 años mostraron mayor satisfacción (media de 74,2), pero cuando se utilizó el test de ANOVA, no se hallaron asociaciones significativas entre la edad y la satisfacción del paciente. El nivel más alto de insatisfacción fue expresado por el 19,9% de los pacientes y se refería a la ingesta de agua y a la ingesta dietética. Los pacientes informaron que las principales causas de insatisfacción eran por el número inadecuado de máquinas de diálisis y la proporción inadecuada de enfermera-paciente. Los resultados también mostraron que no había asociación entre las características sociodemográficas y los niveles de satisfacción (Ndambuki, 2013).

Otro de los estudios fuera de España, fue llevado a cabo en Italia. En el mismo, investigaron si había relación entre el burnout en nefrólogos y enfermeras y la satisfacción del paciente con respecto a su atención. En el mismo participaron 68 nefrólogos, 334 enfermeros y 695 pacientes que se encontraban en HD, de 10 centros de diálisis del norte de Italia. El burnout del personal fue evaluado usando el Maslach Burnout Inventory. Tres subescalas del burnout del personal fueron analizadas: agotamiento emocional, despersonalización, y realización personal. La satisfacción de los pacientes se evaluó mediante un cuestionario múltiple opción que incorporaba 4 dimensiones de satisfacción del paciente: 1) integridad de la información médica; 2)

relación emocional con el personal de salud; 3) desempeño del personal del centro de diálisis, 4) aspectos de la organización del servicio de salud. Cada ítem fue puntuado en una escala de 4 puntos que variaba de 1 (muy insatisfecho) a 4 (muy satisfecho). Entre los resultados, hallaron que en general, las puntuaciones de burnout fueron sin diferencias significativas entre los médicos y las enfermeras. Sin embargo, considerando cada centro de diálisis por separado, en 2 centros, las enfermeras registraron mayores niveles de agotamiento emocional en comparación con los médicos, con diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,004$ y $p = 0,003$, respectivamente). El análisis de las evaluaciones de satisfacción general del paciente mostró una apreciación por la "cortesía" y la "amabilidad" del personal, pero evidenció problemas relacionados con los aspectos organizacionales y estructurales. La dimensión más crítica fue la "información" que recibían los pacientes. Hubo una correlación positiva significativa entre la realización personal del personal y la satisfacción del paciente ($p < 0,01$) y una correlación negativa significativa entre el agotamiento emocional del personal y la satisfacción del paciente ($p < 0,01$). No encontraron correlación significativa entre la despersonalización del personal y el nivel de satisfacción del paciente. Concluyeron que los altos niveles de burnout en los médicos y enfermeras estaban asociados con la mala satisfacción del paciente en unidades de diálisis (Argentero, Dell'Olivo y Ferreti, 2008).

Como se puede observar en los estudios mencionados anteriormente, las variables que más influyen en el grado de satisfacción son los tiempos de espera para ser atendidos por el médico, la puntualidad de las sesiones de hemodiálisis, la rapidez con la que conseguían lo que necesitaban, el interés del personal de enfermería por los pacientes y el buen funcionamiento de los medios de transporte.

Características de un Servicio de Nefrología y Hemodiálisis

Desde el Ministerio de Salud, a través de la Resolución N° 1704 del año 2007, pautan ciertas directrices para el buen funcionamiento y organización de los servicios

de diálisis presentes en la República Argentina. Estas normas están dentro del Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica que depende de la Dirección de Calidad de los Servicios de Salud. En este Programa se agrupan un conjunto de acciones destinadas a asegurar la calidad de las prestaciones en dichos Servicios (Ministerio de Salud de la Nación, 2007). Esta Resolución plantea que el tratamiento de hemodiálisis puede llevarse a cabo en centros de diálisis, servicios de diálisis o unidades de diálisis.

Esta tesis tiene como objeto de estudio el Servicio de Diálisis del Hospital Provincial del Centenario, pues el mismo funciona dentro de un establecimiento de salud. Según la Resolución antes mencionada, este Servicio debe estar destinado al tratamiento sustitutivo en pacientes con insuficiencia renal aguda o crónica u otra patología que requiera tratamiento dialítico. Debe contar obligatoriamente con una sala separada para dializar pacientes que requieran aislamiento. Sólo podrá funcionar en establecimientos con tercer nivel de resolución. La sala de diálisis deberá estar ubicada en un área de circulación restringida. Debe proveer los medios para poder dializar emergencias en otras áreas de la institución.

Con respecto a la planta física, la Resolución establece que el servicio deberá contar con un espacio con superficie de no menos de 6 m² para cada uno de los pacientes dializados simultáneamente, y con espacio entre cada puesto de diálisis (sillón/cama) no menor de 60 cm. Además, los pacientes deberán contar con acceso a sanitarios de uso exclusivo para ellos. El Servicio también deberá tener office de enfermería, sala de tratamiento de aguas, depósito de materiales, recinto de limpieza, área para preparación de colaciones, vestuarios y sanitarios para el personal, local para residuos patogénicos, área médica, consultorio para atención de pacientes, administración, sala de reanimación y recuperación, sala de espera, sala de aislamiento, sanitario adaptado para personas discapacitadas. Las paredes y los pisos de los locales deberán estar totalmente revestidos o pintados con materiales que faciliten su limpieza y desinfección. Los techos deberán estar contruidos con material apto para arquitectura

hospitalaria. Deberán tomarse todas las precauciones necesarias para prevención de incendios. Los locales deberán contar con detectores de humo y el cumplimiento con las certificaciones de bomberos. La sala de tratamiento de aguas debe ser exclusiva para la producción del agua purificada incluyendo los elementos necesarios para el funcionamiento de dicho proceso. Podrá ubicarse en esta sala el equipamiento para la preparación de soluciones para diálisis.

Los pacientes portadores del virus de la hepatitis B deberán dializarse en una sala separada y con máquina, insumos y personal dedicado para dichos pacientes. Debe extremarse el cumplimiento de las normas de bioseguridad.

La institución deberá contar con acceso adecuado y medios para el desplazamiento de pacientes discapacitados.

Con respecto al equipamiento, aparatos y equipos de uso médico; los aparatos para la aplicación de diálisis deben tener ciertas características, como temperatura del dializado con circuito de protección, conductividad, detector de fuga de sangre, detectores de burbujas de aire entre otros. Además, se deberá contar con balanzas para pesar a los pacientes, equipamiento para reanimación cardiorrespiratoria y cardiodesfibrilador y equipos de tratamiento de agua que permitan alcanzar cierta calidad bacteriológica.

El control químico del agua deberá realizarse no menos de una vez cada 6 meses. En caso que se produzca un desperfecto en el sistema de purificación de agua tratada, cada servicio deberá tener especificado cómo va a dializar, manteniendo la calidad del agua en lo que respecta a los controles bacteriológicos y sin contaminantes químicos que pongan en alto riesgo al paciente.

Todos los materiales utilizados: agujas, guías venosas y arteriales, guías de heparinización, jeringas, hemodializadores, soluciones concentradas para diálisis deberán reunir las características de calidad exigibles por la reglamentación vigente del ANMAT. No se pueden reutilizar agujas, guías venosas y arteriales, guías de heparinización y jeringas.

Los hemodializadores ("filtros de diálisis") podrán ser reutilizados. En el caso de los hemodializadores capilares, deberá controlarse el mantenimiento de la eficiencia o midiendo el volumen residual, o el aclaramiento de urea del filtro en cada sesión, que deberán mantenerse por encima del 80% del valor inicial de referencia. En el caso de los hemodializadores de placa, el método de control será la medición del aclaramiento de urea. En el caso que se decida reutilizar el hemodializador, el reprocesado deberá hacerse en un ambiente físico utilizado exclusivamente para tal fin; las membranas de los pacientes C positivos deberán reprocesarse en un sector separado adecuadamente identificado.

Con respecto a los recursos humanos, los establecimientos deberán contar con un director médico responsable del Servicio de Diálisis, especialista en nefrología con una experiencia no inferior a dos años en tratamiento dialítico, luego de haber obtenido el título de especialista. Médicos nefrólogos que aseguren el correcto seguimiento de los pacientes, en particular en lo que hace a la evolución clínica del paciente con insuficiencia renal crónica estadio 5, a razón de 1 cada 40 pacientes o fracción mayor de 20. Otros médicos, nefrólogos o con experiencia no menor de seis (6) meses en tratamiento dialítico, y por lo menos dos años de formación en clínica médica, que podrán cumplir la guardia del turno de diálisis. Se contará con la asistencia de Psicólogo/Psiquiatra, Nutricionista y Asistente Social.

Es imprescindible la presencia del médico en el ámbito del servicio de diálisis mientras se encuentren en ella pacientes en proceso de diálisis y/o bajo cuidado circunstancial por interurrencias eventuales. Fuera del horario de atención, debe contar con guardia médica pasiva.

Teniendo en cuenta el personal de enfermería, los establecimientos deberán contar con enfermeros matriculados que acrediten ese carácter mediante certificados de estudios reconocido por el Ministerio de Salud de la Nación y que además hayan aprobado un programa de capacitación en diálisis reconocido por la Sociedad Argentina de Nefrología o entidades legalmente reconocidas, auxiliares de enfermería

matriculados que acrediten ese carácter mediante certificado de estudio reconocido por autoridad sanitaria y que además haya aprobado un programa de capacitación en diálisis reconocido por la Sociedad Argentina de Nefrología o entidades legalmente reconocidas. La dotación de personal disponible no debe ser menor a uno cada cinco puestos.

El marco normativo de funcionamiento para diálisis de los pacientes, estipula que los pacientes renales crónicos ambulatorios deben ser dializados en locales destinados específicamente a tal fin. En el caso que el paciente lo requiera por razones médicas y/o psicológicas, podrá optar por efectuar la hemodiálisis en su domicilio, siempre que el centro o servicio de diálisis evalúe que es apto para llevar a cabo el procedimiento seleccionado y se asegure la responsabilidad del control médico seriado y en urgencia, así como el equipamiento necesario.

Con respecto a la detección de marcadores de virus de Hepatitis B y C, deberán tomarse los recaudos médicos a fin de realizar un adecuado control serológico de los pacientes, según recomendaciones de la SAN. Asimismo, deberá implementarse el seguimiento que corresponda en cada caso. Los pacientes con HbsAg positivo deberán ser dializados en una sala separada, con máquina, insumos y personal dedicados exclusivamente para estos pacientes.

Para los pacientes HIV positivos se sugiere máquina exclusiva y realizar el descarte total de todo el material utilizado.

Al paciente que se traslade de una localidad a otra o de una unidad a otra, deberá presentar la serología referente a HIV, HBsAg y HCV actualizadas en los últimos sesenta días, además de una historia clínica actualizada con su prescripción médica. Es obligatorio que todo paciente que ingrese a una unidad de hemodiálisis previamente cuente con los controles serológicos de HIV, HBsAg y HCV. En caso de urgencia y de no reunirse los requisitos exigidos en estos incisos, el paciente podrá ser dializado aparte, considerándose como un posible infectante (Ministerio de Salud de la Nación, 2007).

Características del Servicio de Nefrología del Hospital Provincial del Centenario

El Servicio fue fundado en el año 1990. En el momento del estudio, alrededor de 130 pacientes dializaban de forma crónica en el Servicio. El mismo contaba con 15 médicos: un jefe, subjefe, siete médicos de planta (cuatro de los cuales tenían la especialidad de nefrología) y seis médicos que estaban realizando su residencia (dos de 1º año de la especialidad y cuatro del 2º año).

Había 35 enfermeros en la atención de los pacientes, de los cuales tres eran licenciados en enfermería, diecinueve eran enfermeros profesionales, siete auxiliares de enfermería y seis eran "enfermeros ley" (son auxiliares de enfermería que luego hicieron la conversión del título). Veintitrés del total de enfermeros realizaron el curso de Técnico en Diálisis. La relación enfermero/paciente era de 3,9 ya que dos de los enfermeros hacían tareas de gestión.

En los diferentes turnos, había 12 personas realizando el trabajo de mucamas/os. El servicio contaba con 25 puestos (sillones que se reclinan, con apoyabrazos y apoyapiés) y una camilla que se utilizaba para dializar a los pacientes que se encontraban postrados.

Entre los otros profesionales que asistían a los pacientes había psicólogos, trabajadores sociales y nutricionistas. Los psicólogos eran dos: uno que dependía de la Provincia y otro de Nación. Para tener acceso a los Trabajadores Sociales, los pacientes que se dializaban debían recurrir al Servicio de Trabajo Social que depende del Hospital, ya que no disponían de profesionales exclusivos para el Servicio de Nefrología. Con respecto a la asesoría nutricional, la profesional sí formaba parte del staff del Servicio.

Los pacientes recibían en la sesión de diálisis una infusión (té o mate cocido solos o con leche) y un sándwich, galletitas vainillas, pastafrola, ensalada de frutas, flan o yogur según el día de la semana en que se encontraban dializando.

Los pacientes dializaban durante cuatro horas en tres días de la semana: lunes, miércoles y viernes o martes, jueves y sábado. Los turnos de cada día eran tres: el

turno de la mañana (de 6:30 a 10:30 hs); el turno de la tarde (de 12 a 16 hs) y el de la noche (de 17 a 21 hs).

El Servicio disponía de cuatro salas diferentes, dependiendo de la serología del paciente: estaba la sala C para los pacientes con diagnóstico de hepatitis C; la sala B para los de serología positiva para virus de hepatitis B y luego las salas A y D donde dializaban los pacientes con serología negativa. En el momento del estudio, había dos pacientes con VIH dializándose y para ellos se utilizaba la sala B.

El consultorio de nefrología se llevaba a cabo por los seis médicos residentes y por otros cinco médicos que no formaban parte del staff del Servicio. Además, el Servicio se encontraba adherido al Programa de Salud Renal de Argentina y esta tarea era realizada por tres de los siete médicos de planta.

El Programa de Salud Renal, en su componente de Atención Primaria de la Salud, vincula las estrategias de intervención de los programas relacionados a las enfermedades crónicas no transmisibles, tales como la diabetes, la hipertensión, las dislipemias, o la enfermedad cardiovascular en su conjunto, con una visión integradora, Cardiovascular, Renal y Endocrino – Metabólica. (Depine, 2004, P.1)

El objetivo fundamental de este programa es mejorar la calidad de vida de los pacientes renales en todo el desarrollo del continuo (salud-enfermedad renal-atención- rehabilitación), pero hay que destacar también que el Programa, al enfocar integralmente las enfermedades cardiovasculares, renales y endocrino metabólicas, fortalece las estrategias de Atención Primaria de la Salud en todas las enfermedades no trasmisibles vinculadas al daño del endotelio vascular y por ende a la enfermedad renal. (Depine, 2004, p.4)

En el Servicio de Nefrología del Hospital Centenario, básicamente lo que se hace con el Programa era recibir a los pacientes que llegaban al Hospital derivados de un Centro de Salud de Atención Primaria.

Definición del problema

¿Cómo es la calidad de la atención del Servicio de Nefrología, Hemodiálisis y Trasplante del Hospital Provincial del Centenario, desde la perspectiva de los pacientes con ERC en tratamiento hemodialítico en el mes de octubre de 2015?

Justificación del problema

El Servicio de Nefrología del Hospital Provincial del Centenario, específicamente la Sala de Hemodiálisis, funciona desde marzo de 1990. Durante muchos años, se utilizaba una sala antigua, con refacciones y modificaciones, adaptada para realizar el tratamiento. Desde agosto del 2010, el Hospital cuenta con una sala de hemodiálisis totalmente renovada, en otro sector del Hospital, con más cantidad de puestos, más moderna, y acorde a lo requerido por el Ministerio de Salud de la Nación.

A principios del año 2003, en el Servicio hubo un brote infeccioso de virus de hepatitis B, que produjo el contagio a siete pacientes y el fallecimiento de otros nueve. Según notas publicadas en los medios de comunicación de ese momento, la sala tuvo que ser aislada por lo que se debió cerrar el ingreso y egreso de pacientes al servicio de hemodiálisis. Se consideró que el contagio pudo estar vinculado a la manipulación de jeringas o a la deficiente desinfección de los filtros, que son personales de cada paciente. También se planteó que el brote infeccioso pudo haberse evitado con vacunación masiva a tiempo, la cual no se hizo porque en febrero de ese año el servicio, como toda la salud pública de esos años de crisis económica, estaba colapsado debido a las restricciones presupuestarias (El Litoral, 2003; La Capital, 2012).

Tanto que la sala donde se realiza el tratamiento como que en algún momento el Servicio haya sido intervenido, podían repercutir en lo que los pacientes consideraban como calidad de la atención.

A fin de indagar sobre los antecedentes dentro del servicio con respecto a normas y protocolos para mantener y evaluar la calidad dentro de la institución, se contactó a

los Jefes del Servicio que se encontraban a cargo en el período de mayo 2003 a junio de 2012, quienes comentaron que no se contaba con un protocolo específico de calidad; pero que estaban comenzando a trabajar en el proceso de acreditación de la SAN; a pedido de la Sociedad Internacional de Nefrología, quienes habían propuesto al Servicio como centro de entrenamiento para profesionales de otros países.

Para indagar acerca de los protocolos de calidad usados desde el año 2012 hasta la fecha de toma de la muestra para este estudio, que fue en el 2015, se contactó a la Sub jefa del Servicio, quien refirió que se aplicaban las Normas Internacionales de Calidad en Diálisis, como las KDIGO o las Guías SEN (las cuales hacen más énfasis en la calidad en asistencia sanitaria que en la atención), pero las mismas no se encontraban sistematizadas. Algunas de las intervenciones médicas para alcanzar estos estándares, requerían de cierta medicación (eritropoyetina, quelantes no cálcicos, análogos de vitamina D, etc) o instrumental que no estaba siempre disponible; o no se disponía de accesos vasculares definitivos en los pacientes por falta de cirujanos cardiovasculares en el Hospital o evaluación alimentaria nutricional por falta de nutricionista en el Servicio; eran algunos de los impedimentos para lograr una mejor calidad.

Desde el punto de vista de la Salud Pública, se infiere que el Servicio cumplía con las directrices pautadas por el Ministerio de Salud (Resolución Nº 1704) para el buen funcionamiento y organización de servicios de diálisis, destinadas a asegurar la calidad de las prestaciones, pero las mismas no eran evaluadas sistemáticamente, por lo que no se encontró registro alguno referente al tema.

La sala de diálisis del Hosp. Prov. del Centenario tiene la característica de ser la única pública de Rosario que presta este servicio a personas privadas de cobertura social en todo el sur de la provincia de Santa Fe; por lo que los pacientes que precisan de este tratamiento no tienen la posibilidad de elegir dónde desean ser atendidos. La ERC atraviesa al sujeto en todas sus áreas, modificando radicalmente diferentes aspectos de la vida cotidiana de quienes padecen esta enfermedad, ya que se

encuentran sometidos a un estricto tratamiento: dieta especial, recomendaciones específicas en el consumo de líquidos, controles y estudios frecuentes, etc. Esto los obliga a modificar sus hábitos de vida e implica exigencias que repercuten en su estado biopsicosocial. Los pacientes que se dializan pasan más de 12 hs semanales en el Servicio, por lo que terminan manteniendo fuertes lazos con sus compañeros pero también con el personal (principalmente enfermeros, médicos y mucamos) que se encuentra a cargo del tratamiento, pero se desconoce hasta el momento (por no contar con estudios previos) si los pacientes se encuentran satisfechos o no con la atención que están recibiendo. Si la calidad de la atención mejorara gracias a los resultados de este estudio, los primeros beneficiados serían los mismos pacientes.

En el momento en que se llevó a cabo el estudio, no estaba protocolizado ningún estándar de calidad, aunque sí se regían por normas internacionales, por lo que los resultados de este estudio servirían también para que los encargados del Servicio conozcan el grado de calidad que están brindando; estén al tanto de las acciones relacionadas a la atención que están realizando de forma correcta según la perspectiva del paciente y las sigan manteniendo o mejorando aún más, pero sobre todo, que conozcan cuáles son los puntos más débiles en la atención y que deben corregir para brindar una atención a la altura de lo esperado por los usuarios de ese Servicio.

Además, como se mencionó en antecedentes sobre el tema, no se hallaron en Argentina investigaciones publicadas sobre la calidad de un servicio de nefrología evaluado desde la mirada del paciente, por lo que el presente estudio puede servir para que los nefrólogos o las autoridades sanitarias provinciales conozcan el SEVQHOS como instrumento validado en español, sencillo y fácil de aplicar; útil para determinar la satisfacción de los pacientes dentro de cada Centro o Servicio.

Evaluar la calidad de la atención de un servicio dentro de un hospital tiene un papel importante en la atención sanitaria, ya que los hospitales albergan a las personas con los problemas de salud más serios, los cuales requieren atención especializada y que use lo más avanzado en tecnologías dentro de sus posibilidades, lo que los convierte

en los centros más costosos del sistema de salud. La evaluación continua de la calidad y la eficiencia de la atención hospitalaria es de suma importancia para el sector sanitario.

Lograr que los pacientes estén satisfechos debería ser un objetivo de todos los servicios de salud. La calidad percibida por el paciente es considerada como un factor crítico para determinar si existe o no calidad en los servicios prestados. Valorar el nivel de satisfacción de los pacientes de forma continua ofrece la oportunidad de identificar áreas deficitarias desde el punto de vista de los pacientes y evaluar los resultados de los cuidados, pudiendo planificar estrategias de mejora.

Los profesionales de la salud han mostrado permanente preocupación por alcanzar la satisfacción de los pacientes, al punto de considerar que es más fácil alcanzar un nivel mayor de la misma cuando se indaga a la fuente de información: el propio paciente. Tener en cuenta las necesidades de los destinatarios de los tratamientos puede convertirse en una estrategia fundamental para mejorar la adherencia al tratamiento.

Objetivos

Objetivo general

Describir el nivel de la calidad de la atención desde la perspectiva del paciente en el Servicio de Nefrología del Hospital Provincial del Centenario en octubre de 2015.

Objetivos específicos

Establecer la relación entre el nivel de la calidad de la atención desde la perspectiva del paciente y las distintas variables: sexo, edad, nivel de educación, actividad laboral, tiempo en diálisis, turno de diálisis, inscripción a trasplante (Tx), tipo de acceso vascular.

Analizar la valoración de los pacientes en HD acerca de la calidad de atención desde la perspectiva del paciente.

Identificar los aspectos negativos de la atención desde la perspectiva del paciente para proponer oportunidades de mejora.

Material y métodos

Área y período de estudio

El estudio se realizó en el Servicio de Nefrología, Hemodiálisis y Trasplante del Hospital Provincial del Centenario, durante el mes de octubre de 2015

Población

La población estudiada fue la de los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento hemodialítico trisemanal; que asistían al Servicio de Nefrología, Hemodiálisis y Trasplante del Hospital Provincial del Centenario de la ciudad de Rosario durante el mes de octubre de 2015.

Criterios de inclusión

Los criterios de selección de los pacientes para participar en el estudio fueron:

- llevar más de 1 mes de tratamiento
- poseer capacidad física y cognitiva para responder el cuestionario
- contar con el debido consentimiento del paciente
- ser mayor de 18 años de edad

Criterios de exclusión

- encontrarse en fase aguda de la enfermedad
- estar internado en el momento del estudio
- no asistir a la sesión el día de la toma de la muestra

Diseño metodológico

Se realizó un estudio cuantitativo y cualitativo, de tipo descriptivo, observacional, transversal. La recolección de la información fue a través de una encuesta semi-estructurada para evaluar la calidad del servicio. Además se tomaron notas textuales de los comentarios que realizaban los pacientes sobre cada pregunta; para conocer las

expectativas en cuanto a atención recibida. Se administró el cuestionario SERVQHOS modificado.

De los 121 pacientes en tratamiento, quedó un total final de 104 ya que dos fueron excluidos por ser menores de edad, uno porque se trasladó a otro Centro en el momento de la toma de la muestra, dos por discapacidad mental, uno porque comenzó tratamiento con diálisis peritoneal, dos porque fallecieron en el período de estudio, cuatro porque hacía menos de 1 mes que se encontraban en tratamiento, uno porque se encontraba internado en terapia intensiva, dos porque no se encontraron en su turno y finalmente dos pacientes que expresaron su negativa de participar.

Las variables en estudio fueron las siguientes:

Edad: Indica el tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento del estudio. Se midió en años.

Sexo: División del género humano según caracteres secundarios. Se clasificó en femenino y masculino.

Nivel de educación: Grado alcanzado dentro del sistema educativo. Se clasificó en sin estudios, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, terciario incompleto, terciario completo.

Actividad laboral: Tarea que desempeña el paciente en la actualidad. Se clasificó en estudiante, jubilado (pensionado), desocupado, trabajando, ama de casa.

Tiempo de inicio de diálisis: Momento transcurrido desde que el paciente comenzó el tratamiento dialítico hasta el momento del estudio. Se midió en meses.

Turno de diálisis: Momento del día en que el paciente realiza el tratamiento. Se clasificó en mañana, tarde, noche.

Etiología de la ERC: causa por la cual el paciente presenta una patología renal. Se clasificó en DBT, No filiado, Rechazo Tx, GNFC, PQR, GNFRP, Uropatía obstructiva, Nefroangioesclerosis, LES, Mielomeningocele, PNF, Sme Prune Belly, Enf de Fabry, Reflujo vesicouretral, Litiasis

Tipo de acceso vascular: medio a través del cual se hace llegar la sangre del paciente a la máquina de diálisis. Se clasificó en fístula arteriovenosa (FAV), Prótesis, Catéter permanente, Catéter temporal

Inscripción a la lista de espera de trasplante renal: Encontrarse anotado en el registro del INCUCAI. Se clasificó en estar inscripto (si), estar realizando los estudios para ingresar a la lista (en trámite) o no estar inscripto (no).

Calidad de la atención: grado por el cual los procesos de la atención incrementan la probabilidad de resultados deseables para la salud y reducen la probabilidad de resultados no deseados. Se clasificó en 1 correspondiente a "mucho peor de lo que esperaba", 2 a "peor de lo que esperaba", 3 a "como me lo esperaba", 4 a "mejor de lo que esperaba" y 5 a "mucho mejor de lo que esperaba".

Descripción de instrumento

El cuestionario utilizado para el presente estudio fue el SERVQHOS modificado adaptado para HD. El mismo fue validado por Mira y luego Hernández Meca. Es una adaptación para pacientes en hemodiálisis de la encuesta SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1988). Hernández Meca y Cols. lo modificaron eliminando una pregunta que carecía de sentido en los pacientes en hemodiálisis ("Las indicaciones para orientarse dentro del Hospital") e incluyeron dos preguntas específicas relativas a la dieta y a la medicación. La consistencia interna en su estudio fue de 0,95, lo que indica que el instrumento de medida es fiable (Hernández Meca et al., 2005).

El modelo SERVQUAL, para evaluar la calidad del servicio ofrecido, consta de 5 dimensiones: fiabilidad (realización del servicio prometido de forma eficaz), capacidad de respuesta-interés (capacidad de atender a los clientes/usuarios con una pronta respuesta a sus consultas), seguridad-garantía (incluyendo competencia, cortesía, credibilidad y seguridad), empatía (capacidad del cliente para usar el servicio cuando quiera, acceso, habilidad de informarle en su mismo lenguaje, comunicación, conocimiento del cliente y de sus necesidades) y elementos tangibles (instalaciones

físicas, equipamiento y apariencia del personal). Este instrumento en forma de encuesta está diseñado para investigar el grado de satisfacción de las expectativas de los usuarios respecto a un servicio. Se basa, en el paradigma de la desconfirmación (la discrepancia entre lo que se espera y lo que se percibe). Permite evaluar, pero también es una herramienta de mejora (orienta la puesta en marcha de acciones correctoras) y de comparación con otras organizaciones (García-Aparicio, Herrero-Herrero, Corral-Gudino y Jorge-Sánchez, 2010).

SERVQUAL es uno de los instrumentos más utilizados en el sector servicios para evaluar el nivel de calidad percibida por los clientes; uno de los más citados en la literatura sobre calidad y el que mayor atención ha recibido por parte de autores de distintas disciplinas. Su estructura de 44 ítems, divididos en dos escalas de 22 ítems cada una, evalúa, por un lado, las expectativas sobre el servicio ideal y, por otro, las percepciones de los clientes del servicio que han recibido. Está diseñado para medir la calidad a través de cinco dimensiones: tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía. SERVQUAL se basa en la idea de que la calidad vista por el cliente es el resultado de la diferencia entre expectativas y percepciones, el denominado "paradigma de la desconfirmación". El instrumento presenta ciertos problemas metodológicos, como la dificultad intrínseca de medir expectativas, las dificultades de los pacientes para entender las escalas de respuesta y la capacidad predictiva de las puntuaciones de la diferencia entre expectativas y percepciones; por lo que los propios Parasuraman, Zeithaml y Berry sugirieron diferentes alternativas a su cuestionario SERVQUAL con la intención de superar las principales críticas. En esta línea, rediseñaron su cuestionario y sugirieron una forma alternativa de respuesta combinando expectativas y percepciones en una misma escala (Mira, et al., 1998).

La metodología SERVQUAL está adaptada al mundo sanitario a través del cuestionario, ampliamente validado, denominado SERVQHOS. La encuesta SERVQHOS es un instrumento que permite evaluar la calidad percibida por el paciente, aplicada en estudios de satisfacción de los usuarios de servicios sanitarios, que combina

expectativas y percepciones. Este cuestionario ha demostrado una alta consistencia interna, una buena capacidad predictiva, y una buena estructura factorial. Ya ha sido validado y permite discriminar entre pacientes satisfechos e insatisfechos. También identifica oportunidades de mejora (Rodríguez González y Sanjuán Hernández, 2013).

El cuestionario SERVQHOS está diseñado a partir de la teoría de la discrepancia entre expectativas y percepciones y ha sido utilizado para estimar la calidad percibida. El cuestionario original consta de 19 ítems que se responden en una escala de cinco pasos (mucho peor de lo que esperaba a mucho mejor de lo que esperaba). SERVQHOS consta de dos factores. Un primer factor denominado Calidad Subjetiva que contiene 10 Ítems e incluye aspectos de cortesía, empatía, capacidad de respuesta y competencia profesional; y un segundo factor, denominado Calidad Objetiva, que pregunta sobre aspectos más tangibles de la estancia hospitalaria (estado de conservación o limpieza de las habitaciones, la uniformidad del personal, la puntualidad en las consultas o la información que se facilita al paciente o sus familiares) (Mira, et al., 1998; Mira et al., 2001).

Mira, Aranz, Lorenzo, Rodríguez-Marín, Moyano presentaron la escala SERVQHOS de calidad de la atención hospitalaria percibida por el paciente. Esta escala fue aplicada a dos hospitales públicos a lo largo de un período superior a dos años. Este instrumento midió los factores amabilidad, capacidad de respuesta, confianza en los profesionales, trato de enfermería, tiempo de espera, estado de la habitación, informaciones, capacidad de resolver los problemas, puntualidad, rapidez de respuesta, interés, facilidad para acudir al centro, preparación profesional, tecnología biomédica y trato al paciente (Mira et al., 2001).

El instrumento utilizado en este estudio fue el SERVQHOS modificado, el cual consta de 20 ítems que se responden en una escala (Likert) que va desde 1 (los servicios prestados han sido mucho peor de lo que esperaba) a 5 (los servicios prestados han sido mucho mejor de lo que esperaba) (Hernández Meca et al., 2005) (Mira, et al., 1998). También se incluyeron datos sociodemográficos como edad, sexo,

nivel de educación, actividad, tiempo en HD, turno de HD, tipo de acceso vascular, inscripción a lista de espera de Tx renal Además, se tomó nota textual de lo que los pacientes comentaban y agregaban a las respuestas dadas.

La escala de Likert usada consistió en una escala ordinal continua de 5 valores, en donde 1 correspondía a "mucho peor de lo que esperaba", 2 a "peor de lo que esperaba", 3 a "como me lo esperaba", 4 a "mejor de lo que esperaba" y 5 a "mucho mejor de lo que esperaba".

La escala tipo Likert es una escala de intervalos aparentemente iguales. Pertenece a lo que se ha denominado escala ordinal. Utiliza series de afirmaciones o ítems sobre los cuales se obtiene una respuesta por parte del sujeto.

Esta escala es utilizada frecuentemente para investigaciones porque se considera fácil de elaborar; además, permite lograr altos niveles de confiabilidad y requiere pocos ítems mientras que otras necesitan más para lograr los mismos resultados.

La presentación de este método de calificaciones sumadas para la medición de actitudes fue publicada por primera vez por R. Likert en 1932, partiendo de una encuesta sobre relaciones internacionales, relaciones raciales, conflicto económico, conflicto político y religión, realizada entre 1929 y 1931, en diversas universidades de EEUU. Una de las ventajas es que presenta una amplia posibilidad de respuestas. (Ospina, Sandoval, Aristizábal y Ramírez, 2005, p.21)

La escala se utiliza abundantemente en estudios de psicología aplicada, estudios de opinión, marketing, etc., ya que este formato conlleva una serie de ventajas, entre las que se puede destacar: menor ambigüedad de respuestas que las obtenidas con otro tipo de cuestionarios, mayor cercanía de las respuestas al objetivo del investigador, permiten recabar más información en menos tiempo. Resumidamente, se puede considerar que este tipo de escala es relativamente barata y fácil de desarrollar para el investigador y sencilla de comprender y rápida de contestar para el sujeto.

Sin embargo, este procedimiento de escalamiento también presenta algunos inconvenientes. Algunos de ellos son: la presunción de invariabilidad y estabilidad de significado de las categorías, la influencia de factores tales como la ubicación de los cuantificadores, el contexto dentro del cual los sujetos realizan las evaluaciones, las diferencias individuales, la cuestión relativa al nivel de medida alcanzado por la escala de respuestas (Cañadas Osinski y Sánchez Bruno, 1998).

El cuestionario resultante y utilizado en este estudio constó de 2 partes. La primera recogió datos sobre características sociodemográficas y médicas de los pacientes (edad, sexo, nivel de educación, actividad, tiempo en HD, turno de HD, tipo de acceso vascular, inscripción a lista de espera de Tx renal). La segunda constó de 20 ítems que abarcaban los elementos básicos en la evaluación de la calidad percibida, incluyendo la calidad de la atención sanitaria.

Descripción de procedimientos de recolección de datos

Los pacientes contestaron la encuesta durante la sesión de diálisis. La persona a cargo de tomar las entrevistas fue la autora de esta tesis, quien luego de presentarse e informar sobre los objetivos del estudio, explicó al paciente el consentimiento informado y solicitó su autorización mediante una firma. Se entregó un duplicado a cada paciente. En el caso de pacientes que no podían firmar (por ceguera o por tener el acceso vascular del mismo lado que la mano que usaban para escribir) el paciente hacía una X. El cuestionario se encontraba codificado (letras y números) para garantizar el anonimato del paciente.

Tras la firma del consentimiento informado por parte de los pacientes a la realización de la entrevista, se procedió a la aplicación de la encuesta. Se les explicó previamente la escala de cada pregunta. La duración media de las entrevistas fue de unos 10 a 15 minutos.

Además de ir completando las preguntas del instrumento, se tomaba nota de lo que expresaban los pacientes cuando hablaban de cada uno de los ítems que contenía el

mismo. La información verbal fue transcrita en el momento, en la misma hoja del instrumento. La técnica utilizada para la recolección de la información fue la entrevista semiestructurada.

Se utilizaron preguntas cerradas, pero se permitía a los pacientes que pudieran ampliar la respuesta, porque se consideró que de esta forma se recogía información diferente y quizás complementaria. Los comentarios que hicieron los pacientes ofrecieron una información más profunda y útil para individualizar algunos aspectos de la atención y para valorar la calidad de la atención que los pacientes reciben de parte del Servicio.

La estrategia metodológica empleada, permitió un acercamiento a los implicados directos, los pacientes, ofreciéndoles la oportunidad de articular sus opiniones y valoraciones en sus propios términos.

Análisis estadístico aplicado

Para el análisis de datos, se utilizó el programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 18.0 para Windows, donde se exportó toda la información desde una base de datos creada al efecto, obteniendo las frecuencias y medias de puntuación de cada ítem del SERVQUOS modificado. Se consultó con dos médicos y un psicólogo con amplia experiencia en el manejo estadístico para evaluar juntamente cuáles eran los mejores test a utilizar.

Para describir las variables cuantitativas se usó media con desvío estándar y para las variables cualitativas se usaron tablas de frecuencia y porcentajes.

Se utilizó ANOVA para relacionar calidad de la atención del Servicio con nivel de educación, ocupación, turno de diálisis, acceso vascular, sexo, inscripción en lista de espera a Tx renal y etiología. El test ANOVA (análisis de varianza simple) se utiliza para una variable cuantitativa y otra cualitativa con más de dos categorías, y evalúa diferencias de promedios entre los grupos (Escudero, 2017), por eso se consideró que

era pertinente utilizarlo, además que también había sido usado en estudios similares en que se aplicó el instrumento SERVQHOS.

Para relacionar calidad de la atención del Servicio con edad y tiempo en diálisis se utilizó correlación de Pearson, donde se toma una variable cuantitativa con otra cuantitativa y se evalúa la relación entre las dos variables (Escudero, 2017).

Se estableció el umbral de significación estadística en $p < 0,05$.

Resultados

En el período de estudio (octubre 2015) se entrevistaron en el Servicio de Nefrología a 104 pacientes, de los cuales el 59,6 % eran hombres y el resto eran mujeres.

Tabla N°1: Distribución de pacientes según el sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	62	59,6
Femenino	42	40,4
Total	104	100,0

La edad media fue de 47 años, con un desvío estándar de $\pm 13,8$. El paciente más joven tenía 18 años y el más anciano cerca de 80.

Los pacientes entrevistados llevaban entre 2 meses hasta cerca de 13 años en hemodiálisis, con un promedio de 3 años en el tratamiento.

Tabla N°2: Distribución de pacientes según la etiología de la enfermedad renal

	Frecuencia	Porcentaje
DBT	28	26,9
No filiado	28	26,9
Rechazo Tx	11	10,6
GNFC	14	13,5
PQR	5	4,8
GNFRP	4	3,8
Uropatía obstructiva	3	2,9
Nefroangioesclerosis	2	1,9
LES	2	1,9
Mielomeningocele	2	1,9
PNF	1	1,0
Sme Prune Belly	1	1,0
Enf de Fabry	1	1,0
Reflujo vesicouretral	1	1,0
Litiasis	1	1,0

Total	104	100,0
-------	-----	-------

Más del 50% de los pacientes entrevistados eran diabéticos o no se conocía la causa de la enfermedad renal. A este porcentaje le siguen los pacientes con GNFC (glomérulonefritis crónica) y aquellos que alguna vez fueron trasplantados.

Tabla N°3: Distribución de pacientes según el nivel de educación

	Frecuencia	Porcentaje
Primaria completa	28	26,9
Primaria incompleta	32	30,8
Secundaria completa	13	12,5
Secundaria incompleta	22	21,2
Sin estudios	3	2,9
Terciario completo	2	1,9
Terciario incompleta	4	3,8
Total	104	100,0

No se encontró ningún paciente con nivel universitario incompleto ni completo, por eso no se lo incluyó dentro de las categorías. Cerca del 57% de los entrevistados había cursado algún año de la escuela primaria o había concluido sus estudios.

Tabla N°4: Distribución de pacientes según la ocupación

	Frecuencia	Porcentaje
Pensionado	51	49,0
Desocupado	22	21,2
Trabajando	23	22,1
Ama de casa	6	5,8
Estudiante	2	1,9
Total	104	100,0

Casi el 50 % de los pacientes se encontraba cobrando algún tipo de pensión y el 22 % continuaba trabajando.

Tabla N°5: Distribución de pacientes según el turno de diálisis

	Frecuencia	Porcentaje
Mañana	38	36,5
Tarde	35	33,7
Noche	31	29,8
Total	104	100,0

En cada uno de los turnos de diálisis asistían cantidades similares de pacientes.

Tabla N°6: Distribución de pacientes según el tipo de acceso vascular

	Frecuencia	Porcentaje
FAV	99	95,2
Cateter permanente	2	1,9
Cateter transitorio	3	2,9
Total	104	100,0

Más del 95 % de los pacientes tenía una fístula arteriovenosa para la conexión.

Tabla N°7: Distribución de pacientes según la inscripción a la lista de espera de trasplante renal

	Frecuencia	Porcentaje
En trámite	30	28,8
No	41	39,4
Si	33	31,7
Total	104	100,0

Sólo el 31.7 % de los pacientes se encontraba inscripto en lista de espera para trasplante renal.

Tabla N°8: Estadísticos descriptivos para la Calidad de atención

			Estadístico	Error típ.
Calidad de atención	Media		4,1904	,03375
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	4,1235	
		Límite superior	4,2573	
	Media recortada al 5%		4,2076	
	Mediana		4,2250	
	Varianza		,118	
	Desv. típ.		,34417	
	Mínimo		3,15	
	Máximo		4,80	
	Rango		1,65	
	Amplitud intercuartil		,45	
	Asimetría		-,670	,237
	Curtosis		,294	,469

Del total de las respuestas de la calidad de atención desde la perspectiva del paciente, la media fue de 4,19, ubicándose entre "mejor de lo que esperaba (4)" y "mucho mejor de lo que esperaba (5)"; con un mínimo de 3,15 y un máximo de 4,8.

Tabla N°9: Puntuación media de ítems del SERVQHOS

	% de puntuación					Mín	Máx	Media	DS	Mediana
	1	2	3	4	5					
Tecnología de los equipos	1,9	10,6	44,2	40,4	2,9	1	5	3,32	,779	3
Apariencia del personal	0	1,9	5,8	52,9	39,4	2	5	4,30	,667	4
El personal cumple lo que dice	0	1	7,7	26,9	64,4	2	5	4,55	,681	5
Estado de las salas	1,9	6,7	9,6	57,7	24	1	5	3,95	,885	4
Información médica	2,9	9,6	8,7	37,5	41,3	1	5	4,05	1,074	4
Tiempo de espera	3,8	6,7	41,3	45,2	2,9	1	5	3,37	,813	3
Facilidad para	4,8	15,4	11,5	12,5	55,8	1	5	3,99	1,318	5

llegar al hospital												
Interés para resolver problemas	0	2,9	11,5	25	60,6	2	5	4,43	,810		5	
Puntualidad sesión de diálisis	1	3,8	24	41,3	29,8	1	5	3,95	,885		4	
Rapidez en conseguir lo que necesita	7,7	19,2	25	42,3	5,8	1	5	3,19	1,062		3	
Disposición del personal para ayudar	0	1,9	5,8	29,8	62,5	2	5	4,53	,696		5	
Confianza que el personal transmite	0	0	12,5	33,7	53,8	3	5	4,41	,705		5	
Amabilidad en el trato	0	1,9	1	19,2	77,9	2	5	4,73	,578		5	
Preparación del personal	0	2,9	8,7	36,5	51,9	2	5	4,37	,766		5	
Trato personalizado	0	0	6,7	18,3	75	3	5	4,68	,596		5	
Capacidad para comprender necesidades	1	0	4,8	34,6	59,6	1	5	4,52	,682		5	
Comunicación con familiares	0	5,8	14,4	29,8	50	2	5	4,24	,908		4,5	
Interés por los pacientes	1	3,8	14,4	46,2	34,6	1	5	4,10	,854		4	
Información referente a la medicación	0	5,8	14,4	29,8	50	2	5	4,72	,615		5	
Información referente a la dieta	1	3,8	14,4	46,2	34,6	1	5	4,40	,782		5	

Las medias en las puntuaciones de los 20 atributos estuvieron todas entre 3,19 y 4,73, lo que indica que se encuentran entre "como me lo esperaba (3)" y "mucho mejor de lo que esperaba (5)".

Los ítems que tuvieron más de 40% en alguna de las categorías de las respuestas, muestra que hay una tendencia.

Considerando las medias, los atributos mejor valorados fueron "Amabilidad en el trato (media 4.73)", "Información referente a la medicación (media 4.72)", "trato personalizado (media 4.68)" y "el personal cumple lo que dice (4.55)"

Los menos valorados fueron "Rapidez en conseguir lo que se necesita (media 3.19)", "La tecnología de los equipos (media 3.32)" y "El tiempo de espera (media 3.37)".

ANOVA

Cuando se realizó el cruce entre la calidad de la atención con las distintas variables, los resultados fueron los siguientes:

Tabla N°10: Relación entre el nivel de educación y la calidad de la atención

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Calidad de atención y Nivel de educación	Inter-grupos	1,174	6	,196	1,721	,124
	Intra-grupos	11,026	97	,114		
	Total	12,200	103			

No se hallaron diferencias significativas en la Calidad de atención y el Nivel de Educación de los pacientes ($F=1.721$ $p=0.124$ $\eta^2=0.096$); lo que representa que mayor o menor grado de escolaridad no determina lo que el paciente considera que es calidad de atención.

Tabla N°11: Relación entre la ocupación y la calidad de la atención

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
--	--	----------------------	----	---------------------	---	------

Calidad de atención y Ocupación	Inter-grupos	,091	4	,023	,185	,945
	Intra-grupos	12,110	99	,122		
	Total	12,200	103			

No se hallaron diferencias significativas en la Calidad de Atención y la ocupación de los pacientes ($F=0.185$ $p=0.945$ $\eta^2=0.007$), lo que expresa que el paciente se encuentre activo o no, no determina lo que considera como calidad de atención.

Tabla N°12: Relación entre el turno de diálisis y la calidad de la atención

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Calidad de atención y Turno de diálisis	Inter-grupos	,550	2	,275	2,382	,098
	Intra-grupos	11,651	101	,115		
	Total	12,200	103			

No se hallaron diferencias significativas en la Calidad de Atención y el turno de diálisis ($F=2.382$ $p=0.098$ $\eta^2=0.045$); aunque hay una leve tendencia entre el turno noche y una mayor calidad.

Tabla N°13: Relación entre el tipo de acceso vascular y la calidad de la atención

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Calidad de	Inter-grupos	,617	2	,308	2,689	,073

atención y Tipo de acceso vascular	Intra-grupos	11,583	101	,115
	Total	12,200	103	

No se hallaron diferencias significativas en la Calidad de Atención y el tipo de acceso vascular de los pacientes ($F=2.689$ $p=0.073$ $\eta^2=0.051$), lo que representa que dializar mediante catéter o usando FAV, no determina lo que el paciente considera calidad en la atención.

Tabla N°14: Relación entre el sexo y la calidad de la atención

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Calidad de atención y sexo	Inter-grupos	,159	1	,159	1,348	,248
	Intra-grupos	12,041	102	,118		
	Total	12,200	103			

No se hallaron diferencias significativas en la Calidad de Atención y el sexo de los pacientes ($F=1.348$ $p=0.248$ $\eta^2=0.013$)

Tabla N°15: Relación entre la inscripción a lista de espera de Tx y la calidad de la atención

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Calidad de atención e Inscripción	Inter-grupos	,369	2	,184	1,575	,212
	Intra-grupos	11,831	101	,117		

Tx

Total <12,200 103

No se hallaron diferencias significativas en la Calidad de Atención y la inscripción a lista de espera de Tx de los pacientes ($F=1.575$ $p=0.212$ $\eta^2=0.03$), lo que muestra que no hay asociación entre estar o no en la lista de espera y la calidad de la atención.

ANOVA de un factor

Tabla N°16: Relación entre la etiología de la enfermedad renal y la calidad de la atención

Calidad de la Atención								
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	Límite superior	de Mínimo Máximo Varianza entre componentes
1 DBT	28	4,2821	,35230	,06658	4,1455	4,4187	3,20	4,70
2 no filiado	28	4,2179	,33753	,06379	4,0870	4,3487	3,45	4,80
3 rechazo Tx	11	3,9773	,44686	,13473	3,6771	4,2775	3,35	4,70
4 GNFC	14	4,1929	,27446	,07335	4,0344	4,3513	3,75	4,65
16 Otras	23	4,1457	,30110	,06278	4,0154	4,2759	3,15	4,60
Total	104	4,1904	,34417	,03375	4,1235	4,2573	3,15	4,80
Efectos fijos			,33931	,03327	4,1244	4,2564		
Modelo				,04530	4,0646	4,3162		,00423
Efectos aleatorios								

Calidad de Atención					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.

Inter-grupos	,803	4	,201	1,743	,147
Intra-grupos	11,398	99	,115		
Total	12,200	103			

No se hallaron diferencias significativas en la Calidad de Atención y la etiología de la enfermedad renal de los pacientes ($F=1.743$ $p=0.147$), aunque hay una leve tendencia entre los pacientes que tuvieron un rechazo del Tx y la calidad de la atención, con una media de 3,97; lo que representa que estos pacientes consideraban a la calidad con una puntuación menor que el resto de los pacientes con otras etiologías.

Correlación de Pearson

Tabla N°17: Relación entre la edad y la calidad de la atención y el tiempo en diálisis y la calidad de la atención

		Edad	Tiempo en diálisis	Calidad de la Atención
Edad	Correlación de Pearson	1	-,161	,265**
	Sig. (bilateral)		,102	,007
	N	104	104	104
Tiempo en diálisis	Correlación de Pearson	-,161	1	-,173
	Sig. (bilateral)	,102		,079
	N	104	104	104
Calidad de la Atención	Correlación de Pearson	,265**	-,173	1
	Sig. (bilateral)	,007	,079	
	N	104	104	104

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Se aprecia que a mayor edad, mayor calidad en la atención ($r=0.265$, $p=0.007$); lo que representa que los pacientes mayores consideraban la calidad de la atención con mayor puntuación que los más jóvenes.

Se observa una relación entre la edad de los pacientes y la calidad, pero está explicada por otras variables intervinientes ($p=0.007$)

No se observa relación entre el tiempo transcurrido en el tratamiento y la calidad del servicio.

Observando cada uno de los ítems por separado del instrumento SERVQHOS y teniendo en cuenta las notas que se hicieron de lo que los pacientes expresaban en el momento de la entrevista, se obtuvieron las siguientes consideraciones:

Pregunta N° 1: La tecnología de los equipos médicos para los diagnósticos y tratamientos: Los pacientes expresaron "con la máquina no tengo problemas, nunca quedé sin dializar por la falta de máquinas". "La máquina es la misma que desde que empecé diálisis". "Andan, las máquinas andan y eso es lo importante". En general, los pacientes no tienen punto de comparación con otras máquinas y no saben decir sin máquinas nuevas o no. Un paciente dijo haber dializado en otro centro y que las máquinas eran mucho más antiguas que las del Servicio. "La máquina nunca tiene fallas". Uno de los pacientes expresó "Falta mantenimiento". Este ítem fue uno de los que obtuvo valores más bajos, con un 84% entre "Como me lo esperaba (3)" y "mejor de lo que esperaba (4)" y un 10 % en "peor de lo que esperaba (2)".

Pregunta N° 2: La apariencia (limpieza y uniforme) del personal: entre los comentarios de los pacientes "algunos uniformes se ven rotos", "están medio gastados". "Algunos enfermeros o mucamos deben comprarse su propio uniforme". "Algunos uniformes están viejos". "No me fijo en el uniforme del personal." El 92 % de los pacientes consideró este ítem entre "mejor de lo que esperaba (4)" y "mucho mejor de lo que esperaba (5)".

Pregunta N° 3: Si el personal cumple con lo que dice que va a hacer: una de las pacientes mencionó "A veces estoy un rato acalambrada hasta que vienen a

ayudarme.” “A veces tengo que recordarles que me pongan la medicación”. “Hay que esperar a que te pongan la medicación”. Sin embargo, este fue uno de los ítems que mayor puntaje tuvo, ya que 91 % de los pacientes lo consideró entre “mejor de lo que esperaba (4)” y “mucho mejor de lo que esperaba (5)”.

Pregunta N° 4: El estado en el que están las salas de diálisis y los consultorios: Las observaciones de los pacientes fueron “Le falta limpieza a las ventanas”. “No se pueden usar los baños porque no corre el agua de los inodoros”. “Durante días están sin limpiar”. “La sala se inunda”. “La sala no está en mal estado, pero no tiene mantenimiento”. “Siempre están dando vueltas los que limpian”. “Le falta mantenimiento, principalmente a los baños”. “Si se me vuelca el mate cocido, enseguida vienen y limpian”. “Las otras salas si están limpias, pero esta (sala C) tiene una rejilla de la que sale un olor a cloaca que hay veces que se hace imposible respirar” “Antes había cucarachas, hormigas... nos tuvimos que quejar y ahora todo está limpio y no se ven más bichos acá”. “A veces no podemos entrar porque están limpiando”. “La sala está impecable”. “El baño está sucio porque la gente es sucia y no lo cuida”. “Las chicas no tienen elementos para limpiar” Varios de los pacientes de la sala llamada “C”, durante la entrevista y al tocar el punto de la limpieza, se quejaban de un olor constante que salía de una rejilla cercana. Pese a estos comentarios, el 81 % de los pacientes consideró este ítem entre “mejor de lo que esperaba (4)” y “mucho mejor de lo que esperaba (5)”.

Pregunta N° 5: La información que los médicos proporcionan: los pacientes expresaron “Los médicos informan si el paciente pregunta sobre su salud, sus análisis de laboratorio, etc.” “Hace meses que no nos leen los análisis”. “Los médicos me informan porque soy yo el que pregunto, sino, no recibo información.” “Los médicos me leen el laboratorio cuando se acuerdan”, “Solo me informan si pregunto”. “Hace 8 meses que estoy en diálisis y recién en este mes me dicen que tengo un fósforo de 12... no puede haber estado normal los otros meses y subirme de golpe”. “Los médicos me informan solo porque yo pregunto”. “Sólo el médico de mi turno viene a decirme

cómo estoy.” “No me informan porque no pregunto”. “Hace meses que tenía alta la parathormona, y recién cuando les dije que me dolía mucho el cuerpo, me dijeron que era porque tenía alto eso”. “Los médicos revisan la carpeta y nada más”. “No nos leen los laboratorios”. “Hace 1 año que no me hacen una placa”. Otros pacientes resaltan lo contrario: que todos los meses pasan los médicos contándoles cómo están sus laboratorios. “Todos los meses me leen el laboratorio”. “Los médicos todo el tiempo me preguntan cómo estoy”. “Una vez al mes vienen los médicos y me dicen cómo estoy”. “Yo pregunto y entonces me informan”. “Yo les pido una copia del laboratorio para llevar al médico clínico, y siempre me dan”. El 78.8 % de los pacientes consideró este ítem entre “mejor de lo que esperaba (4)” y “mucho mejor de lo que esperaba (5)”.

Pregunta Nº 6: El tiempo de espera para ser atendido por un médico: algunos pacientes expresaron “hay que esperar en la sala de espera dependiendo quién es el médico que está atendiendo”. “Hay poco personal y por eso tardan en atender.” “Hay que esperar muchísimo, sobre todo cuando uno viene a la guardia”. Algunos nunca tuvieron que venir a consultorio externo y no saben cómo es el tiempo de espera. Algunos pacientes se quejaron que cuando iban a la Guardia del Hospital no había nefrólogos. Les expliqué que siempre hay uno de guardia pasiva al llamado, pero decían que desde el Hospital no los llamaban. También se quejaron de la guardia que llegaron con un sangrado de la desconexión y en la guardia no los quisieron atender “porque son pacientes de diálisis”. Este ítem fue uno de los que obtuvo valores más bajos, con un 86% entre “Como me lo esperaba (3)” y “mejor de lo que esperaba (4)”.

Pregunta Nº 7: La facilidad para llegar al hospital: “Tengo 45 minutos de viaje”. La mayoría de los que tienen que ir por su cuenta, se muestran disconformes al respecto. “Me vengo en colectivo desde Funes. Cuando me voy, si me siento mal, me tengo que tomar un remis”. “Tengo una hora y media en colectivo desde Carcarañá porque hay veces en q no me van a buscar”. Gran parte de los pacientes tienen traslado (remis o

ambulancia) que les da PROFE (Incluir Salud) o las comunas o municipalidades donde residen. Otros pacientes se trasladan en transporte público y se quejan porque tienen hasta una hora y media de viaje hasta el Hospital. Algunos solo tienen uno de los traslados (la ida o la vuelta) y deben arreglarse por medios propios. El 68 % de los pacientes consideró este ítem entre "mejor de lo que esperaba (4)" y "mucho mejor de lo que esperaba (5)" y 26.6% entre "peor de lo que esperaba (2)" y "Como me lo esperaba (3)"

Pregunta N° 8: El interés del personal por solucionar problemas de los pacientes: entre los comentarios de los pacientes "depende quién es el médico es el interés que muestra por los pacientes." "Estoy acá gracias a ellos; más de una vez me salvaron". "Esto es como una familia". "Los enfermeros corren a ayudarme cuando me siento mal". "En seguida vienen a ayudarme". "Pasa un rato hasta que vienen a preguntarte qué te pasa que te sentís mal". "Si me descompongo, se quedan al lado mío hasta que me siento mejor." "A veces son pocos los enfermeros, y no pueden venir rápido a ayudarnos". El 85 % de los pacientes consideró este ítem entre "mejor de lo que esperaba (4)" y "mucho mejor de lo que esperaba (5)".

Pregunta N° 9: la puntualidad de las sesiones de diálisis: los pacientes expresaron "a veces son pocos enfermeros porque están con licencia por enfermedad, entonces esos días se tarda en conectar". "Los técnicos vienen de otros trabajos y se les hace tarde". "Si se atrasa el primer turno, nos atrasamos todos". "Depende de si se atrasan los otros turnos o de la rapidez del técnico." "No había el líquido de diálisis y tuvimos que empezar 1,30 hora más tarde, pero salimos a la hora de siempre." El 71.1 % de los pacientes consideró este ítem entre "mejor de lo que esperaba (4)" y "mucho mejor de lo que esperaba (5)".

Pregunta N° 10: la rapidez para conseguir lo que necesita: en esta pregunta, los pacientes se centraron principalmente en la atención en Farmacia y Rayos del Hospital. Entre los comentarios "nos entregan las recetas solo una vez a la semana, y si en farmacia no hay medicamentos, otro médico no nos puede volver a hacer la

receta". "En farmacia muchas veces no hay medicamentos". "La farmacia está cerrada en el horario en que venimos a diálisis". "Hay poco personal y por eso se demora". "En la Farmacia siempre hay mucha gente". "Cuando nos mandan a hacer una placa es rápido, porque nos hacen pasar antes que los otros". "Voy los sábados a hacerme las placas, porque no hay nadie". "Hacerse la placa es rápido, pero para la medicación hay que esperar mucho" "Salí a las 12 hs de diálisis y recién a las 15 hs me atendieron en farmacia de tanta gente que había". "Radiografía solo podemos ir los sábados, porque no hay gente" Los pacientes presentaron firmas pidiendo en Dirección del Hospital para que vuelvan a tener un trato preferencial en la Farmacia del mismo. Otros, lo que hacen, es pagar entre varios a la madre de un compañero que va como acompañante para que les retire la medicación en farmacia. Algunos pacientes consiguen rápido los medicamentos porque no los retiran en el Hospital sino en el Centro de Salud cercano a su casa. Este ítem fue uno de los que obtuvo valores más bajos, 44.2 % entre "peor de lo que esperaba (2)" y "Como me lo esperaba (3)"

Pregunta N° 11: La disposición del personal para ayudarlo cuando necesita: uno de los comentarios fue "los enfermeros y médicos muestran disposición según el turno". El 92.3 % de los pacientes consideró este ítem entre "mejor de lo que esperaba (4)" y "mucho mejor de lo que esperaba (5)".

Pregunta N° 12: la confianza (seguridad) que el personal trasmite a los pacientes: los pacientes expresaron "Algunos enfermeros y médicos muestran más seguridad que otros en el momento de trabajar". "Según el enfermero". El 87.5 % de los pacientes consideró este ítem entre "mejor de lo que esperaba (4)" y "mucho mejor de lo que esperaba (5)".

Pregunta N° 13: la amabilidad del personal en su trato con la gente. "Algunos (enfermeros) son más amables que otros". Este fue uno de los ítems que recibió puntaje más alto, ya que un 77% lo califica como "mucho mejor de lo que esperaba (5)".

Pregunta N° 14: La preparación (capacitación) del personal para realizar su trabajo: las observaciones de los pacientes fueron "Considero que están capacitados; sino, no estarían ocupando ese puesto". "No me gusta que practiquen con nosotros". "A algunos médicos se nota que le falta más estudio". "Les falta más capacitación". "A algunos médicos les falta estudio". "Para eso estudiaron, saben mucho". El 88.4 % de los pacientes consideró este ítem entre "mejor de lo que esperaba (4)" y "mucho mejor de lo que esperaba (5)".

Pregunta N° 15: El trato personalizado que se da a los pacientes: algunos de los comentarios fueron "los médicos no saben qué medicamento tomo y tampoco se fijan en la carpeta". "Con algunos médicos el trato no es personalizado porque no saben cómo nos llamamos". Pese a lo que observaron los pacientes, este ítem fue uno de los que mayor puntaje recibió, ya que un 93.3 % lo califica entre "mejor de lo que esperaba (4)" y "mucho mejor de lo que esperaba (5)".

Pregunta N° 16: La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes: uno de los comentarios fue "No encuentro forma de agradecer cómo tratan." "Acá somos como una familia, nos ayudamos entre todos". El 94.2 % de los pacientes consideró este ítem entre "mejor de lo que esperaba (4)" y "mucho mejor de lo que esperaba (5)".

Pregunta N° 17: La comunicación que el personal mantiene con los familiares: algunos pacientes ven como negativo que los familiares no puedan pasar a la Sala de diálisis. Otros pacientes dicen que no dejan entrar a los familiares, porque algunos se han descompuesto cuando vieron cómo era el tratamiento. El 79.8 % de los pacientes consideró este ítem entre "mejor de lo que esperaba (4)" y "mucho mejor de lo que esperaba (5)".

Pregunta N°18: El interés del personal de enfermería por los pacientes: algunas de las observaciones fueron "si el paciente trata mal al enfermero o al médico, es obvio que no van a demostrar interés". "Depende del paciente, no es igual para todos". El

80.8 % de los pacientes consideró este ítem entre "mejor de lo que esperaba (4)" y "mucho mejor de lo que esperaba (5)".

Pregunta N° 19: La información referente a la medicación: la gran mayoría dicen que los médicos explican bien cómo tomar la medicación y que entregan las indicaciones por escrito. Otros refirieron que pasó personal de Farmacia del Hospital a relevar la medicación de los pacientes y ellos les explicaron bien cómo tomarla. Dos de los comentarios fueron "Yo les tengo que preguntar cómo tomar la medicación porque ellos no me dicen, solo me dan la receta". "Nunca me dijeron a qué hora tenía que tomar las pastillas. "Indican por escrito cómo tomarla". Este ítem fue uno de los que mayor puntaje recibió, ya que un 79.8 % lo califica entre "mejor de lo que esperaba (4)" y "mucho mejor de lo que esperaba (5)".

Pregunta N° 20: la información referente a la dieta: "la nutricionista debería pasar más seguido, porque a veces tengo dudas con la comida y no sé con quién consultar". "En 5 años que dializo, solo habrá venido unas 3 veces a verme". "Vino solo un par de veces". "Me dieron todo por escrito lo que podía comer". "Pasó la nutricionista, pero me falta información sobre lo que como". "Cuando entré no había nutricionista. Ahora si viene la chica a hablarme de la comida". "Hace unos días que no viene" "Somos cabeza dura y por eso no hacemos la dieta". "Me cuesta mucho cumplir con la comida". "Me dieron todo por escrito lo que podía comer." "Me dio unos folletos con la cantidad de líquido que podía tomar". "Desde que estoy acá (4 meses), todavía no vino nadie a hablarme de la dieta". "Hace rato que no pasa". "Hace 2 o 3 meses que no pasa". Un paciente que hace más de 1 año que dializa, dijo que la nutricionista solo pasó una vez a verlo. Pese a los comentarios negativos de algunos pacientes, este ítem tuvo un buen puntaje, con 80.8 % de los pacientes que lo consideró entre "mejor de lo que esperaba (4)" y "mucho mejor de lo que esperaba (5)".

Discusión

Para este estudio, se tomó la definición de calidad en salud como “el grado con el cual los procesos de la atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo al estado de los conocimientos médicos”. Cuando el paciente percibe que el servicio recibido supera sus expectativas, es cuando lo considera un servicio de calidad superior a lo esperado. La inclusión de la perspectiva de los pacientes se considera relevante en una atención sanitaria que entiende al mismo como centro del sistema.

El instrumento utilizado en este estudio fue el cuestionario SERVQHOS modificado, validado por Mira y luego Hernández Meca, y desestimé el SERVQHOS original, ya que al igual que ellos, consideré que a un paciente que asiste tres veces por semana a una misma Institución de Salud no tenía sentido preguntarle sobre la claridad de “Las indicaciones para orientarse dentro del Hospital” pero sí sobre la información que recibió con respecto a la dieta, ya que es uno de los pilares fundamentales del tratamiento y a la medicación, considerando que en general son pacientes polimedicados.

El tratamiento hemodialítico, al ser crónico, para el paciente es de total relevancia el tiempo que tiene que esperar para ser atendido, si se lo conecta a tiempo o el trato que recibe en cada sesión. Según los datos obtenidos en este estudio, los atributos mejor valorados fueron “Amabilidad en el trato (media 4.73)”, “Información referente a la medicación (media 4.72)”, “trato personalizado (media 4.68)” y “el personal cumple lo que dice (4.55)”; todos aspectos de la asistencia que se encuentran directamente relacionados con la atención que reciben. Con respecto a la “información referente a la medicación”; hacía pocos meses atrás previos a la toma de muestra, personal de Farmacia de la Institución había realizado un relevamiento sobre las indicaciones de medicamentos y adherencia en la toma de los mismos, explicando a los pacientes qué cantidad tomar y en qué momento del día; lo que puede llegar a

explicar el por qué de la puntuación mayor en este ítem, ya que con respecto a los médicos específicos del Servicio, algunos pacientes refirieron que no daban la indicación sobre cómo tomar los medicamentos.

Entre los aspectos que se tienen que mejorar, están los que fueron menos valorados: "Rapidez en conseguir lo que se necesita (media 3.19)", "La tecnología de los equipos (media 3.32)" y "El tiempo de espera (media 3.37)". Es para destacar que entre los comentarios que hicieron los pacientes sobre estos ítems que fueron los peor puntuados, la mayoría de las quejas no estaban relacionadas directamente con el Servicio de Nefrología en sí, sino que eran referentes a la atención en la Guardia del Hospital, o en el Servicio de Rayos o en la Farmacia de la Institución. Que los pacientes consideren que la atención para realizarse una placa radiográfica es deficiente, que el tiempo de espera es largo, puede llevar a que no se realicen el estudio o que lo prolonguen en el tiempo, con el riesgo que conlleva el no tener el diagnóstico en el momento indicado sobre estado de sobrehidratación. O que tengan que hacer largas filas para recibir la medicación en Farmacia, puede traer como consecuencia que los pacientes no retiren ni toman el total de la medicación prescrita.

Otros autores también observaron que las características sociodemográficas no parecen tener relevancia en la evaluación de la calidad de la atención; lo mismo que ocurrió en este estudio (Hernández Meca et al., 2005; Hernández Meca et al., 2007).

Quizás, era de esperar que pacientes con menos estudios o situación económica deficiente, tuvieran una mejor perspectiva de la calidad, pero esto no ocurrió. Por el contrario, se esperaba que aquellos pacientes que reingresaron al Servicio luego de un trasplante o que tenían un acceso vascular transitorio, tendrían una visión negativa de la calidad recibida. En el estudio del año 2009 publicado por Miguel Montoya et al., a mayor tiempo en HD, más horas de sesión, dializarse por catéter, haber estado trasplantado y tener menor edad se relacionaban con menor satisfacción (Miguel Montoya, et al., 2009).

De los estudios anteriormente mencionados, entre los aspectos que resultaron **positivos** para los pacientes estuvo tiempo adecuado de internación, satisfacción referida por el paciente, recomendar el servicio a otros pacientes, el aspecto de la pulcritud y limpieza del consultorio, que el profesional lo saluda y lo llama por su nombre el componente técnico de la atención, la calidez de atención (Mira, et al., 1998; Mira et al., 2001; Araya Vallespir et al., 2012; Vicuña, 2002).

Entre los aspectos **negativos** se observó una baja calidad respecto los tiempos de espera para iniciar las consultas, falta de calidez en el trato, deficiencia en el confort, el maltrato, la falta de información, la insuficiencia de camas para recibir a las pacientes, la falta de cambio de ropa de cama en forma diaria, falta de disponibilidad de medicamentos en la farmacia del hospital, la incomodidad en la salas de espera, falta de confianza que le inspira el personal de salud, demora del personal para atender los pedidos, la capacidad y preparación de los profesionales, el interés que tienen por resolver sus problema, el estado de la habitación, la señalización del hospital, la apariencia del personal, mejorar la iluminación y el aseo general de las instalaciones, agilizar la entrega de resultados y medicamentos, pedidos de pacientes para reducir la presencia de estudiantes y practicantes, porque consideran que afectan la calidad del servicio (Araya Vallespir et al., 2012; Vicuña, 2002; Mira et al., 2001, Cabrera-Arana et al., 2008).

En el estudio de Rodríguez González y Sanjuán Hernández, los 5 ítems más valorados fueron: la confianza transmitida, la disposición del personal a prestar ayuda, el trato personalizado, la amabilidad del personal y la información relacionada con la higiene. Los ítems menos valorados fueron: la señalización para llegar al Servicio, la capacitación del personal, la información médica, la tecnología de los equipos y el tiempo de espera para ser atendido por el médico (Rodríguez González y Sanjuán Hernández, 2013). Al igual que esta investigación, la amabilidad en el trato y el trato personalizado fueron los mejores puntuados.

En el estudio de Hernández Meca et al., del 2005, encontraron que los atributos con los que los pacientes estaban menos satisfechos eran el "tiempo de espera para ser atendidos por el médico", "la facilidad de llegada al hospital" y la "comunicación que el personal de la unidad mantiene con los familiares", coincidiendo en este estudio solamente con el tiempo de espera.

En el que los mismos autores llevaron a cabo en el 2007, analizando las medias de las dimensiones exploradas observaron que los pacientes en HD puntuaron todos los ítems por encima de 3,5, excepto en la facilidad para llegar al hospital. El ítem que obtiene una mayor puntuación es si el personal cumple lo que dice que va a hacer, lo que coincide con esta investigación.

En varios estudios se pudo observar que el ítem "facilidad para llegar al hospital" recibe poca puntuación (Anguera Guinovart y Martínez Bateman, 2011; Hernández Meca et al., 2005; Hernández Meca et al., 2007). No ocurrió lo mismo en este estudio en el que ese ítem tuvo una media de 3,99. Esto se puede deber a que gran parte de los pacientes son trasladados en ambulancia o remiss hasta el Servicio de diálisis.

Los estudios al respecto llevados a cabo en unidades de hemodiálisis afirman en general, que las variables que más influyen en el grado de satisfacción son los tiempos de espera para ser atendidos por el médico, la puntualidad de las sesiones de hemodiálisis, la rapidez con la que conseguían lo que necesitaban, el interés del personal de enfermería por los pacientes y el buen funcionamiento de los medios de transporte.

En los países desarrollados, los avances tecnológicos y los medios de comunicación han hecho que los pacientes estén cada vez más informados sobre los servicios de salud, reclamen una atención más personalizada, conozcan más sus derechos, y tengan mayores expectativas como centro del sistema sanitario que son.

El presente estudio permitió conocer la realidad en la que viven los pacientes en diálisis. Según el paradigma de la desconfirmación, la calidad vista por el paciente es el resultado de la diferencia entre expectativas y percepciones; o sea, la satisfacción

en la atención sanitaria se consigue cuando el paciente percibe que el servicio prestado supera sus expectativas. Los datos obtenidos sugieren temas a modificar y qué investigar con mayor profundidad.

Para futuras investigaciones, se recomienda ampliar el punto de vista del paciente utilizando entrevistas con resultados cualitativos más exhaustivos, ya que fue mediante ese método donde se pudo recolectar información más sustanciosa. Además de la perspectiva del paciente, se podría tener en cuenta lo que consideran los familiares de los mismos, ya que muchos de ellos tienen relación directa y constante con el Servicio y conocen perfectamente su funcionamiento. Otra modificación que se podría hacer a este estudio, es evaluar lo que perciben los trabajadores del Servicio (personal de limpieza, médicos, enfermeros, administrativos, psicólogos, nutricionistas, etc.) sobre la atención que están brindando y si hay alguna diferencia o relación entre lo que plantean estos últimos con lo que los pacientes consideran que es calidad en la atención.

Conclusiones

Con respecto a la ocupación de los entrevistados, se observó que cerca del 50 % son pensionados. En general, el tipo de pensión es no contributiva por invalidez o discapacidad. Estos pacientes en su mayoría se encuentran afiliados al Programa Federal Incluir Salud, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación. El 22% continuaba trabajando pese a encontrarse bajo tratamiento dialítico. Ninguno de los trabajadores lo hacía bajo relación de dependencia; sino que en general era trabajo sin declarar. Debido a las modificaciones en la presión arterial, a otras enfermedades concomitantes, al total de horas que demanda el tratamiento; hace que para estos pacientes sea dificultoso mantener un trabajo de manera estable; eso sin considerar que los empleadores no quieren tomar entre sus trabajadores a personas que padecen este tipo de enfermedad. A lo anteriormente mencionado se puede deber que el 22 % de los pacientes se encontraba desocupado en el momento de la entrevista.

Que menos del 5 % de los pacientes tuviera catéter permanente o transitorio, indica que hay menos probabilidades de infecciones en el momento de la conexión o con los cuidados que debe tener la persona en su casa para evitar contaminaciones, como por ejemplo evitar que se moje (National Kidney Foundation, 2016).

La lista de espera para trasplante son registros de pacientes agrupados por órgano o tejido, administradas por el INCUCAI. Cada lista de espera es nacional y única en todo el país. La inscripción de los pacientes se realiza a través del Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina (SINTRA). Es un sistema informático que opera en tiempo real las 24 horas del día, los 365 días del año, de aplicación nacional en el que se registra toda la actividad del proceso de donación-trasplante. Con respecto a la inscripción a lista de espera para Tx renal, se observó que es de 31.7 % la cantidad de pacientes inscriptos. Este porcentaje parecería bajo; pero cuando se compara con el promedio nacional, que según los datos del INCUCAI, en el 2015, había 6066 pacientes registrados en el SINTRA en la lista de espera para Tx renal, lo que representa un 21.2% de los pacientes en diálisis

(peritoneal y hemodiálisis). Que el porcentaje de pacientes que dializan sea mayor que el porcentaje nacional, se puede deber a que en el mismo Servicio se realizan trasplantes (Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante, 2015).

Este bajo porcentaje se puede deber a que algunos pacientes están en baja provisoria por algún problema cardíaco. Otros tienen la contraindicación por el sobrepeso. Primero deben bajar de peso para poder empezar a hacer los estudios pre Tx. Otros deben tener la autorización de psicología para poder ingresar en lista de espera. En algunos de estos pacientes la causa de la contraindicación se debe a conductas adictivas. Algunos pacientes tienen miedo al trasplante y por eso firman la negativa para inscribirse. Otros que ya estuvieron en Tx y regresaron a HD, refieren que no les volvieron a informar si pueden volver a inscribirse. Otros pacientes señalan que nunca se les informó al respecto. Hay pacientes que mencionaron que por las condiciones de su vivienda, les dijeron que no pueden trasplantarse por el momento. Pacientes que recientemente tuvieron algún tipo de cáncer, deben esperar para anotarse en la lista de espera a Tx. Y finalmente hubo pacientes que dijeron no estar inscriptos porque no les interesaba.

Considerando cada uno de los ítems del instrumento, se pudo observar que las medias en las puntuaciones de los 20 atributos estuvieron todas entre 3,19 y 4,73, lo que indica que se encuentran entre "como me lo esperaba (3)" y "mucho mejor de lo que esperaba (5)".

Que la persona que realizó la investigación no perteneciera al Servicio evitó que los pacientes expresaran solamente su agrado, lo que quizás hubiera ocurrido si eran entrevistados por los encargados de sus cuidados.

Considerando las medias, los atributos mejor valorados fueron "Amabilidad en el trato (media 4.73)", "Información referente a la medicación (media 4.72)", "trato personalizado (media 4.68)" y "el personal cumple lo que dice (4.55)".

Los menos valorados fueron "Rapidez en conseguir lo que se necesita (media 3.19)", "La tecnología de los equipos (media 3.32)" y "El tiempo de espera (media 3.37)". Con respecto a estos ítems, se debe considerar que la mayoría de los aspectos negativos en los comentarios de los pacientes, estaba relacionado con la Guardia, Rayos y Farmacia del Hospital y no directamente con el Servicio de Nefrología. Igualmente, desde el Servicio y para mejorar la calidad de la atención, se podría sugerir a la Farmacia que permita que días fijos (ejemplo lunes y martes) los pacientes en diálisis no deban hacer filas para retirar los medicamentos, sino que tengan una prioridad, lo que probablemente permita que los pacientes tengan mayor adherencia en el retiro y toma de remedios. Con respecto al Servicio de Rayos, considerando que el médico que indicó la placa está aguardando el resultado, se podría permitir que los pacientes que tienen la indicación de ese estudio, lo puedan realizar sin tener que esperar su turno; para poder tener de manera inmediata el diagnóstico. Los pacientes que hacía más tiempo que se encontraban bajo tratamiento dialítico, referían que en algún momento habían tenido esta prioridad en la atención, lo que permitía que de manera inmediata adquirieran los medicamentos o se realicen la placa radiográfica. El no tener este beneficio en el momento de toma de muestra, pudo hacer que este ítem tuviera un puntaje bajo.

Cuando se relacionaron diferentes variables entre sí, no se hallaron diferencias significativas entre la calidad de la atención y el nivel de educación, la ocupación y el tipo de acceso.

Sí se hallaron diferencias significativas entre la calidad de la atención y la edad, y hubo una tendencia entre el turno en el que el paciente dializaba con la calidad que percibía. El dato de la edad, es similar a lo hallado por Hernández Meca et al., 2005, donde observaron que las personas que se encuentran más satisfechas son aquellas que se encuentran en los rangos de edades de 60 a 88, y los menos satisfechos estaban entre 29 y 59, aunque no encontraron significación estadística.

Referencias

- Amsalem, Y., Garty, M., Schwartz, R., Sandach, A., Behar, S., Caspi, A., Gottlieb, S., Ezra, D., Lewis, B.S. y Leor, J. (2008) Prevalence and significance of unrecognized renal insufficiency in patients with heart failure. *European Heart Journal*, 29(8), 1029-36. doi: 10.1093/eurheartj/ehn102
- Anguera Guinovart, E. y Martínez Bateman, F. (2011). Estudio multicéntrico sobre la calidad asistencial percibida por los pacientes en programa de hemodiálisis de Tarragona. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 14(3), 172-180 doi.org/10.4321/S1139-13752011000300005
- Araya Vallespir, C., Bustos Leal, A., Castillo, F., Oliva Belmar, P. y Araya Gozalvo, J. (2012). Determinación de la calidad del Servicio Odontológico de un Centro de Salud Pública basado en intangibles. Talcahuano, Chile. *International Journal of Odontostomatology*, 6(3), 349-354. doi: 10.4067/S0718-381X2012000300018
- Argentero, P., Dell'Olivo, B., Ferreti, M.S. (2008). Staff burnout and patient satisfaction with the quality of dialysis care. *American Journal of Kidney Diseases*, 51(1), 80-92. doi: 10.1053/j.ajkd.2007.09.011
- Blumenthal D. (1996). Quality of care, 1: what is it?. *The New England Journal of Medicine*, 335(12), 891-894. Disponible en http://jacobimed.org/public/Ambulatory_files/mlove/CurriculumPrevention/Risk%20Management/QA%20part%201.pdf Último acceso el 1 de diciembre de 2017
- Cañadas Osinski, I. y Sánchez Bruno, A. (1998). Categorías de respuesta en escalas tipo Likert. *Psicothema*, 10(3), 623-631 Disponible en <http://www.psicothema.es/pdf/191.pdf> Último acceso el 1 de diciembre de 2017
- Cabrera-Arana, G.A., Bello-Parías, L.D. y Londoño-Pimienta, J.L. (2008). Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales del Programa de Reestructuración de Redes de Servicios de Salud de Colombia. *Revista Salud Pública*, 10(4), 593-

604 Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42210409> Último acceso el 28 de noviembre de 2017

Cerro López, P., Matani-Chugani, V. y Santos Ruiz, A.C. (2008). ¿Qué opinan los pacientes de diálisis del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria sobre los servicios recibidos? Valoración de la calidad percibida. *NURE Inv [Revista en Internet]*, 5(33). Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es> Último acceso el 28 de noviembre de 2017

Collins, A.J., Li, S., Gilbertson D.T., Liu, J., Chen S.C. y Herzoq C.A. (2003) Chronic kidney disease and cardiovascular disease in the Medicare population. *Kidney International*, 64(87), 24-31. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14531770> Último acceso el 1 de diciembre de 2017

Coronado-Zarco, R., Cruz-Medina, E., Macías Hernández, S.I., Arellano Hernández, A. y Nava Bringas, T. (2013). El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. *Revista Mexicana Med Fis Rehabilitación*, 25(1), 26-33. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2013/mf131e.pdf>. Último acceso el 27 de noviembre de 2017

Correira Loureiro, S. M. y Miranda González, F. J. (2010). Calidad y satisfacción en el Servicio de Urgencias Hospitalarias: Análisis de un hospital de la zona centro de Portugal. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*, 16(2), 27-41. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=274120099002>. Último acceso el 28 de noviembre de 2017

Daugirdas, J.T., Ing, T.S. (1996). *Manual de diálisis*. Barcelona, España: Masson SA.

Depine, S. (2004). *El Programa de Salud Renal para la Seguridad Social de la Argentina. Una estrategia de intervención Sustentable y Sostenible*. Disponible en <http://www.san.org.ar/docs/004.pdf>. Último acceso el 27 de enero de 2014

- Donabedian, A. (1990). La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública de México*, 32(2), 113-7. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10632203>. Último acceso 14 de septiembre de 2017
- El Litoral (2003). Seis muertos por la infección de hepatitis B en hospital rosarino. Disponible en <http://www.ellitoral.com/index.php/diarios/2003/05/06/informaciongeneral/INF0-01.html> acceso el 21/9/18. Último acceso el 21 de septiembre de 2018
- El Litoral (2003). Suspenden por 90 días a un jefe de un hospital rosarino. Disponible en <http://www.ellitoral.com/index.php/diarios/2003/11/18/metropolitanas/AREA-03.html>. Último acceso el 29 de octubre de 2018
- Escudero, D. (2017). Metodología del trabajo científico. Proceso de investigación y uso de SPSS. 1ed. Editorial Universidad Adventista del Plata.
- Fitzpatrick, R. (1991). Surveys of patient satisfaction: Important general considerations. *British Medical Journal*, 302(6781), 887-889. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1669267/>. Último acceso el 1 de diciembre de 2017
- García-Aparicio, J., Herrero-Herrero, J., Corral-Gudino, L. y Jorge-Sánchez, R. (2010) Calidad percibida por los usuarios de un servicio de Medicina Interna tras 5 años de aplicación de una encuesta de satisfacción. *Revista de Calidad Asistencial*, 25(2), 97-105. doi:10.1016/j.cali.2009.12.001
- García, R. (2001). El concepto de calidad y su aplicación en Medicina. *Revista médica de Chile*, 129(7), 825-826. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000700020 Último acceso el 1 de diciembre de 2017
- García-Vallaure Rivas, A., Álvarez Rodríguez, A.I., Valdés Arias, C., Penas García, C., Montoya, M.M. y Velázquez Sánchez, P. (2009). La satisfacción de los pacientes

en una Unidad de Diálisis concertada. Diferencias con respecto a una Unidad Hospitalaria Pública. *Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*. Disponible en http://www.revistaseden.org/files/2195_P%C3%A1ginas%20de%202009-82.pdf. Último acceso el 13 de enero de 2014

Gómez Rodríguez, M., Moreno Olivencia, P., Miralles Martínez, F., Sánchez Martos, M.D., Sánchez Lamolda, M.A. y Pérez Molina, G. (2014). Cuidados de calidad y satisfacción del paciente con enfermería en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 17(1), 88-108. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842014000500071. Último acceso el 1 de diciembre de 2017

Hernández Meca, M.E., Ochando García, A., Mora Canales, J., Lorenzo Martínez, S. y López Revuelta, K. (2005). Satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis: Objetivo de calidad asistencial en enfermería. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 8(2), 90-96. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752005000200002. Último acceso el 28 de noviembre de 2017

Hernández Meca, M.E., Ochando García, A., Lorenzo Martínez, S., Orbes Cervantes, P. y López Revuelta, K. (2007). Factores determinantes de la satisfacción del paciente en tratamiento renal sustitutivo. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 10(1), 6-13. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359833124002>. Último acceso el 28 de noviembre de 2017

Hernández- Torres, F., Aguilar- Romero, M.T., Santacruz- Varela, J., Rodríguez- Martínez, A.I. y Fajardo-Dolci, G. (2009). Queja médica y calidad de la atención en salud. *Revista CONAMED*, 14(3), 26-34. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3631857.pdf>. Último acceso 28 de noviembre de 2017

- Herrera-Kiengelher, L., Villamil-Álvarez, M., Pelcastre-Villafuerte, B., Cano-Valle, F. y López-Cervantes, M. (2009). Relación del personal de salud con los pacientes en la Ciudad de México. *Revista de Saúde Pública*, 43(4), 589-94 doi:10.1590/S0034-89102009005000042.
- Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante INCUCAI (2015). Información disponible en http://www.incucai.gov.ar/files/docs-incucai/Materiales/informes-estadisticos/19-memoria_2015.pdf. Último acceso el 12 de enero de 2017
- Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud ITAES. (2016). Información disponible en <http://www.itaes.org.ar/Documentos/ITAES16-Manuales-ManualDialisis2016.pdf>. Último acceso el 12 de enero de 2017
- Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud ITAES. (2017). Información disponible en <http://www.itaes.org.ar/Acreditados.aspx> Último acceso el 11 de enero de 2017
- International Standard Organization ISO. (2010). Disponible en http://www.iso.org/iso/private_standards-ES.pdf. Último acceso el 24 de febrero de 2016.
- Jaráiz, E., Lagares, N. y Pereira, M. (2013). Los componentes de la satisfacción de los pacientes y su utilidad para la gestión hospitalaria. *Revista Española de Ciencia Política*, (32), 161-181. Disponible en <https://recyt.fecyt.es/index.php/recp/article/view/37592>. Último acceso el 8 de enero de 2014
- Jiménez Paneque, R. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(1), 17-36. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21430104>. Último acceso 15 de septiembre de 2017
- Keith, D., Nicholls, G., Guillion, C., Brown, J. y Smith D. (2004). Longitudinal follow-up and outcomes among a population with chronic kidney disease in a large

managed care organization. *Archives of Internal Medicine* 164(6), 659–663.
doi: 10.1001/archinte.164.6.659

Kidney Disease Outcomes Quality Initiative. (2002) *Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification*. Disponible en http://www.kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines_commentaries.cfm.
Último acceso el 22 de enero de 2014

La Capital. (2012). Volvió a su puesto el cuestionado ex jefe de diálisis del Centenario. Disponible en <https://www.lacapital.com.ar/la-ciudad/volvio-su-puesto-el-cuestionado-ex-jefe-dialisis-del-centenario-n379964.html>. Último acceso el 21 de septiembre de 2018

Lavielle-Sotomayor, M.P., Cerón-Ruiz, M., Tovar-Larrea, P., Bustamante-Rojano, J.J. (2008). Satisfacción con la atención a la salud. La perspectiva del usuario. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(2), 129-134. Disponible en <http://www.redalyc.org/html/4577/457745520003/>. Último acceso el 15 de septiembre de 2017

Lavorato, C. (2011). Programa de Calidad en Diálisis. Asociación regional de diálisis y trasplantes renales de Capital Federal y Provincia de Buenos Aires. Disponible en <http://www.webrenal2.org.ar/calidad/calidad.htm>. Último acceso el 27 de noviembre de 2011

Levey, A., Atkins, R., Coresh, J., Cohen, E., Collins, A., Eckardt, K-U.,... Eknoyan, G. (2007). Enfermedad renal crónica como problema global en salud pública: Abordajes e iniciativas – propuesta de la Kidney Disease Improving Global Outcomes. *Kidney International* (Edición español) 3, 232–245. doi:10.1038/sj.ki.5002343

Levin, A., Djurdev, O., Barret, B., Burgess, E., Carlisle, E., Ethier, J., ... y Thompson, C. (2001). Cardiovascular disease in patients with chronic kidney disease: Getting to the heart of the matter. *American Journal of Kidney Diseases*, 38(6), 1398-407. doi: 10.1053/ajkd.2001.29275

- Macías, G.F. (2009). Evaluación de la calidad de atención en el centro de salud de Campo Verde, San Salvador de Jujuy. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Jujuy* (37), 291-305 Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18516803013>. Último acceso el 28 de noviembre de 2017
- Marín, R., Goicoechea M., Gorostidi, M., Cases, A., Díez, J., Escolar, G.,...Segura, J. (2006). Guía de la Sociedad Española de Nefrología sobre riñón y enfermedad cardiovascular. Versión abreviada. *Nefrología*, 26(1), 31-44. Disponible en <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-guia-sociedad-espanola-nefrologia-sobre-rinon-enfermedad-cardiovascular-version-abreviad-X0211699506019150>. Último acceso el 14 de enero de 2014
- Marinovich, S., Lavorato, C., Bisigniano, L., Hansen Krogh, D., Celia, E., Tagliafichi, V.,... Haber, V. (2016). *Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI 2014-2015*. Sociedad Argentina de Nefrología e Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. Disponible en http://san.org.ar/2015/docs/registros/REGISTRO_ARGENTINO_dialConica2014_2015.pdf. Último acceso 12 de enero de 2017
- Martín de Francisco A.L., Aguilera L. y Fuster V. (2009). Enfermedad cardiovascular, enfermedad renal y otras enfermedades crónicas. Es necesaria una intervención más temprana en la enfermedad renal crónica. *Nefrología*; 29(1), 6-9. doi: 10.3265/Nefrologia.2009.29.1.6.1.en.full.pdf
- Martín, R.A. (2014). Hemodialysis patient satisfaction as a criterion of quality in nursing assistance. *Revista Mexicana de Urología*, 74(5), 292-295 doi.org/10.1016/j.uromx.2014.09.008
- Martínez Ramírez, A., Van-Dick Puga, M.A., Nápoles Rodríguez, F., Robles Uribe, J., Ramos Ramos, A. y Villaseñor Urrea, I. (1996). Hacia una estrategia de garantía de calidad: satisfacción en la utilización de los servicios médicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(3), 399-403. Disponible en

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102->

[311X1996000300013&script=sci_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1996000300013&script=sci_abstract&tlng=es) Último acceso el 1 de diciembre de 2017

Miguel Montoya, M., Valdés Arias, C., Rábano Colino, M., Artos Montes, Y., Cabello Valle, P., De Castro Prieto, N.,... Ortega Suárez, F. (2009). Variables asociadas a la satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 12(1), 19-25. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752009000100004. Último acceso el 1 de diciembre de 2017

Ministerio de Salud de la Nación. (2007). *Dirección de Calidad de los Servicios de Salud Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica Resolución 1704/2007 – Directrices de Organización y funcionamiento de los Servicios de Diálisis*. Disponible en http://www.msal.gov.ar/pngcam/resoluciones/msres1704_2007.pdf. Último acceso 3 de enero de 2017

Ministerio de Salud de la Nación. (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre Prevención y Detección Precoz de la Enfermedad Renal Crónica en Adultos en el Primer Nivel de Atención. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Dirección de Calidad de los Servicios de Salud*. Disponible en http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000069cnt-2012-08-02_guia-prevencion-deteccion-precoz-enfermedad-renal-cronica-adultos.pdf. Último acceso el 27 de enero de 2014

Mira, J.J., Aranaz, J., Rodríguez-Marín, J., Buil, J.A., Castell, M. y Vialler, J. (1998) SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva*, 4, 12-18. Disponible en http://calite-revista.umh.es/indep/web/art_servqhos.pdf Último acceso el 28 de noviembre de 2017

- Mira, J., Lorenzo, S., Rodríguez-Marín, J. y Buil, J.A. (1999). Concepto y modelos de calidad. Hacia una definición de calidad asistencial. *Papeles del Psicólogo*, 3(74), 90-101. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=890895> Último acceso el 1 de diciembre de 2017
- Mira, J.J. y Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica*, 114(3), 26-33.
- Mira, J.J., Aranaz, J., Lorenzo, S., Rodríguez-Marín, J. y Moyano, S. (2001). Evolución de la calidad percibida por los pacientes en dos hospitales públicos. *Revista Psicothema*, 3(4), 581-585. Disponible en <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=482> Último acceso el 1 de diciembre de 2017
- Murray, C. y Frenk, J. (2000). Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (6), 717-731. Disponible en <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/58011/1/Bull-of-WHO-2000-3-p149-162-spa.pdf>. Último acceso 15 de septiembre de 2017
- National Kidney Foundation (2016). *Lo que necesita saber sobre el acceso vascular*. Disponible en https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/va_span.pdf. Último acceso el 30 de diciembre de 2016.
- Ndambuki, J. (2013). The level of patients' satisfaction and perception on quality of nursing services in the Renal unit, Kenyatta National Hospital Nairobi, Kenya. *Open Journal of Nursing*, 3(2), 186-194 doi: 10.4236/ojn.2013.32025
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de Orientación*. Disponible en http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf. Último acceso el 5 de febrero de 2016
- Ortiz Espinosa, R.M., Muñoz Juárez, S., Lechuga Martín del Campo, D. y Torres Carreño, E. (2003). Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo,

- México, según la opinión de los usuarios. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 13(4), 229-238 Disponible en https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892003000300005 Último acceso el 28 de noviembre de 2017
- Ospina, B.E., Sandoval, J.J., Aristizábal, C.A. y Ramírez, M.C. (2005). La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. *Investigación y Educación en Enfermería*, 23(1), 14-29. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105215401002.pdf> Último acceso el 1 de diciembre de 2017
- Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. (1988) SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40. Disponible en <https://search.proquest.com/openview/7d007e04d78261295e5524f15bef6837/1?pq-origsite=gscholar&cbl=41988> Último acceso el 1 de diciembre de 2017
- Parikh, N.I., Hwang, S.J., Larson, M.G., Levy, D. y Fox, C.S. (2008) Chronic kidney disease as a predictor of cardiovascular disease (from the Framingham Heart Study). *The American Journal of Cardiology*, 102(1),47-53. doi: 10.1016/j.amjcard.2008.02.095
- Pérez Domínguez, T., Rodríguez Pérez, A., Suárez Álamo, J., Rodríguez Castellano, L., García Bello, M.A. y Rodríguez Pérez, J.C. (2012). Satisfacción del paciente en una Unidad de Diálisis. ¿Qué factores modulan la satisfacción del paciente en diálisis?. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 15(2), 101-107. doi:10.4321/S2254-28842012000200004
- Prieto, M.A., Escudero, M.J., Suess, A., March, J.C., Ruiz, A. y Danet, A. (2011). Análisis de calidad percibida y expectativas de pacientes en el proceso asistencial de diálisis. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1), 21-31.

Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v34n1/original1.pdf>. Último acceso el 1 de diciembre de 2017

Ramírez Rodríguez, M., Rodríguez Gabaldá, D., Landrove, O., Santín Peña, M., Valdivia Omega, C. y Serrano Verdura, C. (2001). Sistema de monitoreo y evaluación de la calidad de atención médica en las enfermedades no transmisibles. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 39(3), 157-63. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032001000300001. Último acceso el 28 de noviembre de 2017

Ramírez-Sánchez, T., Nájera-Aguilar, P. y Nigenda-López, G. (1998). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México*, 40(1), 3-12. Disponible en <https://scielosp.org/pdf/spm/1998.v40n1/03-12>. Último acceso el 28 de noviembre de 2017

Real Academia Española (2017). Disponible en <http://dle.rae.es/?id=6nVpk8P|6nXVL1Z>. Último acceso 5 de febrero 2016

Rebollo Rubio, A., Pons Raventos, M.E., Macías López, M.J. y Cabrera Azaña, S. (2015). Valoración de la acogida de pacientes que inician terapia renal sustitutiva: Nivel de satisfacción. *Enfermería Nefrológica*, 18(2), 97-102. doi.org/10.4321/S2254-28842015000200004

Rodríguez González, D. y Sanjuán Hernández, D. (2013). Satisfacción percibida por los pacientes en el servicio de hemodiálisis del Hospital General de La Palma. *Enferm Nefrol*, 16(2), 75-82. doi.org/10.4321/S2254-28842013000200002.

Royuela García, C., Hernández Meca, M.E., Ochando García, A., Lorenzo Martínez, S. y Paniagua, F. (2007). Evolución de la satisfacción en el tiempo en una unidad de diálisis. *Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*. Disponible en http://www.revistaseden.org/files/2830_310-311.pdf. Último acceso el 15 de enero de 2014

- Ruiz Moral, R., Alba Diosa, A.A., Jiménez García, C., González Neubauer V., García Torres, M., Pérula de Torres, L.A. y Barrios Blasco, L. (2011). Percepción de los pacientes sobre la atención recibida por el personal no sanitario en los centros de salud. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(2), 97–103 Doi: 10.1016/j.cali.2010.10.001
- Sacchi, M., Hausberger, M. y Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva, Buenos Aires*, 3(3), 271-283 Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652007000300005 Último acceso el 28 de noviembre de 2017
- Sarnak, M., Levey, A., Schoolwerth, A., Coresh, J., Culleton, B., Hamm, L.,... Wilson P. (2003) Kidney disease as a risk factor for development of cardiovascular disease: a statement from the American Heart Association Councils on Kidney in Cardiovascular Disease, High Blood Pressure Research, Clinical Cardiology, and Epidemiology and Prevention. *Hypertension*; 42(5), 1050–1065. doi: 10.1161/01.HYP.0000102971.85504.7c
- Serrano-del Rosal, R. y Loriente-Arín, N. (2008). La anatomía de la satisfacción del paciente. *Salud Pública de México*, 50(2), 162-172. Disponible en <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6814> Último acceso el 1 de diciembre de 2017
- Sociedad Española de Nefrología SEN. (2006). Guías de Centros de Diálisis. *Nefrología*, 26(8). Disponible en <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P7-E270/P7-E270-S140-A4586.pdf>. Último acceso el 21 de enero de 2014
- US Renal Data System. (2005). *Annual Data Report: Atlas of End-Stage Renal Disease in the United States. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases: Bethesda, MD, 2005*. Disponible en <https://www.usrds.org/> Último acceso el 27 de enero de 2012

- Vicuña, M. (2002). Nivel de satisfacción y disfunciones percibidas sobre la calidad de atención de los servicios obstétricos. *Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 63(1), 40 - 50 doi: 10.15381/anales.v63i1.1476
- Villegas Periñán, M.M. y Rosa Díaz, I.M (2003). La calidad asistencial: concepto y medida. *Dirección y organización: Revista de dirección, organización y administración de empresas*, (29), 50-58. Disponible en <http://www.ww.revistadyo.com/index.php/dyo/article/view/142> Último acceso el 1 de diciembre de 2017
- Wassermann, A. (2006). Aproximaciones a la calidad en la práctica nefrológica. *Nefrología Argentina*, 4(3), 97-106 Disponible en http://san.org.ar/revistas/n3_vol4_2006/1_aprox_calidad_nefrologica.pdf Último acceso el 1 de diciembre de 2017
- World Health Organization. (2005). *Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report*. Disponible en http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/ Último acceso 27 de noviembre de 2011
- Zardoya Alegría, A.I., Guevara Graterón, I.R., García Bernal, J. y Marzo Navarro, M. (2007). El modelo EFQM en el sector salud: análisis de los criterios facilitadores. *Cuadernos de Ciencias Económicas y Empresariales (52)*, 103-125. Disponible en <http://cuadernos.uma.es/pdfs/pdf633.pdf>. Último acceso 28 de noviembre de 2017

Anexos

Autorización del Jefe del Servicio de Nefrología

Rosario, 24 de abril de 2013

Jefe del Servicio de Nefrología y Hemodiálisis

Hospital Provincial del Centenario

Dr. Osvaldo Rodenas

Presente

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con el fin de solicitarle permiso para poder realizar mi tesis de la Maestría en Salud Pública del Instituto Lazarte perteneciente a la Universidad Nacional de Rosario, en el Servicio de Nefrología y Hemodiálisis que Ud preside.

Le informo que la investigación antes mencionada lleva por título "Calidad de atención en nefrología desde la perspectiva del paciente".

Adjunto el anteproyecto de Tesis para que sea evaluado.

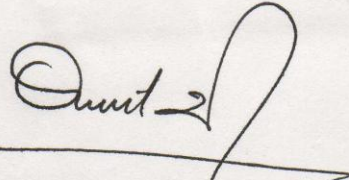
Sin más, y a la espera de una respuesta favorable, lo saludo atte.

Jesica Otero
Lic. en Nutrición
Cel. 0341-152100430
jesicaot@hotmail.com

Firma de autorización:

Fecha:

9/5/13


Dr. OSVALDO RODENAS
JEFE SERVICIO HEMODIALISIS
HOSP. PROV. DEL CENTENARIO

Autorización del Comité de Ética del Hospital



Comité de Ética
Hospital Provincial del Centenario

A: **Jésica Otero** (Ref: Expte N° 006633)

Dictamen N° 507


Título del estudio:		“Calidad de atención en nefrología desde la perspectiva del paciente”.
Nombre del PI:		Lic. Jésica Otero
Nombre de la institución:		Servicio de nefrología, Hemodiálisis y Transplante - HPC

Rosario, 29 de diciembre de 2014

- En el día de la fecha se reúne el Comité de Ética del Hospital Centenario y realiza la aprobación del Proyecto y del Formulario de Consentimiento informado.
-

Se firman 3 ejemplares del mismo tenor y a un solo efecto.

Firma:



29/12/2014

Fecha:

Aclaración o sello:

Dra. STELLA MARIS PEZZOTTO
PRESIDENTE
COMITE DE ETICA
HOSPITAL PROV. DEL CENTENARIO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

"Calidad de atención en nefrología desde la perspectiva del paciente".

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre la calidad del Servicio de Hemodiálisis del Hospital Centenario. Esta investigación se llevará a cabo por la Licenciada en Nutrición **Jesica Otero**, quien se encuentra realizando su tesis de Maestría en Salud Pública, de la **Universidad Nacional de Rosario**.

El propósito de esta investigación es describir la calidad de la atención que usted está recibiendo en el Servicio de Hemodiálisis. Mediante este estudio, se espera identificar áreas que puedan ser consideradas como deficientes, para luego intentar mejorarlas.

Usted, como el resto de los pacientes que hace más de un mes que se encuentran dializando en el Servicio, fue seleccionado para participar en esta investigación. Se espera que participen aproximadamente 90 personas como voluntarias.

Si acepta participar en esta investigación, se le solicitará que responda un cuestionario que evalúa la calidad del Servicio. Además, se le preguntará su edad, nivel de educación, actividad laboral, tiempo en diálisis, turno al que asiste, inscripción a trasplante y tipo de acceso vascular.

El participar de este estudio no tiene ningún riesgo y le tomará aproximadamente entre 30 a 40 minutos responder las preguntas.

La identidad del participante será protegida, ya que no se darán a conocer los nombres de las personas que participen del estudio. Toda información y datos personales serán manejados confidencialmente. Estos datos serán utilizados exclusivamente para fines académicos y científicos. En ningún momento se usará el nombre del paciente, sino que será codificado con un número, para que la participación sea anónima. Estos datos serán guardados por el investigador hasta que concluya este estudio.

Es importante que usted sepa que no recibirá ningún tipo de incentivo económico por su participación.

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que tiene derecho a decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento. El hecho de no participar de este estudio, no afectará el tratamiento o atención de su salud. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, comuníquese con la investigadora, escribiendo a jesicaotero@doc.uap.edu.ar o con el Comité de Ética del Hospital, Dra. Stella M. Pezzotto, teléfono 0341-153669541, de lunes a viernes, de 8 a 16 hs.

Nombre del participante	Firma	Fecha
-------------------------	-------	-------

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con el arriba firmante. Le he explicado los riesgos y beneficios del estudio.

Nombre del investigador	Firma	Fecha
-------------------------	-------	-------

Cuestionario

“Calidad de atención en nefrología desde la perspectiva del paciente “

Hospital Provincial del Centenario – Servicio de Nefrología, Hemodiálisis y Trasplante

FECHA: **HORA:** **CODIGO:**

Edad:	
Sexo:	
Nivel de educación	
Sin estudios	Primaria incompleta
Primaria completa	Secundaria incompleta
Secundaria completa	
Actividad actual	
Jubilado	Desocupado
Trabajando	Ama de casa
Estudiante	
Tiempo de inicio de diálisis:	años meses
Turno de diálisis	
Turno mañana	Turno tarde
Turno noche	
Causa de la ERC:	
Tipo de acceso vascular	
FAV	Prótesis
Catéter permanente	Catéter transitorio
Inscrito en lista de espera para Tx renal	
si	no

La calidad de la atención fue:					
Clave respuesta	Mucho peor de lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba
	1	2	3	4	5

	La tecnología de los equipos médicos para los diagnósticos y tratamientos				
	La apariencia (limpieza y uniforme) del personal				
	Si el personal cumple con lo que dice que va a hacer				
	El estado en que están las salas de diálisis y los consultorios (apariencia agradable)				
	La información que los médicos proporcionan				
	El tiempo de espera para ser atendido por un médico				
	La facilidad para llegar al hospital fue				
	El interés del personal por solucionar problemas de los pacientes				
	La puntualidad de las sesiones de diálisis				
	La rapidez para conseguir lo que necesita				
	La disposición del personal para ayudarlo cuando lo necesita				
	La confianza (seguridad) que el personal transmite a los pacientes				
	La amabilidad del personal en su trato con la gente				
	La preparación (capacitación) del personal para realizar su trabajo				
	El trato personalizado que se da a los pacientes				
	La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes				
	La comunicación que el personal mantiene con los familiares				
	El interés del personal de enfermería por los pacientes				
	La información referente a la medicación				
	La información referente a la dieta				

Gráficos

