

CALIDAD ASISTENCIAL: UNA CONCEPTUALIZACIÓN SEMÁNTICA DEL TÉRMINO EN PERSONAL CLÍNICO HOSPITALARIO

Felipe Machuca Contreras^{1,2}

Recibido: 5 de noviembre 2017 **Aceptado:** 2 de julio 2018 **Publicado:** 27 de diciembre 2018

RESUMEN

Introducción: Hablar de calidad asistencial comprende entender el desarrollo histórico y la evolución conceptual que ha tenido. No solo el concepto es una herramienta administrativa si no que debe ser un precepto orientador para el quehacer diario en la gestión operativa. Es por esta razón que se hace necesario poder describir la conceptualización semántica del término calidad asistencial en personal clínico hospitalario, que se plantea como objetivo para este estudio.

Metodología: Se realiza un estudio cuantitativo descriptivo exploratorio bajo el método de conceptualización semántica que busca establecer redes mentales que nos ayudan a construir de forma organizada significados, referentes y relaciones, con ayuda de la memoria semántica.

Resultados: Para el término calidad asistencial el valor J fue de 254 que demuestra la riqueza semántica del término para los participantes, el conjunto SAM esta dado en orden de jerarquía por los términos Seguridad (FMG=100%), Eficiencia (FMG=88%), Atención (FMG=75%), Bueno (FMG=60%), Efectividad (FMG=41%), Confiabilidad (FMG=36%), Bienestar (FMG=35%), Excelente (FMG=30%), Satisfacción (FMG=30%), Profesional (FMG=28%) y Respeto (FMG=28%).

Conclusiones: Los resultados del estudio configuran una conceptualización rica, pero a su vez inicial del concepto. Esta se basa en elementos genéricos del discurso que se ha construido con la introducción de la gestión de la calidad en los procesos clínicos. Queda como desafío tomar esta conceptualización como punto de partida para la construcción de un concepto más profundo y organizado, que asegure una comprensión de la cultura de la calidad, sumado a lo ya avanzado de la gestión de la calidad.

Palabras clave (DeCS): Formación de Concepto, Calidad de la Atención de Salud, Cultura Organizacional.

¹ Enfermero, Magister en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud, Académico Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Chile, Chile.
felipe.machuca@uautonoma.cl ORCID: 0000-0001-7119-8593

² Docente Adjunto, Escuela de Enfermería, Facultad de Salud y Odontología, Universidad Diego Portales, Chile.

QUALITY CARE: A SEMANTIC DEFINITION OF THE TERM IN HOSPITAL CLINICAL STAFF

ABSTRACT

Introduction: Talking about quality of care involves understanding the historical development and conceptual evolution that has taken place. Not only the concept is an administrative tool but it must be a guiding precept for the daily task in the operational management. It is for this reason that it is necessary to be able to describe the semantic conceptualization of the term care quality in clinical hospital staff, which is proposed as an objective for this study.

Methodology: A quantitative exploratory descriptive study is carried out under the method of semantic conceptualization that seeks to establish mental networks that help us to construct in an organized way meanings, referents and relationships, with the help of semantic memory.

Results: For the term care quality value J was 254 demonstrating the semantic richness of the term for participants, SAM set is given in order of hierarchy by the terms Security (FMG = 100%) Efficiency (FMG = 88%), Attention (FMG = 75%) Good (FMG = 60%) Effectiveness (FMG = 41%) Reliability (FMG = 36%), welfare (FMG = 35%) Excellent (FMG = 30%), Satisfaction (FMG = 30%), Professional (FMG = 28%) and Respect (FMG = 28%).

Conclusions: The results of the study configure a rich conceptualization, but also an initial concept. This is based on generic elements of the discourse that has been constructed with the introduction of quality management in clinical processes. It remains a challenge to take this conceptualization as a starting point for the construction of a more profound and organized concept, which ensures an understanding of the culture of quality, coupled with the already advanced quality management.

Keywords (DeCS): Concept Formation, Health Care Quality, Organizational Culture.

QUALIDADE DOS CUIDADOS: A DEFINIÇÃO SEMÂNTICA DO TERMO NO CORPO CLÍNICO DO HOSPITAL

RESUMO

Introdução: Falar sobre qualidade de atendimento envolve a compreensão do desenvolvimento histórico e evolução conceitual que ocorreu. Não só o conceito é uma ferramenta administrativa, mas deve ser um preceito orientador para a tarefa diária no gerenciamento operacional. É por esta razão que é necessário poder descrever a conceptualização semântica do termo cuidados de qualidade no pessoal do hospital clínico, que é proposto como objetivo deste estudo.

Metodologia: Um estudo descritivo exploratório quantitativo é realizado sob o método de conceptualização semântica que procura estabelecer redes mentais que nos ajudem a construir de forma organizada significados, referentes e relacionamentos, com a ajuda da memória semântica.

Resultados: Para o valor de qualidade cuidados prolongados J era 254 demonstrando a riqueza semântica do termo para os participantes, conjunto SAM é dada em ordem de hierarquia pelos termos de Segurança (FMG = 100%) Eficiência (FMG = 88%), Atenção (FMG = 75%) Boa (FMG = 60%) Eficácia (FMG = 41%) Fiabilidade (FMG = 36%), O Bem-estar (FMG = 35%), Excelente (FMG = 30%), Satisfação (FMG = 30%), Profissional (FMG = 28%) e Respeito (FMG = 28%).

Conclusões: Os resultados do estudo configuram uma conceituação rica, mas também um conceito inicial. Isto é baseado em elementos genéricos do discurso que foi construído com a introdução do gerenciamento da qualidade nos processos clínicos. Continua a ser um desafio levar essa conceituação como ponto de partida para a construção de um conceito mais profundo e organizado, que garanta uma compreensão da cultura de qualidade, juntamente com a já avançada gestão da qualidade.

Palavras-chave (DeCS): Formação de Conceito, Qualidade de Saúde, Cultura Organizacional.

INTRODUCCIÓN

Cuando se habla de la calidad asistencial, tiende a ser un concepto que es constantemente mencionado, solicitado y requerido por las instituciones de salud, pero que no es solo un componente estructural dentro de la planeación estratégica de la institución, sino que debe de ser un valor entendido, comprendido y llevado a la práctica por todo el personal de salud de las instituciones. Es por esta razón que como base del proceso es necesario conocer las características del concepto calidad asistencial.

Robledo-Galvan et al. (1) mencionan que el concepto de calidad no es estático, rígido o intransformable, más bien, evoluciona gracias a la construcción de nuevas conceptualizaciones en las instituciones y por otro lado, la siempre cambiante atención de salud que se vuelve cada día más compleja, ambas situaciones hacen que el concepto se reconfigure día a día.

Por lo expuesto inicialmente podemos encontrar distintas definiciones de calidad según el autor que las esté esgrimiendo. Por ejemplo, se define a la calidad según la Real Academia de la Lengua Española (2) como la “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie”.

Por otro lado, para la norma internacional ISO 9000 “es el grado en el que un conjunto de características inherentes, cumple con la necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita y obligatoria” (3).

Del mismo modo, Donabedian (4) precisa que “la calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, el punto en el cual se espera que la atención proveída logre el balance más favorable de riesgos y beneficios”.

El Institute of Medicine (5) la describe como “la medida en que los servicios de salud para el individuo y para la población aumentan la probabilidad de obtener resultados deseados de salud consistentes con el conocimiento profesional del momento”.

Para Aibar y Aranaz (6) “es el grado de aproximación entre lo que el usuario espera y la atención de salud que recibe, en función del conocimiento, tecnología y recursos disponibles”.

Rodríguez (7) menciona que en el contexto chileno Roemer y Montoya-Aguilar definen calidad en salud como el “desempeño adecuado (de acuerdo a los estándares) en las intervenciones consideradas seguras, que están al alcance de las sociedades en cuestión y que tiene la capacidad de producir un impacto en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición”.

La propia Organización Mundial de la Salud (OMS) (8), ha definido la calidad asistencial como “una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y

otros) a estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”

En conjunto a las definiciones del concepto que se han descrito hasta el momento, la OMS llega al consenso que, para establecer una línea de trabajo en la calidad en los servicios de salud, es necesario configurar una base teórica que se traduce en seis dimensiones de la calidad que complementan lo descrito por Donabedian y el Institute of Medicine de Norteamérica, proponiendo: equidad, aceptabilidad/centrada en el paciente, efectividad, eficiencia, accesibilidad y seguridad (9). Estas dimensiones actualmente constituyen la calidad asistencial a nivel de salud y la base de los sistemas de acreditación de calidad a nivel nacional e internacional (10, 11).

Es de esta forma que en Chile se ha vivido un desarrollo histórico paulatino en relación al desarrollo mundial de la calidad asistencial como concepto y operacionalización. Como desarrollo histórico chileno podemos mencionar que, en la década de los ‘90 del siglo XIX las instituciones de salud chilenas se fueron acreditando en infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS). Luego en el periodo comprendido entre 1996 y 2000 se empezaron a acreditar instituciones más

complejas y de urgencias. El programa de evaluación de calidad de la atención hospitalaria empezó a desarrollarse entre los años 2000 a 2004, elaborando estándares en conjunto con los servicios de salud y como resultado se ha estructurado un sistema de acreditación con estándares claros y definidos donde las instituciones prestadoras de salud han sido sometidas a procesos de acreditación y re acreditación, siendo este el panorama nacional actual (7).

Teniendo en cuenta lo expuesto podemos mencionar que tras esta evolución histórica del concepto sumado a los esfuerzos de las instituciones por estandarizar y medir esta calidad. Es que se ha llegado a un punto donde se debe dar el siguiente paso de encontrarse actualmente en la gestión de la calidad y transitar hacia la construcción de una cultura de calidad (7).

Finalmente, para poder aportar en la construcción de una cultura de la calidad es que se hace necesario poder explorar la construcción del concepto de calidad asistencial que tiene el personal de salud, planteando para este estudio el objetivo de describir la conceptualización semántica del termino calidad asistencial en personal clínico hospitalario.

METODOLOGIA

Tipo de estudio

El presente es un estudio cuantitativo descriptivo exploratorio que fue desarrollado en personal del Hospital San Pablo de Coquimbo. Este es de alta

complejidad en la red asistencial situado la región de Coquimbo de Chile.

Muestra y contexto

El muestreo fue no probabilístico intencionado a conveniencia, este estuvo conformado por 120 funcionarios y se

realizó durante los meses de julio a diciembre del 2013.

Para la determinación de los participantes en estudio se tuvo como premisa que todos los implicados en los procesos deben conocer y trabajar la calidad asistencial. Debido a esto es que se invitó a participar a todo el personal clínico de la institución para lograr un amplio contexto para la construcción del concepto, sin perder de vista la mirada institucional de la cultura de la calidad y su desarrollo (7, 12).

Los criterios de inclusión para este estudio fueron: a) Ser funcionario de la institución en contacto directo con pacientes, b) tener al menos 1 año de experiencia en cargos con contacto directo con pacientes, c) contar con al menos 6 meses de trabajo en la institución en estudio, y d) participar voluntariamente del estudio.

Técnicas e instrumentos

En este estudio se utilizó la técnica de redes semánticas naturales de Reyes-Lagunes (13), el cual considera al método de recolección de información de las redes semánticas como un procedimiento híbrido debido a su utilidad para recolectar datos tanto desde el paradigma cuantitativo como para la investigación cualitativa.

Valdez (14) considera que las raíces de las redes semánticas se encuentran en los estudios realizados respecto a la memoria y principalmente está basada en el modelo de Endel Tulving. Tulving (15) describe la existencia de dos tipos de memoria: la memoria episódica, que recibe y almacena información acerca de datos temporales, de episodios o eventos y de relaciones temporales que se dan entre tales eventos, y la memoria semántica, que organiza el conocimiento acerca de las palabras y

otros símbolos verbales, sus significados, sus referentes y las relaciones entre ellos.

En este sentido la evocación de un estímulo reconstruye la memoria semántica y articula una red en torno a ella. En la técnica de redes semánticas estos estímulos están conformados por conceptos simples, imágenes o frases concretas, que logran el estímulo para la evocación de la memoria semántica (13).

La palabra/frase estímulo para este estudio fue el concepto calidad asistencial y en la aplicación de la técnica se les solicitó a los participantes que definieran, con al menos de 10 palabras, el concepto calidad asistencial. Considerando que estas 10 palabras estuviesen íntimamente relacionadas con la palabra o frase estímulo, estas podían ser verbos, adverbios, sustantivos, adjetivos, pronombres, sin utilizar artículos, preposiciones ni ninguna otra partícula gramatical sin significado propio (16).

Tras haber definido el estímulo, de manera individual, jerarquizaron todas las palabras que expresaron como definidoras, en función de la relación importancia o cercanía que cada una de ellas tenía con el estímulo. De esta forma, asignaron el número uno a la palabra más cercana o relacionada con el estímulo, el dos a la que sigue en importancia, y así sucesivamente hasta terminar con el listado con la posición 10 (16).

Recolección de datos

La recolección de datos se realizó en cada uno de los servicios clínicos donde se desempeñaban los participantes, se resguardo a cada uno de ellos la privacidad de la entrega de la información disponiendo de un espacio íntimo para que pudiesen realizar la técnica,

principalmente se realizaron en oficinas, residencias o salas de reuniones.

Para no entorpecer el trabajo de los participantes se coordinó con ellos la recolección de datos en horarios fuera de este, principalmente al inicio o finalización de la jornada laboral.

Del mismo modo, se les realizó el consentimiento informado y se les entregó la carta de consentimiento la cual firmaron como aprobación a la participación voluntaria y altruista en este estudio.

Análisis de los datos

El análisis de los datos se centró en la obtención de los cuatro valores o resultados principales: a) Valor J, b) Valor M Total (VMT), c) Conjunto SAM y d) Valor FMG.

Para esta tarea se utilizó el programa SPSS en su versión 19 con el cual se analizó la información generada por los participantes en la investigación, se ordenó alfabéticamente y se agrupó por términos afines obteniendo el total de palabras definitorias o Valor J que constituye un indicador de la riqueza semántica de la red (17).

Luego se obtuvo Valor M Total (VMT), el cual es un indicador de peso semántico de cada una de las palabras definidoras obtenidas, este se utilizó con el fin de analizar de forma lógica la información obtenida; se procedió a la obtención del valor MT mediante la multiplicación de la

frecuencia de aparición (FA) por el valor semántico (VS) que le corresponde (17).

Con estos datos obtenidos se procedió a la construcción del Conjunto SAM, que constituye un indicador de las palabras definidoras que conforman el núcleo central de la red, ya que es el centro mismo del significado que tiene un concepto. Para lograr conocer la distancia semántica entre las palabras definidoras que conforman el conjunto SAM, se construyó un indicador, en términos de porcentaje, tomando a la palabra con mayor peso semántico (VMT) como 100%. Así que el valor M total más alto representa la total cercanía que ese concepto tiene con el estímulo definido. Esta distancia semántica se le denomina Valor FMG (17).

Aspectos éticos

Este estudio fue revisado por el comité de ética del Hospital San Pablo de Coquimbo. Para esta investigación se siguieron los preceptos éticos de Ezequiel Emanuel (18). Se planteó a través del consentimiento informado la voluntariedad a ingresar al estudio, el carácter altruista, además el resguardo del anonimato de los participantes en todas las etapas a través del manejo de la información. No se previeron riesgos para los participantes independiente de si aceptó o no en entrar al estudio. Este estudio busca a través de su rigor metodológico y los resultados del mismo ser una contribución para la construcción de una cultura de calidad institucional.

RESULTADOS

Los participantes del estudio se distribuyeron según sexo con el siguiente detalle: masculino con un 16,7% (n=20) y femenino con un 83,3% (n=100).

En la figura 1 se detalla la distribución por rango etario de los participantes. Estos se concentran en mayor proporción (56%) en los rangos etarios de 24–29 años, 48–53 (20,0%, n=24) y 30–35 años (15,8%, n=19), disminuyendo en proporción de 42–47 años (14,2%, n=17), 54–60 años (13,3%, n=16), 36–41 años (10,8%, n=13), quedando en última posición de 18–23 años (5,8%, n=7).

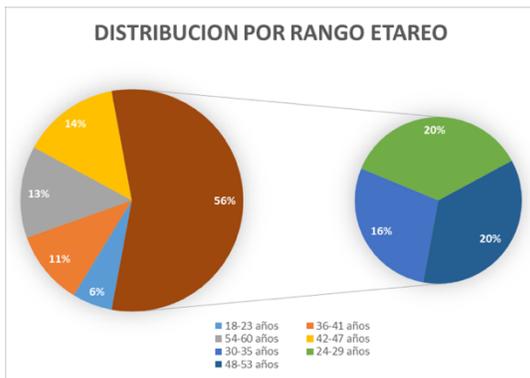


Figura 1: Distribución por rango etario

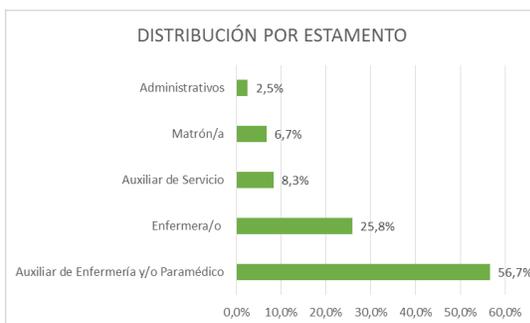


Figura 2: Distribución por estamento

La distribución por estamento, en relación a la importancia relativa de los participantes en orden decreciente, como muestra la figura 2, fue: Auxiliar de Enfermería y/o Paramédico (56,7%, n=68), Enfermera/o (25,8%, n=31), Auxiliar de Servicio (8,3%, n=10), Matrón/a (6,7%, n=8) y Administrativos (2,5%, n=3).

Palabras Definidoras	VMT	FMG
Seguridad	276	100%
Eficiencia	243	88%
Atención	206	75%
Bueno	165	60%
Efectividad	112	41%
Confianza	99	36%
Bienestar	97	35%
Excelente	84	30%
Satisfacción	82	30%
Profesional	76	28%
Respeto	76	28%

Tabla 1: Conjunto SAM y distancia semántica (FMG) entre palabras definidoras para el término calidad

Para el término calidad el valor J es de 254 que demuestra la riqueza semántica del término para los participantes, el conjunto SAM esta dado en orden de jerarquía por los términos Seguridad (seguridad-seguro-segura) (FMG=100%), Eficiencia (eficiencia-eficiente) (FMG=88%), Atención (FMG=75%), Bueno (bueno-buen-buena) (FMG=60%), Efectividad (eficacia-eficaz-efectividad) (FMG=41%), Confianza (confianza-confiable-

confiabilidad) (FMG=36%), Bienestar (FMG=35%), Excelente (excelencia-excelente) (FMG=30%), Satisfacción (satisfacción-satisfecho) (FMG=30%), Profesional (profesional-profesionalismo) (FMG=28%) y Respeto (respeto-respetuosa-respetar) (FMG=28%), como se muestra en la Tabla 1. Si bien el conjunto SAM está concebido como las diez palabras de mayor valor M total, en este caso para el concepto calidad se utilizaron once por coincidir en igual peso semántico (VMT) las últimas dos palabras definitorias. (Ver Figura 3)

DISCUSIÓN

Cada uno de las palabras definitorias presentadas por los participantes representan en mayor o menor grado las estrategias, conceptos, políticas y fundamentos de la calidad asistencial y a continuación se explicitarán estas relaciones.

La seguridad del paciente es uno de los elementos centrales de la estrategia que ha planteado la OMS e históricamente Chile ha invertido gran cantidad de recursos en esta dimensión de la calidad siendo un indicador prioritario en la calidad asistencial (19). Es por este motivo que se puede entender que en esta conceptualización aparezca en primer lugar este concepto, ya que se ha planteado en los sistemas de salud la construcción de la cultura de la seguridad (20).

No es de extrañar que la eficiencia también aparezca en los conceptos centrales, ya que como parte de los lineamientos de la reforma de la calidad, impulsada con

Distancia Semantica del Termino Calidad Asistencial

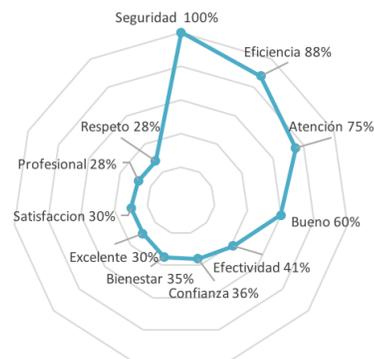


Figura 3: Distancia Semántica (VFG) de conjunto SAM del término Calidad Asistencial

políticas públicas en las cuales la distribución de los recursos y la disminución de los costos están siempre en el lenguaje cotidiano de los prestadores de salud (21, 22).

A su vez, la palabra definitoria atención conforma esta red debido a que uno de los ejes centrales que se han propuesto a nivel mundial es que la atención de salud este centrada en el paciente (23). Esta centralidad abarca aspectos de la relación de ayuda brindada por el personal de salud, el cumplimiento de las expectativas, el acompañamiento, el estar en y el estar con el otro que tiene necesidades de cuidados (24).

Del mismo modo, la palabra definitoria bueno engloba una amplia visión de la calidad como un resultado positivo asociado a procesos asistenciales, pero como un resultado más allá que el proceso en sí. La palabra definitoria bienestar al igual que bueno ve un resultado de la

gestión de calidad como un bienestar centrado en el usuario (25).

Confianza como palabra definatoria, se asocia a la relación de ayuda que se crea entre el usuario y el personal de salud. Uno de los elementos principales en los que se cimienta la relación de ayuda es la confianza, el poder saber que el otro estará para el que lo necesita y que el necesitado sepa que puede expresar sus necesidades porque serán escuchadas, configuran relaciones de ayuda basadas en la confianza (26).

La efectividad siendo uno de los seis dominios de la calidad se ha descrito como brindar servicios basados en el conocimiento científico a todos los que podrían beneficiarse y abstenerse de proporcionar servicios a aquellos que probablemente no se beneficiarían evitando la infrautilización y el uso indebido de los recursos (27). Muchas veces este concepto se utiliza como sinónimo de eficiencia y eficacia, pero la efectividad se centra en la utilización de los recursos de forma articulada a las necesidades de la población y con una base científica asociada (28). Teniendo en cuenta que es una política pública chilena es que los términos efectividad y eficiencia aparezcan en los discursos de las instituciones y por ende este dentro de la configuración de la red semántica para la calidad asistencial en este estudio (29).

Excelencia se entiende como el resultado máximo de un proceso. A su vez, se aproxima a los términos bueno y bienestar, siendo estas percepciones del proceso como indicadores cualitativos del resultado (30). Del mismo modo, la excelencia está ligada a los modelos de gestión de la calidad en los cuales se ha desarrollado y actualmente se utilizan los

desarrollados bajo la calidad total, principalmente (31). Esta calidad se basa en las expectativas del usuario y como se puede dar respuesta por parte de las instituciones a la cobertura de estas necesidades. De este modo las expectativas y necesidades deben ser cubiertas por la institución y todos los integrantes de la institución son responsables de que la calidad se logre (32).

Por otro lado, los usuarios cuando llegan a un servicio de salud buscan que sus necesidades puedan ser satisfechas, que la relación de ayuda genere, en base a las necesidades sentidas de la persona, resolución de sus problemas de salud, pero no exclusivamente de estas necesidades si no también tener una comunicación efectiva con el equipo de salud, comprender su situación de salud, tener la mejor información para tomar las mejores decisiones, entre otros (33, 34). Esta satisfacción es presentada en la red semántica como un componente que articula la calidad asistencial.

Sumado a lo anterior, la ley de derechos y deberes de los pacientes ha implicado analizar el accionar de los equipos de salud y tomar en cuenta en todo momento la voluntad del paciente. Esto ha generado que constantemente esté presente en el lenguaje clínico el concepto respeto como una aproximación del resguardo ético de los derechos del paciente (35).

La palabra definatoria profesional considera la calidad técnica de los profesionales y técnicos del establecimiento dentro del proceso asistencial (36). Esta calidad técnica comprende un amplio rango de competencias que se deben de cumplir en el contexto intrahospitalario, pero que se

vuelven transversales para cualquier contexto en donde se brinden prestaciones de salud (37). Estas competencias de la calidad técnica se mueven desde las específicas del quehacer propio de cada profesional a las genéricas a desarrollar en la relación de ayuda y la centralidad en el paciente (38, 39).

Si bien las aproximaciones hablan de dimensiones de la calidad (seguridad del paciente), políticas ministeriales (eficiencia, eficacia, satisfacción, respeto, calidad técnica), resultados de la gestión

de calidad (excelencia, bienestar y bueno) y procesos asistenciales (atención, relación de ayuda, confianza), aun es incipiente la conceptualización semántica para el término calidad asistencial, si bien se aprecian elementos de la gestión de calidad y sus distintas dimensiones. No se articula una red semántica central con palabras definitorias claves de la gestión, riesgo, proceso, práctica u otros asociados que podrían evidenciar de mejor forma la conceptualización semántica del término calidad asistencial.

CONCLUSIONES

Se observó en este estudio que existe una amplia riqueza semántica para el término, existen términos definitorios que, si bien son cercanos, no entregan una conceptualización estructurada y cercana al entendimiento global del fenómeno, es así como se despliega un conjunto SAM para el término calidad asistencial que agrupa a: seguridad, eficiencia, atención, bueno, eficacia, confianza, bienestar, excelencia, satisfacción, profesional y respetar.

Podemos definir tres grupos dentro de este conjunto SAM por las distancias semánticas de los términos:

a) Grupo Central: en este grupo se encuentran los términos seguridad y eficiencia. Los participantes logran asociar estas dos dimensiones de la calidad asistencial, ya que, es donde se han concentrado los esfuerzos en las instituciones de salud y se ha trabajado principalmente en la construcción de protocolizaciones, monitorización y mejora de la calidad, en conjunto con la

optimización de recursos y la gestión del talento humano.

b) Grupo Secundario: en la conformación de este grupo se han incluido los términos atención y bueno, nuevamente elementos relacionados con la gestión clínica y los procesos relacionados a la calidad de la atención de salud. Teniendo en cuenta a la atención como el conjunto de prestaciones brindadas y bueno como resultado de esta gestión clínica, relacionado con la percepción de estas prestaciones.

c) Grupo Externo: en este último conjunto de términos se encuentran efectividad, confianza, bienestar, excelente, satisfacción, profesional y respeto. En este conjunto se observan elementos que están relacionados con la percepción de la calidad de las prestaciones de salud. Además, desde la perspectiva de la calidad técnica y el rol de los profesionales en la calidad asistencial.

En virtud de los resultados se puede deducir que aún falta ampliar los conocimientos sobre calidad en el personal

de salud. Intervenciones en difundir y profundizar la cultura de la calidad se hacen necesarias para la construcción de una red semántica rica y que pueda explicar en profundidad todos los aspectos

centrales de la calidad asistencial. A su vez, se deben plantear futuros estudios donde se logre evidenciar la evolución del concepto hacia esta riqueza semántica.

REFERENCIAS

1. Robledo-Galván H, Meljem-Moctezuma J, Fajardo-Dolci G, Olvera-López D. The step from idea to concept regarding quality in healthcare services. *Revista CONAMED*. 2012; 17(4):172–5.
2. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española | Real Academia Española [Internet]. 2017 [citado 31 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=calidad>
3. ISO. Norma Internacional ISO 9000:2015 (traducción certificada). *Sistemas de gestión de la calidad - Fundamentos y vocabulario* [Internet]. ISO; 2015 [citado 31 de agosto de 2017]. Disponible en: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9000:ed-4:v1:es>
4. Donadedian A. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York, USA: Oxford University Press; 2003. 200 p.
5. Lohr KN, Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare. *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*. Vol. I. Washington, DC: National Academy Press; 1990. 468 p.
6. Aibar Remon C, Aranaz Andrés J. *Unidad Didáctica 2: La seguridad del paciente: Una dimensión esencial de la calidad asistencial*. En: *Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria* [Internet]. España: Ministerios de Sanidad y Consumo; 2007 [citado 31 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/MS-CD1/pdfs/UNIDAD2.pdf>
7. Rodríguez C. A. *Towards a culture of quality hospitals*. *Medwave*. 2013; 13(09):e5810–e5810.
8. OMS. *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente*. Versión 1.1 Informe Técnico Definitivo [Internet]. WHO; 2009 [citado 24 de octubre de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
9. World Health Organization, editor. *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems* [Internet]. Geneva: WHO; 2006 [citado 3 de enero de 2017]. 38 p. Disponible en: http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf?ua=1
10. Subsecretaría de Redes Asistenciales. *Manual de Estándar General de*

- Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada [Internet]. Superintendencia de Salud; 2010 [citado 7 de junio de 2017]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/portal/articulos-4530_Manual_AC_pdf.pdf
11. Joint Commission International. Estándares de acreditación para hospitales de Joint Commission International. 5ta Edición. EE.UU.: Joint Commission Resources, Inc.; 2014. 305 p.
 12. Barahona Pico JA, Rodríguez Araujo D. Organizational culture, a way to humanize the implementation of quality management systems- ISO 9001:2008. *SIGNOS-Investigación en sistemas de gestión*. 2017; 7(2):19–29.
 13. Reyes-Lagunes I. Las Redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*. 1993; 9(1):81–97.
 14. Valdez Medina JL. Las redes semánticas naturales, usos y aplicaciones en psicología social. Tercera. Mexico: Universidad Autónoma del Estado de México; 2000. 130 p.
 15. Tulving E. Episodic Memory. En: *Scientists Making a Difference: One Hundred Eminent Behavioral and Brain Scientists Talk about their Most Important Contributions*. First. England: Cambridge University Press; 2016. p. 536.
 16. Vera Noriega JÁ, Pimentel CE, Batista de Albuquerque FJ. Redes semánticas: Aspectos Teóricos, Técnicos, Metodológicos y Analíticos. *Ra Ximhai*. 2005; 1(3):439–51.
 17. Zermeño Flores AI, Arellano Ceballos AC, Ramirez Vasquez VA. Redes Semánticas Naturales, técnica para representar los significados que los jóvenes tienen sobre televisión, internet y expectativas de vida. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*. 2005; 11(22):305–34.
 18. Emanuel EJ, Wendler D, Grady C. What Makes Clinical Research Ethical? *JAMA*. 2000; 283(20):2701–11.
 19. Giménez-Júlvez T, Hernández-García I, Aibar-Remón C, Gutiérrez-Cía I, Febrel-Bordejé M. Cultura de la seguridad del paciente en directivos y gestores de un servicio de salud. *Gaceta Sanitaria*. 2017; 31(5):423–6.
 20. Camargo Tobias G, Queiroz Bezerra AL, Silvestre Branquinho NC, de Camargo Silva AEB. Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. *Enfermería Global*. 2014; 13(33):336–48.
 21. Herrero Tabanera L, Martín Martín JJ, López del Amo González M del P. Eficiencia técnica de los hospitales públicos y de las empresas públicas hospitalarias de Andalucía. *Gaceta Sanitaria*. 2015; 29(4):274–81.
 22. Romano J, Choi Á. Medida de la eficiencia de la atención primaria en Barcelona incorporando indicadores de calidad. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 2016; 30(5):359–65.

23. Boelen C. Improving the impact on health: The social accountability approach. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 2015; 24(3):615–6.
24. Carvajal A. El cuidado centrado en la persona en fase avanzada de la enfermedad. *Aquichan*. 2017; 17(3):241–2.
25. Landa Blanco M. Apuntes Teóricos, Empíricos y Metodológicos para el Estudio del Bienestar Subjetivo. Primera. USA: Glasstree Academic Publishing; 2017. 64 p.
26. Muñoz Devesa A, Morales Moreno I, Bermejo Higuera JC, Galán González Serna. The help relationship in nursing. *Index de Enfermería*. 2014; 23(4):229–33.
27. Rockwille M. The Six Domains of Health Care Quality [Internet]. [citado 25 de octubre de 2017]. Disponible en: [/professionals/quality-patient-safety/talkingquality/create/sixdomains.html](#)
28. Lam Díaz RM, Hernández Ramírez P. Los términos: eficiencia, eficacia y efectividad? son sinónimos en el área de la salud? *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*. 2008; 24(2):0–0.
29. Leyton-Pavez CE, Gil-Martín JC. Sustentabilidad financiera y excelencia en la atención en la salud pública chilena. *Salud Pública de México*. 2017; 59(5):510–1.
30. Agramonte del Sol A, Farres Vázquez R. Contribución de la gestión del cuidado en la calidad de la atención de Salud. *Revista Cubana de Enfermería*. 2010; 26(2):0–0.
31. Eiro NY, Torres-Junior AS. Comparative study: TQ and Lean Production ownership models in health services. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2015; 23(5):846–54.
32. Torres Saumeth KM, Ruiz Afanador TS, Solis Ospino L, Martínez Barraza F. Quality and its evolution: a review. *Dimensión Empresarial*. 2012; 10(2):100–7.
33. Landman Navarro C, Osorio C, Jesús M, García García E, Pérez Meza P, Sandoval Barrera P, et al. Satisfacción usuaria respecto a competencia de comunicación del profesional de Enfermería. *Ciencia y enfermería*. 2015; 21(1):91–102.
34. Rojas-Martínez W, Barajas-Lizarazo MA. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de urgencias. *Revista Ciencia y Cuidado*. 2016; 9(1):13–23.
35. Valenzuela S, Aliaga V, Burdiles P, Carvallo A, Díaz E, Guerrero M, et al. Reflexiones en torno a la ley N 20.584 y sus implicancias para la investigación biomédica en Chile. *Revista médica de Chile*. 2015; 143(1):96–100.
36. Soto-Fuentes P, Reynaldos-Grandón K, Martínez-Santana D, Jerez-Yáñez O. Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. *Aquichan*. 2014; 14(1):79–99.
37. Escarrabill J, Clèries X, Sarrado JJ. Competencias transversales de los profesionales que facilitan atención domiciliaria a pacientes crónicos.

- Atención Primaria [Internet]. 2015; 47(2):75–82.
38. Orkaizagirre Gómara A. Making nursing care visible through the Care Relationship. *Index de Enfermería*. 2013; 22(3):124–6.
39. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Universitaria*. 2015; 12(3):134–43.