

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS PADRES Y/ O CUIDADORES DE LOS
NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, QUE ASISTEN AL CONTROL DE
CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN UNA IPS DE PRIMER NIVEL DEL
MUNICIPIO DE FILANDIA**

**YAZMIN ELENA LONDOÑO GARCIA
YERRINSON RODRÍGUEZ MORANTES
DALLY CRUZ SÁNCHEZ MOSQUERA**

ESTUDIANTES

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SERVICIOS DE SALUD
PEREIRA, RISARALDA**

2018

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS PADRES Y/ O CUIDADORES DE LOS
NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, QUE ASISTEN AL CONTROL DE
CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN UNA IPS DE PRIMER NIVEL DEL
MUNICIPIO DE FILANDIA**

**YAZMIN ELENA LONDOÑO GARCIA
YERRINSON RODRÍGUEZ MORANTES
DALLY CRUZ SÁNCHEZ MOSQUERA**

ESTUDIANTES

**DORA CRISTINA BUITRAGO TRUJILLO
ALEJANDRO PÉREZ Y SOTO DOMÍNGUEZ**

ASESORES

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SERVICIOS DE SALUD
PEREIRA, RISARALDA**

2018

Nota de aceptación

Firma del Presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

AGRADECIMIENTOS

Primero que todo queremos agradecer a Dios por bendecirnos cada día, por darnos salud para culminar este proyecto. A nuestras familias, quienes son un gran apoyo para cada uno de nosotros, a nuestros asesores, la docente Dora Cristina Buitrago y al doctor Alejandro Pérez y Soto, por brindarnos todos sus conocimientos y orientarnos hacia el cumplimiento de cada uno de los objetivos del trabajo, a la IPS de primer nivel del municipio de Filandia, por depositarnos su confianza, además a la Fundación Universitaria del Área Andina, por permitirnos ser parte de ella y ofrecer la especialización.

CONTENIDO

1. PROBLEMA	Pág. 8
1.1 Planteamiento del problema	
1.2 Formulación del problema	
1.3 Árbol del problema	
2. JUSTIFICACIÓN.....	Pág. 12
3. OBJETIVOS.....	Pág. 15
3.1 Objetivo general	
3.2 Objetivos específicos	
3.3 Árbol de soluciones	
3.4 Matriz de objetivos.	
4. MARCO TEÓRICO O REFERENCIAL.....	Pág. 16
4.1 Marco de antecedentes	
4.2 Marco Institucional	
4.2.1 Reseña histórica	
4.2.2 Misión.	
4.2.3 Visión	
4.2.4 Política de calidad	
4.2.5 Mapa de procesos.	
4.3 Marco Referencial	
4.4 Marco conceptual	
4.5 Marco legal	
5. METODOLOGÍA.....	Pág. 30
5.1 Diseño de investigación	
5.2 Población, muestra y unidad de análisis	
5.3 Criterios de inclusión	
5.4 Criterios de exclusión	
5.5 Operacionalización de variables	
5.6 Recolección de la información	
5.7 Plan de análisis	

5.7.1	Tabulación de los datos y análisis de la información.	
5.7.2	Control de sesgos	
5.7.3	Resultados esperados	
5.8	Compromiso bioético	
5.9	Compromiso medioambiental	
5.10	Responsabilidad social.	
5.11	Población beneficiada	
5.12	Difusión de los resultados	
5.13	Aspectos administrativos	
5.13.1	Cronograma en tabla de Gantt	
5.13.2	Presupuesto	
6.	RESULTADOS	Pág. 36
6.1	Gráficas e interpretación	
6.2	Discusión de resultados.	
6.3	Plan de mejoramiento	
7.	CONCLUSIONES	Pág. 49
8.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Pág. 50

ANEXOS

- Anexo A: Árbol del problema
- Anexo B: Árbol de soluciones
- Anexo C: Matriz de objetivos
- Anexo D: Escala abreviada de desarrollo
- Anexo E: Operacionalización de variables
- Anexo F: Oficio Institucional
- Anexo G: Instructivo de diligenciamiento de la encuesta,
- Anexo H: Instrumento (Encuesta)
- Anexo I: Consentimiento informado
- Anexo J: Cronograma de Gantt
- Anexo K: Presupuesto
- Anexo L: Plan de mejoramiento

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS PADRES Y/ O CUIDADORES DE LOS
NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, QUE ASISTEN AL CONTROL DE
CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN UNA IPS DE PRIMER NIVEL DEL
MUNICIPIO DE FILANDIA**

RESUMEN

En el presente artículo se determinó el nivel de satisfacción de los padres y cuidadores de los niños menores de 5 años, que asistieron al control de crecimiento y desarrollo en una IPS de primer nivel del municipio de Filandia, como mínimo en 4 oportunidades. El tipo de estudio fue cuantitativo descriptivo de corte transversal y se utilizó como instrumento de medida, una encuesta que se aplicó en dos jardines infantiles del municipio. En cuanto a los resultados obtenidos se encontró que el 90 % de los padres y/o cuidadores se ubican en un nivel alto de satisfacción cuando acuden al control de crecimiento y desarrollo, el 10 % restante presenta insatisfacción respecto al tiempo de espera antes de la atención, tiempo de duración del control y aclaración de dudas presentadas.

1. PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las dificultades que presentan los programas de promoción y prevención afectan la calidad de la atención, definida ésta, según el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGC) (1), como la provisión de servicios individuales y colectivos de manera accesible, equitativa, con nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y lograr la adhesión y satisfacción del usuario.

Por lo tanto, se puede definir satisfacción como un estado en el cual, se cumple con las expectativas esperadas, determinando una buena percepción o no de los programas de promoción y prevención, en este caso, de crecimiento y desarrollo. Además, según Vargas Peña GS (2), la calidad ha tomado relevancia porque es uno de los parámetros de competencia entre las IPS y su objetivo es precisamente, satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios mediante el mantenimiento, restauración y promoción de la salud.

Sin embargo, la experiencia ha demostrado que, a pesar de los esfuerzos que se realizan y lo mucho que se publica, todavía se presentan dificultades en el empeño de evaluar y garantizar la calidad de la atención médica, o mejor aún, de la calidad de la atención de salud, que tiene un significado más amplio o integral de las acciones (3).

Hablar de un significado más amplio, encierra el concepto de “humanización”, debate que ha generado controversia, pues la falta de un verdadero acceso a una atención en salud oportuna y de calidad, así como las crecientes quejas sobre el mal proceder y abusos de muchos profesionales de la salud, han convertido a este escenario en terreno de desesperación, angustia, impotencia y rabia, lo que se puede traducir como “deshumanización” que en últimas da explicación al desbarajuste: si el criterio económico prima en los servicios de salud y estos

profesionales son incapaces de construir relaciones adecuadas con sus pacientes es porque se ha perdido, en aras de la racionalidad instrumental, el beneficio económico y el prestigio social, aquello que nos hace plenamente humanos, esto es, la solidaridad, la empatía, la comprensión, la ayuda, la generosidad y la consideración (4)

De acuerdo a Bastidas Acevedo M (5), la manera como se interactúe con el niño durante los primeros años y la calidad de las experiencias que se le provean, tendrán gran impacto en su desarrollo emocional, cognitivo y social. De allí la importancia de la crianza, donde la familia proporciona el primero y más importante escenario educativo. Se afirma que las influencias positivas de los programas de desarrollo del niño en la primera infancia, resuenan en toda la sociedad.

A través del ejercicio de la profesión de enfermería en el área de consulta externa, se ha evidenciado inconformidades por parte de los padres y/o cuidadores de los niños que asisten al control de crecimiento y desarrollo, referente a la actividad realizada.

Una de esas inconformidades se relaciona con el tiempo destinado a la atención, el cual es de 20 minutos para ejecutar todas las actividades que describe la Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años, como es la valoración del desarrollo, que incluye aplicar la escala abreviada del mismo, valoración del crecimiento realizar anamnesis, tomar de signos vitales y medidas antropométricas, diligenciar las curvas de acuerdo a los resultados, registrar todo lo encontrado en la historia clínica, brindar información, educación y consejería en nutrición, puericultura y otros temas de acuerdo a la edad del niño (a) y a los hallazgos, enseñanza de la estimulación adecuada, fomento de factores protectores y orientación sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente (6). Tiempo que en la Resolución 5261 de 1994 en su artículo 97 expresa: “La consulta no debe ser menor de VEINTE

(20) minutos” (7), por lo que gran parte de diferentes instituciones, sólo aplica este tiempo para atender la mayoría de programas. Además, refieren que el profesional en varias ocasiones no cumple con dicha descripción del proceso de atención, es decir, no realiza todas las actividades, por lo cual, sólo se limita a pesar y a tallar al niño. También, hacen énfasis en que la oportunidad para aclarar dudas es limitada y por último ocasionalmente, la actitud del profesional interpone una barrera entre éste y el paciente, lo que refleja que se está presentando deshumanización en la prestación de los servicios de salud.

Por lo anterior, la mayoría de los padres y/o cuidadores llevan a sus hijos al programa de crecimiento y desarrollo en muchas ocasiones, sólo por cumplir un requisito del jardín, para presentar evidencias en los programas que ofrece el gobierno como “Familias en Acción”, o para que no los notifiquen a comisaría de familia, más no porque lo consideren realmente importante, puesto que no cumple con sus expectativas.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de satisfacción de los padres y/o cuidadores de los niños menores de 5 años, que asisten al control de crecimiento y desarrollo en una IPS de primer nivel del municipio de Filandia?

1.3 ÁRBOL DEL PROBLEMA (Anexo A)

2. JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta el planteamiento del problema expuesto anteriormente y en la búsqueda de soluciones a dichas inconformidades, se cuenta con una herramienta fundamental en el ámbito de la calidad: La auditoría, la cual permite evaluar sistemáticamente un proceso, basándose en dos pilares: el mejoramiento continuo y la atención centrada en los usuarios (8). Es así, como la oficina de Calidad del Ministerio, ha construido el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud con un enfoque estratégico, convirtiendo la dignidad humana en el propósito central de la atención en salud (humanización) (9). Esto da a entender, que tanto la calidad como la humanización en la prestación de los servicios, se complementan y determinan la satisfacción percibida por los usuarios, de allí la importancia de la monitorización o evaluación permanente de los diferentes procesos de atención.

En aras del cumplimiento de lo anteriormente plasmado, cabe mencionar el interés de los gobiernos por incluir en sus planes, programas y estrategias de desarrollo, la calidad en la atención, las cuales debe acoger las instituciones prestadoras de servicios de salud y garantizar su correcta ejecución.

Un ejemplo claro de programa implementado, es la Atención Integral a la Primera Infancia, enmarcada en la estrategia de Cero a Siempre que articula los diferentes entes territoriales (Ministerio de cultura, salud y protección social, ICBF y educación nacional), para garantizar el desarrollo integral de los niños y niñas en sus diferentes etapas, desde la preconcepción, gestación, parto y el primer mes de vida hasta los 5 años en sus diferentes contextos, lo cual se materializa en la activación de las Rutas Integrales para la promoción y prevención, donde están inmersas las consultas de crecimiento y desarrollo (10).

Según el Código de Infancia y adolescencia en su artículo 29 expresa: “La primera infancia es la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano. Comprende la franja

poblacional que va de los cero (0) a los seis (6) años de edad. Desde la primera infancia, los niños y las niñas son sujetos titulares de los derechos reconocidos en los tratados internacionales, en la Constitución Política y en este Código. Son derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación inicial.”(11)

Por lo anterior, los entes gubernamentales han propuesto varias estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para intervenir este tipo de población, como programas de Crecimiento y Desarrollo para garantizar una atención integral y de calidad; Llinás A (12), refiere que: “ la calidad de la atención que debe brindar una institución de salud, es percibida por las características del proceso de atención; la relación interpersonal, el contenido de la consulta, la duración, acciones clínicas de revisión y el diagnóstico, estructura física, humana y organizacional”. Lo anterior también incluye el término humanización de los servicios de salud el cual hace referencia en principio, a todas aquellas acciones que hacen más humano al hombre, por ello es necesario definir el concepto de humanización que tienen los diferentes actores que participan en el proceso de atención en salud: profesionales, paciente y familia. De todo ello se genera un nivel de satisfacción, dependiendo de la experiencia obtenida ya sea buena o mala. (13)

El programa de crecimiento y desarrollo se ha venido ejecutando desde hace más de 20 años a través de diferentes políticas públicas y sistemas de salud, que resaltan su importancia como una estrategia fundamental en el desarrollo integral de niños y niñas menores de 5 años, sin embargo, paulatinamente ha sufrido diversos cambios en su estructura, según se evidencia en la investigación realizada por Peñaranda F et al. (14): “El Programa de Crecimiento y Desarrollo: otro factor de inequidad en el sistema de salud”, donde la Ley 100 ha creado un nuevo escenario de la salud en Colombia, que se funda en un esquema de

aseguramiento. La perspectiva de mercado y de rentabilidad económica genera una forma diferente de entender la prestación de los servicios de salud. A esto se le suma lo planteado por Blandón L y Peñaranda F (15), quienes refieren que la Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años (Resolución 412 de 2000), plantea una justificación que orientada probablemente por las propuestas de promoción de la salud, reclama el compromiso social con los niños y las niñas, la equidad, el bienestar y la calidad de vida, pero rápidamente abandona esta perspectiva y pone el énfasis en la detección de la enfermedad desde una visión biomédica, es decir, se orienta fundamentalmente hacia la detección de las alteraciones del crecimiento y no se establecen de manera específica, las acciones encaminadas a promover la salud integral para potenciar sus posibilidades.

Esta situación, hace que las Instituciones de salud se adapten a cada una de los cambios, donde importa más el componente económico, alcanzar unas “metas”, reduciendo el tiempo de atención, es decir, importa más la cantidad que la calidad, generando de esta manera inconformidades en los usuarios, reflejadas en inasistencias reiteradas al programa de crecimiento y desarrollo, consultas particulares con especialistas, falta de interés en las recomendaciones realizadas por el profesional, ya que son muy generales y aumento de las enfermedades prevenibles.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, el propósito de este proyecto de investigación, es conocer el nivel de satisfacción de los padres y/o cuidadores de los niños menores de 5 años, que asisten al control de crecimiento y desarrollo en una IPS de primer nivel del municipio de Filandia y realizar un plan de mejoramiento acorde con las oportunidades de mejora encontradas, posteriormente, retroalimentar al personal de la Institución el trabajo realizado, para que sean éstos los que generen estrategias que permitan aproximarse a los mayores estándares de calidad.

3. OBJETIVOS

3.1 OBEJTIVO GENERAL

Determinar el nivel de satisfacción de los padres y/ o cuidadores de los niños menores de 5 años, que asisten al control de crecimiento y desarrollo en una IPS de primer nivel del municipio de Filandia.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Definir la población objeto del estudio a nivel sociodemográfico.
- ✓ Identificar la satisfacción de los padres y/o cuidadores de acuerdo con su percepción del programa de crecimiento y desarrollo, según las características del proceso de atención.
- ✓ Realizar plan de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos encontrados.
- ✓ Socializar los resultados con el personal de la Institución de salud escogida para el estudio.

3.3 ÁRBOL DE SOLUCIONES (Anexo B)

3.4 MATRIZ DE OBJETIVOS (Anexo C)

4. MARCO TEÓRICO

4.1 MARCO DE ANTECEDENTES

Como ya se mencionó anteriormente, la calidad en la prestación de los servicios es fundamental para satisfacer las necesidades del usuario, este término: “satisfacción”, tiene sus orígenes en la psicología según Velandia F (16), ya que es una de las ciencias que más se ha dedicado a entenderlo, pues desde final del siglo XIX e inicios del XX, se ha confirmado la importancia de la dialéctica satisfacción-insatisfacción en la comprensión del comportamiento humano.

Así, la satisfacción del usuario es relevante para evaluar la calidad de los servicios de salud e identificar los aspectos que requieren mejoría, ya sea con respecto al proceso de atención o de infraestructura, para llegar al objetivo propuesto: generar cambio en el estado de salud, garantizar adherencia y tener satisfecho al usuario (17).

De esta manera, se realizó una revisión bibliográfica, donde se encontraron varios estudios referentes a los temas de normatividad en salud, calidad, humanización y satisfacción de usuarios, como por ejemplo, la investigación hecha por Blandón L. y Peñaranda F (15): “La educación en el Programa de Crecimiento y Desarrollo en un contexto surcado por tensiones”, donde su objetivo era presentar aquellos resultados relacionados con el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano que influyen en el proceso educativo del Programa de Crecimiento y Desarrollo, derivados de una investigación dirigida a comprender sus efectos e impacto. Como metodología se utilizó un estudio de casos múltiples con perspectiva etnográfica, se acompañó un grupo de niños y adultos participantes del programa en cuatro instituciones de Medellín, durante el ingreso y tres controles del primer año de vida; se realizaron observaciones y entrevistas a adultos significativos y miembros de los equipos de salud, sus resultados fueron factores que influyen sobre la educación en el programa: la Ley 100 de 1993 constituye para algunos una oportunidad y para otros una amenaza; algunas

condiciones del modelo actual pueden traducirse en limitaciones para el proceso educativo; la norma técnica de la Resolución 412 de 2000 presenta contradicciones conceptuales y entra en tensión con la perspectiva de promoción de salud de la propuesta SIPI; y cada institución aplicó de manera diferente la norma. Algunos actores perciben ambientes poco propicios para la educación; se requiere por ello que las políticas provean condiciones que fortalezcan el programa y una propuesta educativa basada en el diálogo de saberes.

El artículo de Llinás A (12): “Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema”, revisa el concepto de “calidad” por varios autores y se resalta la definición de Calidad en salud de Avedis Donabedian circunscribiéndola a una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Obtener mayores beneficios con menores riesgos para el usuario en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes.

Se presenta la normativa del sistema de garantía de calidad en Colombia y se examina la percepción de los actores diferentes del sistema.

Luego, en una revisión de las diferentes reformas al sector salud en Latinoamérica, se destaca que han tenido como eje central la mejoría del sistema a partir del aumento de la cobertura o fortalecimiento del financiamiento. La reflexión plantea la necesidad de realizar reformas de fondo, centradas en procesos orientados a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y, con ello, lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población, con el indispensable acompañamiento de la academia, como un articulador del conocimiento en la sociedad.

El artículo “humanización de la calidad de atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la resolución 13437 de 2991”, hace referencia a la falta de sensibilización, frente a los procesos sociales que incluyan

un adecuado tratamiento de los procesos en salud, busca interpretar la coherencia que existe entre las necesidades del usuario y la atención recibida y con ella la humanización del servicio. (18)

Otro estudio hecho en Perú por Lopez Tirado (19), tuvo por objetivo determinar el nivel de satisfacción de las madres de niños/as menores de 2 años sobre la calidad de atención del profesional de enfermería en el programa de crecimiento y desarrollo del Hospital Santa Rosa Lima, como conclusiones la mayoría es de medio a baja referida a que le brinda algunas veces pautas de estimulación temprana, se preocupa por conocer las razones de su inasistencia, está pendiente de la seguridad, las condiciones físicas y el ambiente a veces agradables, limpios y ordenados, seguido de un mínimo porcentaje significativo alta ya que educa sobre los cuidados de su niño(a) en el hogar acerca de la alimentación según la edad, higiene oral, estimulación temprana, limpieza e higiene, ventilación de la casa, sueño y reposo, entre otros.

4.2 MARCO INSTITUCIONAL

A continuación, se realiza una breve descripción, sobre la reseña histórica de la IPS escogida para la investigación, su visión, misión, política de calidad y mapa de procesos, información que se encuentra disponible en su página web oficial: “EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE FILANDIA QUINDÍO” (20)

4.2.1 RESEÑA HISTÓRICA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE FILANDIA

La E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Filandia Quindío, fue fundada en el año 1.928 por el Presbítero Martínez, inicialmente como una entidad de caridad como la mayoría en nuestro país, luego siguiendo la normatividad del entonces Sistema Nacional de Salud como una Unidad Local de Salud de primer nivel con dependencia y asignación de situados fiscales a través del Servicio seccional de Salud del Quindío, para posteriormente transformarse a partir de la Ley 100 de

1.993, y sus decretos reglamentarios como el 1876 de 1.994, en una Empresa social de Estado de carácter descentralizado con base en el acuerdo 028 de 1.996, fungiendo en el Sistema general De Salud y Seguridad Social como ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL, con autonomía Administrativa como institución de primer nivel de atención.

De su inicio como Hospital de caridad del municipio al presente tanto su infraestructura como servicios, han tenido la evolución necesaria para la atención de los servicios de salud de baja complejidad, enmarcado en los desarrollos de calidad y seguridad para la atención de los usuarios de las diferentes Empresas prestadoras de servicios de los regímenes Contributivo, subsidiado y otras que contratan nuestra oferta de servicios de salud.

4.2.2 MISIÓN

El hospital San Vicente de Paúl es una empresa social del estado, que tiene como misión satisfacer las necesidades de salud de baja complejidad de la población del municipio de Filandia.

Nuestra razón de ser es:

- La prestación de servicios de la más alta calidad con énfasis en las actividades de Protección Específica y Detección temprana encaminada a mejorar las condiciones de vida de los habitantes y visitantes del municipio.
- Resaltar el espíritu de la normatividad vigente proyectandola al logro de altos niveles de calidad en la prestación de servicios de salud.
- El desarrollo integral del personal de la Institución.
- Administración sostenible.
- Brindar una atención humanizada.

4.2.3 VISIÓN.

La E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Filandia Quindío se proyecta hacia el año 2018 como una institución reconocida en el departamento, con servicios integrales de salud con altos estándares de calidad; gerenciada con una administración auto sostenible, ofreciendo atención eficaz, eficiente y con calidez humana a toda la población del área de influencia.

4.2.4 POLÍTICA DE CALIDAD

Es Política de Calidad de la ESE Hospital San Vicente de Paúl, la satisfacción de las necesidades de los usuarios y requisitos de nuestros clientes, para lo cual establece objetivos y acciones encaminadas al mejoramiento continuo de nuestros procesos y al aseguramiento de la calidad de todas las actividades.

Colocar en práctica esta política implica que todas nuestras acciones se realicen con base a los siguientes principios:

- Asegurar la satisfacción de nuestros clientes y usuarios ofreciendo servicios que cumplan con los requerimientos concertados con ellos.
- Facilitar e incentivar los mecanismos de participación comunitaria como una oportunidad para el mejoramiento continuo de la Institución.
- Disponer de un ambiente laboral adecuado y contar con personal idóneo que redunde en un eficiente y oportuno servicio a los usuarios.
- Establecer mecanismos que permitan la identificación y resolución de los errores o atrasos en la prestación de los servicios.
- Liderar proyectos que permitan el desarrollo institucional.

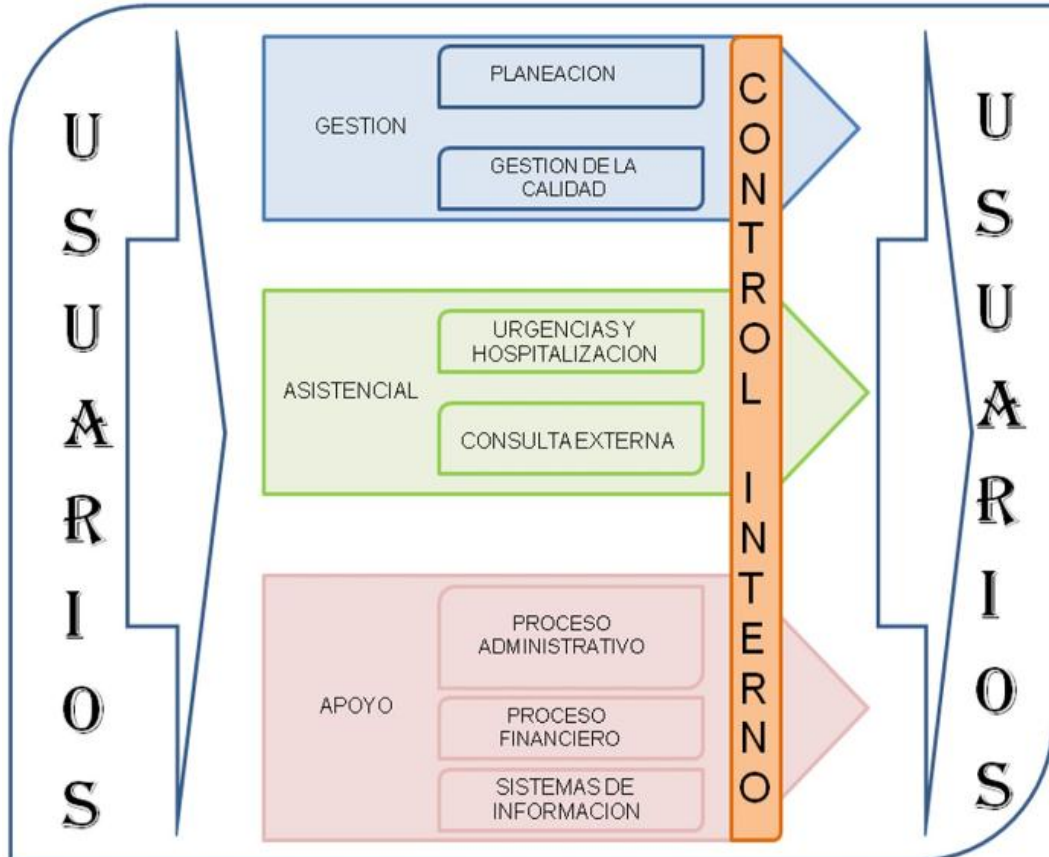
Figura 1. Fachada del Hospital carrera quinta.



Fuente: ESE Hospital San Vicente de Paúl de Filandia [internet] n.d. El Hospital San Vicente de Paúl de Filandia Quindío [consultado el 6 de Diciembre de 2017]. Disponible en URL: <http://www.hospitalsvpfilandia.gov.co/main-index>

4.2.5 MAPA DE PROCESO

Figura 2. Mapa de proceso



Fuente: ESE Hospital San Vicente de Paúl de Filandia [internet] n.d. El Hospital San Vicente de Paúl de Filandia Quindío [consultado el 6 de Diciembre de 2017]. Disponible en URL: http://www.hospitalsvpfilandia.gov.co/contenido-index-id-1-titulo-mapa_de_procesos

4.3 MARCO REFERENCIAL

La Resolución que sustenta esta investigación es la 412 de 2000 (21): “por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública”. Se tiene en cuenta entonces la Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años (4) y cada una de sus características, empezando por los objetivos, los cuales son:

- Disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por causas evitables mediante la prevención e identificación oportuna de los problemas que afectan a los niños y niñas menores de diez años.
- Ofrecer educación individual y orientación a los padres y madres sobre los cuidados y la trascendencia de la salud integral para potenciar sus posibilidades.

Su población objeto son todos los niños y niñas afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado, desde su nacimiento, hasta los diez años y las características del servicio conforman las normas básicas mínimas que deben ser realizadas por las instituciones responsables de la atención a los niños y niñas menores de diez años, las cuales deben tener capacidad resolutoria, disponer del talento humano como médicos y enfermeras debidamente capacitados en el tema del crecimiento y desarrollo; con el fin de brindar atención humanizada y de calidad, que garantice intervenciones eficientes, oportunas y adecuadas.

Además de la obligación administrativa y técnica, estas normas implican por parte de sus ejecutores, un compromiso ético para garantizar la protección y el mantenimiento de la salud de los niños y niñas menores de diez años.

Se deben hacer intervenciones en edades claves del crecimiento y desarrollo; brindar a los niños, a las niñas y a sus familias, además de la atención profesional eficiente, apoyo psicológico, consejería y trato amable, prudente y respetuoso.

Idealmente la inscripción para la valoración del crecimiento y desarrollo debe hacerse desde el nacimiento e iniciarse desde el primer mes de vida, pero deben ingresarse a cualquier edad, de acuerdo con el siguiente esquema:

TABLA 1. Esquema de control de crecimiento y desarrollo

ACTIVIDAD	PERIODICIDAD	CONCENTRACIÓN
Identificación e inscripción temprana	Al nacimiento o primer mes de vida	1
Consulta médica 1ª vez	Desde el primer mes de vida	1
Consulta de seguimiento por enfermera	< de 1 año: 1-3m; 4-6m; 7-9m; 10-12m.	4 al año
	De 1 año: 13-16m; 17-20; 21-24m.	3 al año
	De 2 a 4 años: 25-30m; 31-36m; 37-48m; 49-60m.	4 veces
	De 5 a 7 años: 61-66m; 67-72m; 73-78m; 79-84m.	4 veces
	De 8 a 9 años: Cada año	3 veces

Esta norma también define otros objetivos para la detección precoz de alteraciones del crecimiento y desarrollo:

- Evaluar el proceso de crecimiento y desarrollo del y la menor de 10 años en forma integral.
- Valorar el progreso en las conductas motora gruesa y fina, auditiva y del lenguaje y personal social. **(Anexo D)**
- Potenciar los factores protectores de la salud de la infancia, y prevenir y controlar

los factores de riesgo de enfermar y morir en esta etapa de la vida.

- Detectar precozmente factores de riesgo y alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño(a), para una intervención oportuna y adecuada.
- Promover el vínculo afectivo padres, madres hijos e hijas y prevenir el maltrato.
- Promover el autocuidado, los factores protectores y el control de los factores de riesgo a través de la educación en salud.
- Garantizar a la población menor de 10 años el esquema completo de vacunación, de acuerdo con las normas técnicas establecidas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) del Ministerio de Salud.
- Fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y con alimentación complementaria adecuada hasta los 2 años.
- Vigilar y controlar la buena nutrición de los niños(as).
- Orientar a los padres sobre los métodos de crianza y alimentación de sus hijos(as).
- Impulsar los componentes de salud oral y visual, para mantener a la población infantil libre de patologías orales y visuales.
- Respetar y promover los derechos de los niños(as).

Adicionalmente, la Gobernación del Quindío, expide la Resolución 1070 de Diciembre de 2014, “Por medio de la cual se estipula el protocolo para el suministro de micronutrientes y desparasitación en la consulta de crecimiento y desarrollo en niños menores de 10 años” (22) y es de obligatorio cumplimiento.

4.4 MARCO CONCEPTUAL

Las siguientes definiciones, son extraídas con base en la terminología MeSH (Medical Subject Headings).

ATENCIÓN: Los servicios de atención médica brindados a los pacientes de forma ambulatoria, en lugar de la admisión a un hospital u otro centro de atención médica. Los servicios pueden formar parte de un hospital, aumentar sus servicios para pacientes internados, o pueden brindarse en un centro independiente (23).

AUDITORÍA MÉDICA: Una revisión detallada y evaluación de registros clínicos seleccionados por personal profesional calificado para mejorar la calidad de la atención y los resultados del paciente. La auditoría clínica se introdujo formalmente en 1993 en el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (24).

CALIDAD: Los niveles de excelencia que caracterizan al servicio de salud o la atención de la salud que se brinda, se basan en estándares de calidad aceptados (25).

CRECIMIENTO: Aumento gradual en el número, el tamaño y la complejidad de las células de un individuo. El crecimiento generalmente resulta en un aumento en el peso de órganos, peso corporal y altura del cuerpo (26).

DESARROLLO: La maduración secuencial continua fisiológica y psicológica de un individuo desde el nacimiento hasta la adolescencia, pero sin incluirla (27).

HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN: Tipo de asistencia que se supone que el tratamiento es más efectivo cuando el paciente sea escuchado y respetado por los profesionales de la salud. También es necesario humanizar las condiciones de trabajo de estos profesionales (28).

INDICADORES DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD: Normas, criterios, estándares y otras medidas directas cualitativas y cuantitativas utilizadas para determinar la calidad de la atención de la salud (29).

PREVENCIÓN: Prácticas específicas para la prevención de enfermedades o trastornos mentales en individuos o poblaciones susceptibles. Estos incluyen promoción de la salud, incluida la salud mental, procedimientos de protección, como control de enfermedades transmisibles y monitoreo y regulación de contaminantes ambientales (30).

PROMOCIÓN: Alentar conductas del consumidor que tengan más probabilidades de optimizar el potencial de salud (física y psicosocial) a través de información de salud, programas preventivos y acceso a atención médica (31).

SATISFACCIÓN: El grado en que el individuo considera que el servicio o producto de atención médica o la manera en que el proveedor lo entregó es útil, eficaz o beneficioso (32).

4.5 MARCO LEGAL

NORMA / AÑO	EMISOR O FUENTE QUIEN LA SANCIONÓ	DESCRIPCIÓN
Constitución política de Colombia/1991	Congreso de la república.	Derecho a la salud (33).
Ley 100/1993	Congreso de la república.	Sistema general de seguridad social (34).
Resolución 8430 de 1993.	Ministerio de salud.	Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (35).
Resolución 5261/1994	Ministerio de salud.	Por la cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del POS (7).
Resolución 4288/1996	Ministerio de salud y la protección social.	Por la cual se define el Plan de Atención Básica del SGSS (36).
Resolución 1995 / 1999	Ministerio de Salud y la Protección Social.	Por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica (37).
Resolución 412/2000	Ministerio de salud y protección social.	Norma técnica para la detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de diez (10) años (21).
Resolución 3384 de 2000	Ministerio de Salud y la Protección Social.	Por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se Deroga la Resolución 1078 de 2000. Asigna responsabilidades en el cumplimiento de las normas y guías de atención y establece las metas de cumplimiento (38).
Ley 1098/2006	Congreso de la república.	Código de infancia y adolescencia (11)
Decreto 1011/2006	Ministerio de salud y la protección social.	Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del SGSSS (1).
Resolución 1043/2006	Ministerio de Salud y Protección Social	Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad

		de la atención y se dictan otras disposiciones. (39)
Ley 1122/2007	Congreso de la república.	Modificaciones en el SGSSS, priorizando el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios (40)
Resolución 0058 de 2007	Ministerio de Salud y la Protección Social.	Por la cual se deroga la Resolución 1715 de 2005, que había modificado la Resolución 1995 del 8 de julio de 1999 (41).
CONPES 109 de 2007	Departamento Nacional de Planeación (DNP)	Política pública nacional de primera infancia. "Colombia por la primera infancia" (42).
Decreto 3039/2007-2010	Ministerio de la Protección social.	Plan nacional de salud pública (43).
Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Estrategia (AIEPI).	Organización Panamericana de salud.	Guía para la atención y la consejería de la niñez en la familia (44).

Decreto 4875/2011	Ministerio de la protección social.	Atención integral a la primera infancia (45).
Resolución 4505/2012	Ministerio de salud y protección social.	Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de protección específica y detección temprana y la aplicación de las guías de atención integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento (46).
Resolución 710 de 2012	Ministerio de Salud y la Protección Social.	Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones (47).
Decreto 019 de 2012	Ministerio de Salud y la Protección	Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la

	Social.	Administración Pública (48)
Plan decenal / 2012-2021	Ministerio de la protección social.	Plan decenal de salud pública (49).
Estrategia de cero a siempre / 2013	Ministerio de salud y protección social.	Estrategia dirigida a promover y garantizar el desarrollo infantil temprano de niños y niñas en la primera infancia (10)
Resolución 2003/2014	Ministerio de salud y de la protección social.	Por la cual se define los procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de servicio de salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones (50)
Resolución 1070/2014	Gobernación Departamental del Quindío.	Por medio de la cual se estipula el protocolo para el suministro de micronutrientes y desparasitación en la consulta de crecimiento y desarrollo en niños menores de 10 años (22).
Observatorio Nacional De Calidad De La Atención En Salud OCAS. Guía Metodológica.	MINISTERIO DE SALUD	El propósito de esta Guía es proporcionar el marco conceptual y metodológico para la consolidación del Observatorio de Calidad de la Atención en Salud OCAS, como el escenario de referencia para dar cuenta de cuál es la calidad de la atención en salud que reciben los colombianos (51)

5. METODOLOGÍA

5.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación, es un estudio de tipo cuantitativo- descriptivo de corte transversal. Se aplicó dicho diseño, ya que su finalidad es el estudio de la frecuencia y distribución de eventos de salud y enfermedad, además, su objetivo es medir una o más características en un momento dado de tiempo (52). A través de este diseño, se pueden identificar variables básicas como persona, lugar y condiciones sociodemográficas, que permiten describir la población a quien va dirigida la investigación.

5.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y UNIDAD DE ANÁLISIS

La población está constituida por padres y/o cuidadores que llevan a sus hijos menores de 5 años, al control de crecimiento y desarrollo en una IPS de primer nivel del municipio de Filandia, de los cuales se tomaron como muestra 65 para la aplicación del instrumento, teniendo en cuenta que el total de la población menor de 5 años según estadísticas DANE es de 1447, con un nivel de confianza del 90% y un margen de error del 10%.

5.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Ser padre o cuidador de niños menores de 5 años y que éstos hayan asistido como mínimo a 4 controles de crecimiento y desarrollo.

5.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Niños menores de 9 meses, debido a que no cumplirían con el criterio de inclusión, por la periodicidad establecida en la norma técnica para realizar los controles de crecimiento y desarrollo.

5.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (Anexo E)

5.6 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para llevar a cabo el proyecto, se realizó contacto institucional con el gerente de la IPS de primer nivel del municipio de Filandia, donde por medio de oficio firmado por el director seccional de posgrados (**Anexo F**), se dio a conocer el propósito de la investigación y sus alcances, posteriormente fue aceptado para desarrollar el estudio con población asistente a esa Institución. Para ejecutar el diseño del trabajo ya planteado, se utilizó como instrumento de medida, una encuesta basada en la escala de Likert, debido a que mide actitudes y el grado de conformidad del encuestado. Dicha encuesta fue elaborada por el grupo del presente proyecto denominado: Encuesta de satisfacción de los padres y/o cuidadores de los niños menores de 5 años, que asisten al control de crecimiento y desarrollo en una IPS de primer nivel del municipio de Filandia. El instrumento fue validado por tres expertos de la Fundación Universitaria del Área Andina: doctor Diego Carmona, la docente Carmen Luisa Betancur y la doctora Elsa Patricia González, luego se realizó una prueba piloto donde se determinaron los aspectos a corregir y hacer más dinámica la encuesta, para su posterior aplicación en 2 jardines infantiles del municipio con personas escogidas aleatoriamente. El instrumento cuenta con la caracterización demográfica y 11 preguntas que miden el nivel de satisfacción con el programa. (**Ver Anexo G y H**).

5.7. PLAN DE ANÁLISIS

5.7.1 TABULACIÓN DE LOS DATOS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Después de aplicar el instrumento a la población objeto de la investigación, la información se tabuló en el programa de Excel, donde posteriormente se analizó de manera univariada y de forma descriptiva, se generaron gráficos para mayor comprensión de los resultados obtenidos y para las preguntas que definen el nivel de satisfacción, se diseñó una escala de semaforización que lo permiten identificar fácilmente representada de la siguiente manera:

MUY BAJO	0-25%
BAJO	26-50%
MEDIO	51-75%
ALTO	76-90%
MUY ALTO	>90%

5.7.2 CONTROL DE SESGOS

Para evitar los sesgos o errores en los resultados del estudio, se tuvo en cuenta en la selección, el tamaño total de la población menor a 5 años, el margen de error y el nivel de confianza para escoger el número de personas a quienes se les debía aplicar el instrumento, dicha muestra se obtuvo de la siguiente forma:

Margen de error: 10%.

Nivel de confianza: 90%.

Población total de menores de 5 años según estadísticas DANE: 1447.

Tamaño de muestra: 65

Tabla 2. Calculadora de muestras

Ecuación Estadística para Proporciones poblacionales	
$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{e^2 + \frac{z^2(p \cdot q)}{N}}$	n= Tamaño de la muestra
	Z= Nivel de confianza deseado
	p= Proporción de la población con la característica deseada (éxito)
	q= Proporción de la población sin la característica deseada (fracaso)
	e= Nivel de error dispuesto a cometer
	N= Tamaño de la población

Fuente: Asesoría económica y marketing. Copyright 2009.

Para la medición y como se describió en el ítem 5.6, se creó un instrumento (Encuesta), el cual fue validado por expertos de la universidad, luego se realizó una prueba piloto y posteriormente teniendo en cuenta los resultados de dicha prueba, se aplicó a la población objeto del estudio.

En cuanto al análisis, se utilizó como herramienta estadística el programa Excel, el cual permitió establecer un análisis descriptivo de los resultados.

5.7.3 RESULTADOS ESPERADOS

- Identificar y clasificar las características sociodemográficas de la población objeto del estudio.
- Conocer el nivel de satisfacción de los padres y/o cuidadores de los niños que asisten al control de crecimiento y desarrollo en la IPS de primer nivel del municipio de Filandia.
- Encontrar oportunidades de mejora para realizar un plan, que permita intervenir los puntos débiles.
- Dar a conocer el proyecto realizado y los hallazgos encontrados al personal de la Institución.

5.8 COMPROMISO BIOÉTICO

La bioética es la disciplina que busca aclarar problemas éticos que surgen en relación a la salud: al hacer investigación con seres humanos, diseñar o implementar una política de salud, y brindar atención médica (53).

De acuerdo con los principios establecidos en el reporte Belmont, y en la resolución 008430 de octubre de 1993, el presente trabajo es un estudio sin riesgo, porque no existen intervenciones de carácter físico ni psicológico, sólo la indagación y registro por el informante. Los padres y/o cuidadores cuando aceptaron participar, firmaron previamente el consentimiento informado (**Anexo I**).

5.9 COMPROMISO MEDIOAMBIENTAL

El uso de papel en nuestra vida cotidiana incide de forma directa con la tala de árboles. Muchas veces los bosques tropicales y selvas, sufren una tala indiscriminada para copar el gasto que se genera, no solamente tienen consecuencias negativas para los biomas particulares, si no que incide de forma bastante drástica para todo el planeta.

Tal hecho, genera consecuencias graves como por ejemplo la erosión del suelo, el aumento de la temperatura global y el aumento de peligrosas inundaciones. Por tal

motivo, el equipo de investigación se compromete con el medio ambiente, de acuerdo a las normas nacionales e internacionales a respetar el entorno haciendo mínimo uso de papel y manejando la información en medio magnético y papel reciclable.

5.10 RESPONSABILIDAD SOCIAL

Cuando se habla de calidad, como se ha dicho en varias oportunidades en el presente escrito, es un término muy amplio, donde uno de sus objetivos es brindar una atención oportuna, precisa y con calidez, llevando a la satisfacción de los usuarios, se tiene en cuenta entonces la Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9001 (54), la cual tiene como beneficios los siguientes:

- Proporcionar regularmente productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables;
- Facilitar oportunidades de aumentar la satisfacción del cliente;
- Abordar los riesgos y oportunidades asociadas con su contexto y objetivos;
- Capacidad de demostrar la conformidad con requisitos del sistema de gestión de la calidad especificados.

Por lo tanto, se pretende marcar la diferencia en cuanto al aumento de la satisfacción percibida en el programa de crecimiento y desarrollo por parte de los padres y/o cuidadores, a través de la identificación de oportunidades de mejora, que permita intervenir las no conformidades encontradas y hacer que el programa se destaque entre otras instituciones.

5.11 POBLACIÓN BENEFICIADA

- Niños que asisten a los controles de Crecimiento y Desarrollo.
- Institución prestadora de servicios de salud de primer nivel.
- Talento humano que lidera el programa de detección temprana de las alteraciones de crecimiento y desarrollo.

5.12 DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados de la investigación fueron socializados con los funcionarios de la IPS de primer nivel, en una reunión programada por el gerente de la institución, además se sustentó como proyecto de grado.

5.13 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

5.13.1 CRONOGRAMA DE GANTT (Anexo J)

5.13.2 PRESUPUESTO (Anexo K)

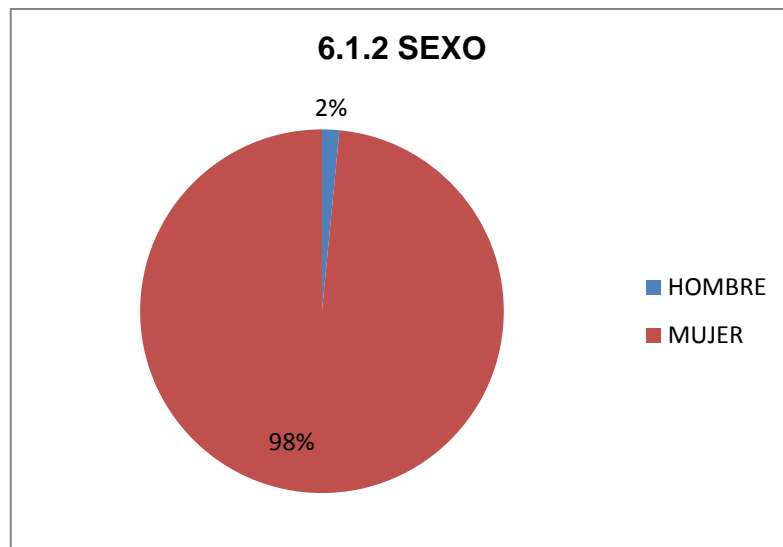
6. RESULTADOS

6.1 GRÁFICAS E INTERPRETACIÓN

6.1.1 EDAD DEL PADRE Y/O CUIDADOR

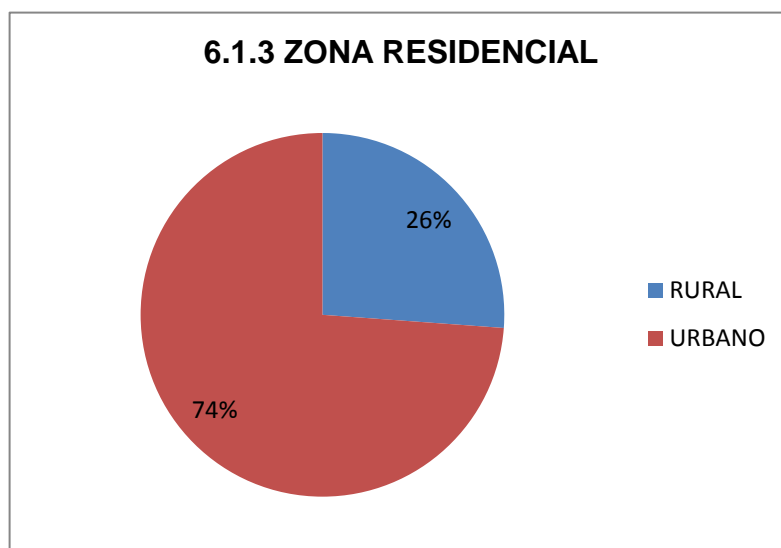
Media	28,82
Error típico	0,92
Mediana	27,00
Moda	22,00
Desviación estándar	7,46
Varianza de la muestra	55,59
Curtosis	2,01
Coefficiente de asimetría	1,32
Rango	37,00
Mínimo	19,00
Máximo	56,00
Suma	1873,00
Cuenta	65,00

La edad de los padres o cuidadores oscila entre 19 y 56 años, siendo la media de 28. La muestra es heterogénea.



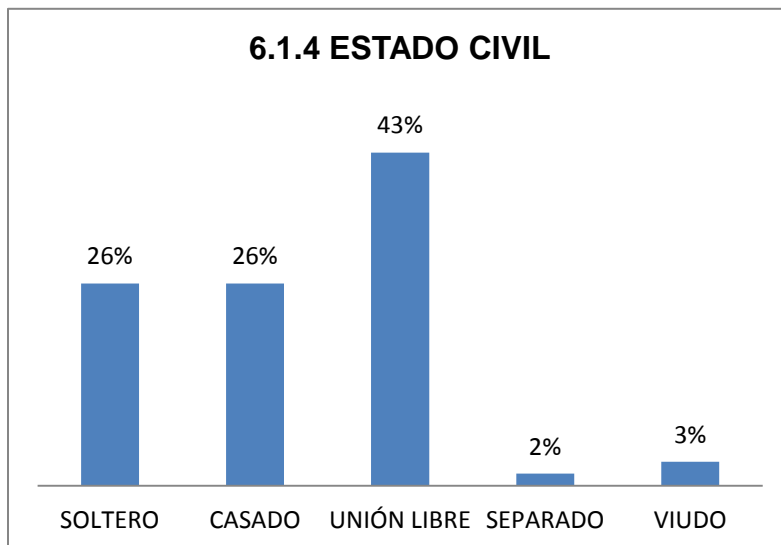
Fuente: *Propia*

La mujer predomina, esto estaría relacionado con el papel que desempeñan las mujeres al ser las encargadas en su mayoría, de las labores del hogar y la crianza de los hijos.



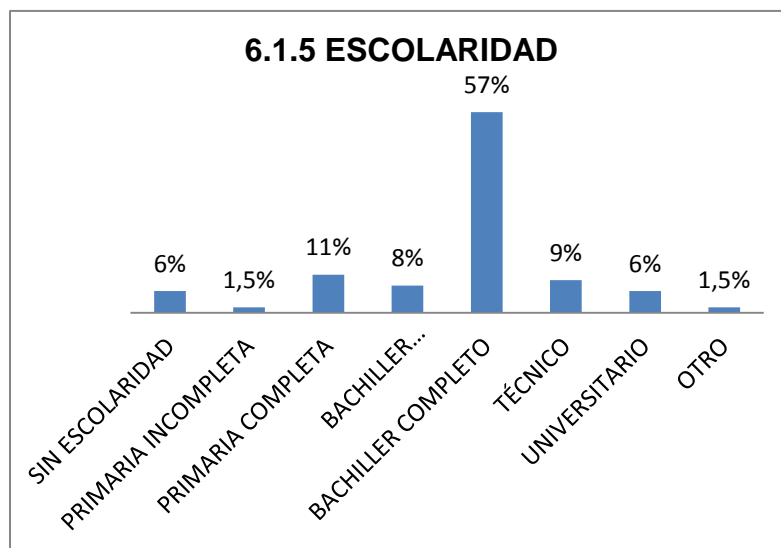
Fuente: *Propia*

La mayoría de las familias residen en zona urbana, esto puede darse por mejor accesibilidad a los servicios básicos (salud, estudio, alimentación, vivienda) por lo tanto, prefieren vivir en la cabecera municipal.



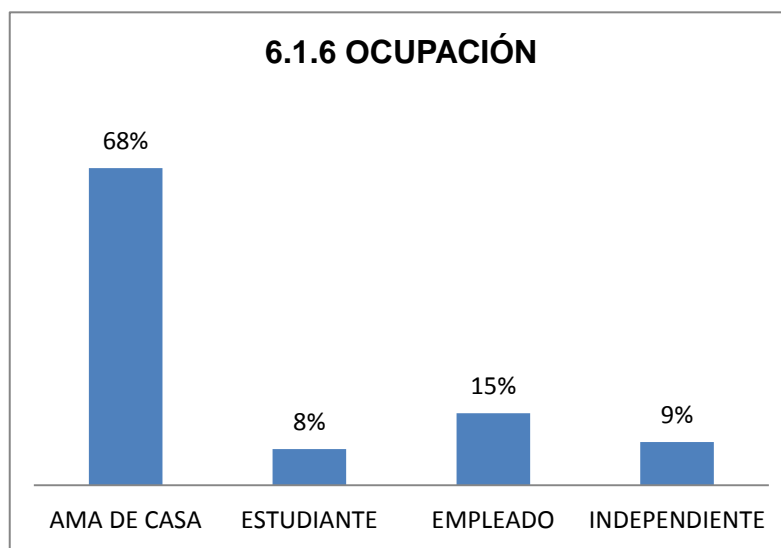
Fuente: *Propia*

El 69 % de la población, se encuentra en una relación de pareja, el 31 % no sostiene ninguna, las posibles causas podrían estar relacionadas con la edad o el rompimiento de relaciones sentimentales.



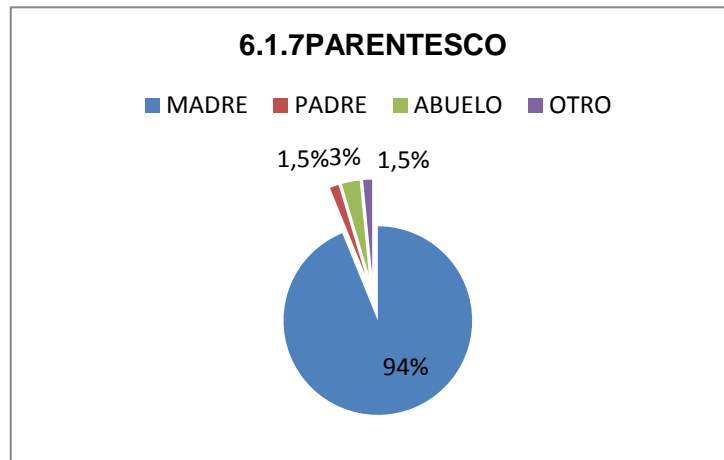
Fuente: Propia

La mayor parte de la población culminó el bachillerato, dedicándose posteriormente a las labores del hogar, debido posiblemente a que los ingresos económicos no son lo suficientemente altos para el acceso a estudios superiores. El 27 % no estudiaron o no terminaron, tal vez, por factores como residir en zona rural, tener hijos a temprana edad, responsabilidad familiar y las mismas labores domésticas o del campo.



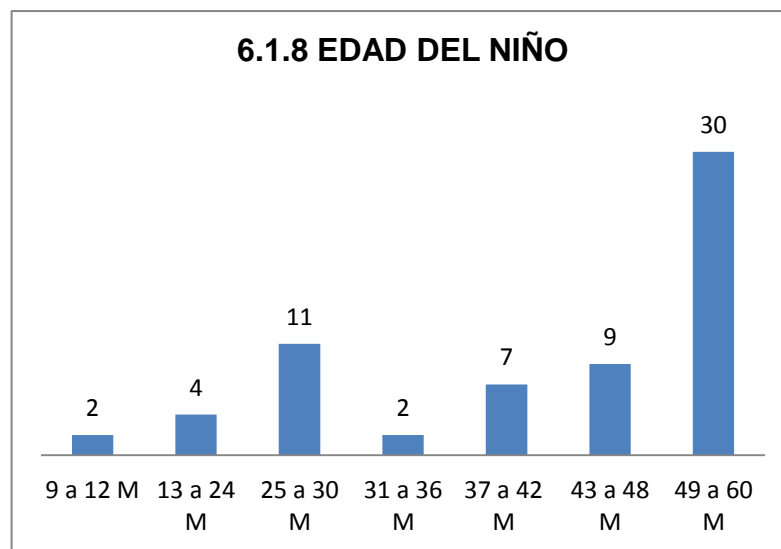
Fuente: Propia

La mayor parte de la población es ama de casa, esto podría estar relacionado con la escolaridad, al no tener acceso a un estudio superior, muchos no encuentran oportunidades laborales o si las encuentran ingresan a negocios pequeños o se ven obligados a trabajar de forma informal.



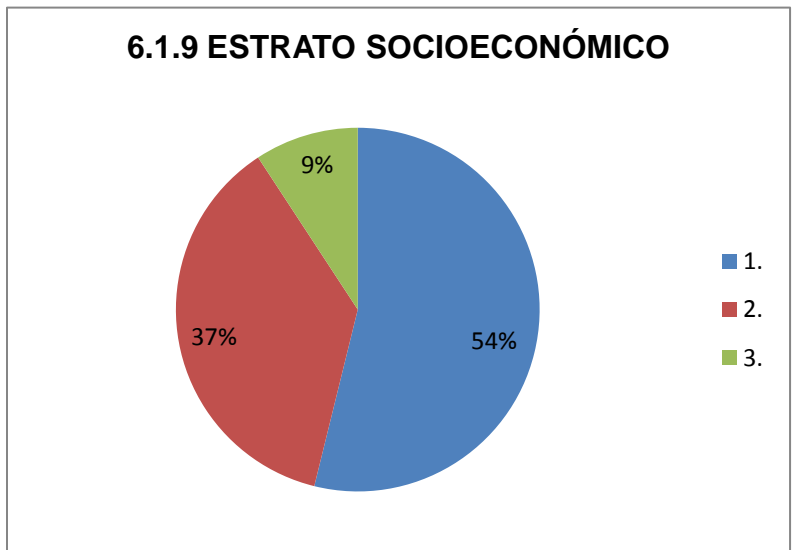
Fuente: Propia

En cuanto a la relación o parentesco con el niño el 95.5% tiene primer grado de consanguinidad, en su mayoría son madres, debido a que son amas de casa y disponen de tiempo para llevar a sus hijos a control de crecimiento y desarrollo.



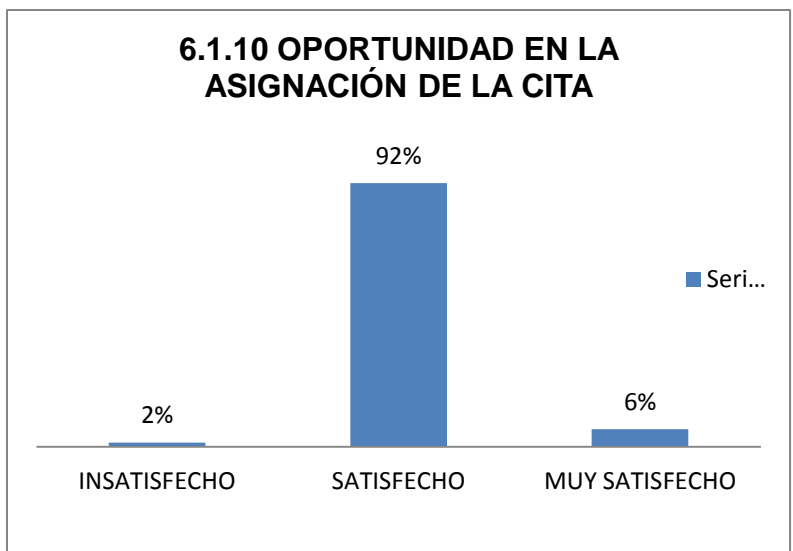
Fuente: Propia

En cuanto a la edad de los niños incluidos en el estudio, la mayoría se encuentran en los rangos entre 25 a 30 y 49 a 60 Meses, esto relacionado con el ingreso del niño a partir de los 2 años, criterio de admisión del jardín.



Fuente: *Propia*

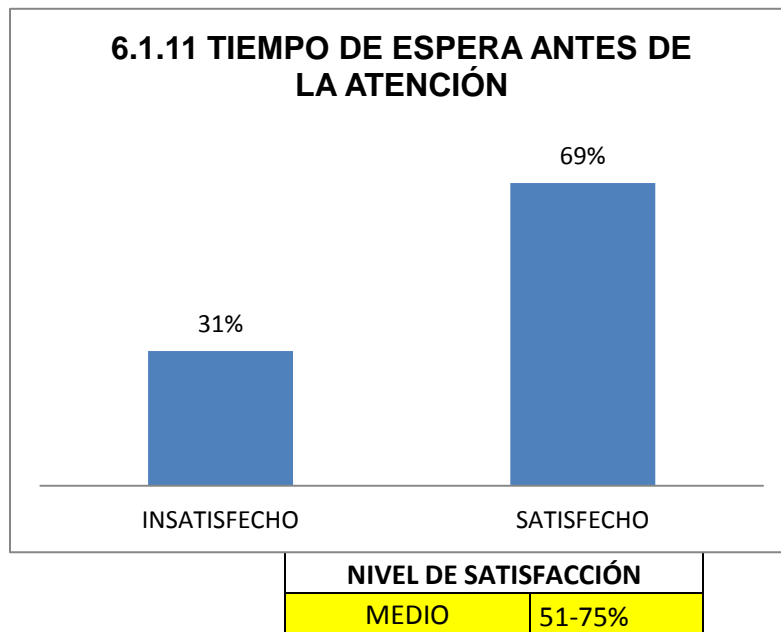
Los estratos socioeconómicos predominantes son el 1 y el 2, lo cual estaría relacionado con el nivel educativo y la ocupación de la mayor parte de la población.



Fuente: *Propia*

NIVEL DE SATISFACCIÓN	
MUY ALTO	>90%

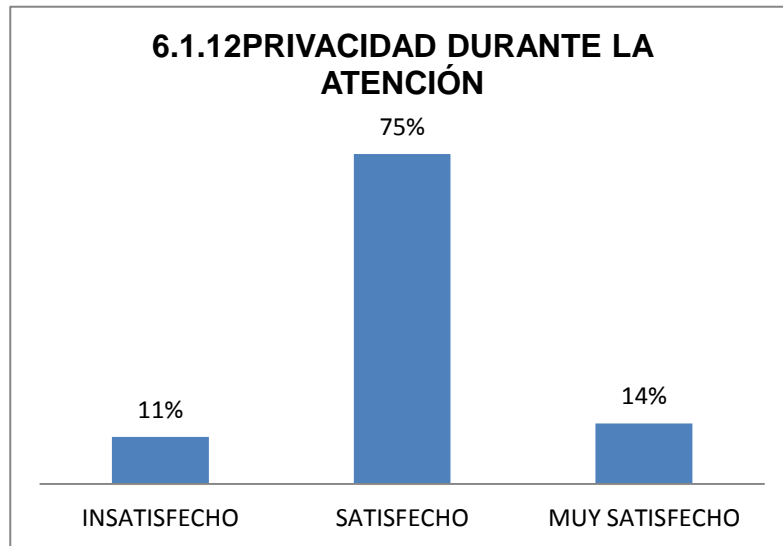
La oportunidad en la asignación de la cita en su mayoría, es satisfactoria, debido a que la IPS cumple con la Resolución 1552 de 2013, donde reglamenta el artículo 123 del decreto 019 de 2012 que establece el tiempo para la asignación de citas, la cual no debe exceder los 3 días hábiles (55). Se ubica la variable en un nivel muy alto de satisfacción.



Fuente:

Propia

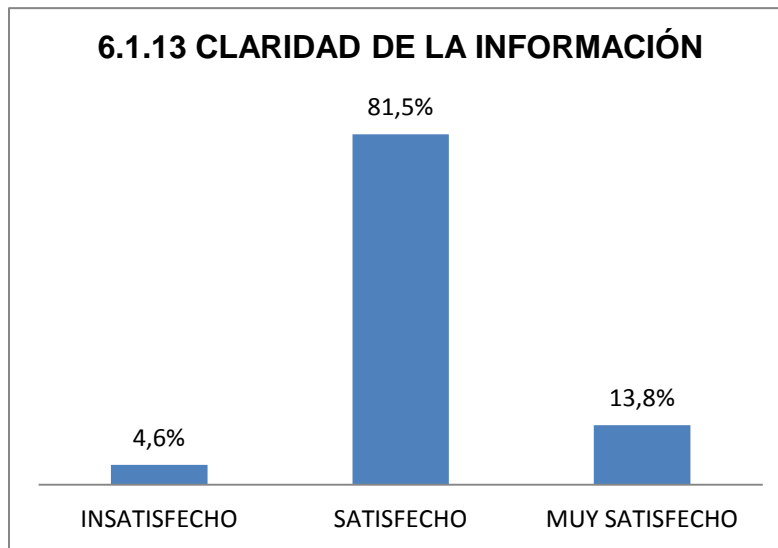
Se evidencia insatisfacción en una proporción considerable, lo cual podría estar relacionado con el no cumplimiento de la hora establecida para la atención, esto ubica el ítem en un nivel medio de satisfacción.



Fuente: *Propia*

NIVEL DE SATISFACCIÓN	
ALTO	76-90%

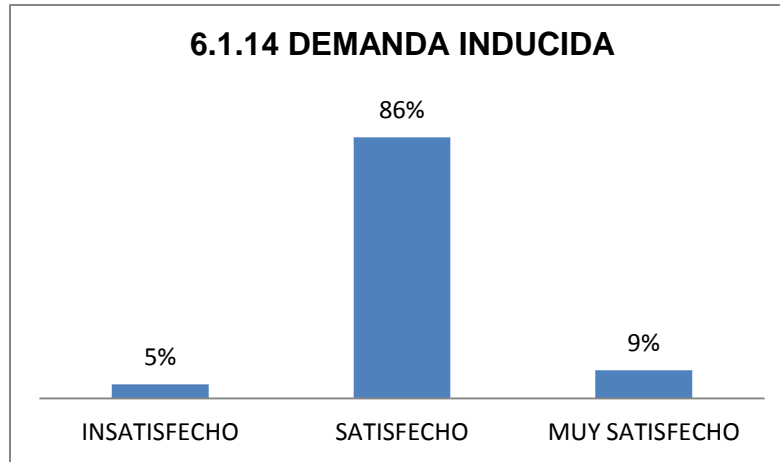
Frente a la evidencia de un nivel alto de satisfacción, se presenta un mínimo porcentaje de insatisfacción la cual podría estar relacionada con interrupciones durante la atención.



Fuente: *Propia*

NIVEL DE SATISFACCIÓN	
MUY ALTO	>90%

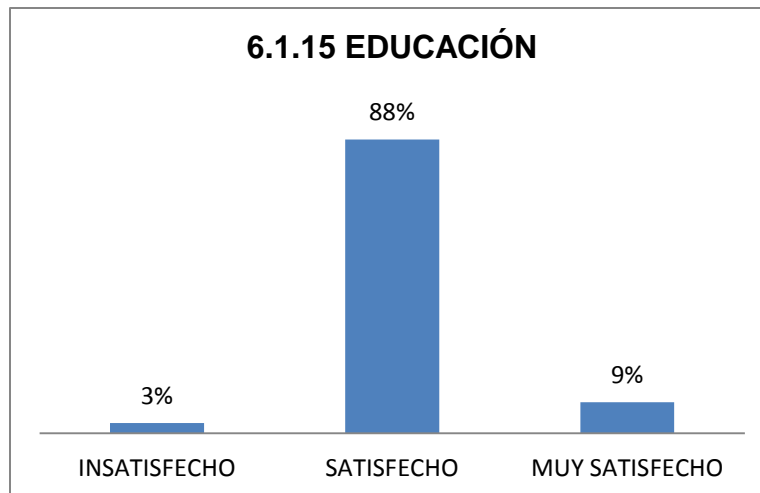
Existe un alto porcentaje de satisfacción en la claridad de la información brindada, relacionada con la comunicación asertiva del profesional.



Fuente: *Propia*

NIVEL DE SATISFACCIÓN	
MUY ALTO	>90%

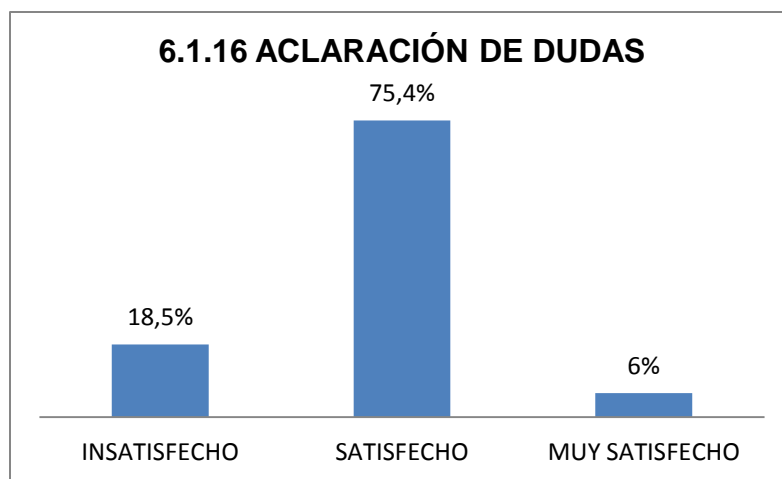
Existen programas de promoción y prevención complementarias al control de crecimiento y desarrollo, por lo tanto, se debe realizar demanda inducida a éstos, lo cual se relaciona con el porcentaje de satisfacción reflejado, ya que los padres expresan que se les informa acerca de las actividades a las cuales aplica al niño y aún no han asistido.



Fuente: *Propia*

NIVEL DE SATISFACCIÓN	
MUY ALTO	>90%

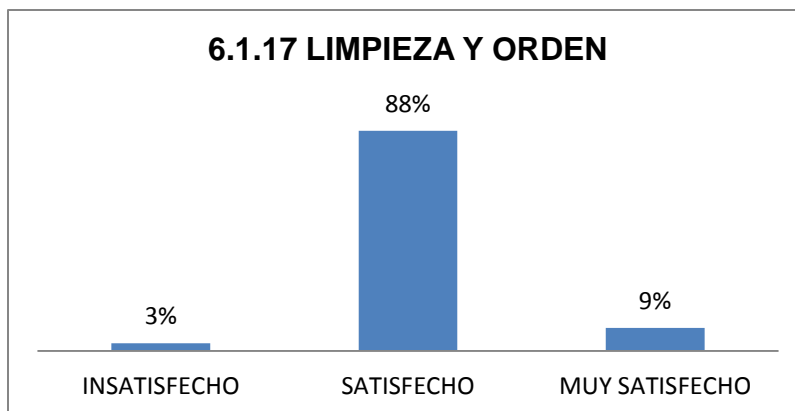
La IPS da cumplimiento a la resolución 1070 del 2014 en cuanto al ordenamiento y suministro de los micronutrientes, por lo anterior, los padres informan y se encuentran satisfechos en un alto porcentaje con la educación y las recomendaciones realizadas por el profesional para la administración de los mismos.



Fuente: *Propia*

NIVEL DE SATISFACCIÓN	
ALTO	76-90%

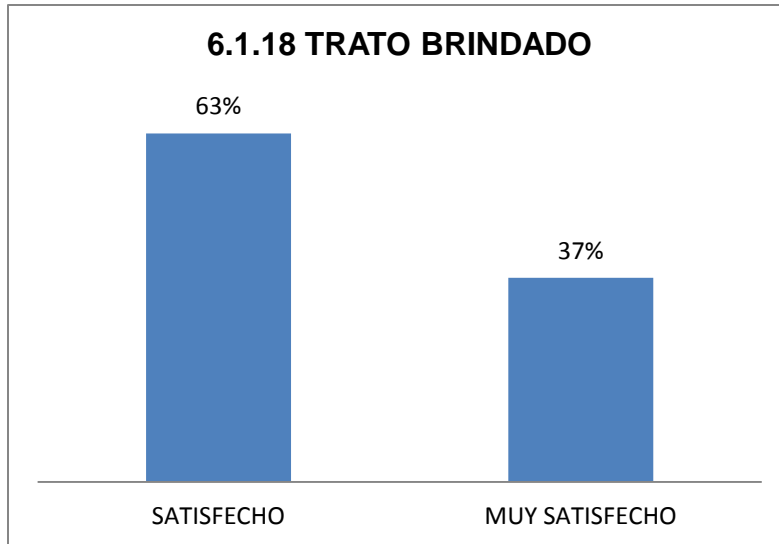
Llama la atención el porcentaje de insatisfacción frente a la aclaración de dudas presentadas, lo cual podría deberse a la falta de precisión en las respuestas o lenguaje muy técnico.



Fuente: *Propia*

NIVEL DE SATISFACCIÓN	
MUY ALTO	>90%

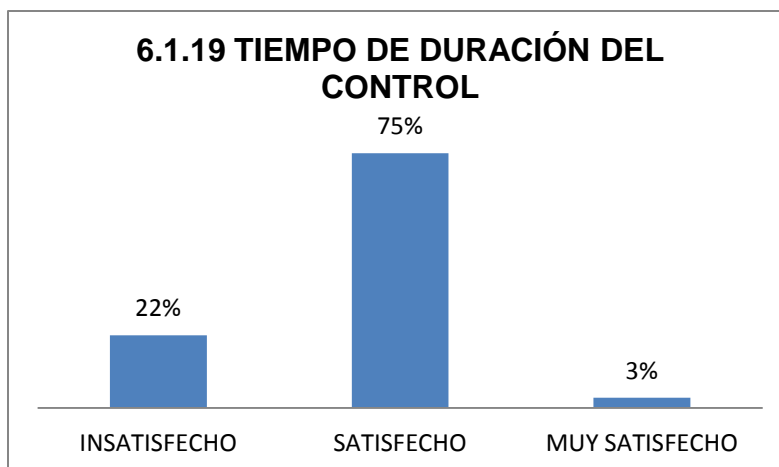
La IPS procura mantener sus instalaciones con un ambiente limpio, ordenado, seguro y agradable, lo cual hace que los usuarios se sientan satisfechos con las áreas de la institución.



Fuente: *Propia*

NIVEL DE SATISFACCIÓN	
MUY ALTO	>90%

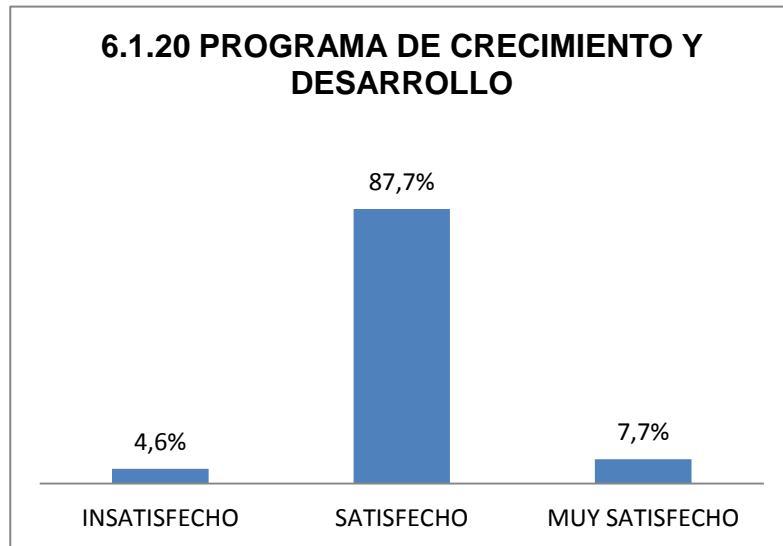
La satisfacción reflejada a través de esta pregunta, evidencia que existe calidez humana en los profesionales que realizan la atención de crecimiento y desarrollo.



Fuente: *Propia*

NIVEL DE SATISFACCIÓN	
ALTO	76-90%

Se observa que un porcentaje significativo de padres y/o cuidadores, se encuentran insatisfechos con el el tiempo de duración del control de crecimiento y desarrollo, lo cual podría estar relacionado con el tiempo destinado a la atención, el cual es de 20 minutos



Fuente: *Propia*

NIVEL DE SATISFACCIÓN	
MUY ALTO	>90%

A nivel general, el programa de crecimiento y desarrollo cumple con las expectativas de la población objeto del estudio.

6.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede evidenciar que la satisfacción percibida por los padres y/o cuidadores, coincide con los parámetros de competencia entre las IPS, ya que su principal objetivo es precisamente, satisfacer las necesidades y expectativas del usuario mediante el mantenimiento, restauración y promoción de la salud, dicho por Vargas Peña GS (2).

Sin embargo, se debe resaltar que las relaciones interpersonales o las experiencias vividas durante la atención, influyen en la percepción del usuario sobre la satisfacción, es decir, si existe empatía entre el profesional y el usuario, posiblemente esto hace que haya un nivel alto de conformidad con el programa, diferente cuando por alguna inconformidad generada en el proceso, se percibe insatisfacción del servicio recibido. Respecto a lo anterior, Ruelas (1993) precursor en México en el tema de la calidad de los servicios sanitarios, señala con fundamento en Donabedian, que esta variable es un concepto que debe estudiarse desde dos perspectivas íntimamente relacionadas e interdependientes: la técnica, que representa la aplicación de conocimientos y técnicas para la solución del problema del paciente, y la interpersonal, caracterizada por la forma como interactúan los prestadores de servicios de salud con los usuarios, que necesariamente implica el valorar como se da la relación del paciente con todos los integrantes del equipo de salud. (56)

Respecto a la insatisfacción percibida, el tiempo de espera antes de la atención es uno de los factores que resaltan, el cual está relacionado con el tiempo asignado para la consulta, según la Resolución 5261 de 1994 en su artículo 97 expresa: “La consulta no debe ser menor de VEINTE (20) minutos” (7), por lo tanto, las IPS estandarizan la atención mínima al parámetro mencionado, sin considerar los usuarios que requieren de más atención por su nivel de complejidad o la confirmación inoportuna de la cita. Esto implica retraso en el proceso de atención, además porque existen herramientas administrativas también normativizadas que

se deben diligenciar para cumplir con el envío de informes, teniendo como consecuencia la concentración en el sistema y no en el usuario, minimizando la expresión verbal y corporal con éste, centrándose en actividades muy básicas como lo es el peso y talla, dejando a un lado la mayoría de componentes que exige la norma. Teniendo en cuenta estos factores, Méndez A. (57) Refiere que la comunicación en salud implica una serie de interacciones que se da en la relación profesional con los usuarios de los servicios sanitarios y contribuir positiva o negativamente en la percepción de satisfacción de los mismos, en cada campo de acción disciplinar, hay una incidencia de la comunicación en la calidad de la atención, lo que a su vez repercute en las actitudes y las conductas frente al proceso de intervención por parte de pacientes y allegados.

Cabe destacar que aun teniendo un nivel de satisfacción alto se genera la inquietud en cuanto al conocimiento real que tiene la población objeto del estudio sobre el contenido de un programa de crecimiento y desarrollo, dejando abierta la oportunidad de futuros estudios que incluyan otras variables.

7. CONCLUSIONES

- El género predominante de los padres y/o cuidadores de los niños y niñas menores de cinco años es el femenino, evidenciando que son las madres las encargadas de llevar al menor a los controles de crecimiento y desarrollo.
- Con los resultados arrojados por la investigación, se da a conocer que la mayor parte de los padres y/o cuidadores se encuentran en un nivel de satisfacción alto cuando acuden al control de crecimiento y desarrollo.
- Según el nivel de satisfacción encontrado, se evidenciaron algunas oportunidades de mejora, las cuales permitieron realizar un plan de acción frente al tiempo de espera antes de la atención y duración del control.
- Al realizar la presente investigación, se esperaba confirmar las hipótesis planteadas, las cuales estaban relacionadas con un nivel mayor de insatisfacción, acorde con el marco teórico revisado, sin embargo, los resultados arrojan un nivel alto de satisfacción, lo cual rompe el paradigma.

.8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 De 2006. [Internet]. 2006;17 [Consultado el 6 de Diciembre 2017]. Disponible en URL:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975#0>
2. Vargas Peña GS, Gómez Zona AL, Roa Piedrahita A. Análisis del manejo del talento humano de los protocolos y normas técnicas y de la percepción sobre la educación recibida por los usuarios Programa de Detección Temprana. Colombia, 2002-2007. Gerenc. Polít. Salud. 2015;14: p.136–155.
3. Escalona M, Ávila G, Pérez D, Ávila T. Calidad de la atención y su Satisfacción: Servicio de Urgencias Médicas, 2009. Ciencias Holguín. 2011; 17(1): p. 1-11.
4. Díaz E. La humanización de la salud: Conceptos, críticas y perspectivas. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2017.422 p.
5. Bastidas Acevedo M, Torres Ospina J, Arango Córdoba A, Escobar Paucar G, Peñaranda F. La comprensión de los significados que del programa de crecimiento y desarrollo tienen sus actores: un paso hacia su cualificación. Cien Saude Colet. 2009;14(5): p.1919–1928.
6. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y Prevención, 2000 [Internet]. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años. Anexo Técnico Resolución 412 de 2000 [Consultado el 6 de Diciembre 2017]. Disponible en URL :
[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/6Deteccion alteraciones del crecimiento.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/6Deteccion%20alteraciones%20del%20crecimiento.pdf).
7. Ministerio de Salud. Resolución 5261 de 1994. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. [Internet]. 19994 [Consultado el 6 de Diciembre 2017]. Disponible en URL :

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5261-de-1994.pdf>

8. Ministerio de salud. Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud PNMCS: Plan estratégico 2016-2021[Internet]. 2016 [Consultado el 25 de Julio 2018]. Disponible en URL:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf>

9. Ministerio de salud. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad: Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud [Internet]. 2007 [Consultado el 25 de Julio de 2018]. Disponible en URL:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guias-basicas-auditoria-mejoramiento-calidad.pdf>

10. Gobierno de Colombia. Primera infancia. Investigación en Salud [Internet]. [Consultado el 6 de Diciembre 2017]. Disponible en URL:

<http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/Presentacion-estrategia-De-Cero-a-Siempre.pdf>.

11. El Congreso de Colombia. Ley 1098 de 2006. Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. 2006: 103p.

12. Llinás A. Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema. Salud Uninorte Barranquilla. 2010;26(1):p.143-54.

13. Benavidez R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 2005; 10(3): p. 561-71

14. Peñaranda F, Bastidas M, Ramirez H, Lalinde MI, Giraldo Y, Echeverri SL. El Programa de Crecimiento y Desarrollo: otro factor de inequidad en el sistema de salud. Fac Nac Salud Publica. 2002;1(20): p.89-99.

15. Blandón L, Peñaranda F. La educación en el programa de crecimiento y desarrollo en un contexto surcado por tensiones. Fac Nac Salud Pública. 2006;24: p. 28 - 36.

- 16.** Velandia F, Ardón N, Jara M. Satisfacción y calidad: análisis de la equivalencia o no de los términos. Gerenc y Salud. 2008;6(13):p. 139-68.
- 17.** Monteiro F. Satisfacción usuaria con el control de salud infantil en un centro de salud familiar en el año de 2015 [Trabajo final de máster]. Santiago: Universidad de Chile; 2015.
- 18.** Santacruz J. Humanización de la calidad en la atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la Resolución 13437 de 1991. Universidad y Salud.2016;18: p. 373-84
- 19.** Lopez B. Nivel de satisfacción de las madres de niños/as menores de 2 años sobre la calidad de atención del profesional de enfermería en el programa de crecimiento y desarrollo del Hospital Santa Rosa Lima - Perú, 2014 [Trabajo final de grado]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
- 20.** ESE Hospital San Vicente de Paúl de Filandia [Internet]. El Hospital San Vicente de Paúl de Filandia Quindío. [Consultado 6 de Diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.hospitalsvpfilandia.gov.co>
- 21.** Galvis R. Resolución Número 412 De 2000. Minist Salud Publica [Internet].2000 [Consultado el 6 de Diciembre 2017]. Disponibele en URL: [http://www.ins.gov.co/normatividad/Resoluciones/RESOLUCION 0412 de 2000.pdf](http://www.ins.gov.co/normatividad/Resoluciones/RESOLUCION_0412_de_2000.pdf)
- 22.** Gobernación Departamental del Quindío. Resolución 1070 de 30 de Diciembre de 2014. Por medio de la cual se estipula el protocolo para el suministro de micronutrientes y desparasitación en la consulta de crecimiento y desarrollo en niños menores de 10 años. 2014: 6p.
- 23.** National Center for Biotechnology Information, U.S National Library of Medicine MeSH [Internet]. [Consultado el 6 de Diciembre 2017]. Disponible en URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68000553>.
- 24.** National Center for Biotechnology Information, U.S National Library of Medicine MeSH [Internet]. [Consultado el 24 de Agosto 2018]. Disponible en URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=clinical+audit>

- 25.** National Center for Biotechnology Information, U.S National Library of Medicine MeSH [Internet]. [Consultado el 6 de Diciembre 2017]. Disponible en URL:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=Quality+of+Health+Care>.
- 26.** National Center for Biotechnology Information, U.S National Library of Medicine MeSH [Internet]. [Consultado el 6 de Diciembre 2017]. Disponible en URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68006128>.
- 27.** National Center for Biotechnology Information, U.S National Library of Medicine MeSH [Internet]. [Consultado el 6 de Diciembre 2017]. Disponible en URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68002657>.
- 28.** Descriptores en ciencias de la salud DECS [Internet]. [Consultado el 24 de agosto 2018]. Disponible en URL: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
- 29.** National Center for Biotechnology Information, U.S National Library of Medicine MeSH [Internet]. [Consultado el 24 de Agosto 2018]. Disponible en URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=Quality+Indicators%2C+Health+Care>
- 30.** National Center for Biotechnology Information, U.S National Library of Medicine MeSH [Internet]. [Consultado el 6 de Diciembre 2017]. Disponible en URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=Primary+Prevention>.
- 31.** National Center for Biotechnology Information, U.S National Library of Medicine MeSH [Internet]. [Consultado el 6 de Diciembre 2017]. Disponible en URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68006293>.
- 32.** National Center for Biotechnology Information, U.S National Library of Medicine MeSH [Internet]. [Consultado el 6 de Diciembre 2017]. Disponible en URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=Patient+Satisfaction>.
- 33.** Corte Constitucional de Colombia. Constitución política de Colombia actualizada con los actos legislativos a 2015 [Internet]. 2015. [Consultado el 7 de Diciembre 2017]. Disponible en URL:
[http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion politica de Colombia - 2015.pdf](http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia%20-2015.pdf).

- 34.** Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [Internet].1993 [Consultado el 7 de Diciembre 2017]. Disponible en URL:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.pdf>
- 35.** Republica de Colombia. Ley 100, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.1993;80 p.
- 36.** Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4288 de 1996. Por la cual se define el Plan de atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) y se dictan otras disposiciones [Internet]. 1996. [Consultado el 7 de Diciembre 2017]. Disponible en URL:
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION_4288_de_1996.pdf.
- 37.** Ministerio de Salud. Resolución 1995 de 1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. [Internet]. 1999.[Consultado el 7 de Diciembre 2017] Disponible en URL:
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolución_1995_de_1999.pdf.
- 38.** Ministerio de Salud Pública. Resolución 3384 de 2000. Por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se Deroga la Resolución 1078 de 2000 [Internet].2000. [Consultado el 7 de Diciembre de 2017]. Disponible en URL:
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCIÓN_3384_de_2000.pdf.
- 39.** Ministerio de la Protección Social. Resolución número 1043 de 2006. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones [Internet]. 2006. [Consultado el 7 de Diciembre 2017] Disponible en URL:

<https://www.invima.gov.co/images/pdf/medicamentos/resoluciones/resolucion1043de2006.pdf>

40. Congreso de la República. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones [Internet]. 2007. [Consultado el 7 de Diciembre 2017]. Disponible en URL :

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>.

41. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0058 de 2007. Por la cual se deroga la Resolución 001715 de 2005 [Internet]. 2007. [Consultado el 7 de Diciembre 2017]. Disponible en URL:

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolución_0058_de_2007.pdf.

42. Departamento Nacional de Planeación. DNP 2007. CONPES 109/2007: Política pública nacional de primera infancia Colombia por la primera infancia [Internet]. [Consultado el 7 de Diciembre 2017]. Disponible en URL: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/conpes-109-de-2007.pdf>

43. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 [Internet].2007.]. [Consultado el 7 de Diciembre 2017]. Disponible en URL:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-3039-de-2007.pdf>.

44. Organización Panamericana de Salud. Guía para la atención y la consejería de la niñez en la familia [Internet]. 2010. [Consultado el 7 de Diciembre 2017]. Disponible en URL:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GUIA-PARA-LA-ATENCION-DE-LA-NINEZ-EN-LA-FAMILIA.pdf>

45. Presidencia de la República. Decreto 4875 de 2011. Por la cual se crea la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia -AIPI- y la

Comisión Especial de Seguimiento para la Atención Integral a la Primera Infancia [Internet]. 2011. [Consultado el 7 de Diciembre 2017]. Disponible en URL:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/presidencia-decreto-4875-de-2011.pdf>.

46. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4505 de 2012. Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento [Internet]. 2012. [Consultado el 7 de Diciembre 2017]. Disponible en URL:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-4505-de-2012.PDF>.

47. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0710 de 2012. Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones [Internet]. 2012. [Consultado el 7 de Diciembre 2017]. Disponible en URL:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-0710-de-2012.PDF>.

48. Ministerio de salud y Protección social. Decreto 019 de 2012. Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública [Internet]. 2012. [Consultado el 7 de Diciembre 2017]. Disponible en URL:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-Ley-019-de-2012-Antitramites.PDF>

49. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021 [Internet].2012. [Consultado el 7 de Diciembre 2017]. Disponible en URL:

http://www.minsalud.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/Plan_Decenal_Documento_en_consulta_para_aprobacion.pdf.

- 50.** Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 de 2014. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud [Internet]. 2014. [Consultado el 7 de Diciembre 2017]. Disponible en URL: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-2003-de-2014.pdf>.
- 51.** Ministerio de salud y protección social. Observatorio Nacional de Calidad de la Atención en Salud OCAS: Guía Metodológica [Internet]. 2016. [Consultado el 7 de Diciembre 2017]. Disponible en URL: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-metodologica-observatorio-calidad.pdf>
- 52.** Iglesias V. Diseño transversal [Internet]. 2006 [consultado el 25 de Julio 2018]. Disponible en URL: http://www.bvsde.paho.org/cursoa_epi/e/pdf/modulo9.pdf
- 53.** Organización Panamericana de la salud OPS y Organización Mundial de la Salud OMS. Programa regional de bioética [Internet]. 2018 [consultado el 25 de Julio 2018]. Disponible en URL: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5582%3Aregional-program-on-bioethics&catid=3347%3Abioethics&Itemid=4124&lang=es
- 54.** Ministerio de vivienda. Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9001[Internet]. 2015 [consultado el 25 de Julio 2018]. Disponible en URL: http://www.minvivienda.gov.co/Documents/Sobre%20el%20Ministerio/Sistemas-de-Gestion/NTC_ISO_9001_2015.pdf
- 55.** Ministerio de Salud y Protección social. Resolución 1552 de 2013. Por medio de la cual se reglamentan parcialmente los artículos 123 y 124 del Decreto - Ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones [Internet]. 2013. [Consultado el 7 de Diciembre 2017]. Disponible en URL: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1552-de-2013.pdf>

- 56.** Pedraza N, Lavín J, González A, Bernal I. Factores determinantes en la calidad del servicio sanitario en México: Caso ABC. Cali: Entramado; 2014: p.76-89.
- 57.** Martín E, Sarmiento P, Ramírez A. Influencia de la comunicación del profesional de la salud en la calidad de la atención a largo plazo. Rev Calid Asist. 2014;29(3): p. 135-142