

CALIDAD ASISTENCIAL EN UN HOSPITAL DE DÍA PEDIÁTRICO: ENFOQUE MULTIDIMENSIONAL

QUALITY OF CARE IN A PEDIATRIC DAY HOSPITAL: A MULTIDIMENSIONAL APPROACH

AUTORES: MARCIANO GABRIEL*, ENRIQUEZ ROCIO**, SERRANO NURIA***, VANS LANDSCHOOT FLORENCIA***

LUGAR DE TRABAJO: HOSPITAL DE DÍA PEDIÁTRICO POLIVALENTE. HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G DURAND. AV DIAZ VELEZ 5044-CP 1405-CABA, ARGENTINA

*JEFE DE SECCIÓN HOSPITAL DE DÍA PEDIÁTRICO POLIVALENTE.

**MÉDICA BECARIA, HOSPITAL DE DÍA PEDIÁTRICO POLIVALENTE.

***MÉDICA DE PLANTA, HOSPITAL DE DÍA PEDIÁTRICO POLIVALENTE.



ABSTRACT

INTRODUCTION: Introduction: Healthcare quality in pediatrics is a multidimensional concept that integrates clinical efficacy with patient and family experience. In Day Hospitals, measuring these dimensions is essential to optimize processes and humanize care.

OBJECTIVE: To evaluate the comprehensive quality of the Pediatric Day Hospital at Hospital Durand (2022-2024), combining objective structure and process indicators with subjective user perception.

METHODS: A descriptive, cross-sectional, mixed-methods study based on Donabedian's triad. Management indicators were analyzed, and 289 surveys (79% response rate) were administered to family members. Data were processed using quantitative analysis and qualitative thematic coding.

RESULTS: High-efficiency structure indicators were observed (Physician-to-Patient ratio 1:1.67), along with optimal safety processes (100% hand hygiene compliance and informed consents). Satisfaction with information and care was 98%. Two critical barriers were identified: difficulty with external signage (54%) and a patient absenteeism rate of 12.8%. This absenteeism negatively impacts the perception of efficiency by preventing the reassignment of appointments.

CONCLUSIONS: The service provides technical and human excellence in care that compensates for external infrastructural deficiencies. Improving perceived quality does not necessarily require more staff, but rather optimizing the logistical management of appointments and institutional signage. User feedback is established as an essential strategic tool for continuous improvement and comprehensive healthcare management

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La calidad asistencial en pediatría es un concepto multidimensional que integra la eficacia clínica con la experiencia del paciente y su familia. En los Hospitales de Día, esta medición es clave para optimizar procesos y humanizar la atención.

OBJETIVO: Evaluar la calidad integral del Hospital de Día Pediátrico del Hospital Durand (2022-2024), combinando indicadores objetivos de estructura y proceso con la percepción subjetiva de los usuarios.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo, transversal y de métodos mixtos basado en la tríada de Donabedian. Se analizaron indicadores de gestión y se aplicaron 289 encuestas (tasa de respuesta del 79%) a familiares, procesadas mediante análisis cuantitativo y codificación temática cualitativa

RESULTADOS: Se constataron indicadores de estructura de alta eficiencia (Tasa Médico/Paciente 1:1.67) y procesos de seguridad óptimos (100% lavado de manos y consentimientos). La satisfacción con la información y atención fue del 98%. Se identificaron dos barreras críticas: dificultad en la señalética externa (54%) y una tasa de ausentismo de pacientes del 12.8%. Este ausentismo impacta negativamente en la percepción de agilidad al impedir la reasignación de turnos.

CONCLUSIONES: El servicio ofrece una atención de excelencia técnica y humana que compensa deficiencias edilicias externas. La mejora de la calidad percibida no requiere necesariamente más personal, sino optimizar la gestión logística de turnos y la señalización institucional. La voz del usuario se consolida como una herramienta estratégica esencial para la mejora continua y la gestión sanitaria integral.

Key Words: Healthcare Quality, Pediatric Day Hospital, Patient Satisfaction.

Palabras Claves: Calidad de la Atención de Salud, Hospital de Día Pediátrico, Satisfacción del Paciente.

INTRODUCCIÓN

La calidad de la atención en salud se define como la síntesis de características de un servicio que le confieren la aptitud para satisfacer las necesidades del usuario, transformándose en un proceso dinámico y continuo en lugar de un evento aislado. Según el Institute of Medicine, este concepto multidimensional abarca no sólo la efectividad clínica y la seguridad del paciente, sino fundamentalmente la experiencia del usuario y la atención centrada en sus necesidades 5,6.

En este marco, la calidad no solo refleja la eficacia técnica de las intervenciones, sino que se consolida a través de la percepción subjetiva de quienes reciben el cuidado, convirtiendo la satisfacción en un indicador de resultado crítico para cualquier sistema sanitario moderno 11,14.

En el ámbito pediátrico, esta evaluación adquiere una complejidad particular debido al modelo de atención centrado en el paciente y la familia. Aquí, el cuidado se desplaza del individuo hacia la tríada paciente-familia-equipo de salud, donde los cuidadores asumen un rol activo y su percepción dictamina el éxito del proceso terapéutico 3,8,13 15,16,17. Los Hospitales de Día Pediátricos Polivalentes representan un escenario estratégico para esta medición, ya que son servicios que combinan procedimientos médicos especializados con la necesidad de un entorno humano, cómodo y seguro que evite la internación convencional. En estos servicios, la gestión de la calidad debe armonizar la eficiencia de los procesos médicos con un ambiente edilicio y administrativo que minimice el impacto emocional del tratamiento en el niño y su entorno. Es imprescindible evaluar no solo la eficacia clínica sino también la percepción de quienes reciben la atención, con el fin de identificar fortalezas y áreas de mejora 11,15.

La evaluación de la calidad de la atención en salud se ha consolidado como un componente esencial para mejorar los servicios y garantizar la satisfacción del usuario 1,4. Para capturar esta complejidad, la utilización de métodos mixtos, que integran análisis cuantitativos y cualitativos, se presenta como la estrategia más robusta en la investigación operativa en salud. Mientras que los indicadores cuantitativos de estructura y proceso (como la dotación de personal o los tiempos de espera) aportan objetividad y permiten la comparación con estándares internacionales, el análisis cualitativo de la voz del usuario revela dimensiones subjetivas como el trato, la calidez y las barreras invisibles en la atención.

Esta integración multidimensional es la que permite identificar brechas de calidad, detectar fortalezas y orientar planes de mejora estratégica que transformen la experiencia del paciente en una verdadera atención de excelencia, garantizando una atención integral, humana y eficaz.

OBJETIVOS

Acompañar la continuidad del seguimiento de los pacientes adolescentes desde la Sección.

Evaluar la calidad integral de la atención del servicio, combinando la percepción de los pacientes y sus familiares, con la medición de indicadores estructurales y de proceso, en el marco de un modelo de atención centrado en el paciente.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, analítico, transversal y observacional para evaluar la percepción de la calidad desde una mirada multidimensional. La evaluación de la calidad en este estudio se estructuró bajo el modelo de la tríada de Donabedian 4,5, que permite descomponer la atención sanitaria en tres dimensiones interdependientes: estructura, proceso y resultado.

-Los indicadores de estructura (tasas médico/paciente, condiciones edilicias) representan la capacidad instalada.

-Los indicadores de proceso (tiempos de espera, lavado de manos, gestión de turnos) evalúan la dinámica de la prestación.

-Los indicadores de resultado reflejan el impacto final a través de la percepción de satisfacción del usuario. Esta metodología asegura que la medición no sea una observación aislada, sino un análisis sistémico de la causalidad entre la infraestructura disponible y la seguridad y satisfacción del paciente.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio estuvo compuesta por pacientes y familiares de pacientes que recibieron atención en Hospital de Día Pediátrico del Hospital Carlos G Durand durante un periodo de tres años, desde enero de 2022 hasta diciembre de 2024. La muestra se obtuvo mediante un muestreo por conveniencia, incluyendo a todos los pacientes y familiares que desearon participar voluntariamente en una encuesta anónima durante el período de estudio. Se les explicó el propósito del estudio y se les aseguró la confidencialidad de sus respuestas. No se aplicaron criterios de exclusión específicos más allá de la negativa a participar.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Debido a la ausencia de un instrumento de medición de la calidad de atención validado específicamente para el contexto de un Hospital de Día Pediátrico Polivalente en nuestro país, se procedió a elaborar un cuestionario propio.

Para garantizar su pertinencia y validez de contenido, el cuestionario fue sometido a una validación por un panel de expertos. Este panel estuvo compuesto por tres profesionales del ámbito médico y de gestión de la salud, quienes evaluaron y ajustaron la redacción y la estructura de los ítems. El proceso se basó en la metodología de validación de contenido, donde los especialistas locales aseguran que el instrumento mide de manera adecuada y comprensible las dimensiones de la calidad de la atención relevantes para la población de estudio. Si bien este enfoque no reemplaza una validación psicométrica a gran escala, proporciona un sólido fundamento metodológico para la aplicación de la encuesta, asegurando que las preguntas son pertinentes y que los resultados obtenidos son válidos para el propósito del estudio. Los datos se recopilaron utilizando dicha encuesta (ver anexo), la cual fue anónima y estructurada, diseñada para evaluar diferentes dimensiones de la calidad de la atención. La misma se administró en dos formatos: papel y digital (a través de Google Forms). Incluyó las siguientes variables: facilidad de ubicación, comodidad, obtención de turno en tiempo y forma, tiempo de espera, trato del personal (administrativo, médicos y enfermería), información y resolución de dudas, posibilidad de mejora en la atención, disposición a volver al servicio si se necesita ayuda, y una evaluación general de la calidad de los servicios recibidos. Por otro lado, para los indicadores de estructura y proceso se diseñó una ficha de recolección de datos para documentarlos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se obtuvo el consentimiento informado implícito de los participantes al aceptar completar la encuesta, dada su naturaleza anónima y voluntaria. Se aseguró en todo momento la confidencialidad de la información recolectada. Asimismo, se declara la ausencia de conflictos de interés y de apoyo financiero o beca.

ANÁLISIS DE DATOS

Los datos de la encuesta fueron procesados utilizando el software estadístico Microsoft Excel. Se realizó un análisis cuantitativo, donde se calcularon frecuencias y porcentajes para variables categóricas. Esto permitió identificar patrones y tendencias dominantes en las respuestas de satisfacción. Y posteriormente en el análisis cualitativo, se utilizó una codificación temática.

Este proceso implicó identificar, agrupar y categorizar los principales temas emergentes. Este enfoque permitió interpretar en profundidad las áreas de preocupación y propuestas de mejora expresadas, complementando así los datos cuantitativos y enriqueciendo la comprensión global de la experiencia de los encuestados. En relación al análisis de indicadores de estructura y proceso, se calcularán tasas, porcentajes y promedios para cada indicador estructural y de proceso. Finalmente, se realizará un análisis de correlación descriptiva para contrastar los hallazgos objetivos de estructura y proceso con la percepción subjetiva de los pacientes, buscando identificar las posibles brechas de calidad o las áreas donde la gestión influye directamente en la experiencia del usuario.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Aunque el estudio aporta datos valiosos para la gestión de nuestro servicio, deben considerarse las siguientes limitaciones:

1. Sesgo de Selección (Muestreo por Conveniencia): Al ser una participación voluntaria, existe la posibilidad de un sesgo de selección, donde los usuarios con experiencias extremas (muy positivas o muy negativas) podrían tener una mayor disposición a responder. No obstante, la elevada tasa de respuesta (79%) mitiga este riesgo y otorga una representatividad significativa a los hallazgos.
2. Naturaleza del Instrumento: El cuestionario fue diseñado ad hoc y validado por un panel de expertos para asegurar su pertinencia local. Aunque cuenta con validez de contenido, no se realizó una validación psicométrica a gran escala, lo que podría limitar la comparación directa con otros servicios que utilicen escalas internacionales estandarizadas.
3. Temporalidad y Diseño Transversal: Al ser un estudio de corte transversal, los resultados reflejan la percepción en un periodo específico. Esto impide observar la evolución de la calidad a largo plazo o el impacto estacional en la demanda y satisfacción.
4. Efecto de Deseabilidad Social: Dado que las encuestas suelen completarse dentro del ámbito hospitalario, algunos participantes podrían haber suavizado sus críticas por temor a que esto afecte su atención futura, a pesar de que se garantizó el anonimato y la confidencialidad.

5. Alcance Multidimensional limitado: Si bien se utilizaron indicadores de estructura y proceso, la dimensión de "Resultado" se centró principalmente en la satisfacción y no en indicadores clínicos a largo plazo (como tasas de reingreso o complicaciones post-procedimiento), lo cual podría ser objeto de futuras investigaciones.

RESULTADOS

Se obtuvieron 289 encuestas, lo que representa una tasa de respuesta del 79% sobre el total de pacientes atendidos en el período analizado. Los hallazgos se presentan integrando los indicadores objetivos de gestión con la percepción subjetiva de los usuarios.

1. Indicadores de Estructura

El análisis revela una dualidad en la percepción de la planta física:

-Accesibilidad y Señalética: Aunque el servicio cuenta con acceso garantizado (escaleras y ascensor), el 54% de los pacientes reportó dificultades en la identificación y localización del servicio.

-Confort Interno: Una vez dentro del servicio, la satisfacción es elevada: un 95% valora positivamente la sala de espera y un 85% la sala de procedimientos. Las instalaciones cuentan con ludoteca, baño privado y áreas que garantizan la privacidad clínica.

-Dotación de Personal: Se constató una tasa Médico/Paciente de 1:1.67 y una tasa Enfermero/Paciente de 1:4 a 1:5, cifras que superan los estándares de eficiencia para atención individualizada.

2. Indicadores de Proceso y Seguridad

La eficiencia operativa mostró una alta correlación con la satisfacción del usuario:

-Gestión de Turnos: El 92% obtuvo su turno en tiempo y forma, con una asignación efectiva en menos de 24 horas a través de agenda propia.

-Tiempos de Espera: El tiempo promedio de espera se mantuvo entre 5 y 10 minutos, lo que asegura una atención oportuna.

Los procesos de ingreso y egreso son gestionados inmediatamente por el equipo administrativo. El usuario solo requiere participar en el proceso por primera vez, el cual no excede los 5 minutos para la solicitud de datos personales. Esto contrasta con la percepción sobre los procesos burocráticos. La dinámica de esta atención y sus puntos de control se detallan en el Flujograma de Atención (Fig. 1).

-Seguridad del Paciente: Se registró un 100% de cumplimiento en los protocolos de lavado de manos y en la presencia de barandas en camas/cunas.

-Aspectos Ético-Legales: Se alcanzó el 100% de obtención de consentimiento informado por escrito en procedimientos invasivos y verbal en todos los casos.

3. Percepción de la Calidad Asistencial (Resultados)

La valoración general del equipo de salud fue mayoritariamente positiva, destacándose la profesionalidad y calidez humana (gráficos 1,2,3 y 4)

-Satisfacción con la Información: El 98% de los encuestados manifestó plena satisfacción con la atención, resolución de dudas y la información recibida sobre los tratamientos.

-Áreas de Mejora: Un 30.6% de los usuarios identificó oportunidades de mejora (gráfico 5). El análisis cualitativo vinculó esta percepción a la "necesidad de mayor celeridad".

-Análisis del Ausentismo de Pacientes: Se identificó una tasa de inasistencia de pacientes del 12.8%. Las causas principales de ausentismo reportadas son: falta de medicación, problemas externos (ambientales, laborales, dificultad en el transporte) y/o enfermedad. Este fenómeno impacta negativamente en la percepción de agilidad del servicio, ya que los turnos perdidos sin aviso previo impiden la reasignación a otros usuarios, generando una sensación de falta de disponibilidad.

4. Análisis Cualitativo (Voz del Usuario)

El 57% de los participantes incluyó comentarios y sugerencias adicionales. Los temas emergentes se sintetizaron en una Nube de Palabras (Figura 2), donde los términos más frecuentes fueron: profesionalidad, calidez, amabilidad y seguridad. Las críticas se concentraron en aspectos extrínsecos al servicio, revelando que las áreas primarias de mejora son: condiciones edilicias deficientes y aspectos administrativos vinculados a la atención y actitud del personal administrativo, pero en forma global de la institución y no puntualmente del servicio, mayor celeridad en la atención, disponibilidad de insumos y la percepción general de que siempre hay algo que se puede mejorar.

Los resultados presentados reflejan un enfoque de calidad integral donde la percepción del paciente se contrasta y valida con la realidad

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio demuestran que la calidad asistencial en el Hospital de Día Pediátrico es un fenómeno dinámico donde la excelencia técnica y humana logra compensar, en gran medida, las deficiencias estructurales externas. Como se sintetiza en el Cuadro 2, existe una clara interdependencia entre los indicadores de gestión y la experiencia subjetiva del usuario.

Al aplicar el modelo de Donabedian, observamos una correlación positiva entre los indicadores de proceso (tiempos de espera de 5-10 min, 100% de lavado de manos) y los de resultado (98% de satisfacción con la información). Esta eficiencia operativa es, posiblemente, el factor determinante en la alta valoración de la profesionalidad del equipo. La seguridad del paciente, reflejada en el cumplimiento total de consentimientos informados y medidas físicas (barandas), posiciona al servicio no solo como un entorno humanizado, sino como un entorno seguro y legalmente robusto.

Resulta paradójico que, mientras el confort interno es calificado con un 95%, el 54% de los usuarios reporte dificultades para localizar el servicio. Este hallazgo, identificado como la "brecha de accesibilidad" en el Cuadro 2, subraya la importancia del concepto de wayfinding (orientación espacial) en la experiencia del paciente. Las barreras en la señalética y el mantenimiento edilicio externo actúan como los primeros "puntos de fricción", que pueden elevar el nivel de estrés de los cuidadores incluso antes de recibir la atención médica. Esto coincide con la literatura internacional que indica que la calidad percibida comienza en el acceso al edificio, no solo en el consultorio.

Un hallazgo crítico de este análisis es la brecha entre la capacidad asistencial real y la percepción de algunos usuarios sobre la necesidad de mayor rapidez. Con una tasa médico/paciente de 1:1.67, el servicio opera con estándares de máxima calidad; sin embargo, el 12.8% de ausentismo de pacientes genera una ineficiencia invisible. Este fenómeno explica la disociación entre el dato objetivo de espera y la demanda de celeridad (Ver Cuadro 2), produciendo dos efectos negativos:

-Subutilización de recursos: El equipo de salud permanece disponible pero con capacidad ociosa.

-Percepción de falta de turnos: Al no liberarse los espacios con antelación, otros pacientes perciben una dificultad de acceso que no es real, sino logística.

Este estudio revela que mejorar la calidad no siempre requiere más personal, sino una gestión de la demanda más sofisticada, como sistemas de recordatorio proactivo.

La alta tasa de participación cualitativa (57%) y la recurrencia de términos como "calidez" y "amabilidad" en la nube de palabras confirman que en pediatría, la competencia técnica es inseparable de la competencia emocional.

Dimensión	Indicador Seleccionado	Valor Hallado	Estándar de Calidad
Estructura	Tasa Médico/Paciente	1 : 1.67	Máxima calidad
Estructura	Tasa Enfermero/Paciente	1 : 4 a 5	Alta eficiencia
Proceso	Tiempo de espera promedio	5 - 10 min	Óptimo
Seguridad	Lavado de manos	100%	Cumplimiento total
Seguridad	Consentimiento Informado	100%	Cumplimiento total
Gestión	Tasa de Ausentismo	12.8%	Área de mejora

Cuadro 1. Resumen de Indicadores de Calidad (Estructura y Proceso)

Dimensión	Percepción del Usuario (Subjetivo)	Indicador de Gestión (Objetivo)	Brecha / Hallazgo de Gestión
Accesibilidad	54% dificultad para localizar el servicio.	Acceso físico garantizado (ascensor/escaleras).	Falla en señalética externa (Wayfinding) e institucional.
Oportunidad	Demanda de "mayor celeridad" en la atención.	Tiempo de espera óptimo (5-10 min).	El <i>ausentismo</i> (12.8%) genera percepción de baja disponibilidad.
Recursos	Sugerencia de aumentar dotación de personal.	Tasa Médico/Paciente 1:1.67 (Máxima calidad).	Capacidad ociosa por turnos perdidos no recuperados.
Seguridad	Entorno percibido como seguro y profesional.	100% Lavado de manos y Consentimientos.	Coherencia total entre proceso técnico y percepción.

Cuadro 2. Análisis de brechas en la calidad asistencial.

Nota: La columna de "Percepción del Usuario" se deriva del análisis de las 289 encuestas y la codificación temática de comentarios cualitativos. Los "Indicadores de Gestión" corresponden al análisis de estructura y proceso del servicio. La brecha identifica la distancia entre la realidad operativa y la experiencia subjetiva del cuidador.

Este porcentaje refleja un alto nivel de compromiso y disposición por parte de los usuarios para contribuir con propuestas específicas, lo que representa una valiosa fuente de información. El éxito del Hospital de Día radica en su capacidad para ofrecer un entorno que minimiza el impacto del tratamiento, permitiendo que el niño regrese a su hogar el mismo día, lo cual es valorado por las familias como un indicador de calidad de vida, como así también el enfoque integral entre cuidado clínico, apoyo social y comunicación efectiva sobre los tratamientos realizados.

CONCLUSIÓN

Este estudio evidencia una percepción altamente positiva respecto a la atención en el Hospital de Día Pediátrico, resaltando la calidad, profesionalidad y la calidez del equipo de salud. El servicio ofrece una atención clínica de excelencia respaldada por una estructura de máxima calidad y procesos de seguridad robustos, lo que se refleja en una alta satisfacción asistencial (80% de calificación excelente). Sin embargo, la experiencia global del usuario es impactada negativamente por variables no asistenciales (señalización, mantenimiento edilicio y atención administrativa)

- La participación activa de pacientes y familiares permitió identificar áreas de mejora. En particular, la queja sobre la "mayor celeridad" no se debe a una falta de personal, sino a la ineficiencia operativa generada por el ausentismo de pacientes que es tarde detectado. Este gap logístico impide la recuperación de la capacidad asistencial, afectando la oportunidad de atención para otros usuarios. Estos hallazgos refuerzan la importancia de integrar de manera sistemática, la voz del usuario en la gestión sanitaria, promoviendo un modelo centrado en el paciente y su familia que garantice un cuidado seguro, humano y de calidad. Los resultados subrayan la importancia de integrar de manera sistemática la voz del usuario como herramienta de gestión y mejora continua. En función de ello, se ha iniciado un plan estratégico que incluye: optimizar la gestión del ausentismo mediante recordatorios y confirmaciones de turnos, fortalecer la identificación del servicio con mejor señalética, y mantener el monitoreo periódico de indicadores de estructura, proceso y resultado. Este enfoque reafirma el compromiso del

Hospital de Día Pediátrico con una atención segura, humana y de calidad, consolidando su papel como modelo de gestión interdisciplinaria y de excelencia dentro del sistema público de salud. Para asegurar una evaluación más robusta e integral en estudios futuros, se propone agregar indicadores clave de seguridad y eficiencia operativa: Tasa de Incidentes de Seguridad Reportados y Resueltos (para medir la cultura de seguridad), Tasa Promedio de Respuesta ante Interconsultas o Derivaciones (para medir la eficiencia en el flujo del paciente), entre otros.

Este enfoque proactivo no solo busca corregir las deficiencias, sino institucionalizar la opinión del paciente como un indicador de rendimiento clave, asegurando que el Hospital de Día Pediátrico mantenga y eleve sus estándares de excelencia en el tiempo.

Anexo: Encuesta

Pregunta	Sí	No	No sabe
1. ¿Logró ubicar el servicio con rapidez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Se sintió cómodo en la sala de espera? (Luz, mobiliario, temperatura, ruido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Se sintió cómodo en la sala de atención/procedimiento? (Cunas/camas, privacidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I. Dimensión Estructural y Accesibilidad

Pregunta	Sí	No	No sabe
4. ¿Obtuvo el turno en tiempo y forma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Considera adecuado el tiempo transcurrido entre su llegada y la atención?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Dimensión de Proceso y Oportunidad

Por favor, califique del 1 al 5, donde: 1=Mala, 2=Regular, 3=Buena, 4=Muy buena, 5=Excelente.

- Atención Médica: [1][2][3][4][5]
- Atención de Enfermería: [1][2][3][4][5]
- Atención Administrativa: [1][2][3][4][5]

III. Dimensión de Atención Personalizada (Escala de Valoración)

Pregunta	Si	No	NS/NC
6. ¿Recibió la atención médica/técnica que necesitaba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Recibió información clara y logró resolver sus dudas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Si necesitara ayuda nuevamente, ¿volvería a nuestro servicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Dimensión de Resultado y Eficacia

9. ¿Cómo evalúa la calidad global de los servicios recibidos? (1=Mala, 2=Regular, 3=Buena, 4=Muy buena, 5=Excelente) [1] [2] [3] [4] [5]

10. ¿Considera que la atención podría mejorar de alguna manera? Si No NS/NC

Sugerencias y Comentarios: (Si su respuesta anterior fue afirmativa o desea agregar algo, por favor detallelo aquí)

V. Evaluación General y Mejora Continua

Conflictos de Interés :Los autores del artículo declaran que no hay ningún conflicto de interés al publicar el manuscrito.

Recibido: 21/02/2026 Aceptado: 10/04/2026

BIBLIOGRAFIA

- Álvarez-Dardet C, Peiró S. La evaluación de la calidad asistencial: un análisis conceptual. Rev Esp Salud Pública.
- Berwick DM. A user's manual for the IOM's "Quality Chasm" report. Health Aff. 2002;21(3):80-90.
- Coulter A, Ellins J. Patient-focused interventions: A review of the evidence. London: The Health Foundation; 2006.
- Donabedian A. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1980.
- Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-8.
- Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington DC: National Academy Press; 2001.
- King J, Patel V, Jamoom E, Furukawa M. Clinical benefits of electronic health record use: national findings. Health Serv Res. 2014;49(1 Pt 2):392-404.
- Levetown M, American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics. Communicating with children and families: From everyday interactions to skill in conveying distressing information. Pediatrics. 2008;121(5):e1441-e1460.
- Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. Int J Qual Health Care. 2003;15(6):523-530.
- McPherson CJ, Higginson IJ, Hearn J. Effective methods of giving information in cancer: a systematic literature review of randomized controlled trials. J Public Health Med. 2001;23(3):227-234.
- Pomey M, Hihat H, Khalifa M, Lebel P, Néron A, Dumez V. Patient partnership in quality improvement of healthcare services: patients' inputs and challenges faced. Patient Exp J. 2015;2(1):29-42.
- Saturno-Hernández PJ. Monitoreo de la calidad de la atención sanitaria. Herramientas para la elaboración y uso de indicadores. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2018.
- Shields L, Zhou H, Pratt J, Taylor M, Hunter J, Pascoe E. Family-centred care for hospitalised children aged 0-12 years. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(10):CD004811.
- Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. Soc Sci Med. 1997;45(12):1829-1843.
- Starfield B. Is patient-centered care the same as person-focused care? Perm J. 2011;15(2):63-69.
- Varni JW, Burwinkle TM, Lane MM. Health-related quality of life measurement in pediatric clinical practice: an appraisal and precept for future research and application. Health Qual Life Outcomes. 2005;3:34.
- World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services. Report by the Secretariat. Geneva: WHO; 2016.