



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
Unidad de Posgrado

**“Relación del modelo de gestión nutricional
personalizado y la satisfacción de pacientes
hospitalizados en la Clínica Good Hope Lima, 2018”**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Gerencia de
Servicios de Salud

AUTOR

Elizabeth Milagros ROJAS APOLINARIO

ASESOR

Dr. Teófilo José FUENTES RIVERA SALCEDO

Lima, Perú

2020



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Rojas E. Relación del modelo de gestión nutricional personalizado y la satisfacción de pacientes hospitalizados en la Clínica Good Hope Lima, 2018 [Tesis de maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2020.

Hoja de metadatos complementarios

Código ORCID del autor	https://orcid.org/0000-0003-2328-9954
DNI o pasaporte del autor	45397030
Código ORCID del asesor	https://orcid.org/0000-0002-7120-9296
DNI o pasaporte del asesor	06042381
Grupo de investigación	“—“
Agencia financiadora	Autofinanciado
Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación	Clínica Good Hope, Lima- Miraflores
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2018
Disciplinas OCDE	Políticas de salud, Servicios de salud http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.02



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América



Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado
Sección Maestría

ACTA DE GRADO DE MAGISTER

En la ciudad de Lima, a los 18 días del mes de diciembre del año dos mil veinte siendo las 03:30 pm, bajo la presidencia de la Dra. Doris Hilda Delgado Pérez con la asistencia de los Profesores: Mg. Ronald Espíritu Ayala Mendivil (Miembro), Mg. Gladys Nerella Panduro Vasquez (Miembro), y el Dr. Teófilo José Fuentes Rivera Salcedo (Asesor); la postulante al Grado de Magíster en Gerencia de Servicios Salud, Bachiller en Nutrición Humana, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su tesis Titulada: **“RELACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN NUTRICIONAL PERSONALIZADO Y LA SATISFACCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA CLÍNICA GOOD HOPE, LIMA - 2018”** con el fin de optar el Grado Académico de Magíster en Gerencia de Servicios Salud. Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, habiendo obtenido la siguiente calificación **B MUY BUENO 18**. A continuación el Presidente del Jurado recomienda a la Facultad de Medicina se le otorgue el Grado Académico de **MAGÍSTER EN GERENCIA DE SERVICIOS SALUD** a la postulante **ELIZABETH MILAGROS ROJAS APOLINARIO**.

Se extiende la presente Acta en tres originales y siendo la **04:45 pm**, se da por concluido el acto académico de sustentación.

Mg. Ronald Espíritu Ayala Mendivil
Profesor Asociado
Miembro

Mg. Gladys Nerella Panduro Vásquez
Profesora Asociada
Miembro



Dr. Teófilo José Fuentes Rivera Salcedo
Profesor Principal
Asesor

Dra. Doris Hilda Delgado Pérez
Profesora Principal
Presidente

DEDICATORIA

*A mi querida madre, quien es mi ejemplo de
perseverancia y esfuerzo.*

*Al amor de mi vida, por su apoyo incondicional y
por sus palabras de aliento que me ayudaron
a alcanzar esta anhelada meta.*

*A mi bebe Yair, hijito me acompañaste desde
la barriguita en la elaboración de este trabajo,
eres la personita que me motiva a ser
mejor persona cada día.*

AGRADECIMIENTOS

*A mi Dios, gracias padre amado por la vida y
por darme la oportunidad de seguir aprendiendo.*

A la Clínica Good Hope, por permitirme realizar la presente investigación.

*Al Dr. John De La Cruz, por su acertada asesoría en la planificación de
este trabajo y por su apoyo en la publicación del artículo científico.*

*Al Dr. José Fuentes, gracias por su asesoría y
constante apoyo durante todo el proceso de elaboración de esta tesis.*

*Al Mg. Raúl Ruiz por su apropiada asesoría en la parte estadística y por
ayudarme a absolver mis interrogantes todo este tiempo.*

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
RESUMEN	viii
SUMMARY	ix
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	
1.1 Situación Problemática	1
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Justificación teórica	5
1.4 Justificación Práctica	6
1.5 Justificación Legal	6
1.6 Objetivos de la investigación.....	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Marco Filosófico	9
2.2 Antecedentes de la investigación	9
2.3 Bases teóricas	15
2.4 Hipótesis y variables.....	37
2.5 Glosario de términos.....	37
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1 Tipo y Diseño de Investigación	39
3.2 Técnica de recolección de datos	41
3.3 Validación del instrumento	42
3.4 Aspectos éticos.....	43
3.5 Análisis e interpretación de la información.....	43
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1 Presentación de resultados	45
4.2 Prueba de hipótesis	60
4.3 Discusión de resultados	63
CONCLUSIONES.....	69

RECOMENDACIONES	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
ANEXOS	76

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1.	Características Generales	45
Cuadro 2.	Respuesta por ítem de la dimensión “Elementos tangibles”	46
Cuadro 3.	Nivel de satisfacción según la dimensión “Elementos tangibles”	47
Cuadro 4.	Respuesta por ítem de la dimensión “Fiabilidad”	48
Cuadro 5.	Nivel de satisfacción según la dimensión “Fiabilidad”	49
Cuadro 6.	Respuesta por ítem de la dimensión “Capacidad de respuesta”	50
Cuadro 7.	Nivel de satisfacción según la dimensión “Capacidad de respuesta”	50
Cuadro 8.	Respuesta por ítem de la dimensión “Seguridad”	51
Cuadro 9.	Nivel de satisfacción según la dimensión “Seguridad”	52
Cuadro 10.	Respuesta por ítem de la dimensión “Empatía”	53
Cuadro 11.	Nivel de satisfacción según la dimensión “Empatía”	54
Cuadro 12.	Evaluación del cumplimiento del Modelo de Gestión Nutricional Good Hope.....	55
Cuadro 13.	Análisis de la satisfacción del paciente, según el ítem “Coordinación necesaria para preparación del plato especial”	56
Cuadro 14.	Análisis de la satisfacción del paciente, según el ítem “Preparación de plato especial”	57
Cuadro 15.	Análisis de la satisfacción del paciente, según la dimensión “Atención nutricional”	58
Cuadro 16.	Análisis de la satisfacción del paciente, según la dimensión “Gestión de dietas”	58
Cuadro 17.	Análisis de la satisfacción del paciente, según la dimensión “Gestión hotelera”	59
Cuadro 18.	Atención nutricional” y su relación con la satisfacción del paciente.....	60
Cuadro 19.	“Gestión de dietas” y su relación con la satisfacción del paciente	61
Cuadro 20.	“Gestión Hotelera y su relación con la satisfacción del paciente.....	62

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Flujograma de atención nutricional Good Hope	32
Figura 2. Flujograma de servido de dietas hospitalarias Good Hope..	34
Figura 3. Mapa de procesos de la UPSS de Nutrición y Dietética.....	35
Figura 4. Nivel de satisfacción según la dimensión “Elementos tangibles”	47
Figura 5. Nivel de satisfacción según la dimensión “Fiabilidad”	49
Figura 6. Nivel de satisfacción según la dimensión “Capacidad de respuesta”	51
Figura 7. Nivel de satisfacción según la dimensión “Seguridad”	52
Figura 8. Nivel de satisfacción según la dimensión “Empatía”	54

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo general relacionar el Modelo de gestión nutricional personalizado y la satisfacción desde la perspectiva del paciente hospitalizado en la Clínica Good Hope, Lima – 2018. Se trata de una investigación de tipo no experimental, de diseño correlacional, de corte transversal, con un enfoque cuantitativo. La población estuvo conformado por todos los pacientes hospitalizados durante el mes de estudio en la Clínica Good Hope en el año 2018, a partir de ello se seleccionó solo pacientes que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión propuestos en la investigación y mediante el sistema aleatorio sistemático se logró completar el tamaño de la muestra calculada. Se evaluó el cumplimiento de los procesos del modelo de Gestión Nutricional en cada paciente en estudio así como se le aplicó una encuesta de Satisfacción basada en el modelo SERVPERF. El tamaño de muestra calculado fue de 100 pacientes quienes en su mayoría eran de sexo femenino, cuya edad en promedio fue de 32.9 años y la estancia hospitalaria en más del 90% fue menor a una semana. El nivel de satisfacción de los pacientes fue “alta” en más del 90% con respecto al Servicio de nutrición en todas sus dimensiones: Elementos tangibles, Fiabilidad, Seguridad, Capacidad de respuesta y Empatía, sin embargo al asociar el Modelo de gestión nutricional que se viene aplicando en la Clínica Good Hope con la satisfacción de los pacientes mediante la prueba Chi-Cuadrado ($\text{sig} > 0.05$) no se halló relación significativa en ninguna de sus dimensiones.

Palabras claves: Modelo de gestión nutricional personalizada y Nivel de satisfacción.

SUMMARY

The present research has the general objective of relating the personalized nutritional management model and satisfaction from the perspective of the hospitalized patient at the Good Hope Clinic, Lima - 2018. It is a non-experimental research, of correlational design, of cross-sectional, with a quantitative approach. The población consisted of all patients hospitalized during the monté of study at the Hood Hope Clinic in 2018, from which only patients who met the inclusion and exclusion criteria proposed in the research were selected and through the systematic random system, it was possible to complete the size of the calculated sample. Compliance with the processes of the Nutritional Management model was evaluated in each patient under study as well as a Satisfaction survey based on the SERVPERF model was applied. The sample size calculated was 100 patients, the majority of whom were female; whose average age was 32.9 years and the hospital stay in more than 90% was less than one week. The level of satisfaction of the patients with respect to the Nutrition Service was in all its dimensions: Tangible elements, Reliability, Safety, Responsiveness and Empathy "high" in more than 90%, however when associating the Nutritional Management Model that It has been applied at the Good Hope Clinic with patient satisfaction using the Chi-Square test ($\text{sig} > 0.05$). No significant relationship was found in any of its dimensions.

Keywords: Personalized nutritional management model and Level of satisfaction.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1 Situación Problemática

La desnutrición hospitalaria (DH) es observada en pacientes hospitalizados asociado principalmente a la enfermedad de base. Se refiere al conjunto de manifestaciones clínicas, alteraciones bioquímicas y/o antropométricas causadas por la insatisfacción de los requerimientos nutricionales del individuo. (Barker, Gout, & Crowe, 2011)

Según la literatura la prevalencia de malnutrición en pacientes hospitalizados se encuentra a nivel mundial entre un 20 y 50% de acuerdo a la definición que se utilice. (Girves, y otros, 2012)

Una cohorte en España, evaluó el estado nutricional de los pacientes ingresados en un hospital de tercer nivel en función de la antropometría e índice de masa corporal y encontraron una prevalencia entre un 0.3 y 13.4%, respectivamente. Sin embargo al evaluar los marcadores bioquímicos, las prevalencias se incrementaron a un 65.7%. Aunado a estos resultados se evidenció que un 59.9% de los pacientes hospitalización sufrieron un deterioro de su estado nutricional con respecto a su situación inicial. (De la Cruz, y otros, 2004)

Un estudio multicéntrico realizado en España, reveló la presencia de desnutrición hospitalaria al ingreso de los pacientes en un 23.7% (Álvarez Hernández, y otros, 2012)

En Latinoamérica se encontró un 50% de prevalencia de desnutrición hospitalaria moderada y un 17% de desnutrición severa. (Correia & Campos, 2003)

En Brasil, se encontró cifras similares. La prevalencia de desnutrición moderada fue de 48,1% y 12,5% fue severa. (Ortiz Saavedra, Candiotti Herrera, Ige Afuso, & Torres Ruiz, 2007).

En Perú, estudios muestran una prevalencia de desnutrición hospitalaria entre el 50,5% y 52,8%⁹, y un 47.8% en pacientes geriátricos. (Veramendi Espinoza, y otros, 2013)

Como consecuencia de un estado de malnutrición en los pacientes hospitalizados, se ha evidenciado un incremento en el número de complicaciones de la enfermedad, la cual a su vez debilita la respuesta al tratamiento, incrementa la estancia hospitalaria y la mortalidad. Aunado a ello el tratamiento adicional de las complicaciones genera un coste económico adicional. (Benítez Brito, y otros, 2016)

Según la European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN). El gasto sanitario asociado a la desnutrición en los hospitales, ha sido recientemente calculado sobre unos 170 billones de euros anuales; dicha información obliga a detenerse a analizar cuáles son las intervenciones necesarias para atenuar este problema de salud pública. (Ljungqvist & de Man, 2009)

Para tratar este problema, las instituciones de salud requieren de un programa de atención nutricional que sea oportuno, eficiente y que aborde el manejo nutricional de forma individualizada, desde el inicio de la atención médica y durante la estancia hospitalaria. Es por ello que la necesidad de modelos en atención nutricional, radica en la gran dimensión del problema de malnutrición en los hospitales. (Pinzón Espitia, Pardo Oviedo, & González Rodríguez, 2015)

Según Barker, se debería resaltar en la intervención contra la desnutrición hospitalaria puntos claves como la estandarización del procedimiento de atención nutricional hospitalaria. Este procedimiento debe incluir un tamizaje nutricional adecuado al ingreso de los pacientes para identificar tempranamente a aquellos pacientes con riesgo o con estado de

desnutrición, además del control de su ingesta durante la hospitalización. Es decir que es necesario contar con modelos de atención nutricional eficaces como una intervención clave para contrarrestar el problema expuesto. (Barker, Gout, & Crowe, 2011)

Entre las recomendaciones establecidas para el abordaje de la desnutrición hospitalaria en España, está la premisa de evaluar la ingesta alimentaria así como las causas en caso esta no fuese la adecuada. Así según la literatura se describe que entre el 50-80% de los pacientes no termina la comida que se les sirve en el hospital. (García de Lorenzo, Álvarez Hernández, Planas, Burgos, & Araujo, 2011) (Calleja Fernández, Vidal Casariego, Cano Rodríguez, & Ballesteros Pomar, 2016)

Ahora bien es esencial centrarse en otros aspectos como puede ser la propia satisfacción. Es relevante saber que la calidad de la alimentación que se ofrece en los hospitales no siempre se ajusta a los estándares que se podrían considerar como deseables. En este sentido, las encuestas de satisfacción que se aplican a los pacientes hospitalizados describen una realidad que es puntualizada por los mismos pacientes. Estas encuestas ofrecen indicadores de la calidad percibida por los pacientes o incluso, ver reflejada la propia calidad de los servicios recibidos. (Mira, 2006)

Un aumento en la satisfacción relacionada con su alimentación podría contribuir a una mayor ingesta por parte del paciente y por ende, ayudar en la mejora del estado nutricional de los mismos. (Benítez Brito, y otros, 2016)

Williams y Walton recopilaron los resultados de 32 estudios llevados a cabo en 29 países entre 1963 y 2011. En sus conclusiones destacaron que el peso medio de alimento desperdiciado en cada plato por paciente fue del 30%. Esto correspondía a un 27% de contenido energético y a un 26% de la proteína servida. (Williams & Walton, 2011)

Estudios más recientes presentaron un porcentaje de alimentos desperdiciados en el hospital alrededor de un 40%. En el 2012 se llevó a cabo un estudio en 150 hospitales, cuyos resultados destacaron que el 38% de la comida procedente de la cocina fue desperdiciada por los pacientes. Además, el 61% de los pacientes no alcanzaron el 90% de sus

requerimientos energéticos y el 75% no logró cubrir el 90% de sus necesidades proteicas. Este trabajo también resalta que los pacientes con peor pronóstico de salud fueron los que menos consumían la dieta servida, ya que presentaban mucho menos apetito. (Van der Schueren , Roosemalen, Weijs, & Langius, 2012)

La mayoría de entidades hospitalarias son reacias a la implementación de grupos de soporte metabólico y nutricional, debido a una problemática directamente ligada a los costos. Sin embargo, los beneficios que traen este tipo de proyectos no son solo para el paciente, sino que mejoran la percepción de la calidad del servicio prestado por la institución y hacen de este uno más eficiente. Las malas prácticas nutricionales a nivel hospitalario se han convertido en uno de los principales causantes de la disminución en la calidad asistencial prestada por las instituciones de salud, las cuales no han establecido lineamientos claros acerca de la elaboración de planes que ayuden a mejorar la prestación de los servicios. Es necesario una planeación adecuada de las funciones nutricionales que deben estar presentes a la hora del ingreso de un paciente en una entidad hospitalaria.

Entre los múltiples puntos a tenerse en cuenta a la hora de internar un paciente en una institución, es que debiera existir un plan nutricional individualizado, el cual realmente sea el adecuado para cada paciente, además de realizarse un monitoreo constante de su evolución y adaptación al tratamiento que se le está llevando a cabo, sin ello es imposible conseguir un servicio efectivo, pues como se mencionó anteriormente, las prácticas nutricionales no sólo ayudan a mejorar la percepción del paciente sobre el servicio prestado, sino que influyen indiscutiblemente sobre su estado de salud y su evolución favorable. (Suárez Sanabria & Rozo Granados, 2014)

En nuestro país se tiene algunos estudios que muestran una elevada prevalencia de desnutrición hospitalaria; sin embargo al parecer, no se tiene clara la magnitud e importancia de este problema en los hospitales peruanos. (Veramendi Espinoza, y otros, 2013). Tampoco se ha realizado estudios acerca de la eficacia de los modelos de atención nutricional, no se tiene documentado científicamente cuales son los procesos,

procedimientos, de los servicios de alimentación que se apliquen en los centros hospitalarios.

La Institución Privada de Salud donde se desarrolló la presente investigación cuenta con un modelo nutricional personalizado propio de ella con la cual direcciona sus esfuerzos a conllevar resultados eficaces con respecto al tratamiento nutricional. Este modelo implica recurso humanos suficientes y competitivos para la atención nutricional personalizada, también cuenta con un sistema de monitoreo de la ingesta de los pacientes, así como un sistema informático que facilita el procesamiento de la información necesaria para el tratamiento nutricional. Finalmente se tiene implantado un sistema de gastronomía hospitalaria y gestión hotelera cuyo objetivo es la aceptación e ingesta de la dieta para cubrir los requerimientos nutricionales de los pacientes y que se vea reflejado en su estado nutricional. Sin embargo no hay evidencia científica como dicho modelo se relaciona con la satisfacción del paciente hospitalizado, teniendo en cuenta que la satisfacción en un componente de la calidad del servicio y que a su vez está relacionada con la ingesta de la dieta. (Peláez Burgos, 2013)

Por tal motivo el presente estudio buscó ver la relación de la aplicación del modelo de Gestión nutricional personalizado en el paciente hospitalizado y su satisfacción.

1.2 Formulación del problema

¿Cómo se relaciona el Modelo de gestión nutricional personalizado con la satisfacción desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados en la Clínica Good Hope, Lima - 2018?

1.3 Justificación teórica

Desde el punto de vista teórico, la presente investigación generará reflexión y discusión sobre cómo se relaciona el modelo gestión nutricional

que se viene aplicando en la Clínica Good Hope con la satisfacción de los pacientes hospitalizados y así sumarse a la evidencia científica actual, la cual pueda servir como antecedente de futuras investigaciones relacionadas a este tema.

Por otra parte, en cuanto a su alcance, esta investigación abrirá nuevos caminos para la investigación en el área de nutrición ya que existen escasos estudios en nuestro medio donde se discuta la relación del modelo de gestión de un servicio de nutrición y su relación con la satisfacción.

1.4 Justificación Práctica

Desde el punto de vista práctico el análisis de la satisfacción de los usuarios a partir de la atención nutricional que se les brinda, dará vislumbres a los gestores de la institución sobre la calidad percibida de sus usuarios. Esta investigación ayudará a reconocer las dimensiones de la calidad que son percibidas como buenas y también aquellas a las que se debe prestarle atención para mejorar.

El presente estudio planteará de acuerdo a los resultados obtenidos posibles estrategias que sumen a los procesos y actividades actuales del modelo de gestión las cuales podrían ser tomadas por los gestores de la institución.

Por otra parte otras instituciones de salud podrían tomar y adaptar procesos, procedimientos del modelo nutricional personalizado de acuerdo a sus contextos. Asimismo el análisis del modelo de gestión nutricional de la Institución privada en estudio, proporcionará referencias válidas y confiables que puedan ser discutidas por la comunidad científica.

1.5 Justificación Legal

En el año 2013 después de un proceso de revisión se aprobó NST N° 103 – MINSA/DGSP-V.01 “Norma técnica de Salud de la Unidad Productora de

Servicios de Salud de Nutrición y Dietética” (NTS-UPSS-ND) cuyo objetivo es establecer criterios mínimos de organización y funcionamiento que estandaricen y den congruencia científica y técnica a las funciones desarrolladas por las UPSS de Nutrición y Dietética en los establecimientos de salud públicos y privados de nuestro país. Este avance es considerado significativo para las condiciones de labores de los profesionales en nutrición, su aplicación implicaría la implementación de nuevos estándares y paradigmas en la atención nutricional del país, sin embargo su implantación es lenta y progresiva. (Cruz, 2014)

En base a ello analizar el modelo de atención nutricional de la Institución Privada en estudio, proporcionará referencias válidas y confiables que puedan ser discutidas.

1.6 Objetivos de la investigación

1.6.1 Objetivo general

- Relacionar el Modelo de gestión nutricional personalizado y la satisfacción desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados en la Clínica Good Hope, Lima - 2018.

1.6.2 Objetivos específicos

- Relacionar el Modelo de gestión nutricional personalizado y la satisfacción desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados en la Clínica Good Hope en su dimensión **elementos tangibles**, Lima - 2018.
- Relacionar el Modelo de gestión nutricional personalizado y la satisfacción desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados en la Clínica Good Hope en su dimensión **fiabilidad**, Lima - 2018.

- Relacionar el Modelo de gestión nutricional personalizado y la satisfacción desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados en la Clínica Good Hope en su dimensión **capacidad de respuesta**, Lima - 2018.
- Relacionar el Modelo de gestión nutricional personalizado y la satisfacción desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados en la Clínica Good Hope en su dimensión **seguridad**, Lima - 2018.
- Relacionar el Modelo de gestión nutricional personalizado y la satisfacción desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados en la Clínica Good Hope en su dimensión **empatía**, Lima - 2018.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Filosófico

El Modelo de gestión en nutrición es la descripción de la planificación de los recursos, esbozo de las actividades a llevar a cabo por cada uno de los intervinientes así como la valoración de los resultados obtenidos en las áreas de nutrición. Dichas actividades, procesos, recursos impactarán en la satisfacción de los usuarios quienes evaluarán directa o indirectamente la calidad percibida del modelo de gestión. (Folgueras T, 2015) (Herrera Hubeda , 2016)

2.2 Antecedentes de la investigación

2.2.1 Antecedentes Internacionales

Benítez y compañía (2016) realizaron una investigación titulada “Análisis del grado de satisfacción alimentaria percibido por los pacientes en un hospital de tercer nivel.” El objetivo fue determinar el grado de satisfacción de los pacientes en relación con las dietas y analizar posibles variables asociadas a un grado de satisfacción mayor. El estudio fue de tipo descriptivo y de corte transversal. Emplearon una encuesta de 17 preguntas con datos sociodemográficos, datos cualitativos, así como la valoración general del paciente. Compararon el grado de satisfacción global en función del apetito y el tipo de dieta. Se evaluaron mil cuatrocientos trece pacientes cuyas edades fueron de 53.9 ± 19 años y el 51.3% eran de sexo femenino. La alimentación del hospital para un 43% de los pacientes fue “como

esperaban”, mientras que para un 44,1% fue “mejor de lo que esperaban”. El horario de comidas fue adecuado para un 89.1% y para el 96.4% el tiempo para comer fue suficiente. La valoración global de la alimentación en una escala del 1 al 10 fue de $6,8 \pm 2,3$. El apetito se asoció con un aumento significativo de la satisfacción global alimentaria del paciente ($p < 0,01$). El tipo de dieta o la presencia de sal en la misma no se asoció a un aumento significativo de la satisfacción con la dieta de los pacientes. En conclusión aunque el grado de satisfacción de la dieta del hospital fue aceptable sin embargo es preciso introducir mejoras que aumenten su aceptación, asimismo el apetito se asoció a un aumento significativo de la satisfacción global alimentaria. (Benítez Brito, y otros, 2016)

Pinzón y compañía (2015) presentaron un estudio titulado “Modelo Méderi de gestión nutricional hospitalaria”. Cuyo objetivo fue describir el proceso de nutrición y soporte metabólico, orientado a medir la eficacia del modelo. El estudio fue de tipo descriptivo, evaluativo, transversal y observacional. Participaron 163.575 sujetos y las variables medidas para probar la eficacia fueron: productividad y calidad percibida de la atención nutricional. Cuando analizaron los procedimientos en los que se fundamenta el modelo: atención nutricional hospitalaria adulta y neonatal, soporte nutricional, interventoría a servicios de alimentación, y docencia e investigación, encontraron un aumento en la productividad del servicio en un 591%, así como un incremento del porcentaje de la satisfacción de los pacientes del 50 % al 95,8%. Los autores concluyeron que el éxito de un modelo de atención nutricional radica en la consolidación de una estructura administrativa y asistencial, que a su vez promueva el desarrollo del talento humano, la docencia y la investigación en nutrición. (Pinzón Espitia, Pardo Oviedo, & González Rodríguez, 2015)

Vesga & Gamboa (2015) realizaron un estudio titulado “Riesgo de malnutrición asociado a la baja ingesta alimentaria, estancia hospitalaria prolongada y reingreso en un hospital de alto nivel de complejidad en Colombia”. El objetivo del estudio fue determinar el riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados en una institución de cuarto nivel de atención y sus factores asociados. Métodos: se aplicaron los cuestionarios de la iniciativa

Nutrition Day a 70 pacientes adultos de una institución de salud de alto nivel de complejidad, en Bucaramanga, Colombia. Los parámetros del estudio incluyeron datos antropométricos y demográficos, historia clínica, factores relacionados a la dieta y percepción del estado de salud. Aplicaron el Malnutrition Screening Tool para medir el riesgo de desnutrición. Para establecer las razones de prevalencia se utilizaron modelos de regresión binomial. La edad y los días de estancia hospitalaria, en el momento de la medición basal fueron, en promedio, 61.89 ± 15.17 años y 7.96 ± 9.79 días respectivamente. La prevalencia de riesgo de desnutrición fue 52.86% (IC 95%: 40.55% - 64.91%); 40.91% en mujeres y 58.33% en hombres ($p = 0.175$). Un 18.57% de los pacientes no consumió alimento alguno en el almuerzo. El 40,00% de los participantes manifestaron haber tenido una ingesta de alimentos menor a la normal, durante la última semana. Las variables asociadas a riesgo de desnutrición, ajustadas por edad y sexo, fueron: ingesta de alimentos al corte del estudio, reingreso y días de estancia hospitalaria al seguimiento. Los autores concluyeron que la evidencia sobre la importancia del diagnóstico temprano y el manejo nutricional adecuado de la desnutrición hospitalaria indican la necesidad de implementar intervenciones nutricionales efectivas. (Vesga Valera & Gamboa Delgado, 2015)

Ibáñez & Vega (2013) realizaron un estudio titulado “El papel del nutricionista en un Servicio de alimentación hospitalario”. El objetivo fue estudiar el funcionamiento de un Servicio de alimentación hospitalario con el fin de tener un conocimiento detallado de todas las etapas del proceso administrativo: abastecimiento, elaboración y distribución de la comida y para evaluar el papel del nutricionista en el funcionamiento de dicho servicio. El estudio fue de tipo descriptivo, recogieron la información mediante visitas al servicio y la realización de entrevistas a la coordinadora del servicio. El Hospital cuenta con 142 camas de hospitalización y todas las especialidades médico quirúrgicas. El papel del dietista - nutricionista como profesional responsable de la gestión de un Servicio de alimentación hospitalario es esencial en el cuidado nutricional, la nutricionista adecúa las dietas a las patologías de los pacientes así como sus necesidades nutricionales,

intolerancias, alergias y preferencias. Para ello, la profesional visitaba a los pacientes hospitalizados a diario, algo que habitualmente en el medio hospitalario no sucede y que sin duda contribuiría a un mayor éxito en la adecuación y aceptación de las dietas. En el área de restauración colectiva, la Nutricionista también supervisaba el aspecto higiénico- sanitario y elabora los menús que se proporcionan tanto a los familiares de los pacientes como al personal. En conclusión el funcionamiento del Servicio de alimentación es correcto ya que se han encontrado muy leves deficiencias y un alto grado de satisfacción en los usuarios, incrementado por la presencia de los nutricionistas en las plantas hospitalarias y su cercanía a los pacientes. (Ibáñez de León & Vega Romero, 2013)

Van y compañía (2012) realizaron un estudio titulado “La baja ingesta de la dieta contribuye a altos niveles de residuos”. El estudio se realizó con el fin de describir las razones de la ingesta nutricional inadecuada. Durante 6 días se registraron la composición nutricional de 150 dietas hospitalarias y el peso de los residuos después de la ingesta y compararon con los requerimientos nutricionales de 42 pacientes. También se evaluó la satisfacción del paciente (n=142) con respecto a la dieta. Los resultados arrojaron que las 3 comidas principales representaron una media de 1809 ± 143 kcal y 76 ± 13 g de proteína por día. En total, el 38% de los alimentos proporcionados por el servicio de nutrición fue desperdiciado. Como consecuencia, las comidas principales aportaron un promedio de 1105 ± 594 kcal y 47 ± 27 g de proteína a los pacientes. 71% por ciento de los pacientes tenían una ingesta energética $<90\%$ y el 75% tenían una ingesta proteica $<90\%$ de los requisitos. Sin embargo la mayoría de los pacientes estaban satisfechos o bastante satisfechos con las opciones, el gusto y la presentación de las comidas principales. En conclusión las comidas estándar proporcionadas por el hospital son adecuadas en energía y proteína aunque la mayoría de los pacientes no las consumen por completo. Los desperdicios de alimentos se atribuyen en gran parte a la ingesta inadecuada de muchos pacientes hospitalizados. De otro lado se evidenció falta de apoyo para la ingesta de alimentos de pacientes delicados. Se espera que la atención nutricional del hospital mejore. (Van

der Schueren , Roosemalen, Weijjs, & Langius, 2012)

Sorensen et a. (2012) realizaron un estudio titulado “Alimentos para pacientes con riesgo nutricional: Un modelo de calidad sensorial alimenticia para promover la ingesta”. El objetivo fue Investigar la calidad sensorial de los alimentos así como la percepción experimentada por los pacientes con riesgo nutricional. El método de estudio fue cuantitativo, se evaluó pacientes hospitalizados con riesgo nutricional que ingieran <75% de sus requerimientos durante los tiempos de comida. A ello le siguió una encuesta semiestructurada y una entrevista basada en las observaciones, centrándose en la percepción sensorial de los alimentos relacionada con la calidad de los alimentos. Las entrevistas fueron transcritas, codificadas y analizadas sistemáticamente. Como resultados se obtuvieron que los pacientes de los departamentos de cirugía gastrointestinal, oncología, medicina infecciosa, cardiología y hepatología fueron entrevistados durante los tiempos de comidas en el hospital (82%) y el (18%) después del alta por teléfono. La percepción sensorial de los alimentos y la ingesta estaban relacionadas con las características de la dieta: aroma, sabor, textura, temperatura y variedad que definen la calidad sensorial de los alimentos para promover la ingesta. Dentro del contexto de motivación para comer incluyeron aspectos de placer, comodidad y supervivencia. Finalmente concluyeron que el estudio generará un modelo para la optimización de la calidad sensorial de los alimentos y bebidas que promueva la ingesta de las dietas hospitalarias. (Sorensen , Holm, Bom Frost, & Kondrup, 2012)

2.2.2 Antecedentes Nacionales

Aguilar Gutierrez (2019) realizaron un estudio titulado “Calidad percibida y satisfacción del usuario hospitalizado en el Servicio de nutrición de una Clínica de Lima Norte – Perú 2019. El objetivo fue determinar el nivel de satisfacción global basado en la calidad percibida por los usuarios hospitalizados atendidos por el Servicio de nutrición de una Clínica de Lima Norte. El diseño del estudio fue de tipo descriptivo, observacional,

transversal y prospectivo. El muestreo fue por conveniencia y la muestra fue de 75 usuarios hospitalizados, siendo el 58.7% de sexo femenino y el 41.3% de sexo masculino, además el 68.0% eran pacientes continuadores y el 82.7% tenían un seguro médico. Los resultados mostraron que la satisfacción percibida por los usuarios hospitalizados fue de 87,4%. Respecto a las cinco dimensiones en forma independiente de la calidad percibida se observó que los elementos tangibles son los que mejor calificación recibieron con un 92.8% de excelente satisfacción, seguido de las dimensiones de fiabilidad y seguridad con el 90.85% y 90.0% respectivamente de ser excelente, por otro lado la dimensión capacidad de respuesta consiguió una calificación buena con el 84.57 % y la dimensión empatía una calificación regular con el 78.85 % de satisfacción. Finalmente concluyeron que el nivel de satisfacción global del servicio de nutrición fue buena con un 87.4% de aprobación por los usuarios hospitalizados. (Aguilar Gutierrez , 2019)

Chuquitaype Granada & Roque Mamani (2018) realizaron un estudio titulado “Nivel de satisfacción del paciente hospitalizado atendido por el personal de nutrición del Hospital III Goyeneche“, cuyo objetivo fue determinar el nivel de satisfacción del paciente hospitalizado atendido por el personal del servicio de nutrición en el Hospital III Goyeneche, Arequipa. El tipo de estudio fue descriptivo y transversal. Se evaluó el nivel de satisfacción con un cuestionario. La población y la muestra fueron 200 pacientes hospitalizados cuyas edades fluctuaban entre 17 y 75 años, siendo más del 50% de 26 a 60 años de edad, el 54% fue de sexo masculino y el grado de instrucción de la mayoría fue primaria y secundaria en un 68%, el tiempo de hospitalización fue de 1 a 3 días en un 46%. Un 92.5% de los pacientes recibió atención nutricional por parte de la técnica de nutrición y solo un 7.5% recibió atención nutricional por parte del nutricionista y la técnica de nutrición. Los resultados obtenidos fueron que el 73.3% de pacientes se encontraron moderadamente satisfechos con la atención brindada por el nutricionista. En cuanto a la dimensión interpersonal el 53.3% estuvo satisfecho, en la dimensión técnica el 60% estuvo moderadamente satisfecho y el 53.3 % estuvo insatisfecho con la dimensión entorno. El 64.5% de los pacientes

estuvieron moderadamente satisfechos con la atención de la técnica de nutrición, en la dimensión interpersonal el 48% estuvo satisfecho, en la dimensión técnica el 52.5% estuvo insatisfecho y el 66% estuvo moderadamente satisfecho con la dimensión entorno. Los autores concluyeron que existe relación significativa entre el sexo frente a la satisfacción de la atención brindada por el personal de nutrición. Concluyeron que los pacientes están moderadamente satisfechos con la atención que reciben por parte del personal del servicio de nutrición. (Chuquitaype Granada & Roque Mamani, 2018)

Meza & Ortiz (2017) realizaron un estudio titulado “Satisfacción con el servicio de alimentación del área de traumatología en pacientes de un hospital público del seguro social de Lima, Perú, y sus factores asociados, 2015-2016” El objetivo del estudio fue describir el nivel de la satisfacción con este servicio por parte de pacientes hospitalizados y explorar sus factores asociados. Se trató de un estudio transversal utilizando una versión modificada del Acute Care Hospital Foodservice Patient Satisfaction Questionnaire (ACHFPSQ) en 200 pacientes hospitalizados del Servicio de Traumatología de un hospital de la seguridad social en salud en Lima, Perú entre Julio 2015 y Mayo 2016. Entre los resultados encontrados se detalló que el 57% eran varones, la mediana de edad fue 56 (RIC: 42-68) años, y la mediana de estancia hospitalaria fue de 8 (RIC: 5-14) días. La satisfacción hacia la presentación de la comida fue clasificada como “alta” por el 58% mientras que el 56 % tuvo una satisfacción “alta” hacia la comida y el servicio. La “satisfacción alta” fue mayor en hombres en un 64.9%, cuando el apetito se mantuvo igual fue de 70.2%, y cuando la presentación de la comida era mejor fue de 86,6% y cuando el tiempo de estancia fue menor ($p < 0.05$). Finalmente los autores concluyeron que el nivel de satisfacción hacia el servicio fue alto en poco más de la mitad de la muestra y los factores asociados potencialmente modificables encontrados fueron la presentación de la comida y el tiempo de estancia hospitalaria. Futuras acciones orientadas a mejorar la experiencia hospitalaria podrían intervenir en estos factores. (Meza Soto & Ortiz Lopez, 2017)

2.3 Bases teóricas

2.3.1 Gestión Nutricional:

Una adecuada gestión de la Nutrición Clínica se compone de una planificación de los recursos materiales y de personas, también del diseño de los procesos, las actividades a llevar a cabo y el procedimiento de evaluación de resultados.

2.3.1.1 Recursos.

En el año 2013 que después de un proceso de revisión lenta se aprobó la NST N° 103 – MINS/DGSP-V.01 “Norma técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Salud de Nutrición y Dietética” (NTS- PSS-ND) que ha dado lineamientos y recomendaciones de calidad sobre los recursos humanos y organización a las UPSS de Nutrición y Dietética en el Perú. En este documento se contempla aspectos claves como: la seguridad y derechos del paciente, la organización y gestión, y la estructura física y los recursos. (Cruz, 2014)

Sin embargo, la Nutrición Clínica no ha recibido hasta el momento una consideración prioritaria por las autoridades, lo que nos lleva a una situación de vulnerabilidad que contribuye a una elevada variabilidad tanto en la composición de los equipos como en la forma en que asumen sus responsabilidades.

Es importante tener presente que la desnutrición relacionada con la enfermedad es un problema de salud pública de primer orden, tanto por su elevada prevalencia en los pacientes hospitalizados, como por sus efectos en el incremento de los costes y estancia hospitalaria. Es recomendable que el cuidado nutricional de estos pacientes lo realice un equipo multidisciplinar, ya que existe evidencia de una reducción de las complicaciones, los tratamientos innecesarios y costes. (Pinzón Espitia, Pardo Oviedo, & González Rodríguez, 2015)

En cuanto a los recursos materiales, es necesario tener en cuenta la particular distribución de los servicios de Nutrición dentro del Hospital para

la asignación de espacios físicos. Así como es importante disponer de ambientes amplios para la producción de alimentos así como equipos gastronómicos de última tecnología, áreas de almacenaje y zonas específicas que se considere adecuada a cada caso. Otro aspecto crucial es de dotarse de suficiente acceso a equipos informáticos con conexión a internet, línea telefónica externa, así como el material clínico apropiado como plicómetros, cintas de medición, báscula convencional para pacientes con movilidad reducida, tallímetros, bioescaner, etc. (Folgueras T, 2015)

Ahora bien de igual importancia es disponer de un equipo con los recursos necesarios, como compartir objetivos comunes, del que todos los integrantes sean corresponsables. Para ello es útil establecer la misión del grupo dentro de la organización, así como sus principios y cartera de servicios. (Folgueras T, 2015)

2.3.1.2 Procesos.

En gestión se entiende por proceso a aquel conjunto de actividades que están relacionadas o que interactúan para transformar elementos de entrada en resultados. En Nutrición Clínica se llevan a cabo rutinariamente varios procesos: tamizaje nutricional, soporte nutricional especializado, alimentación hospitalaria, que requieren del uso apropiado de protocolos de práctica clínica que facilita el seguimiento de las actividades realizadas por los equipos, cada fase de los procesos debe tener criterios de calidad, basados en el conocimiento científico, objetivos y que sea medible mediante el seguimiento de indicadores de calidad y su comparación con estándares para evaluar e intervenir y se lleve a cabo la mejora continua del proceso. (Folgueras T, 2015)

2.3.1.3 Evaluación de resultados.

Los resultados se evalúan mediante indicadores de calidad. Los indicadores de calidad son instrumentos de medición, basados en hechos y datos, que permiten medir el nivel de cumplimiento de las especificaciones

establecidas de un determinado proceso. Su selección adecuada es fundamental para un seguimiento fiable de la actividad y para poder tomar medidas correctivas con el fin de mejorar. (Folgueras T, 2015)

Los criterios de calidad deben establecerse mediante la participación de todo el personal implicado, deben ser comprensibles y fácilmente medibles. Una vez identificados los criterios de calidad del proceso, a continuación se deberá hacer una labor de análisis para traducirlos a objetivos, adaptados a la realidad local. Para ello se deberán tener en cuenta los recursos disponibles así como el interés de los usuarios, profesionales, órganos gestores y aliados. Los indicadores constituirán la manera de expresar, de forma cuantitativa o cualitativa, el logro de los objetivos. Por otro lado es necesario definir la periodicidad de medición, el número de datos necesarios y la fuente de donde se obtendrán. Inicialmente, puede ser conveniente hacer las mediciones relativamente frecuentes, ahora bien si hay mejoras pueden ir espaciándose. En cuanto al número de datos, no siempre es preciso incluir todos los pacientes que se atienden, sino que puede bastar con explorar un intervalo más o menos amplio de tiempo. (García, Álvarez, Planas, Burgos, & Araujo, 2011)

En este sentido un modelo de gestión nutricional contempla los aspectos descritos anteriormente. En la actualidad no se tiene en nuestro medio un modelo de gestión nutricional documentado científicamente sino que son resultado de la experiencia de cada institución y no se conoce su efectividad.

2.3.2 La Logística hospitalaria y la Nutrición

Para realizar un buen proceso de nutrición en una Institución que presta Servicios de Salud, no es solo realizar buenas prácticas clínicas que estén dirigidas hacia la recuperación de la salud del paciente. Es indispensable entender que detrás de todo este servicio existen diferentes procesos que deben ser direccionados desde una perspectiva administrativa, y es aquí

donde entra a tallar el concepto de logística hospitalaria. Las instituciones hospitalarias pocas veces son comprendidas como sistemas complejos en los cuales interactúan disciplinas que se dedican a realizar actividades diferentes, pero que están dirigidas a un mismo objetivo en este caso prestar un servicio y atención de calidad a sus usuarios. (Caracuel García A. , 2007)

Cuando un paciente recibe en su habitación su bandeja con su dieta indicada es difícil comprender que estamos siendo parte de un proceso que empezó tiempo atrás, y que está articulado no sólo por las personas que se encargan de prestarnos la atención hospitalaria sino por personas ajenas a las ciencias de la salud que se encargan de la preparación, controles de calidad, diseños de rutas de distribución, envío de órdenes de pedido, análisis del consumo, planeación y compras, entre otros procesos; los cuales dan soporte a la actividad y permite que llegue la dieta indicada a la hora indicada, en el lugar indicado. (Caracuel García A. , 2014)

Entender la existencia de diversas actividades que actúan en la prestación de un servicio, permite entender la existencia de una serie de relaciones en el cual todos los actores están sincronizados. Si en algún momento falla uno de los actores, hay descompensación en el sistema, puesto que afecta no sólo a una sino a todas las actividades que llevan a cabo los diferentes actores. (Caracuel García A. , 2007)

La logística hospitalaria es una herramienta que permite soportar todas las operaciones relacionadas con el flujo de los recursos existentes en un hospital. De esta manera, es posible entender la importancia de aplicar un manejo logístico en las entidades hospitalarias, pues visto desde la perspectiva de un sistema complejo, es necesario contar con una herramienta que conecte y facilite la interacción existente entre las diferentes áreas presentes en la organización, con el fin no sólo de controlar costos sino de mejorar procesos. (Suárez & Rozo, 2014)

Este es un punto clave para llegar a conseguir una atención nutricional personalizada a nuestros pacientes la cual repercutirá finalmente en su

evolución clínica.

2.3.3 Gastronomía Hospitalaria y Gestión Hotelera:

Ningún alimento que entra en la boca es neutral. En este sentido, lo que se come es tan importante como cuando se come, donde se come, la forma de comer y que se come. Si se requiere recetar adecuadamente la dieta de los hombres se debe en primer lugar conocerse y reconocer la naturaleza humana, sus componentes básicos y sus elementos predominantes, así como las propiedades de toda la comida y todas las bebidas. (Santos,2005)

Los alimentos deben cumplir con las necesidades nutricionales de mantenimiento o rehabilitación nutricional y también aspectos psicológicos, emocionales y motivacionales positivos. (Caracuel García A. , 2007)

La gastronomía hospitalaria es el arte de combinar la prescripción dietética y restricciones en la dieta para convertirlas en preparaciones de comidas sanas nutritivas, sabrosas y atractivas, con el fin de promover la asociación de objetivos dietéticos, clínicos y sensoriales. (Ferreira Borges, 2009)

Con todo esto la Alimentación Hospitalaria se convierte en un gran desafío de las Unidades de Nutrición. Se deben identificar aspectos que van desde el diagnóstico preciso de las necesidades nutricionales, con restricciones de alimentos o nutrientes de acuerdo con su patología y preferencias alimentarias, hasta la transformación de esas indicaciones en alimentos saludables, nutritivos, atractivos, deliciosos preservando las características sensoriales y organolépticas, la textura, aroma, sabor y apariencia de los platos servidos, utilizando de otros medios para suplir la exclusión de determinados ingredientes, como la sal, sustancia que confiere sabor a los alimentos y que al ser retirada puede ser sustituida por hierbas y condimentos, logrando así la mejora del alimento, tanto en sabor como en calidad nutricional y que principalmente colaboren en la manutención y la recuperación del estado nutricional del paciente. (Gómez Sánchez, 2015)

La gestión hotelera son actividades empresariales de servicios, prestada por personas y que tiene como fin a otras personas, velando por su bienestar y confort, la Hotelería Hospitalaria cumple las mismas funciones dentro de una organización de salud abarcando áreas que van a depender del tipo de institución, pero que por lo general son: alojamiento, limpieza, mantenimiento, lavandería y alimentación, llamados de otra forma, servicios funcionales o no sanitarios. La hotelería hospitalaria mejorara la estructura orgánica de los establecimientos de salud considerando las tendencias de hotelería y considerando los costos como inversión más que gastos. (Magri & Minatta Baima, 2015)

En los servicios de nutrición la gestión Hotelera es fundamental, ella complementa la terapia nutricional clínica, haciendo atractiva el servicio a los usuarios que como se ha revisado necesitan de estímulos externos para su recuperación. (Caracuel García A. , 2007)

2.3.4 Calidad

La calidad es un concepto subjetivo difícil de definir y medir, como consecuencia de ello, en la actualidad no existe un consenso en cuanto a su definición. Sin embargo podemos recoger las diferentes aportaciones sobre el concepto de la calidad y describirlas desde los siguientes enfoques: la calidad como excelencia, la calidad como ajuste a especificaciones, la calidad como valor, y la calidad como satisfacción del usuario. (Ros Gálvez , 2016)

2.3.5 Enfoques de la calidad

2.3.5.1 Calidad como excelencia.

La calidad como excelencia es el enfoque más antiguo de la calidad. La calidad entendida desde ese punto de vista significa alcanzar el nivel

máximo, la superioridad, en lugar de contentarse con lo negligente o falso. (Ros Gálvez , 2016)

Sin embargo Reeves y Bednar señalaron fortalezas y debilidades para las organizaciones que tomen este concepto de calidad. En cuanto a las fortalezas, se puede decir que proporciona importantes beneficios en marketing y en recursos humanos. Una visión de la organización que persiga “la excelencia” probablemente sea más fácil de expresar y de hacer llegar los usuarios, frente a una organización que persiga “valor”. Además los usuarios de los productos o servicios se pueden sentirse orgullosos de tener un producto o de recibir un servicio excelente. Asimismo dicho concepto puede ayudar a la organización a ganarse la aceptación y el compromiso de sus empleados. Sin embargo, este enfoque de la calidad también plantea algunos inconvenientes. Uno de ellos es la delimitación de lo que se entiende por “excelencia”, ya que puede suceder que la organización y los usuarios tengan percepciones diferentes de lo que es “la excelencia”. Por otro lado los atributos que dan forma a la “excelencia” pueden cambiar con el paso del tiempo. Finalmente el enfoque de la calidad como excelencia resulta poco práctico para las organizaciones. (Reeves & Bednar, 1994)

2.3.5.2 Calidad como valor.

El el siglo XVIII la calidad como “excelencia” fue cuestionado, cuando los hombres de negocios occidentales quienes comenzaron a dirigir sus bienes a un mercado más amplio. A partir de ese momento se empezó a producir más barato y la calidad empezó a ser juzgada en función del precio. La calidad ya no se entendía como “la excelencia”, sino de acuerdo con determinadas condiciones del cliente, como el uso del producto y su precio de venta. Según Sánchez el 2008 un producto o servicio no será superior o inferior a otro, sino más bien dependerá del valor que se le otorgue según su precio y calidad. (Sánchez Hernández , 2008)

Reeves y Bednar describieron fortalezas y debilidades cuando se entiende la calidad como “valor”. Primero la calidad como valor incorpora múltiples

atributos como la excelencia, el precio o la duración del producto. Segundo las organizaciones que deseen mantenerse en el mercado a lo largo del tiempo han de prestar atención no solo a su eficiencia interna en relación a los costos, sino también a su eficiencia externa la cual se relaciona con la satisfacción de las necesidades. Tercero este enfoque permite establecer comparaciones entre productos y servicios de distinta naturaleza, de modo tal que las organizaciones puedan conocer con mayor exactitud la forma en que los consumidores toman sus decisiones al momento de adquirir un producto o servicio. En cuanto a las debilidades de este enfoque se puede destacar dos principalmente. La primera se refiere a que las organizaciones deben conocer cuáles son los atributos de la calidad como “valor” que son importantes para los usuarios y la importancia que éstos le otorgan a cada uno de ellos. El problema que se plantea es que estos atributos pueden variar entre los usuarios y a lo largo del tiempo. La segunda consiste en el desacuerdo en cuanto a la definición de la calidad como valor, algunos autores la consideran como un componente de la calidad, otros la consideran como parte del valor mismo. (Reeves & Bednar, 1994)

2.3.5.3 Calidad como ajuste a especificaciones.

Este enfoque considera un producto o servicio de calidad cuando lo diseñado por la organización corresponde con lo producido u ofrecido. Los orígenes de la calidad como ajuste a especificaciones se remontan en torno al año 1850 y la clave residía en que la producción se ajustase a las especificaciones preestablecidas. (Ros Gálvez , 2016)

Reeves y Bednar en 1994 plantean fortalezas y debilidades para este modelo. En cuanto a las fortalezas, se pueden señalar que la calidad como conformidad a especificaciones facilita la medición con exactitud de los niveles de calidad, también permite a las organizaciones la reducción de los costes y el incremento de la eficiencia. Sin embargo, dentro las debilidades podemos mencionar que los usuarios no conocen o no se preocupan por las especificaciones internas de la calidad, así este enfoque puede suponer

alejarse de ellos. Asimismo una estructura organizativa en base al ajuste a especificaciones puede reducir potencialmente la flexibilidad de la organización frente a cambios en el entorno. Según Parasuraman, Berry y Zeithaml señalaron que las especificaciones de calidad deben cubrir las necesidades de los usuarios, por lo que las especificaciones pueden variar con el paso del tiempo e incluso volverse obsoletas. (Reeves & Bednar, 1994) (Parasuman , Zeithaml, & Berry, 1988)

2.3.5.4 Calidad como satisfacción o superación de las expectativas de los usuarios.

Este enfoque de la calidad surge desde el siglo XX a raíz de la importancia del sector servicios. En la actualidad se puede considerar el enfoque predominante en nuestros días, donde la calidad se entiende a la satisfacción del usuario como un eje fundamental. Los productos o servicios no solo han de cumplir con la finalidad de su diseño, además tienen que superar las expectativas de los usuarios, satisfacer sus necesidades y obtener su fidelidad. Este enfoque deja de lado la calidad objetiva, referida a las especificaciones técnicas u objetivas, para centrarse en la calidad subjetiva percibida por los usuarios. (Ros Gálvez , 2016)

Reeves y Bednar presentaron fortalezas y debilidades en este modelo. En cuanto a las fortalezas podemos citar que la calidad desde la perspectiva de los clientes les permite una visión más rica y completa a una organización para la toma de decisiones más eficientes. También es posible evaluar y establecer comparaciones de los niveles de calidad entre empresas e industrias de distinta naturaleza. Por otro lado las entidades se preocuparán más por los cambios en su entorno y estarán más actualizadas sobre las expectativas de los clientes, que son altamente dinámicas y varían a lo largo del tiempo, asimismo este enfoque permite incluir numerosos atributos de la calidad, así como la importancia que los usuarios le otorgan a cada uno de ellos. Sin embargo, también se pueden mencionar algunas debilidades de este enfoque. Esta definición es más compleja y difícil de medir, ya que los usuarios normalmente no suelen tener claras o no conocen sus expectativas.

Asimismo los usuarios pueden reaccionar de forma muy diversa frente a distintas experiencias de consumo. Las actitudes pre-compra afectan a los juicios posteriores de los usuarios, en el sentido de que evaluarán la calidad de un producto o servicio de forma más favorable si sus expectativas iniciales eran elevadas, siempre y cuando éstas se cumplan. También podemos citar que las evaluaciones sobre la calidad a corto plazo y a largo plazo pueden ser distintas, debido a que los usuarios pueden percibir que un producto o servicio es de alta calidad en el corto plazo, pero de baja calidad en el largo plazo, o viceversa. Por último hay cierta confusión entre calidad del servicio y la satisfacción del usuario debido a que ambos constructos son muy similares (Palacios Gómez, 2013) (Reeves & Bednar, 1994)

2.3.6 Modelos de evaluación de la Calidad del Servicio

2.3.6.1 Modelo de calidad de la atención médica de Avedis Donabedian.

El médico Avedis Donabedian, en 1966 establece las siguientes dimensiones para la evaluación de la calidad de las organizaciones de salud: estructura, proceso y resultado, además de sus respectivos indicadores. (Torres Samuel & Vásquez Stanescu, 2015)

Estas dimensiones desde el punto de vista de los servicios de salud involucran:

- **Estructura:** Recursos físicos, humanos, materiales, financieros.
- **Proceso:** Actividades que involucran a los profesionales de la salud y a los usuarios, tales como diagnóstico, tratamiento y aspectos éticos.
- **Resultado:** Producto final de la asistencia sanitaria.

2.3.6.2 Modelo nórdico de Grönroos de 1984.

Este modelo propone en 1984 un modelo denominado “Modelo de la calidad percibida del servicio” (PSQM, por sus siglas en inglés), que determina la calidad del servicio en base a tres componentes (Ros Gálvez , 2016) (Lostanau Ramos , 2018)

- **La calidad técnica:** La cual representa al “que” es decir el servicio recibido por los usuarios, también llamada el diseño de servicio, evalúa principalmente lo que el cliente quiere.
- **La calidad funcional:** Representa el “cómo” es decir como el usuario recibe y experimenta el servicio, conocida también como el proceso de la calidad del servicio, señala como se prestará el servicio.
- **La imagen corporativa:** El cual representa el resultado de cómo el usuario percibe la empresa a través del servicio que proporciona, es el resultado del impacto de la calidad funcional sobre la calidad técnica, donde toda experiencia involucrada en la prestación del servicio redundará en resultado final de su evaluación.

2.3.6.3 Modelo SERVQUAL.

Este modelo, fue formulado por Parasuraman, Zeithaml y Berry para desarrollar un instrumento que permitiera la medición de la calidad de servicio percibido. (Parasuman , Zeithaml, & Berry, 1988)

Esta escala tan ampliamente utilizada, consta de cinco dimensiones que se utilizan para juzgar la calidad de los servicios de una organización.

- **Elementos tangibles:** Relacionada con la apariencia de las instalaciones físicas, equipo, personal y material de comunicación, la cual se refiere a aspectos físicos que el cliente percibe en la organización, cuestiones tales como limpieza, presentación del personal, modernidad de los equipos e infraestructura son evaluadas por los usuarios.
- **Fiabilidad:** Dicha dimensión es entendida como la habilidad de desarrollar el servicio prometido precisamente como se pactó y con exactitud. Mide la efectividad es decir obtener el servicio mediante un proceso correcto que cumpla las expectativas para el que fue diseñado.
- **Capacidad de respuesta:** La cual es conocida como la buena voluntad de ayudar a sus clientes y brindar un servicio rápido.

- **Seguridad:** Entendida como el conocimiento de los empleados sobre lo que hacen, su cortesía y su capacidad de transmitir confianza.
- **Empatía:** Se refiere a la capacidad de brindar cuidado y atención personalizada a sus clientes.

Todas estas dimensiones son evaluadas en una escala que consigna dos partes: una de veintidós ítems que mide las expectativas, y otra, también de veintidós ítems que registra las percepciones de los usuarios o clientes.

Los resultados se comparan para determinar la diferencia de las brechas de cada dimensión

Este modelo SERVQUAL, conocido también como "*Modelo de Discrepancias*", sugiere que la diferencia entre las expectativas generales de los clientes y sus percepciones respecto al servicio de un proveedor pueden constituir una medida de la calidad en el servicio, siendo las expectativas aquellos puntos de referencia obtenidas a partir de las experiencias con los servicios. (Ros Gálvez , 2016)

2.3.6.4 Modelo Service Performance (SERVPERF) Cronin y Taylor:

Dichos autores establecieron una escala más concisa que SERVQUAL y la llamaron SERVPERF.

Esta nueva escala está basada exclusivamente en la evaluación de las percepciones, con una evaluación similar a la escala SERVQUAL.

Cronin y Taylor sostienen que la escala SERVQUAL no contaba con el apoyo teórico requerido y evidencia empírica para medir la calidad de servicio percibida.

Esta escala intenta superar las limitaciones de utilizar las expectativas en la medición de la calidad percibida.

El instrumento SERVPERF, se desarrolla a partir de los 22 ítems dedicados a evaluar la percepción en el modelo SERVQUAL.

Según Cronin y Taylor su fortaleza radica en que explica mejor la varianza total en la medida de la calidad del servicio, posee mayor validez predictiva;

además posee mejores propiedades psicométricas en términos de validez de constructo y eficacia operacional. (Cronin , Jr, & Taylor , SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality, 1994) (Cronin , Jr, & Taylor, Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension, 1992)

2.3.7 Conceptos de la satisfacción

Según la Norma ISO 9000: El término “satisfacción del cliente” se define como “percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos”. Por otro lado, la misma norma define por “requisito”, una “necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria”. Para simplificar, lo anterior se puede definir la satisfacción del cliente como “la percepción sobre el grado en que se han cumplido sus necesidades y expectativas” (Normalización., 2005)

Desde el punto de vista del usuario externo, la opinión que manifieste de satisfacción o insatisfacción con el servicio que recibe, deriva directamente de la calidad del servicio, de sus características o de la información que se le proporciona constituyéndose un indicador importante para medir la cobertura de sus expectativas (Rey Martín, 2000)

2.3.8 La satisfacción del paciente

La satisfacción del paciente es un objetivo ineludible para cualquier institución sanitaria y una medida del resultado de la calidad de sus intervenciones; su grado se obtiene de la concurrencia del binomio expectativa-calidad percibida; el método más utilizado para su medida ha sido la encuesta de opinión. (Herrera Hubeda , 2016)

La satisfacción con respecto a la experiencia hospitalaria viene a ser la suma de todas las satisfacciones con elementos individuales de los productos y servicios que forman parte de su experiencia. En nuestros días para entender la satisfacción del paciente se acude directamente a ellos para determinar cuáles son realmente sus necesidades y sus expectativas (Díaz,

2002). Para algunos autores, los administradores y los colaboradores no médicos son los que más se aproximan a las expectativas sobre calidad del servicio de los pacientes. Es decir, que las expectativas son individuales, dependen de las características de cada persona, sin embargo se ha visto que la mayoría de los usuarios coinciden en que su satisfacción estuvo estrechamente relacionada con los servicios no sanitarios como el confort, características y estado de las instalaciones, hostelería, horario de visitas, entre otras. (Herrera Hubeda , 2016)

Lo realmente importante para el consumidor es su grado de satisfacción. Éste será el resultado de contraponer lo que inicialmente esperaba “expectativas” y lo que finalmente percibe “calidad percibida”. La calidad global que la prestación de un servicio puede ofrecer y que el usuario del mismo recibe, no tiene por qué coincidir con la que éste percibe, aunque lógicamente sí estará directa e íntimamente relacionadas. Algunos autores consideran, además, que la calidad de servicio percibida es un antecedente de la satisfacción. (Ros Gálvez , 2016)

Considerar a los hospitales como empresas de servicios, supone todo un cambio cultural que se produjo en el sector sanitario desde los años setenta. Entre los servicios que brindan algunos son tangibles y otros intangibles, y por tanto difíciles de cuantificar y estandarizar, entre estos últimos se pueden englobar aquellos que van ligados a percepciones, experiencias y expectativas, como son la atención y los cuidados que presta el personal de los servicios sanitarios.

En el caso de los Servicios de Nutrición también requiere enfocarse en primer lugar en el “paciente”. Aunque se necesite reestructurar, rediseñen, realizar una reingeniería a los procesos. Hay evidencias que sugieren que un Servicio de Alimentación más personalizado puede mejorar el estado nutricional del paciente. (Herrera Hubeda , 2016)

Se ha visto que la percepción de la calidad subjetiva dependen de factores que incluyen desde las características de los alimentos presentación, sabor, olor y temperatura hasta aspectos sociales, culturales y emocionales del paciente (Lassen, Olsen, Grinderslev, Kruse, & Bjerrum, 2005)

En la actualidad la alimentación del hospital tiene un problema de percepción previa al ingreso de los pacientes, incluso antes de que los pacientes prueben la comida, se espera que sea de una mala calidad. Ante ello los hospitales tienen que comprender que la comida es un aspecto muy importante. Si la comida no cumple con los estándares culturales y de calidad que los pacientes esperan o ellos permanecen expectantes y con hambre no se llegará a cubrir sus requerimientos nutricionales. (Herrera Hubeda , 2016)

2.3.9 Medición de la Satisfacción

Entre las teorías de la satisfacción más extendidas destaca la correspondiente al paradigma de la “desconfirmación” de expectativas” este enfoque considera a la satisfacción como resultado de la diferencia entre lo que el paciente esperaba y lo que ha obtenido, su percepción de la experiencia, es decir la diferencia entre las expectativas del paciente y las percepciones respecto al servicio prestado. De binomio expectativa-calidad percibida se obtendrá el nivel de satisfacción del usuario de los servicios sanitarios. (Mira, 2006)

La calidad percibida supone la evaluación que los pacientes realizan de la calidad asistencial que han recibido en los servicios sanitarios, son percepciones subjetivas de una realidad objetiva. El hecho de que la satisfacción del paciente sea un resultado importante del trabajo realizado por los profesionales y un factor asociado a la conducta del paciente, señala que la satisfacción se ha incorporado como una medida de la mejora de la calidad. (Díaz, 2002)

La opinión del paciente puede utilizarse sistemáticamente para mejorar la organización de los servicios. Así el objetivo del análisis de la satisfacción será facilitar la información a los profesionales y a los gestores del sistema de salud sobre aquellos aspectos de la organización sanitaria que son percibidos por la población como insatisfactorios y que son susceptibles de mejora mediante la modificación de circunstancias, comportamientos o

actitudes de la organización que intervienen en el proceso asistencial. (Herrera Hubeda , 2016)

Como ponen de manifiesto numerosos estudios las encuestas directas a pacientes son una herramienta útil para conocer dichos requisitos y recabar información acerca del grado de satisfacción y son una de las opciones más empleadas para evaluar la satisfacción. (Lassen, Olsen, Grinderslev, Kruse, & Bjerrum, 2005)

Parasuraman et al, desarrollaron una escala de medición de la satisfacción de los usuarios, que es considerada una de las mayores contribuciones a la medición de la calidad de atención en las organizaciones que brindan servicios, incluyendo los de salud. (Parasuman , Zeithaml, & Berry, 1988) Sin embargo Cronin y Taylor llegaron a la conclusión que dicho modelo, parece no ser el más adecuado al momento de evaluar la Calidad del Servicio y elaboraron el modelo SERVPERF, cuyo nombre es debido a la exclusiva atención que presta a la valoración del desempeño (SERVice PERFormance) para medir la calidad de servicio. El razonamiento que sustenta el SERVPERF está relacionado con los problemas de interpretación del concepto de expectativa, en la variabilidad del transcurso de la prestación del servicio, y en la redundancia en relación a las percepciones del servicio recibido. Estructuralmente tiene los mismos ítems y dimensiones que SERVQUAL teniendo como única diferencia la eliminación de medición de las expectativas, haciendo el instrumento más práctico a la hora del recojo de los datos. (Cronin , Jr, & Taylor, Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension, 1992) (Cronin , Jr, & Taylor , SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality, 1994)

Para fines de la presente investigación, se consideró el modelo de evaluación de la calidad percibida en términos de la satisfacción de Cronin y Taylor. Para ello se construyó una encuesta en base a dicho modelo y adaptada para ser aplicada en la institución Privada en estudio.

2.3.10 Modelo de gestión nutricional personalizado Good Hope

La UPSS de Nutrición y dietética de la Clínica Good Hope, enfoca sus procesos en la satisfacción del cliente, teniendo como eje la atención brindada por el nutricionista al paciente hospitalizado (Ver figura 1).

El ciclo de la atención inicia en la primera visita del nutricionista al paciente, la cual se realiza en cuanto se tiene conocimiento de un nuevo ingreso, los ingresos se visualizan en el sistema informático de la Clínica y también en las pizarras informativas de cada piso de hospitalización la cual es revisada 2 veces al día por el nutricionista responsable.

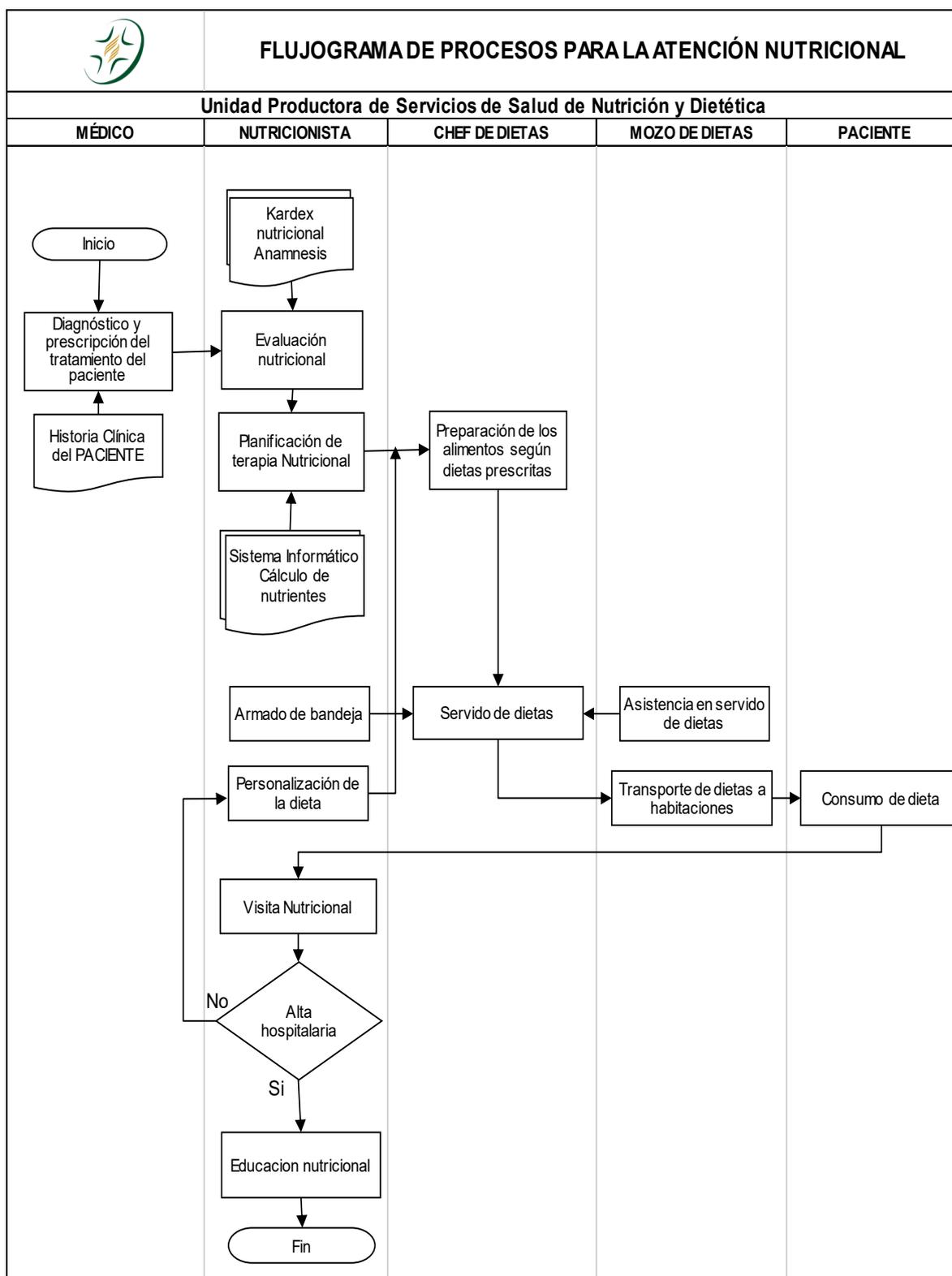


Figura 1. Flujograma de Atención Nutricional Good Hope. Fuente. Elaboración propia

En la primera visita nutricional se realiza la recolección de información referente al paciente (tamizaje nutricional, anamnesis, etc.) la cual sumada a la historia clínica del paciente es utilizada para planificar la terapia nutricional que se va aplicar.

Seguidamente se emite el tipo de dieta necesaria para el paciente la cual es elaborada por los chefs de dietas los cuales se encargan de presentar un plato agradable a la vista y al paladar del paciente.

El servido de la dieta se realiza de forma personalizada, se habilita los platos fríos y calientes en una línea de servido utilizando una faja transportadora. El nutricionista imprime el indicador para el servido de la dieta de cada paciente a su cargo y con ayuda de los chef de dietas y mozos arma la bandeja para el paciente. Es en este momento donde el nutricionista verifica que la dieta coincida con la prescripción dietética, que cuente con toda la utilería necesaria, así como el tamaño de la porción y presentación de los alimentos en la bandeja. Una vez armada la bandeja el nutricionista supervisa que se realice el check de salida hacia la habitación en la lista de verificación y que sea trasladado en los coches transportadores. (Ver figura 2).

Luego de enviada la alimentación al paciente se realiza la segunda visita nutricional donde se recoge la información de la experiencia del paciente con la dieta enviada y se realizan arreglos para la siguiente dieta a enviar, es en las visitas nutricionales donde se realiza la personalización de las dietas, teniendo en consideración que el objetivo mayor es que el paciente consuma todos los alimentos que se le envíen y así finalizar el periodo de hospitalización con una evolución clínica favorable.

El ciclo se cierra en la evaluación de los resultados de la terapia nutricional aplicada al paciente para luego nuevamente planificar los alimentos que se van a administrar al paciente teniendo en cuenta su evolución y la información recogida en las visitas nutricionales

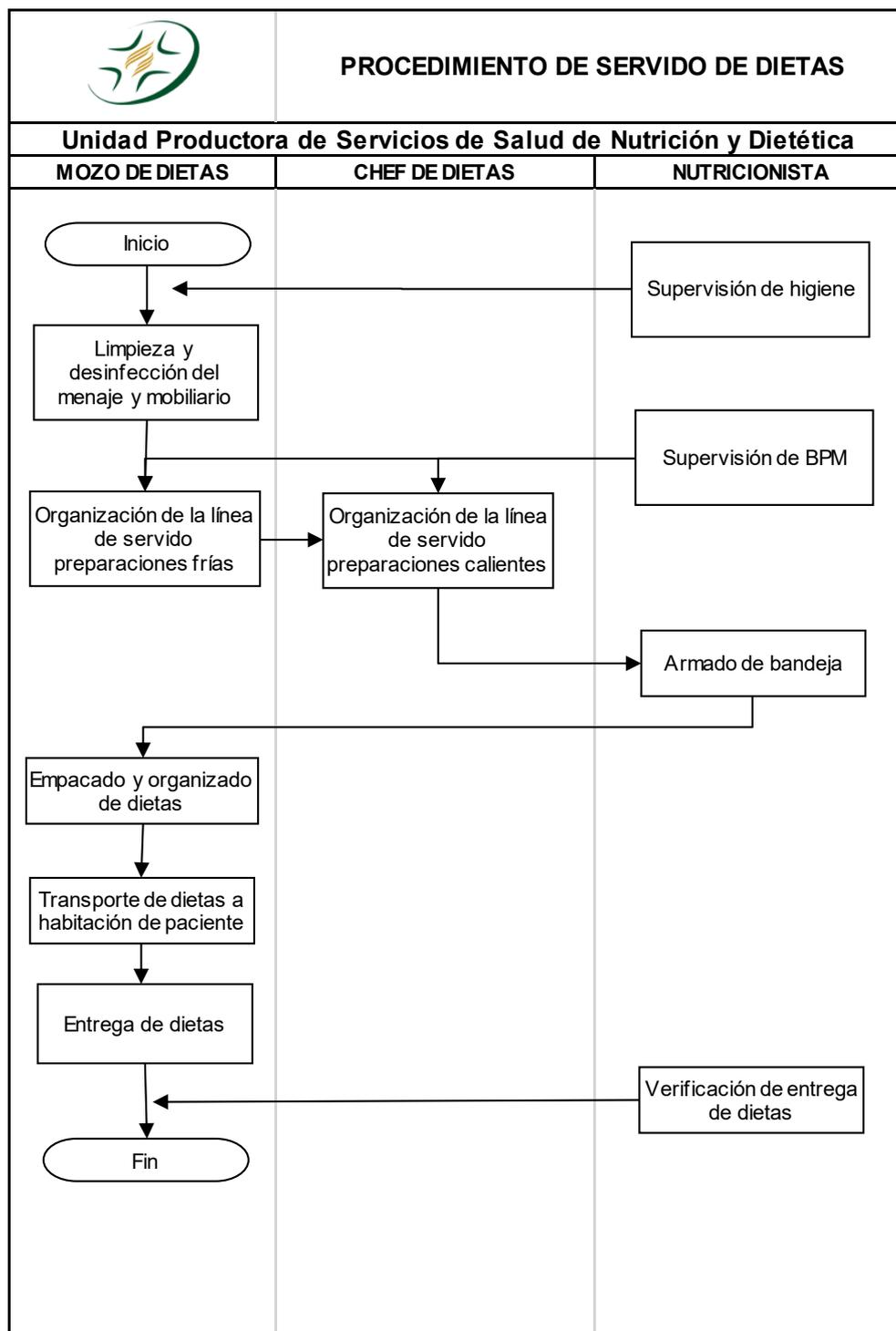


Figura 2. Flujograma de servicio de dietas hospitalarias Good Hope.
Fuente. Elaboración propia

El proceso de la atención nutricional personalizada descrita no podría llevarse a cabo sin el conjunto de procesos estratégicos y de apoyo que se realizan de manera conjunta, el mapa de procesos de la UPSS de Nutrición y dietética (figura 1) nos muestra los procesos involucrados en la gestión nutricional.

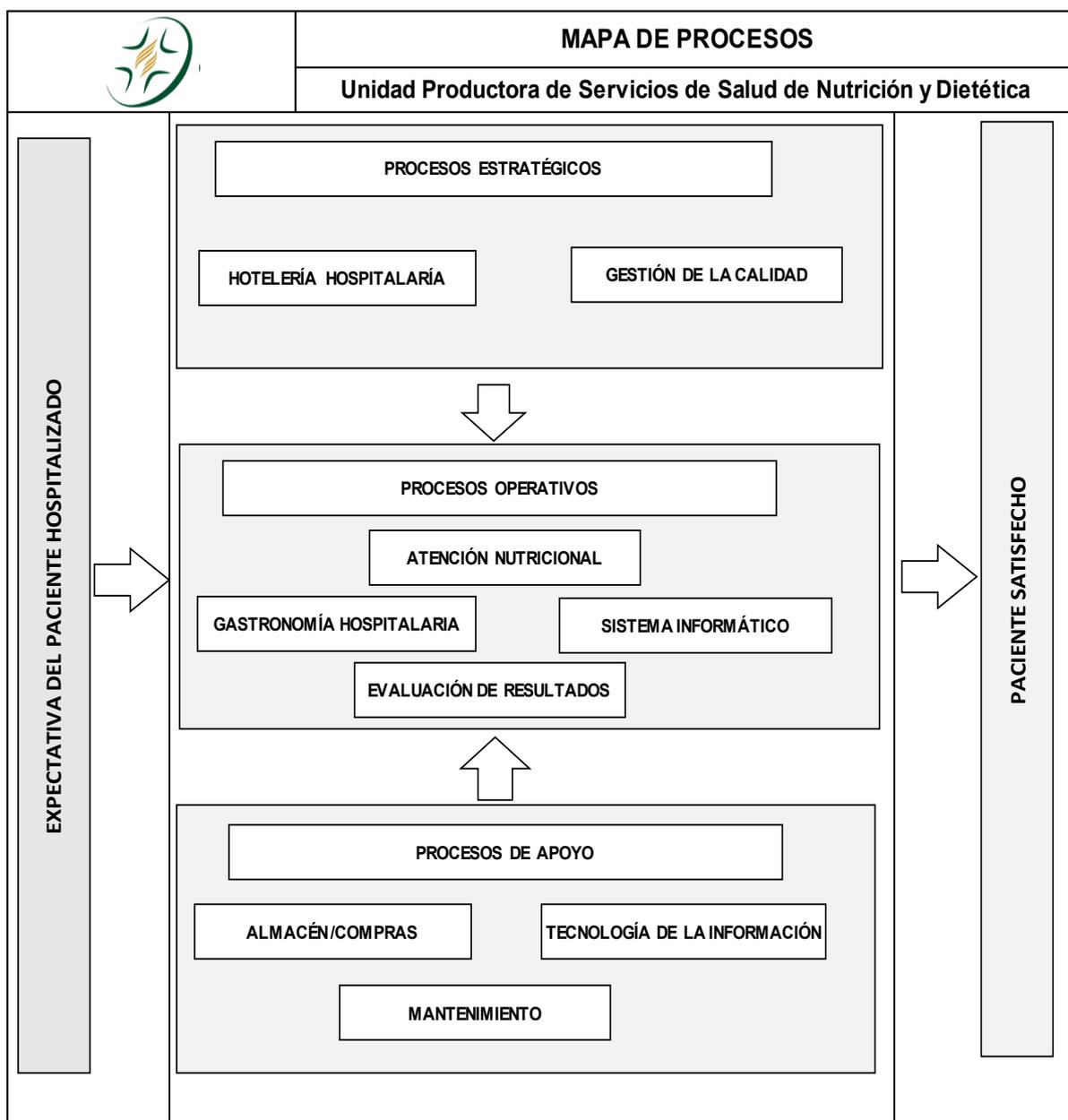


Figura 3. Mapa de procesos de la UPSS Nutrición y Dietética. Fuente. Elaboración propia

El proceso estratégico Gestión de la calidad brindan las condiciones necesarias para llevar a cabo los procesos operativos de la atención nutricional al paciente.

La Hotelería hospitalaria involucrada en la atención nutricional sugiere detalles como la presentación personal (mozo) que lleva los alimentos al paciente, el tipo de menaje especial, utilería (cubiertos, servilleta, toallita húmeda, individual con mensaje especial) donde se sirve las dietas. Estos detalles tienen como objetivo brindar confort al paciente, además de romper paradigmas de la concepción que tenga el paciente y que este perciba la entrega de sus comidas como un servicio hotelero.

La Gastronomía hospitalaria es característica de este modelo de gestión, la planificación de las dietas estándares es en base a una alimentación lacto-ovo vegetariana. Se tiene ciclos de menús de manera tal que un plato no se repita al menos en 15 días, de esta manera se asegura presentar un plato diferente a un paciente durante su estancia, considerando que los días de internamiento de un paciente oscilan entre 2 a 5 días. Sin embargo cabe la posibilidad de preparar un “plato especial” diferente a la programación en caso en nutricionista considere necesario para asegurar el consumo de alimentos de su paciente. Asimismo las dietas estándar pueden ser modificadas en sus ingredientes de acuerdo a los hábitos alimentarios del paciente o por intolerancia o alergia a cualquier alimento. Esta información es recogida por el nutricionista desde la primera visita nutricional y durante las visitas diarias de seguimiento. La Gastronomía cuida desde el sabor de las comidas, la temperatura y la presentación de los alimentos en el plato de modo tal que pueda impresionar los sentidos del paciente y sea apetecible para este.

El Sistema informático se utiliza diariamente para llevar a cabo la atención nutricional, cuenta con un módulo especial donde el nutricionista puede ingresar la información nutricional de cada paciente para el cálculo de los requerimientos nutricionales, indicación de dieta y/o fórmula enteral. etc.

Los procesos de almacén y compras se valen de la planificación de dietas para abastecer de provisiones a la cocina y el proceso de mantenimiento que se encuentra en manos de la administración general aunque el mantenimiento de los equipos usados en el servicio es gestionado por el mismo personal de la UPSS de nutrición y Dietética.

Los estándares de trabajo, procedimientos y manuales ordenan los procesos, se describen de manera detallada, ordenada y sistemática las operaciones y procesos. Todo este sistema permite planear, controlar y ejecutar las operaciones dentro de la UPSS de nutrición y dietética para ofrecer al paciente un alimento de calidad y seguro microbiológicamente.

Como se puede observar en la descripción del modelo de gestión nutricional de la clínica Good Hope, detrás de cada dieta servida se encuentran variados procesos y procedimientos los cuales son realizados por nuestros colaboradores con la mayor dedicación y esmero, a fin de alcanzar la excelencia en el servicio y brindando bienestar integral que refleje a Cristo.

2.4 Hipótesis y variables

2.4.1 Hipótesis General

- El Modelo de gestión nutricional personalizado se relaciona de manera significativa con la satisfacción desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados en la Clínica Good Hope - Lima, 2018

2.4.2 Identificación de variables

- ***Variable independiente:*** Modelo de gestión nutricional personalizado
- ***Variable dependiente:*** Satisfacción del paciente hospitalizado

2.5 Glosario de términos

- **Satisfacción:** Percepción sobre el grado de cumplimiento de las necesidades y expectativas de un individuo. (Normalización., 2005)
- **Expectativa:** Posibilidad razonable de que algo suceda o la esperanza de realizar o conseguir algo. (Ros Gálvez , 2016)
- **Percepción:** Captar por uno de los sentidos las imágenes, impresiones o sensaciones externas. (Española, 2018)
- **Calidad:** Es el grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con requisitos establecidos. (Normalización., 2005)
- **Calidad percibida:** Juicio global, o actitud, relacionada el servicio recibido. (Ros Gálvez , 2016)

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo y Diseño de Investigación

Tipo de estudio:

No experimental, debido a que no se ha manipulado las variables, no se ha generado resultados, sino que se analizó los hechos existentes.

(Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010)

Diseño de estudio:

Correlacional, teniendo en cuenta que se pretendió encontrar cómo se relacionan o no se relacionan las variables en el entorno descrito.

(Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010)

Transversal, debido a que se evaluó el comportamiento de la variable durante un solo tiempo y se realizó solo una medición. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010)

Enfoque del estudio:

Cuantitativo, teniendo en cuenta el objetivo de la presente investigación el cual planteó un problema y una hipótesis que necesitaba ser verificada posterior a la recolección de datos y presentar resultados en función de datos numéricos y estadísticos. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010)

3.1.1 Unidad de análisis

Paciente hospitalizado en la Clínica Good Hope durante el mes de estudio en el 2018.

3.1.2 Población de estudio

La población estuvo conformada por todos los pacientes hospitalizados en la Clínica Good Hope durante el mes de estudio del año 2018.

Se incluyeron criterios de inclusión y exclusión para seleccionar a los participantes de la investigación.

Criterios de Inclusión

- Paciente de 18 a 59 años.
- Paciente que tuviese indicación de dieta blanda y que hubiese recibido como mínimo 3 comidas hospitalarias.

Criterios de Exclusión

- Paciente que presentaba dificultad para comunicarse verbalmente.
- Paciente que no deseaba participar de la investigación.

3.1.3 Tamaño de muestra

Según la oficina de Tecnología de la Información de la Clínica Good Hope el promedio mensual de los pacientes hospitalizados durante los últimos años fue de 450.

Cálculo de tamaño de muestra para población conocida

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

$$n_c = \frac{n}{1 - p_e}$$

DATOS:

Población N =	450
Prevalencia p =	0.77
Precisión d =	0.07
Nivel de confianza α =	0.95
Proporción de pérdidas =	0.05

TAMAÑO DE MUESTRA: 100

3.1.4 Selección de la muestra

La selección de la muestra se realizó de forma aleatoria por método sistemático.

$$K = 450/90 = 5$$

Es decir de la lista de pacientes que ingresaban a los servicios de hospitalización que cumplían con los criterios mencionados eran seleccionados cada 5 para la toma de datos.

3.2. Técnica de recolección de datos

A partir de la lista de ingresos diarios de pacientes a los servicios de hospitalización se analizaba durante las primeras 48 horas de su estancia hospitalaria si cumplía con los criterios establecidos, de cumplir con los criterios de inclusión los nombres eran ingresados a una lista de control, luego teniendo en cuenta el método sistemático eran seleccionados cada 5 para el recojo de los datos.

Con el instrumento “*ficha de ficha de cotejo*” se procedió a evaluar el cumplimiento de los procedimientos de la atención nutricional personalizada en cada paciente en estudio.

Seguidamente tras verificar la atención nutricional del paciente se tomaba previo consentimiento informado una “*encuesta de satisfacción*” al momento de la alta médica.

3.3 Validación del instrumento

Los instrumentos con los cuales se trabajó fueron una ficha de cotejo para evaluar el modelo de Gestión de atención nutricional y una encuesta de satisfacción al paciente hospitalizado.

Ficha de cotejo.

Para la validación de la ficha de cotejo se llevó a juicio de expertos. Se invitó a participar a 6 profesionales con experiencia en gestión clínica y metodología de la investigación, los cuales mediante la ficha de evaluación los participantes verificaron la validez de contenido de instrumento de investigación, además de recoger sus sugerencias y comentarios. También se realizó una prueba piloto para alcanzar experticia en la aplicación del instrumento. La *validez* calculada fue de 0.83. (Ver anexo 3)

Encuesta de satisfacción.

En el caso de la encuesta de satisfacción se construyó una primera versión denominado SERNUT (Satisfacción de los usuarios del Servicio de Nutrición) 1.0 diseñado en base al modelo SERVPERF, midiendo la satisfacción a través de 15 ítems agrupados en las 5 dimensiones utilizadas por el modelo SERVQUAL, haciendo uso de la escala de respuestas elementos de tipo Likert de 5 puntos que va desde Muy alta (5 puntos) a Muy baja (1 punto). Adicional a ello se agregó una pregunta sobre Satisfacción Global del Servicio recibido.

Esta primera versión fue presentada a “Juicio de Expertos”, conformada por un equipo multidisciplinario de profesionales especialistas en Nutrición, Gerencia de Servicios de Salud e Investigación. Con la versión SERVNUT 2.0 se realizó una prueba piloto en la cual no se tuvo observaciones en cuanto a la interpretación de los términos de las preguntas, por lo que finalmente el instrumento adaptado SERNUT 2.0, mantuvo 16 preguntas. 15 de ellas agrupadas en 5 dimensiones: Elementos tangibles contiene las preguntas del 1 al 3; Fiabilidad del 4 al 7; Capacidad de respuesta preguntas 8 y 9; Seguridad del 10 al 12; Empatía del 12 al 15. La pregunta 16 buscaba evaluar la satisfacción en general del paciente con respecto al Servicio de Nutrición. La *confiabilidad* del instrumento según el alfa de Cronbach fue de 0.85. (Ver anexo 4)

3.4 Aspectos Éticos:

En cuanto a los aspectos éticos se tomó las siguientes consideraciones. A cada participante seleccionado se le asignó un código con el fin de guardar su identidad. A los pacientes que fueron seleccionados para participar del presente estudio, se les dio a conocer mediante un consentimiento informado la investigación y los objetivos planteados, solicitando su autorización para participar del mismo. Asimismo se respetó el derecho de los pacientes para decidir su participación en la investigación. (Ver anexo 5)

3.5 Análisis e interpretación de la información

Con la información recogida se procedió a realizar primero un control de calidad de toda la información, posteriormente se ingresó la información al programa Microsoft Excel con lo cual se construyó la base de datos, dicha información fue exportada al paquete estadístico IBM Statistics SPSS versión 25.0, procediéndose a realizar el análisis descriptivo e inferencial correspondiente.

Para la parte descriptiva se ha considerado tablas unidimensionales, tablas bidimensionales, gráficas de barras y medidas de resumen como promedios, frecuencias y porcentajes.

Para la parte inferencial se consideró el nivel de significancia del 5%, para el desarrollo de las pruebas se ha realizado primero una prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y dado que este requisito para aplicar estadística paramétrica no se cumplió, para realizar la investigación se ha utilizado las pruebas estadísticas no paramétricas como son la prueba U de Mann-Whitney (para comparar cantidades en dos grupos independientes) y la prueba Chi-cuadrado de independencia (para analizar relación entre dos variables, donde al menos una de ellas es cualitativa nominal).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Presentación de resultados

Cuadro1. Características Generales

Característica	N	%
Rango de edad		
Promedio ± DE	[32.9 ± 7.88]	
18-29	34	34.0
30-39	51	51.0
40-49	10	10.0
50 a +	5	5.0
Sexo		
F	94	94.0
M	6.0	6.0
Grado de Instrucción		
Secundaria	6	6
Técnico	22	22
Superior	72	72
Estancia Hospitalaria		

< 1 semana	97	97
> 1 semana	3	3

En el cuadro 1, se observa las características generales de los 100 pacientes en estudio (100%), de ellos el 94% (94) son de sexo femenino y el 6%(6) de sexo masculino, la edad promedio de los pacientes fue de 32.9 años con una desviación estándar de 7,88 años, destacando que el grupo de edad con mayor frecuencia fue de 30 a 39 años con un 51% (51) de los pacientes, el grado de instrucción que más destaco fue superior con un 72%(72) y la estancia hospitalaria en el 97% de los casos observados fue menor a una semana.

Cuadro 2. Respuesta por ítem de la dimensión “Elementos tangibles”

Ítems elementos tangibles	Muy baja		Baja		Media		Alta		Muy alta	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>¿La presentación del menaje fue atractiva?</i>	0	0%	0	0%	7	7%	42	42%	51	51%

<i>¿El menaje estuvo limpio y en buen estado?</i>	0	0%	0	0%	0	0%	14	14%	86	86%
<i>¿El personal que le entrega la dieta luce aseado?</i>	0	0%	0	0%	0	0%	13	13%	87	87%

En el cuadro 2, con respecto a los resultados encontrados en los ítems de la dimensión elementos tangibles, se encontró que la pregunta con mayor respuesta positiva fue ¿El personal que le entrega la dieta luce aseado?, en esta pregunta el 100% de los pacientes dio una respuesta de por lo menos alta satisfacción sobre el aseo de la dieta, de ellos el 87% de los pacientes indico una satisfacción muy alta. En esta dimensión ningún paciente dio una respuesta negativa (satisfacción baja o muy baja)

Cuadro 3. Nivel de satisfacción según la dimensión “Elementos tangibles”

Niveles	n	Porcentaje
bajo	0	0%
medio	0	0%
Alto	100	100%
Total	100	100%

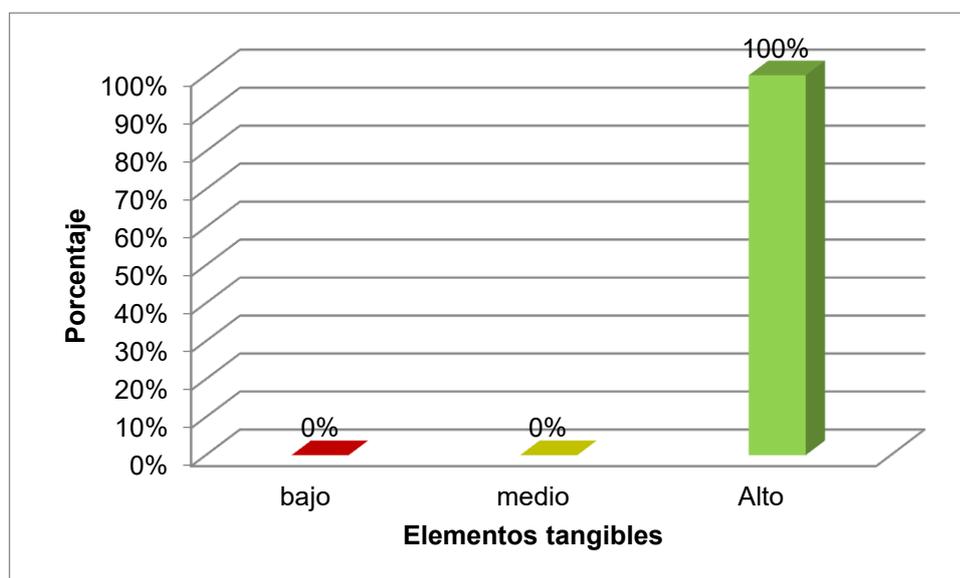


Figura 4. Nivel de satisfacción según la dimensión “Elementos tangibles”

El cuadro 3 y figura 4, se evidencia que de los 100 pacientes consultados se encontró que todos (100%) presentaron un nivel alto de satisfacción para la dimensión elementos tangibles, ningún paciente fue clasificado en los niveles medio y bajo.

Cuadro 4. Respuesta por ítem de la dimensión “Fiabilidad”

Ítems fiabilidad	Muy baja		Baja		Media		Alta		Muy alta	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>¿La presentación plato, que se refiere a la ubicación de los elementos del plato, los colores o la decoración; hicieron visualmente agradable a la comida?</i>	1	1%	1	1%	2	2%	27	27%	69	69%
<i>¿El sabor de las comidas fue agradable?</i>	1	1%	1	1%	8	8%	37	37%	53	53%
<i>¿La temperatura de los platos y bebidas calientes estuvieron deseables?</i>	1	1%	3	3%	20	20%	31	31%	45	45%
<i>¿La temperatura de los platos y bebidas frías estuvieron deseables al paladar?</i>	1	1%	0	0%	5	5%	21	21%	73	73%

Con respecto a los resultados encontrados en los ítems de la dimensión fiabilidad, se observa en el cuadro 4, que la pregunta con mayor respuesta positiva fue ¿La presentación plato, que se refiere a la ubicación de los elementos del plato, los colores o la decoración; hicieron visualmente agradable a la comida?, en esta pregunta el 96% de los pacientes dio una respuesta de por lo menos de alta satisfacción. En el caso de la pregunta ¿La temperatura de los platos y bebidas frías estuvieron deseables al paladar? Se encontró que el 94% de los pacientes indico una satisfacción de por lo menos alta.

Cuadro 5. Nivel de satisfacción según la dimensión “Fiabilidad”

Niveles	n	Porcentaje
bajo	2	2%
medio	5	5%
Alto	93	93%
Total	100	100%

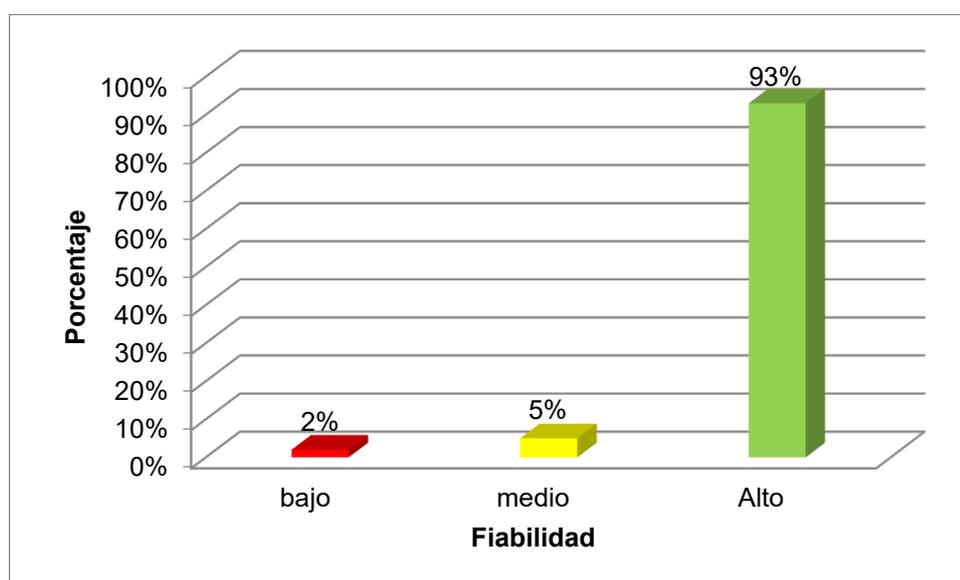


Figura 5. Nivel de satisfacción según la dimensión “Fiabilidad”

En el cuadro 5 y figura 5, se muestra que de los 100 pacientes consultados se encontró que el 93% presentaron un nivel alto de satisfacción para la dimensión fiabilidad, 5% un nivel medio y solo 2% presentaron un nivel bajo.

Cuadro 6. Respuesta por ítem de la dimensión “Capacidad de respuesta”

Ítems capacidad de respuestas	Muy baja		Baja		Media		Alta		Muy alta	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>¿El horario de entrega de las comidas fue oportuna?</i>	0	0%	0	0%	9	9%	24	24%	67	67%
<i>¿Se le atendió con prontitud ante sus necesidades y preocupaciones sobre su alimentación?</i>	0	0%	1	1%	4	4%	13	13%	82	82%

Con respecto a los resultados encontrados en los ítems de la dimensión capacidad de respuesta, se observa en el cuadro 6, que la pregunta con mayor respuesta positiva fue *¿Se le atendió con prontitud ante sus necesidades y preocupaciones sobre su alimentación?*, en esta pregunta el 95% de los pacientes dio una respuesta de por lo menos de alta satisfacción. En el caso de la pregunta *¿El horario de entrega de las comidas fue oportuna?* Se encontró que el 91% de los pacientes indicó una satisfacción de por lo menos alta.

Cuadro 7. Nivel de satisfacción según la dimensión “Capacidad de respuesta”

Niveles	n	Porcentaje
bajo	1	1%
medio	6	6%
Alto	93	93%
Total	100	100%

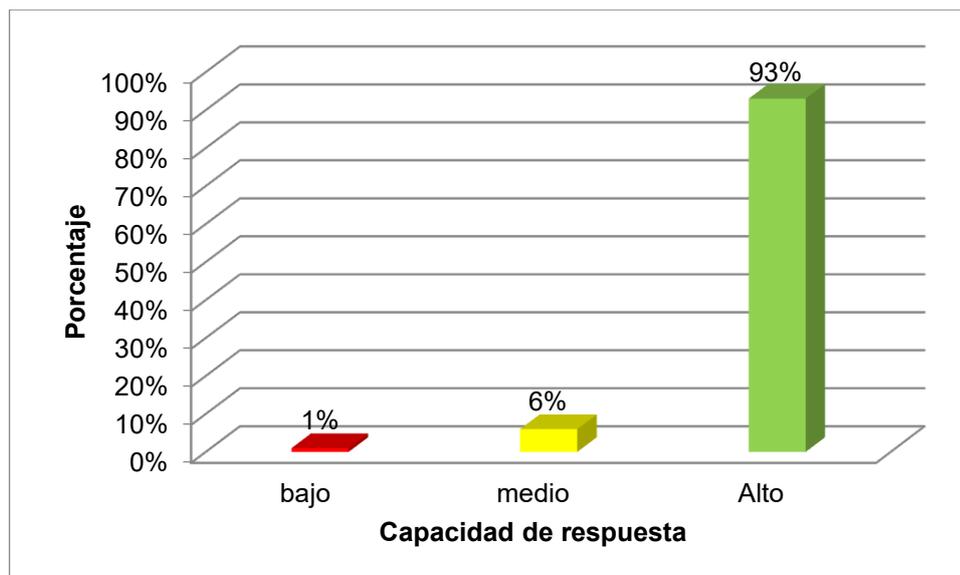


Figura 6. Nivel de satisfacción según la dimensión “Capacidad de respuesta”

Del cuadro 7 y figura 6, se evidencia que de los 100 pacientes consultados se encontró que el 93% presentaron un nivel alto de satisfacción para la dimensión capacidad de respuesta, 6% un nivel medio y solo 1% presentaron un nivel bajo.

Cuadro 8. Respuesta por ítem de la dimensión “Seguridad”

Ítems seguridad	Muy baja		Baja		Media		Alta		Muy alta	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>¿Los menús programados fueron variados es decir que no se repitieron los menús durante mi estancia hospitalaria?</i>	0	0%	0	0%	4	4%	15	15%	81	81%
<i>¿La cantidad de las comidas fue la adecuada para mí?</i>	0	0%	1	1%	6	6%	22	22%	71	71%
<i>¿La dieta que recibí me ayudó a mejorar mi salud?</i>	0	0%	0	0%	7	7%	22	22%	71	71%

Con respecto a los resultados encontrados en los ítems de la dimensión seguridad, se observa en el cuadro 8, que la pregunta con mayor respuesta positiva fue ¿Los menús programados fueron variados es decir que no se repitieron los menús durante mi estancia hospitalaria?, en esta pregunta el 96% de los pacientes dio una respuesta de por lo menos de alta satisfacción. En el caso de la pregunta ¿La cantidad de las comidas fue la adecuada para mí? Y la pregunta ¿La dieta que recibí me ayudó a mejorar mi salud? Para ambas preguntas se encontró que el 93% de los pacientes indico una satisfacción de por lo menos alta.

Cuadro 9. Nivel de satisfacción según la dimensión “Seguridad”

Niveles	n	Porcentaje
bajo	0	0%
medio	2	2%
Alto	98	98%
Total	100	100%

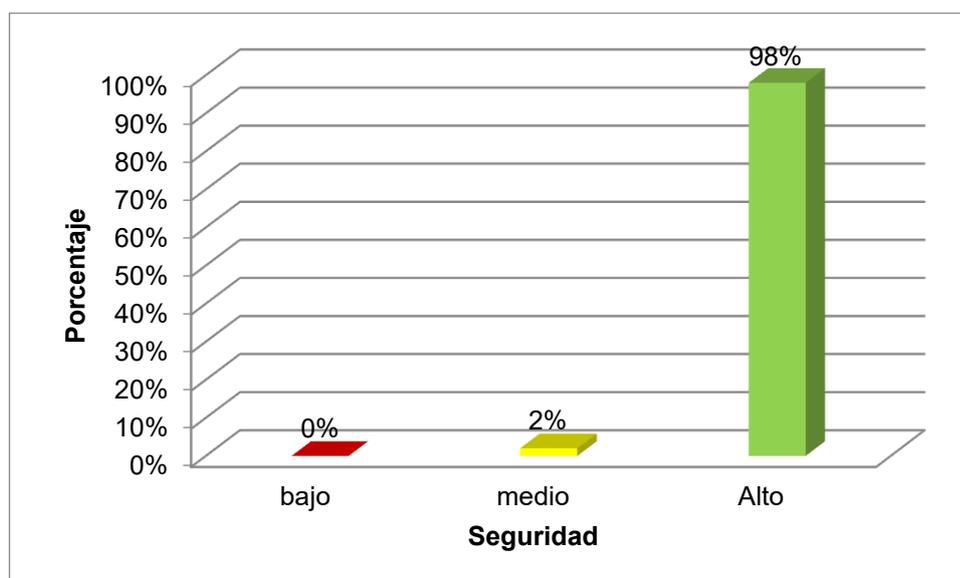


Figura 7. Nivel de satisfacción según la dimensión “Seguridad”

En el cuadro 9 y figura 7, de los 100 pacientes consultados se encontró que 98% presentaron un nivel alto de satisfacción para la dimensión seguridad, 2% un nivel medio y ninguno presentó un nivel bajo.

Cuadro 10. Respuesta por ítem de la dimensión “Empatía”

Ítems de empatía	Muy baja		Baja		Media		Alta		Muy alta	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>¿El nutricionista tomó en cuenta mis hábitos de la alimentación y/o preferencias alimentarias en mi dieta?</i>	0	0%	1	1%	8	8%	24	24%	67	67%
<i>¿El trato del nutricionista fue amable?</i>	0	0%	0	0%	0	0%	9	9%	89	89%
<i>¿El trato del personal que entregó la comida fue amable?</i>	0	0%	0	0%	1	1%	11	11%	88	88%

Con respecto a los resultados encontrados en los ítems de la dimensión empatía, se observa en el cuadro 10, que la pregunta con mayor respuesta positiva fue *¿El trato del nutricionista fue amable?*, en esta pregunta el 100% de los pacientes dio una respuesta de por lo menos de alta satisfacción. En el caso de la pregunta *¿El trato del personal que entregó la comida fue amable?* Se encontró que el 99% de los pacientes indicó una satisfacción de por lo menos alta.

Cuadro 11. Nivel de satisfacción según la dimensión “Empatía”

Niveles	n	Porcentaje
bajo	0	0%
medio	2	2%
Alto	98	98%
Total	100	100%

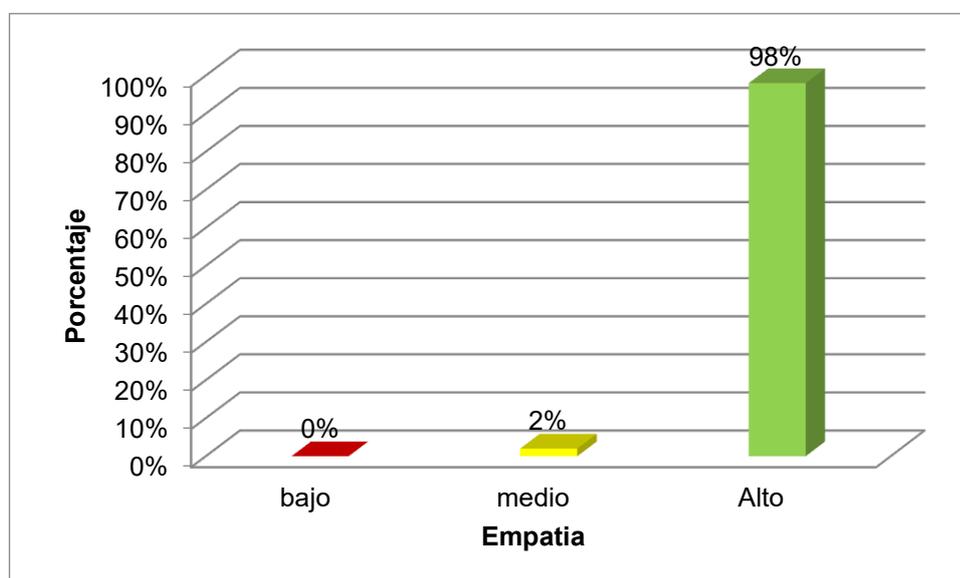


Figura 8. Nivel de satisfacción según la dimensión “Empatía”

En el cuadro 11 y figura 8, se muestra que de los 100 pacientes consultados se encontró que el 98% presentaron un nivel alto de satisfacción para la dimensión empatía, 2% un nivel medio y ninguno presentó un nivel bajo.

Cuadro 12. Evaluación del cumplimiento del Modelo de Gestión Nutricional Good Hope

		Cumple		No cumple	
		n	%	n	%
Atención nutricional	Anamnesis	100	100%	0	0%
	Evaluación nutricional	100	100%	0	0%
	Dieta terapéutica	100	100%	0	0%
	Adecuación de dieta por requerimientos nutricionales	100	100%	0	0%
	Coordinaciones necesarias para preparación de un plato especial	96	96%	4	4%
Gestión de dietas	Preparación del plato especial	94	94%	6	6%
	Servido	98	98%	2	2%
	Registro de la salida de la dieta	100	100%	0	0%
Gestión hotelera	Utillería completa en la bandeja	99	99%	1	1%
	Presentación del mozo	100	100%	0	0%
	Horario de entrega dentro de lo establecido	100	100%	0	0%

En el cuadro 12, se evidencia el nivel de cumplimiento del modelo de gestión nutricional; se puede destacar que en los niveles Anamnesis, Evaluación nutricional, Dieta terapéutica, Adecuación de dieta por intercambio, Registro de la salida de la dieta, Presentación del mozo y Horario de entrega dentro de lo establecido, el nivel de cumplimiento en todos estos puntos es de 100%, los puntos donde el nivel de cumplimiento presento sus niveles más bajos se refieren a Coordinación necesaria para preparación del plato (4%) y Preparación de plato especial (6%).

En 96 casos el paciente fue visitado por el nutricionista y tuvo la posibilidad de adecuar la preparación culinaria del almuerzo estándar o coordinar la entrega de un plato especial. Mientras que en 94 casos el paciente no prefirió un plato adicional, ya que el plato programado cumplía con todas sus expectativas.

Cuadro 13. Análisis de la satisfacción del paciente, según el ítem “Coordinación necesaria para preparación del plato especial”

		N	Promedio puntaje satisfacción	U de Mann- Whitney	Sig. asintót. (bilateral)	
ELEMENTOS TANGIBLES	Cumple	98	13.000	86.50	0.01	Significativa
	No cumple	2	14.232			
FIABILIDAD	Cumple	98	17.800	215.00	0.72	No significativa
	No cumple	2	17.832			
CAPACIDAD DE RESPUESTA	Cumple	98	9.600	203.00	0.52	No significativa
	No cumple	2	9.326			
SEGURIDAD	Cumple	98	14.000	217.00	0.72	No significativa
	No cumple	2	14.042			
EMPATÍA	Cumple	98	14.600	230.50	0.90	No significativa
	No cumple	2	14.232			

En el cuadro 13, se observa el comportamiento de las respuestas del ítem *coordinación necesaria para preparación de plato especial*, se encontró que las respuestas no muestran diferencia significativa en sus valores con relación a las dimensiones Fiabilidad, Capacidad de respuesta, Seguridad y empatía. Solo en el caso de la dimensión elementos tangibles se observa una diferencia significativa en estos valores (U de Mann-Whitney =86,50 y Sig=0.01 <0.05).

Cuadro 14. Análisis de la satisfacción del paciente, según el ítem “Preparación de plato especial”

		N	Promedio puntaje satisfacción	U de Mann- Whitney	Sig. asintót. (bilateral)	
ELEMENTOS TANGIBLES	Cumple	96	14.2083	85.00	0.04	Significativa
	No cumple	4	13.2500			
FIABILIDAD	Cumple	96	17.2500	134.50	0.30	No significativa
	No cumple	4	17.8542			
CAPACIDAD DE RESPUESTA	Cumple	96	9.5000	175.50	0.73	No significativa
	No cumple	4	9.3333			
SEGURIDAD	Cumple	96	13.7500	148.00	0.40	No significativa
	No cumple	4	14.0521			
EMPATÍA	Cumple	96	14.5000	181.00	0.82	No significativa
	No cumple	4	14.2396			

En el cuadro 14, se observa el comportamiento de las respuestas del ítem sobre preparación *de plato especial*, se encontró que las respuestas no muestran diferencia significativa en sus valores con relación a las dimensiones Fiabilidad, Capacidad de respuesta, Seguridad y empatía. Solo en el caso de la dimensión elementos tangibles se observa una diferencia significativa en estos valores (U de Mann-Whitney =85,0 y Sig=0.04 <0.05).

Cuadro 15. Análisis de la satisfacción del paciente, según la dimensión “Atención nutricional”

DIMENSIONES DE SATISFACCIÓN	Promedio puntaje satisfacción		U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)	condición
	No cumple	Cumple			
ELEMENTOS TANGIBLES	13,25	14,21	85	0.041	diferentes
FIABILIDAD	17,25	17,85	134.5	0.302	iguales
CAPACIDAD DE RESPUESTA	9,50	9,33	175.5	0.734	iguales
SEGURIDAD	13,75	14,05	148	0.398	iguales
EMPATÍA	14,50	14,24	181	0.821	iguales

a. Variable de agrupación: ATENCIÓN NUTRICIONAL

En el cuadro 15, se observa el comportamiento de las respuestas sobre *atención nutricional*, se encontró que las respuestas no muestran diferencia significativa en sus valores con relación a las dimensiones Fiabilidad, Capacidad de respuesta, Seguridad y empatía. Solo en el caso de la dimensión elementos tangibles se observa una diferencia significativa en estos valores (U de Mann-Whitney =85,0 y Sig=0.041 <0.05).

Cuadro 16. Análisis de la satisfacción del paciente, según la dimensión “Gestión de dietas”

DIMENSIONES DE SATISFACCIÓN	Promedio puntaje satisfacción		U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)	condición
	No cumple	Cumple			
ELEMENTOS TANGIBLES	13.75	14.21	292	0.295	iguales
FIABILIDAD	18.13	17.80	359.5	0.912	iguales
CAPACIDAD DE RESPUESTA	9.25	9.35	353	0.824	iguales
SEGURIDAD	14.25	14.02	355.5	0.862	iguales
EMPATÍA	14.63	14.22	348.5	0.772	iguales

a. Variable de agrupación: GESTIÓN DE DIETAS

En el cuadro 16, se observa el comportamiento de las respuestas sobre *gestión de dietas*, se encontró que las respuestas no muestran diferencia significativa en sus valores con relación a las dimensiones elementos tangibles, Fiabilidad, Capacidad de respuesta, Seguridad y empatía, todos los valores de Sig resultaron mayores que 0,05.

Cuadro 17. Análisis de la satisfacción del paciente, según la dimensión “Gestión hotelera”

DIMENSIONES DE SATISFACCIÓN	Promedio Puntaje satisfacción		U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)	condición
	No cumple	Cumple			
ELEMENTOS TANGIBLES	15.00	14.16	24.5	0.347	iguales
FIABILIDAD	19.00	17.82	39	0.71	iguales
CAPACIDAD DE RESPUESTA	10.00	9.33	31.5	0.466	iguales
SEGURIDAD	15.00	14.03	26	0.374	iguales
EMPATÍA	15.00	14.24	31.5	0.466	iguales

a. Variable de agrupación: GESTIÓN HOTELERA

En el cuadro 17, se observa el comportamiento de las respuestas sobre *gestión hotelera*, se encontró que las respuestas no muestran diferencia significativa en sus valores con relación a las dimensiones elementos tangibles, Fiabilidad, Capacidad de respuesta, Seguridad y empatía, todos los valores de Sig resultaron mayores que 0,05.

4.2 Pruebas de hipótesis

Hipótesis nula:

El Modelo de gestión nutricional personalizado no se relaciona con la satisfacción desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados en la Clínica Good Hope - Lima, durante el año 2018

Hipótesis alterna:

El Modelo de gestión nutricional personalizado se relaciona de manera significativa con la satisfacción desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados en la Clínica Good Hope - Lima, durante el año 2018

Cuadro 18. “Atención nutricional” y su relación con la satisfacción del paciente

DIMENSIONES Y NIVELES		Número de pacientes		Prueba chi-cuadrado	
		No cumple	Cumple		
ELEMENTOS TANGIBLES	bajo	0	0	No aplica	
	medio	0	0		
	Alto	4	96		
FIABILIDAD	bajo	0	2	X ² =0.314 Sig=0.855	No hay relación
	medio	0	5		
	Alto	4	89		
CAPACIDAD DE RESPUESTA	bajo	0	1	X ² =0.314 Sig=0.855	No hay relación
	medio	0	6		
	Alto	4	89		
SEGURIDAD	bajo	0	0	X ² =0.085 Sig=0.771	No hay relación
	medio	0	2		
	Alto	4	94		
EMPATÍA	bajo	0	0	X ² =0.085 Sig=0.771	No hay relación
	medio	0	2		
	Alto	4	94		

Sobre la base de la prueba chi-cuadrado se observó que todos los valores de Sig son mayores que 0,05, esto es evidencia de que no existe relación entre la atención nutricional y las dimensiones Fiabilidad (Sig=0,855>0,05), Capacidad de respuesta (Sig=0,855>0,05), Seguridad (Sig=0,771>0,05) y Empatía (Sig=0,771>0,05). En el caso de la dimensión Elementos tangibles no se puede aplicar la prueba chi-cuadrado porque el 100% de los pacientes fue clasificado en el nivel alto de esta dimensión.

Cuadro 19. “Gestión de dietas” y su relación con la satisfacción del paciente

DIMENSIONES Y NIVELES		Número de pacientes		Prueba chi-cuadrado	
		No cumple	Cumple		
ELEMENTOS TANGIBLES	bajo	0	0	No aplica	
	medio	0	0		
	Alto	8	92		
FIABILIDAD	bajo	0	2	X ² =0.655 Sig=0.721	No hay relación
	medio	0	5		
	Alto	8	85		
CAPACIDAD DE RESPUESTA	bajo	0	1	X ² =0.728 Sig=0.695	No hay relación
	medio	1	5		
	Alto	7	86		
SEGURIDAD	bajo	0	0	X ² =0.177 Sig=0.674	No hay relación
	medio	0	2		
	Alto	8	90		
EMPATÍA	bajo	0	0	X ² =0.177 Sig=0.674	No hay relación
	medio	0	2		
	Alto	8	90		

Sobre la base de la prueba chi-cuadrado se observó que todos los valores de Sig son mayores que 0,05, esto es evidencia de que no existe relación entre la gestión de dietas y las dimensiones Fiabilidad (Sig=0,721>0,05), Capacidad de respuesta (Sig=0,695>0,05), Seguridad (Sig=0,674>0,05) y Empatía (Sig=0,674>0,05). En el caso de la dimensión Elementos tangibles no se puede aplicar la prueba chi-cuadrado porque el 100% de los pacientes fue clasificado en el nivel alto de esta dimensión.

Cuadro 20. “Gestión hotelera” y su relación con la satisfacción del paciente

DIMENSIONES Y NIVELES		Número de pacientes		Prueba chi-cuadrado	
		No cumple	Cumple		
ELEMENTOS TANGIBLES	bajo	0	0	No aplica	
	medio	0	0		
	Alto	1	99		
FIABILIDAD	bajo	0	2	X ² =0.076 Sig=0.963	No hay relación
	medio	0	5		
	Alto	1	92		
CAPACIDAD DE RESPUESTA	bajo	0	1	X ² =0.076 Sig=0.963	No hay relación
	medio	0	6		
	Alto	1	92		
SEGURIDAD	bajo	0	0	X ² =0.021 Sig=0.886	No hay relación
	medio	0	2		
	Alto	1	97		
EMPATÍA	bajo	0	0	X ² =0.021 Sig=0.886	No hay relación
	medio	0	2		
	Alto	1	97		

Sobre la base de la prueba chi-cuadrado se observó que todos los valores de Sig son mayores que 0,05, esto es evidencia de que no existe relación entre la gestión hotelera y las dimensiones Fiabilidad (Sig=0,963>0,05), Capacidad de respuesta (Sig=0,963>0,05), Seguridad (Sig=0,886>0,05) y Empatía (Sig=0,886>0,05). En el caso de la dimensión Elementos tangibles no se puede aplicar la prueba chi-cuadrado porque el 100% de los pacientes fue clasificado en el nivel alto de esta dimensión.

En base a los resultados obtenidos se rechaza la hipótesis alterna.

4.3 Discusión de los resultados

La literatura describe que DH determina el aumento de complicaciones de la propia enfermedad, disminuye la respuesta al tratamiento, aumenta la mortalidad y la estancia hospitalaria, adicional a ello genera un coste superior por las complicaciones en los pacientes que la padecen. Asimismo se considera que la alimentación de los pacientes hospitalizados constituye uno de los pilares del soporte nutricional dado que aproximadamente el 85-90% de los pacientes tienen prescrita la vía oral. (Benítez Brito, y otros, 2016) (De la Cruz, y otros, 2004). Sin embargo los estudios de la satisfacción con respecto a los servicios de alimentación hablan que la calidad de los mismos es un problema habitual, en diferentes territorios del mundo y gran parte de los hospitalizados con estado de desnutrición no les gusta la comida. (Herrera Hubeda , 2016) (Barker, Gout, & Crowe, 2011) De allí que el papel del Servicio de Alimentación se ha hecho más relevante a causa de los problemas asociados con la malnutrición. Para Herrera, el éxito o fracaso de la Alimentación dependen de la gestión y del entrenamiento necesario para planificar, organizar, dirigir, coordinar y evaluar; considera que la llave del éxito está en la profesionalidad y la formación de todo el personal que lo integra. (Herrera Hubeda , 2016) Es por ello que el objetivo de este trabajo buscó relacionar el modelo de Gestión nutricional que se viene aplicando en la Clínica Good Hope hace varios años con la satisfacción percibida desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados.

En la muestra seleccionada se verificó si efectivamente los procedimientos estándares establecidos por la gestión nutricional se aplicaban en los pacientes hospitalizados. Para ello se utilizó una ficha de cotejo durante las primeras 48 horas del ingreso hospitalario del paciente. Asimismo se aplicó una encuesta para medir su nivel de satisfacción al alta.

Con respecto a la verificación del cumplimiento de los procedimientos estándares en relación a la dimensión “**atención nutricional**” se observó lo siguiente.

El 100 % de los pacientes tenían un kárdex nutricional elaborado por el nutricionista con la anamnesis inicial, su evaluación nutricional, adecuación de sus requerimientos nutricionales y el tipo de dieta indicada en cada una de sus comidas. Dichos datos también se encontraban registrados en el sistema informático nutricional. Mientras que el 96% de los casos el paciente fue visitado por el nutricionista y tuvo la posibilidad de adecuar la preparación culinaria programada en el almuerzo o coordinar la entrega de un plato especial. Al realizar el análisis estadístico se evidenció diferencia significativa en la satisfacción en la dimensión “**elementos tangibles**” entre los casos que recibieron visita nutricional y los que no la recibieron. (U de Mann-Whitney =86,50 y Sig=0.01 <0.05). Hay que resaltar que dicho procedimiento determina una atención personalizada. Así según Ibáñez y Vega destacan el papel del nutricionista como profesional responsable en el cuidado nutricional de los pacientes, la nutricionista adecúa las dietas a las patologías de los pacientes así como a sus necesidades nutricionales, intolerancias, alergias y preferencias, para lo cual es necesario que la profesional visite a diario a los pacientes hospitalizados algo que habitualmente no es la realidad en todos los medios hospitalarios y que sin duda contribuye a un mayor éxito en la adecuación, aceptación de las dietas y en su satisfacción. (Ibáñez de León & Vega Romero, 2013) En un estudio realizado en el Hospital III Goyeneche, Arequipa en el 2017, cuyo objetivo fue determinar el nivel de satisfacción del paciente hospitalizado atendido por el personal del servicio de nutrición señaló que el 92.5% de los pacientes recibieron atención nutricional por parte de la técnica de nutrición y solo un 7.5% recibió atención nutricional por parte del nutricionista y la técnica de nutrición, dicha situación demuestra que la atención nutricional por un profesional en nutrición es limitada en nuestros días y es necesario que los gestores presten la debida atención a esta deficiencia.

La dimensión “**gestión de dietas**” del Modelo de Gestión nutricional hace referencia a los procedimientos de preparación culinaria de las dietas, servido de la preparación culinaria de acuerdo la prescripción dietética de cada paciente y a la verificación de la salida de la bandeja con destino a las habitaciones de los pacientes. En cuanto a ello se evidenció que en un 6%

de los casos el paciente prefirió un plato adicional y el nutricionista tuvo que realizar la logística necesaria para que se fuera a preparar dicho pedido, ya que el plato programado no cumplía con todas sus expectativas. Se observó que en el 2% de los casos de las dietas servidas no correspondía con todas las especificaciones de la dieta prescrita al momento de preparar la bandeja para el paciente y en el 100 % de los casos el personal verificó la salida de las dietas hacia las habitaciones de los pacientes. Al realizar el análisis estadístico se pudo observar la diferencia significativa en la satisfacción en la dimensión elementos tangibles entre los casos que estuvieron conformes con la programación habitual del menú y los que no estuvieron de acuerdo y prefirieron un plato especial. (U de Mann-Whitney =85,0 y Sig=0.04 <0.05).

Cada institución de salud de acuerdo a la cantidad de pacientes hospitalizados que atiende tiene un sistema de gestión en las cocinas para la preparación, servido y entrega de las dietas, en la actualidad nuevos sistemas de atención en las cocinas han surgido, con el objetivo de lograr mejores resultados en la satisfacción e incrementar la ingesta de las comidas en los pacientes. Así Hansen y compañía, analizaron la posibilidad de que los hospitales adoptaran un sistema buffet para mejorar la ingesta alimentaria, estudiaron la elección de alimentos por parte de pacientes cuya patología no comprometía el sistema digestivo en un hospital de Dinamarca. El resultado fue desalentador cuando se observó que solamente el 50% de estos pacientes eligió un menú adecuado a sus necesidades energéticas y nutritivas. También se encuentra registrado el sistema llamado "Meals on Wheels", experimentado en Bélgica el cual se caracterizaba por un sistema en el que la elección del menú la realizaba el paciente en una lista de alimentos pero con ayuda de un asistente nutricional, dicho sistema resultó mejorar la ingesta de alimentos en cada comida y redujo el desecho de estos. (Goeminne, De Wit , Burtin, & Valcke, 2012)

En Dinamarca, Freil et al, evaluaron la ingesta alimentaria de pacientes a los que se les permitían escoger el menú únicamente de la cena dentro de un intervalo de posibilidades. La conclusión fue que los pacientes con menor ingesta alimentaria aumentaron el consumo de alimento y que el desperdicio de comida se redujo del 48% hasta el 21%. (Freil , y otros, 2006) En nuestro

medio es habitual que los servicios de alimentación cuenten con un menú estándar por tipo de dietas hospitalarias, el cual es entregado de forma masiva a los pacientes, solo en un número reducido de instituciones el paciente tiene la posibilidad de adecuar el menú habitual a sus hábitos alimentarios y menos aún que se le prepare un plato especial. Sin embargo este aspecto ayudaría a personalizar las dietas hospitalarias ya que cada ser humano es complejo y sus hábitos y preferencias difieren en cada uno; más aún si se encuentra en un escenario hospitalario donde no tiene elección para satisfacer sus preferencias.

En cuanto a la dimensión “*gestión hotelera*” del Modelo de gestión nutricional el cual involucra la presentación de la utilería, menaje, la presentación del personal que entrega la dieta así como los horarios de atención de las comidas. Así Meza S. y compañía en un estudio donde uno de sus objetivos fue determinar los factores asociados con la satisfacción de los usuarios de un servicio de alimentación en el año 2017, concluyeron que la presentación de las comidas se asocia con la satisfacción de los pacientes. (Meza Soto & Ortiz Lopez, 2017). Según Herrera, servir una dieta “aceptable” va depender de factores como son: la calidad de los alimentos, componentes sensoriales, condiciones emocionales y afectivas, situaciones del entorno, organización e interacción entre los diferentes participantes implicados en la gestión. (Herrera Hubeda , 2016) Con respecto a esta dimensión se observó que el 99% presentaba la utilería completa en las bandejas de los pacientes y en todos los casos se entregó la comida en el horario establecido así como el personal que trasladó la dieta a las habitaciones (mozos) lucían aseados.

De lo expuesto en los resultados se puede evidenciar que el cumplimiento del modelo de gestión nutricional de la institución privada Good Hope es favorable. Sin embargo al relacionar la variable independiente: Modelo de Gestión nutricional personalizado con la satisfacción percibida desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados, no se halló diferencia significativa en ninguna de sus dimensiones. Con respecto a este punto se debe analizar con detenimiento este resultado debido a que el diseño de la presente investigación es limitada. Podría realizarse posteriores investigaciones para comprobar la conjetura establecida en este estudio con un diseño de tipo

analítico. Otras limitaciones que es necesario precisar en este apartado son las siguientes: La toma de encuestas de la satisfacción fue de forma presencial para evitar omisión en las respuestas, esclarecer dudas con alguna de las preguntas sin embargo dicho método tiene como limitante que las repuestas pueden estar influenciadas por la interacción con el entrevistador. Asimismo para ser más objetivos la observación de verificación de los procedimientos del Modelo de Gestión nutricional debiera realizarse por un evaluador con experticia en la supervisión, en este caso fue realizado por el mismo autor de la presente investigación.

Sin embargo al observar el nivel de satisfacción de los pacientes en estudio se evidencia que el 100% presentó un nivel alto de satisfacción con respecto a la dimensión **elementos tangibles**, un 93% presentó nivel alto de satisfacción en relación a la dimensión **fiabilidad y capacidad de respuesta** y el 98% presentó nivel alto para las dimensiones **seguridad y empatía**. Aguilar G. realizó un estudio en nuestro medio en una institución privada de Lima Norte, cuyo objetivo fue determinar la satisfacción en base a la calidad percibida de los pacientes atendidos por el servicio de Nutrición. En sus resultados halló que el 92.8 % presentaron una excelente satisfacción con respecto a los elementos tangibles, seguido de las dimensiones de fiabilidad y seguridad con el 90.85% y 90.0% respectivamente de ser excelente, por otro lado la dimensión capacidad de respuesta consiguió una calificación buena con el 84.57 % y la dimensión empatía una calificación regular con el 78.85 % de satisfacción. (Aguilar Gutierrez , 2019) Si Similar al estudio realizado por Aguilar la dimensión elementos tangibles obtuvo un mayor porcentaje de satisfacción en la presente investigación. En el seguro Social Meza y soto describen que el 58% presentó una satisfacción alta en relación a la presentación de la comida mientras y el 56 % tuvo satisfacción “alta” hacia la comida y el servicio. (Meza Soto & Ortiz Lopez, 2017). De acuerdo a estos resultados podemos inferir que las instituciones privadas en nuestro medio están trabajando en cuidar los aspectos tangibles de la alimentación (Menaje, Utilería, presentación de la comida, etc.) lo cual se ve reflejado en un nivel alto de satisfacción por parte de los usuarios, mientras que en el sector público este aspecto merece ser revisado por los gestores ya que

existe evidencia sobre los resultados positivos sobre cómo impacta en la satisfacción de los pacientes teniendo en cuenta que la satisfacción del paciente es un objetivo irrenunciable para cualquier institución sanitaria y una medida del resultado de la calidad de sus intervenciones; su grado se obtiene de la concurrencia del binomio expectativas-calidad percibida.

Van y compañía realizaron un estudio cuyo objetivo fue describir la satisfacción del paciente, la provisión de alimentos, la ingesta de alimentos y la cantidad de residuos provenientes de las comidas en el hospital. Al evaluar la ingesta de la dieta se halló que el 38% de los alimentos proporcionados no fueron consumidos y fueron eliminados como residuos bio-contaminados. Sin embargo la mayoría de los pacientes estaban satisfechos o bastante satisfechos con las opciones, el gusto y la presentación de las comidas principales. (Van Bokhorst de van der Shueren, Roosemalen , Weijjs, & Langius , 2012) Dicho estudio parece haber obtenido resultados contradictorios, sin embargo, es necesario que la satisfacción percibida por los pacientes en relación a la alimentación que reciben durante la hospitalización merece seguir siendo estudiado de forma objetiva desde todas las perspectivas ya que existe pocos estudios con respecto a este tema.

También en la literatura se ha descrito el modelo “Méderi” de gestión nutricional hospitalaria” en Colombia donde después de su implementación se encontró un aumento en la productividad del servicio en un 591%, así como un incremento del porcentaje de satisfacción de los pacientes del 50 % al 95,8%. Los autores concluyeron que el éxito de un modelo de atención nutricional radica en la consolidación de una estructura administrativa y asistencial, que a su vez promueva el desarrollo del talento humano, la docencia y la investigación en nutrición. (Pinzón Espitia, Pardo Oviedo, & González Rodríguez, 2015).

Estas evidencias dan vislumbres de la importancia de continuar con posteriores investigaciones que aporten evidencias de adecuados modelos gestión nutricional que contribuyan a combatir la problemática actual de la desnutrición hospitalaria.

CONCLUSIONES

No se evidenció relación entre Modelo de gestión nutricional personalizado y la satisfacción desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados de la Clínica Good Hope, Lima - 2018.

No se halló relación entre el Modelo de gestión nutricional personalizado y la satisfacción desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados en la Clínica Good Hope en su dimensión **elementos tangibles**, Lima - 2018.

No se encontró relación entre el Modelo de gestión nutricional personalizado y la satisfacción desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados en la Clínica Good Hope en su dimensión **fiabilidad**, Lima – 2018.

No se evidenció relación entre el Modelo de gestión nutricional personalizado y la satisfacción desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados en la Clínica Good Hope en su dimensión **capacidad de respuesta**, Lima - 2018.

No se halló relación entre el Modelo de gestión nutricional personalizado y la satisfacción desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados en la Clínica Good Hope en su dimensión **seguridad**, Lima - 2018.

No se encontró relación entre el Modelo de gestión nutricional personalizado y la satisfacción desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados en la Clínica Good Hope en su dimensión **empatía**, Lima - 2018.

RECOMENDACIONES

En relación a los **elementos tangibles** se recomienda mantener aquellos aspectos que impactan en el sentido visual de los pacientes como la presentación de un menaje adecuado, para ello sería necesario renovar periódicamente estos elementos. En cuanto a la limpieza e higiene de la vajilla y del personal es importante evaluar continuamente mediante instrumentos de supervisión su cumplimiento.

En cuanto respecta a la dimensión **fiabilidad**, es necesario apoyarse en la gastronomía hospitalaria y aplicar las técnicas culinarias adecuadas cuidando los ingredientes para la elaboración de la dieta, así se podría crear nuevos platos y renovar la planificación de las dietas periódicamente de acuerdo a la estación del año de acuerdo a la disponibilidad de los ingredientes. También para cuidar la temperatura tanto de preparaciones frías como calientes se recomienda dotarse de nuevos equipos a la vanguardia de la tecnología e implementar los mecanismos de supervisión.

En base a la dimensión **capacidad de respuesta**, se recomienda hacer uso de la tecnología para la implementación de un sistema donde el paciente pueda comunicar con rapidez si tiene algún pedido o inquietud al Área de Nutrición y que se le pueda asistir con prontitud.

En relación a la dimensión **seguridad**, se recomienda mantener una comunicación constante nutricionista y paciente durante la hospitalización, donde el nutricionista mantenga informado al paciente sobre la terapia nutricional de tal modo que el paciente perciba el cuidado de su salud por el profesional en nutrición.

En lo que respecta a la dimensión **empatía**, es un aspecto que los servicios de nutrición deben considerar cuidadosamente. Para lograr empatía con el paciente es necesario que exista un trato personalizado y para ello los gestores debieran dotar de suficiente recursos humanos de acuerdo a la

capacidad de pacientes atendidos teniendo como referencia las normativas vigentes y contar con un plan de capacitación continuo hacia los nutricionistas y mozos que interactúan directamente con el paciente.

Si bien en la presente investigación no se halló una relación significativa entre el modelo de gestión de atención nutricional y la satisfacción de los pacientes que reciben dicho servicio, la literatura da vislumbres de que una adecuada atención nutricional integral impactaría en la satisfacción de los pacientes, por ello se sugiere realizar posteriores investigaciones con un diseño de mayor alcance en la institución Good Hope.

Se sugiere trabajar en la atención personalizada de los pacientes teniendo en cuenta las particularidades en sus hábitos de alimentación y preferencias según sea posible por su situación de salud de fondo durante la hospitalización ya que existe evidencia de resultados alentadores en la literatura.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Van der Schueren , M., Roosemalen, M., Weijjs, P., & Langius, J. (2012). High waste contributes to low food intake in hospitalized patients. *Nutr Clin Pract*, 24, 274.
- Acosta, Z. (2007). *Percepción de la calidad de los servicios de hospitalización de medicina, cirugía y ginecoobstetricia a través de la evaluación de la satisfacción del usuario externo en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima, 2004*. Lima.
- Aguilar Gutierrez , C. E. (2019). Calidad Percibida y Satisfacción del Usuario Hospitalizado en el Servicio de Nutrición de una Clínica de Lima Norte - Perú 2019. *Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas*.
- Álvarez Hernández, J., Planas Vila, M., León Sanz, M., García de Lorenzo , A., Celaya Pérez, S., & García Lorda, P. (2012). Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized patients; the Predyces Study. *Nutr Hosp*, 24(4), 1049-1059.
- Barker, L. A., Gout, B. S., & Crowe, T. C. (2011). Hospital Malnutrition;Prevalence, Identification and Impact on Patients and the Healthcare System. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2011, 8, 514-527.
- Barker, L., Gout, B., & Crowe, T. (2011). Hospital malnutrition: prevalence, identification and impact on patients and the healthcare system. *International journal of environmental research and public health*, 8(2), 514-527.
- Benítez Brito, N., Oliva García, J. G., Delgado Brito, I., Pereyra - García Castro, F., Suárez Llanos , J. P., Leyva González, F. G., & Palacio Abizanda, E. P. (2016). Análisis del grado de satisfacción alimentaria percibido por los pacientes en un hospital de tercer nivel. *Nutr Hosp*, 33(6), 1361-1366.
- Calleja Fernández , A., Vidal Casariego, A., Cano Rodríguez, A., & Ballesteros Pomar , M. (2016). Cuestionario semicuantitativo para la valoración de la ingesta dietética del paciente hospitalizado: una herramienta sencilla para la práctica clínica. *Nutr Hosp*, 33(2), 324-329.
- Caracuel García, A. (2007). Alimentación hospitalaria: del blanco y negro al color. *Anales de la Real Academia de Ciencias Veterinarias de Andalucía Oriental.*, 20, 43-68.
- Caracuel García, A. (2014). *Normalización en alimentación hospitalaria y otros establecimientos de restauración social*. Campofrío Food Group, Madrid.
- Chuquitaype Granada, M. S., & Roque Mamani, A. L. (2018). Nivel de satisfacción del paciente hospitalizado atendido por el personal de nutrición del Hopital III Goyeneche. *Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa* .
- Correia, M., & Campos, A. (2003). Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: The multicenter ELAN study. *Nutrition*, 19(10), 823-825.
- Cronin , J., Jr, & Taylor , S. (1994). SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *The Journal of Marketing*, 125-131.

- Cronin , J., Jr, & Taylor, S. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*, 56(3), 55-68.
- Cruz, R. (2014). Análisis de la Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Salud de Nutrición y Dietética . *ReNut*, 1418-1426.
- De la Cruz, A., Lobo Támer, G., Orduña Espinosa , R., Mellado Pastor, C., Aguayo de Hoyos, E., & Ruiz López , M. (2004). Desnutrición en pacientes hospitalizados: prevalence e impacto económico. *Med Clin*, 123(6), 201-206.
- Díaz, R. (2002). Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Rev Cal Asist*, 17(1), 22-29.
- Española, R. A. (2018). *Diccionario de la Lengua Española*.
- Ferreira Borges, C. M. (2009). *Percepción del profesional nutricionista sobre gastronomía hospitalaria: Un estudio de caso sobre un Hospital Particular del Distrito Fderal*.
- Folgueras T, M. (2015). Gestión en Nutrición Clínica. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 5-15.
- Freil , M., Nielsen, M., Biltz, C., Gut, R., Mikkelsen, B., & Almdal, T. (2006). Reorganization of a hospital catering system increases food intake in patients with inadequate intake. *Scand J Food Nutr*, 50(2), 83-88.
- García de Lorenzo, A., Álvarez Hernández, J., Planas , M., Burgos, R., & Araujo, K. (2011). Multidisciplinary consensus on the approach to hospital malnutrition in Spain. *Nutr Hosp*, 26(4), 701-710.
- Girves, S., Leibovitz, E., Matas, Z., Fridman, S., Gavish, D., Shalev, B., . . . Boaz, M. (2012). Measuring Nutrition risk in hospitalized patients: Menu, a hospital-based prevalence survey. *Isr Med Assoc J.*, 14(7), 405-409.
- Goeminne, P., De Wit , E., Burtin, C., & Valcke, Y. (2012). Higher food intake and appreciation with a new food delivery system in a Belgian hospital. Meals on Wheels, a bedside meal approach. A prospective cohort trial. *Appetite*, 59(1), 108-116.
- Gómez Sánchez, B. (2015). *Evaluación y mejora de la calidad en la alimentación hospitalaria*. España.
- Hansen , M., Nielsen , M., Seidelin, W., & Almdal, T. (2008). Catering in a large hospital - Does serving from a buffet system meet the patients is needs? *Clin nutr*, 27, 666-669.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2010). *Metología de la Investigación* (5 ed.). México: Mc Graw Hill Educación
- Herrera Hubeda , M. Á. (2016). *Grado de satisfacción de los pacientes hospitalizados con las dietas basales y terapéuticas en centros sanitarios públicos* . Madrid .
- Ibáñez de León, N., & Vega Romero, F. (2013). El papel del nutricionista en un Servicio de Alimentación Hospitalario. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 8.
- Lassen, K., Olsen, J., Grinderslev, E., Kruse, F., & Bjerrum, M. (2005). Nutritional care of Danish medical inpatientspatients' perspectives. *Scan Caring Sci*, 19, 259-267.
- Ljungqvist, O., & de Man, F. (2009). Under-nutrition a major health problem in Europe. *Nutr Hosp*, 24, 368-370.

- Lostaunau Ramos , J. C. (2018). *Satisfacción del usuario externo y calidad de atención percibida en el Servicio de*. Tesis , Universidad Privada Norbert Wiener, Escuela de Posgrado , Lima.
- Magri, M. A., & Minatta Baima, M. (2015). *Adaptación de conceptos de hotelería hospitalaria a "Casa de Mayores"*. Santa Fe.
- Meza Soto, J. N., & Ortiz Lopez, F. M. (2017). Satisfacción con el servicio de alimentación del área de traumatología en pacientes de un hospital público del seguro social de Lima, Perú, y sus factores asociados 2015-2016 . *Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC)*.
- Mira, J. (2006). La satisfacción del paciente: teorías, medidas y resultados. *Todo Hospital*, 224, 90-96.
- Normalización., O. I. (2005). *ISO 9000: Sistemas de gestión de la calidad - Fundamentos y vocabulario* .
- Ortiz Saavedra, P., Candiotti Herrera, M., Ige Afuso, M., & Torres Ruiz, C. (2007). Prevalencia de desnutrición en los servicios de hospitalización de medicina. *Rev Soc Peru Med Int*, 20(1), 1620.
- Palacios Gómez, J. L. (2013). *Valoración psicométrica de la escala QPSC de calidad percibida en servicios socioculturales locales*. Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid , Madrid .
- Parasuman , A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1988). SERVQUAL: A multi-item scale measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-37.
- Peláez Burgos, R. (2013). Desnutrición y enfermedad. *Nutr Hosp*, 6(1), 10-23.
- Pinzón Espitia, O. L., Pardo Oviedo, J. M., & González Rodríguez, J. L. (2015). Modelo Méderi de gestión nutricional hospitalaria. *Nutr Hosp*, 32(4), 1802-1807.
- Reeves , C. A., & Bednar, D. A. (1994). Defining Quality: Alternatives and Implications. *Academy of Management Review*, 3(19), 419-445.
- Rey Martín, C. (2000). La Satisfacción del usuario: Un concepto en alza. *Anales de Documentación*(3), 139-153.
- Ros Gálvez , A. (2016). *Calidad percibida y la satisfacción del usuario en los servicios prestados a personas con discapacidad intelectual* . Murcia.
- Sánchez Hernández , R. M. (2008). *La calidad de servicio desde un enfoque psicosocial: Estructura, diferencias individuales y análisis multinivel*. Tesis Doctoral, Universidad de Valencia , Valencia .
- Santos , C. (2005). La comida y su lugar en la historia: los tiempos de la memoria gustativa. *Revista Panaense Academia de letras*, 51.
- Sorensen , J., Holm, L., Bom Frost, M., & Kondrup, J. (2012). Alimentos para pacientes con riesgo nutricional: Un modelo de calidad sensorial alimentaria . *Clinical Nutrition* , 637-646.
- Stratton, R., King , C., Stroud, M., Jackson, A., & Elia, M. (2015). Malnutrition Universal Screening Tool' predicts mortality and length of hospital stay in acutely ill elderly. *Brit J Nutr*, 95, 325-330.
- Suárez Sanabria , D., & Roza Granados, Y. (2014). *Buenas prácticas de Gestión Nutricional apoyadas en la logística Hospitalaria*. Bogotá D.C.
- Torres Samuel , M., & Vásquez Stanescu, C. L. (2015). Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis. *Compendium*, 18(35), 57-76.
- Van Bokhorst de van der Shueren, M., Roosemalen , M., Weijs, P., &

- Langius , J. (2012). High waste contributes to low food intake in hospitalizes patients. *Nutr Clin Pract*, 2(27), 274-280.
- Veramendi Espinoza, L., Zafra Tanaka, J., Salazar Saavedra, O., Basilio Flores, J., Millones Sánchez, E., Pérez Casquino, G., . . .
- Whittembury, Á. (2013). Prevalencia y factores asociados a desnutricion hospitalaria en un hospital general; Perú, 2012. *Nutr Hosp.*, 28(3), 1236-1243.
- Vesga Valera , A. L., & Gamboa Delgado, E. M. (2015). Riesgo de malnutrición asociado a baja ingesta alimentaria, estancia hospitalaria prolongada y reingreso en un hospital de alto nivel de complejidad en Colombia. *Nutr Hosp*, 32(3), 1308-1314.
- Williams , P., & Walton, K. (2011). Plate waste in hospitals and strategies for change. *Espen Eur E J Clin Nutr Metab*, 6, 235-241.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

ASPECTOS GENERALES			ASPECTOS ESPECÍFICOS			
Problema	Objetivo General	Hipótesis general	Problemas específicos	Objetivos específicos	Variables	Técnica de Recolección de datos
¿Cómo se relaciona el Modelo de gestión nutricional personalizado con la satisfacción desde la perspectiva de los del pacientes hospitalizados en la Clínica Good Hope. Lima - 2018?	Relacionar el Modelo de gestión nutricional personalizado y la satisfacción desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados en la Clínica Good Hope, Lima - 2018.	El Modelo de gestión nutricional personalizado se relaciona de manera significativa con la satisfacción desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados en la Clínica Good Hope Lima - 2018.	¿Cómo se relaciona el Modelo de gestión nutricional personalizado y la satisfacción desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados en la Clínica Good Hope en su dimensión elementos tangibles, Lima – 2018?	Relacionar el Modelo de gestión nutricional personalizado y la satisfacción desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados en la Clínica Good Hope en su dimensión elementos tangibles, Lima - 2018.	<p style="text-align: center;">a) Independiente</p> <p style="text-align: center;">Modelo de gestión nutricional personalizado</p> <p style="text-align: center;">b) Dependiente</p> <p style="text-align: center;">Satisfacción desde la perspectiva del paciente hospitalizado</p>	<p>b) Observación mediante ficha de cotejo</p> <p>c) Llenado de encuestas</p>
			Cómo se relaciona el Modelo de gestión nutricional personalizado y la satisfacción desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados en la Clínica Good Hope en su dimensión fiabilidad, Lima – 2018?	Relacionar el Modelo de gestión nutricional personalizado y la satisfacción desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados en la Clínica Good Hope en su dimensión fiabilidad, Lima - 2018.		
			¿Cómo se relaciona el Modelo de gestión nutricional personalizado y la	Relacionar el Modelo de gestión nutricional personalizado y la satisfacción desde la		

			satisfacción desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados en la Clínica Good Hope en su dimensión capacidad de respuesta, Lima – 2018?	perspectiva de los pacientes hospitalizados en la Clínica Good Hope en su dimensión capacidad de respuesta, Lima - 2018.		
			¿Cómo se relaciona el Modelo de gestión nutricional personalizado y la satisfacción desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados en la Clínica Good Hope en su dimensión seguridad, Lima – 2018?	Relacionar el Modelo de gestión nutricional personalizado y la satisfacción desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados en la Clínica Good Hope en su dimensión seguridad, Lima - 2018		
			¿Cómo se relaciona el Modelo de gestión nutricional personalizado y la satisfacción desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados en la Clínica Good Hope en su dimensión empatía, Lima – 2018?	Relacionar el Modelo de gestión nutricional personalizado y la satisfacción desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados en la Clínica Good Hope en su dimensión empatía, Lima - 2018.		

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

N°	Nombre de la variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Puntaje	Instrumento
1	Modelo de gestión nutricional personalizado	Son los procesos, actividades y recursos en relación a sus dimensiones con la característica diferencial de la atención personalizada.	Atención nutricional	<i>Se ha registrado los datos de anamnesis habitual en el Sistema Informático y Kárdex nutricional</i>	1= SI 2=NO	Lista de cotejo
				<i>Se ha registrado los datos de la evaluación nutricional en el Sistema Informático y Kárdex nutricional</i>	1= SI 2=NO	Lista de cotejo
				<i>Se ha registrado la indicación de dieta terapéutica según indicación médica en el Sistema informático y Kárdex nutricional.</i>	1= SI 2=NO	Lista de cotejo
				<i>Se ha adecuado la dieta del paciente en base a sus requerimientos nutricionales.</i>	1= SI 2=NO	Lista de cotejo
				<i>¿El nutricionista realizó la visita respectiva al paciente y ha coordinado sobre la dieta que aquel día que se le ofrecería en la hora del almuerzo al paciente?</i>	1= SI 2=NO	Lista de cotejo
			Gestión de dietas	<i>¿En el menú de hoy el nutricionista ha contemplado entregar un *plato especial al paciente y ha realizado las coordinaciones para su preparación?</i>	1= SI 2=NO	Lista de cotejo
				<i>¿El nutricionista en la hora del servido de la dietas, armó la bandeja del paciente según el indicador nutricional, el cual contempla el tipo de dieta terapéutica?</i>	1= SI 2=NO	Lista de cotejo
				<i>Una vez servida la dieta del paciente, el mozo registró la salida de la bandeja al piso de hospitalización del paciente.</i>	1= SI 2=NO	Lista de cotejo
			Gestión hotelera	<i>La bandeja contaba con toda utilería (pañó húmedo, cubiertos y servilleta, etc.) necesaria.</i>	1= SI 2=NO	Lista de cotejo
				<i>El mozo lucía aseado</i>	1= SI 2=NO	Lista de cotejo
				<i>¿El horario de entrega de la dieta estaba dentro de lo establecido?</i>	1= SI 2=NO	Lista de cotejo

2	Satisfacción	Grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las percepciones del usuario en relación a los servicios que esta le ofrece.	Elementos tangibles	Percepción ¿La presentación del menaje (plato, vaso, cubierto, bandeja) fue atractiva?	1,2.3.4.5	Encuesta
				Percepción: ¿El menaje y cubertería estuvieron limpios y en buen estado?	1,2.3.4.5	Encuesta
				Percepción: ¿El personal que le entrega la dieta luce aseado (limpio, arreglado)?	1,2.3.4.5	Encuesta
			Fiabilidad	Percepción: ¿La presentación, que se refiere a la ubicación de los elementos del plato, los colores o la decoración; hicieron visualmente agradable a la comida?	1,2.3.4.5	Encuesta
				Percepción: ¿El sabor (dulce, salado, ácido, amargo) de las comidas fue agradable	1,2.3.4.5	Encuesta
				Percepción: ¿La temperatura de los platos y bebidas calientes (sopa, fondo, cereal cocido, infusión, etc.) estuvieron deseables?	1,2.3.4.5	Encuesta
				Percepción: ¿La temperatura de los platos y bebidas frías (ensaladas, postres, etc.) estuvieron agradables al paladar?	1,2.3.4.5	Encuesta
			Capacidad de respuesta	Percepción: ¿El horario de entrega de las comidas fue oportuno?	1,2.3.4.5	Encuesta
				Percepción: ¿Se le atendió con prontitud ante sus necesidades y preocupaciones sobre su alimentación?	1,2.3.4.5	Encuesta

			Seguridad	Percepción: <i>¿La cantidad de las comidas fue la adecuada para mí?</i>	1,2.3.4.5	Encuesta
				Percepción: <i>¿La dieta que recibí me ayudó a mejorar mi salud?</i>	1,2.3.4.5	Encuesta
			Empatía	Percepción: <i>¿El nutricionista tomó en cuenta mis preferencias alimentarias en mi dieta? Ejemplo: No consumo leche porque me cae mal pero me entregaron yogurt y queso para remplazarlo.</i>	1,2.3.4.5	Encuesta
				Percepción: <i>¿El trato del nutricionista fue amable?</i>	1,2.3.4.5	Encuesta
				Percepción <i>¿El trato del personal que entregó la comida fue amable?</i>	1,2.3.4.5	Encuesta

**FICHA DE COTEJO DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN NUTRICIONAL.
DEL DEPARTAMENTO DE NUTRICION Y DIETAS - CLINICA GOOD HOPE**

Código:

Fecha:

Edad:

Sexo:

Diagnóstico médico:

Proceso de atención nutricional

N°	Descripción del proceso	Puntaje	
		1	2
1	Se ha registrado los datos de la anamnesis habitual en el Sistema informático y en el Kárdex nutricional.	1	2
2	Se ha registrado los resultados de la evaluación nutricional en el sistema informático y en el Kárdex nutricional.	1	2
3	Se ha registrado la indicación de dieta terapéutica según indicación médica en el sistema informático y en Kárdex nutricional.	1	2
4	Se ha adecuado la dieta del paciente en base a sus requerimientos nutricionales.	1	2
5	¿El nutricionista realizó la visita respectiva al paciente y ha coordinado sobre la dieta que aquel día que se le ofrecería en la hora del almuerzo al paciente?	1	2
6	¿En el menú de hoy el nutricionista ha contemplado entregar un *plato especial al paciente y ha realizado las coordinaciones para su preparación?	1	2
7	¿El nutricionista en la hora del servido de la dietas, armó la bandeja del paciente según el indicador nutricional, el cual contempla el tipo de dieta terapéutica?	1	2
8	Una vez servida la dieta del paciente, el mozo registró la salida de la bandeja al piso de hospitalización del paciente.	1	2
9	La bandeja contaba con toda utilería (paño húmedo, cubiertos y servilleta, etc.) necesaria	1	2
10	El mozo lucía aseado (<i>limpio y arreglado</i>)	1	2
11	¿El horario de entrega de la dieta estaba dentro de lo establecido?	1	2

**Plato especial: Preparación culinaria que no se encuentra planificada en la programación estándar.*

Observaciones/

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

DEPARTAMENTO DE NUTRICION Y DIETAS - CLINICA GOOD HOPE

Código: _____

Fecha: _____

Edad: Sexo: Grado de instrucción: Primaria Secundaria Técnico Superior

Ocupación:

Apetito: Normal Bajo Alto Tiempo de estancia de hospitalización en la clínica: Menos de 1 semana De 1 a 2 semanas

Estimado (a), estamos interesados en conocer su opinión sobre la calidad de atención que recibió del Departamento de Nutrición y Dietética. Sus respuestas son totalmente confidenciales.

Por favor leer los enunciados y marcar una opción: Considere 1 como la menor calificación y 5 la mayor calificación.

1= <i>Muy baja</i>	2= <i>Baja</i>	3= <i>Media</i>	4= <i>Alta</i>	5= <i>Muy alta</i>
--------------------	----------------	-----------------	----------------	--------------------

1	¿La presentación del menaje (plato, vaso, cubierto, bandeja) fue atractiva?	1	2	3	4	5
2	¿El menaje estuvo limpio y en buen estado?	1	2	3	4	5
3	¿El personal que le entrega la dieta luce aseado (limpio, arreglado)?	1	2	3	4	5
4	¿La presentación, que se refiere a la ubicación de los elementos del plato, los colores o la decoración; hicieron visualmente agradable a la comida?	1	2	3	4	5
5	¿El sabor (dulce, salado, ácido, amargo) de las comidas fue agradable?	1	2	3	4	5
6	¿La temperatura de los platos y bebidas calientes (sopa, fondo, cereal cocido, infusión, etc.) estuvieron deseables?	1	2	3	4	5
7	¿La temperatura de los platos y bebidas frías (ensaladas, postres, etc.) estuvieron deseables al paladar?	1	2	3	4	5
8	¿El horario de entrega de las comidas fue oportuna?	1	2	3	4	5
9	¿Se le atendió con prontitud ante sus necesidades y preocupaciones sobre su alimentación?	1	2	3	4	5
10	¿Los menús programados fueron variados es decir que no se repitieron los menús durante mi estancia hospitalaria?	1	2	3	4	5
11	¿La cantidad de las comidas fue la adecuada para mí?	1	2	3	4	5
12	¿La dieta que recibí me ayudó a mejorar mi salud?	1	2	3	4	5
13	¿El nutricionista tomó en cuenta mis preferencias alimentarias en mi dieta? Ejemplo: No consumo leche porque me cae mal pero me entregaron yogurt y queso para remplazarlo.	1	2	3	4	5
14	¿El trato del nutricionista fue amable?	1	2	3	4	5
15	¿El trato del personal que entregó la comida fue amable?	1	2	3	4	5

En general: ¿Cuál es su grado de satisfacción con respecto a la alimentación que le ha proporcionado la clínica

Good Hope?

1= <i>Muy baja</i>	2= <i>Baja</i>	3= <i>Normal</i>	4= <i>Alta</i>	5= <i>Muy alta</i>
--------------------	----------------	------------------	----------------	--------------------

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....

DNI.....

Manifestó que he sido informado por la Lic. Elizabeth Milagros Rojas Apolinario DNI: 45397030 de la investigación titulada: “Relación del modelo de gestión nutricional personalizado y la satisfacción del paciente hospitalizado en la Clínica Good Hope, Lima – 2018” así como la importancia de mi colaboración, no suponiendo ningún riesgo para mi salud.

Por lo tanto acepto: “Participar de la investigación”.

La autora garantiza que los datos facilitados serán tratados de forma anónima. Después de haber sido informado, deseo participar libremente pudiendo interrumpir mi colaboración en cualquier momento.

Miraflores.....de.....2018

Firma de la participante

Firma del autor