



Universidad de El Salvador
Facultad de Medicina
Maestría en Salud Pública



**“LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN
MIGUEL, DE ABRIL A JUNIO DEL AÑO 2011”.**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRO EN
GESTION HOSPITALARIA**

**PRESENTADO POR:
Boanerge Antonio Valencia**

**ASESORA
Hilda Cecilia Méndez de García**

SAN SALVADOR, ENERO 2012

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

ING. MARIO NIETO LOVO
RECTOR.

DR. ARNULFO HERRERA
DECANO FACULTAD DE MEDICINA.

LCDA CELESTINA LOPEZ DE MASÍS
COORDINADORA MAESTRÍAS EN SALUD PÚBLICA Y
GESTIÓN HOSPITALARIA.

JURADO CALIFICADOR:

LCDA. CELESTINA DE MASÍS
MSP. LCDA. HILDA CECILIA MÉNDEZ DE GARCÍA
LCDA. REINA ARACELI PADILLA.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todas las personas que forman parte importante de mi vida y a la vez a quienes han contribuido al desarrollo de mi formación como persona íntegra.

Espero que al alcanzar el éxito anhelado pueda disfrutar junto a quienes han ayudado a que este sueño sea realidad.

Sólo me queda decir gracias.

...A Dios, a mi familia y amistades quienes permanecieron incondicionalmente junto a mí y en especial a mi mentor, profesora y asesora de tesis, quien estuvo siempre a mi lado; A las autoridades, empleados y pacientes del Hospital Regional de San Miguel por brindarme el espacio y opinión para la investigación.

Dr. Boanerge Antonio Valencia

RESUMEN

Esta investigación evaluativa fue elaborada con el fin de conocer la calidad de atención de los servicios de salud que brinda la Unidad de Emergencia del Hospital San Juan de Dios de la ciudad de San Miguel, a partir de la percepción de los usuarios internos y externos, evaluando la estructura, el proceso y los resultados dentro del proceso de atención en salud.

Para realizar el estudio se utilizó la metodología cuantitativa con técnicas cualitativas: la encuesta y observación participante a través de un enfoque interpretativo de la información.

La investigación se desarrolló durante el período de Abril a Octubre del año 2011; Entre los meses de Abril a junio, se realizó la fase de elaboración del proyecto de investigación y la fase de recogida de datos; La fase de análisis que comprende la presentación de resultados y la discusión de los mismos, las conclusiones, recomendaciones y la propuesta de mejora se realizó durante los meses de Julio a Octubre del 2011.

Los resultados permiten identificar características relevantes del proceso de atención tanto en el enfoque de estructura, proceso y resultado que influyen en el nivel de calidad de atención de los servicios en salud que brinda la Unidad de Emergencia del Hospital San Juan de Dios de San Miguel.

La Propuesta de mejora está encaminada a retomar las características resultantes de la evaluación, consideradas factores que impiden la prestación de servicios de calidad, como oportunidades para implementar un Sistema de Calidad, que comprende un Proceso de Garantía de la Calidad y un Proceso de Mejora Continua.

Tabla de contenido

I.	INTRODUCCION	1
II.	OBJETIVOS	4
	Objetivo general.....	4
	Objetivos específicos	4
III.	MARCO DE REFERENCIA	5
IV.	DISEÑO METODOLOGICO	44
V.	RESULTADOS.....	56
VI.	DISCUSION DE LOS RESULTADOS	70
VII.	CONCLUSIONES.....	87
VIII.	RECOMENDACIONES	89
IX.	PROPUESTA TÉCNICA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD QUE BRINDA LA UNIDAD DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL.....	90
X.	BIBLIOGRAFIA	94

Índice de gráficas

Gráfico 1: Indicadores en términos porcentuales respecto al estándar de la variable disponibilidad.....	57
Gráfico 2: Descriptores de la variable Accesibilidad, en términos porcentuales	58
Gráfico 3: Indicadores de la variable Accesibilidad, en términos porcentuales respecto al estándar.....	59
Gráfico 4: Valoración global porcentual de las variables de la Capacidad Instalada	59
Gráfico 5: Descriptores de la Variable Integralidad, en términos porcentuales respecto al estándar.....	60
Gráfico 6: Indicadores de la Variable Continuidad, en términos porcentuales respecto al estándar.....	61
Gráfico 7: Indicadores de la Variable Relaciones Interpersonales, en términos porcentuales respecto al estándar.	62
Gráfico 8: Descriptores de la Variable Comodidad, en términos porcentuales respecto al estándar.....	63
Gráfico 9: Descriptores de la Variable Comodidad, en términos porcentuales respecto al estándar.....	63
Gráfico 10: Ponderación porcentual de las Variables que responden a la Calidad Técnica y Humana	64
Gráfico 11: Descriptores de la variable Satisfacción, en términos porcentuales respecto al estándar.....	65
Gráfico 12: Descriptores de Satisfacción al paciente, en términos porcentuales.....	65
Gráfico 13: Descriptores de Satisfacción del paciente, en términos porcentuales.....	66
Gráfico 14: Indicadores de la Variable Manejo ó Recuperación de los pacientes.....	67
Gráfico 15: Tiempos promedios de tiempo de espera para la atención en la Unidad de Emergencia.	68
Gráfico 16: Causas de Retraso en los tiempos de espera.	68
Gráfico 17: Ponderación de las Variables que responden a la Eficacia en el marco del enfoque de resultados.	69
Gráfico 18: Valoración global de las Variables Generales en la evaluación de la Calidad de Atención.....	69

I. INTRODUCCION

El concepto de calidad engloba dos grandes enfoques, esto es, la calidad objetiva, técnica o intrínseca y la percibida: la primera se centra en la oferta y mide las características objetivas y verificables de los productos que comparadas con la de otros permiten hacer un juicio objetivo al respecto; la segunda sin embargo, parte del lado de la demanda y hace referencia a la apreciación de los clientes sobre dichas características para satisfacer sus expectativas, es de mencionar que al hablar de clientes nos referimos a interno como externos.

Los Servicios de Urgencia de los Hospitales corresponden a centros de atención de alta complejidad médica que no presentan restricciones de entrada a los usuarios. Es por esto que se ha planteado que muchas de estas consultas no corresponderían a problemas con riesgo significativo para la salud y por lo tanto, tampoco requerirían la atención inmediata otorgada en los servicios de urgencia. Se ha determinado mediante estudios, que existe un alto porcentaje de inadecuación de consultas de urgencia. La magnitud de consultas inadecuadas al nivel de atención se puede objetivar mediante el nivel de pertinencia. Bajos niveles de pertinencia implican un mal uso sanitario de los recursos de urgencia. Al existir niveles de pertinencia altos en un determinado Servicio de Urgencia es posible poder hacer un mejor uso de los recursos sanitarios y por ello una atención más eficiente y rápida a la población. Para lograr esto se requieren diversas herramientas, tales como la mayor cobertura por parte de los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), otorgar mayor prioridad en la atención de acuerdo a la gravedad del problema de salud del usuario (con el fin de desincentivar las consultas en urgencia por problemas banales), capacitación de los profesionales de los SAPU para mejorar su nivel resolutivo, etc.

Sin embargo, se ha descrito que las intervenciones para reducir la utilización inadecuada de las urgencias hospitalarias ha mostrado una escasa efectividad,

por lo que sería útil indagar en los motivos por los cuales los pacientes prefieren consultar en el Servicio de Urgencia Hospitalario evitando el primer nivel de complejidad que corresponde a los establecimientos de salud correspondiente, con el fin de plantear nuevas estrategias enfocadas a la reducción de la inadecuación de las consultas y elevación de la eficiencia de la atención de Urgencia.

En nuestro país, si bien es cierto, a través de los años se han realizado esfuerzos por mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de salud, estos no han logrado los resultados esperados debido a factores económicos, políticos y sociales; los cuales no han permitido invertir en la solución de los principales problemas del sector como la inequidad, Integralidad, calidad, la eficiencia, eficacia y efectividad.

La presente investigación representa para el campo del conocimiento e investigación el aporte de herramientas básicas de la gestión de la calidad para los directivos y profesionales de la salud que deseen iniciarse en el razonamiento que preside la gestión de la calidad, sus principios, fundamentos, métodos y aplicaciones; Así también para Directores de Hospitales que comprenden que su institución debe mejorar la calidad de los servicios en salud. En segundo lugar, sirve de base para investigaciones futuras que tengan como filosofía el cumplimiento de la adecuación de la funcionalidad institucional de la gestión estratégica de la calidad en la red hospitalaria del país; En tercer lugar, brinda una metodología comprensible de investigación apegada al conocimiento científico que facilita el desarrollo de la investigación institucional.

Para realizar la presente investigación se tomó la Unidad de Emergencia del hospital San Juan de Dios de la Ciudad de San Miguel, donde se evaluó la capacidad instalada, la calidad de los procesos de atención y la eficacia de los servicios en salud; Para lo cual, se realizaron encuestas al personal asignado incluyendo el nivel directivo, operativo, asistencial y administrativo o técnico; Así como a los pacientes que consultan a la Unidad de Emergencia en los diferentes

turnos; diurno, nocturno y de fines de semana; según muestra determinada por normas establecidas para recoger la percepción que se tiene sobre las dimensiones de la calidad en estudio ; Además se llevó a cabo la observación participante para estudiar la capacidad instalada.

El estudio de la calidad en la Unidad de Emergencia se ha estructurado siguiendo los criterios de la evaluación normativa, basada en el enfoque de Estructura, Proceso y Resultado; Para lo cual, en el análisis de la estructura se considera las variables Disponibilidad y Accesibilidad, con las sub variables: Recursos Humanos, Horarios de Atención, Materiales y Equipo, Medicamentos e Insumos, Geográficas, Económicas y Culturales; En el enfoque de proceso: La variable calidad Técnica y Humana del Proceso de Atención y las sub variables Integralidad, Continuidad, Relaciones Interpersonales y Comodidad; En el enfoque de Resultado, la variable Eficacia con las sub variables Satisfacción, Mejora o Recuperación del paciente y Tiempos de Espera.

La presentación y análisis de las variables se llevó a cabo según el planteamiento de objetivos y apegado al enfoque de Estructura, Proceso y Resultado y siguiendo la escala ponderal 80% a más para la adecuación de la Calidad y 80% o menos para la Inadecuación.

La discusión de los Resultados y las Conclusiones se establece según los Objetivos y realizando la contrastación de los mismos con el Marco Teórico o de Referencia. También se brinda recomendaciones tanto al nivel rector como al cuerpo directivo del Hospital San Juan de Dios de San Miguel.

Finalmente se elabora una propuesta de mejora sobre el análisis de los principales hallazgos encontrados, la cual será entregada a la Dirección del Hospital San Juan de Dios de la Ciudad de San Miguel para consideración de aplicación en la Unidad de Emergencia.

II. OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar la Calidad de atención en Salud que se brinda en la Unidad de Emergencia del Hospital San Juan de Dios de San miguel; De Abril a Junio del 2011.

Objetivos específicos

1. Analizar la Capacidad Instalada del Servicio de Emergencia del Hospital San Juan de Dios de San Miguel para brindar la atención a los Pacientes.
2. Valorar el proceso de la Calidad de la Atención de los Servicios que se brindan en la Unidad de Emergencia del Hospital San Juan de Dios de San Miguel.
3. Determinar la Eficacia de los Servicios de Emergencia que brinda el Hospital San Juan de Dios de San Miguel.

III. MARCO DE REFERENCIA

La calidad puede referirse a aspectos de la actividad de una organización como: el producto o servicio, el proceso, la producción o sistema de prestación del servicio o bien, entenderse como una corriente de pensamiento que impregna toda la empresa. La Real Academia Española define la calidad como “La propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie”.

En la literatura especializada hay numerosas definiciones, todas ellas se han formulado en función de las características del bien o servicio como de la satisfacción de las necesidades y exigencias del consumidor, por ejemplo; Calidad es:

Grado de satisfacción que ofrecen las características del producto con relación a las exigencias del consumidor.

Conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren la aptitud para satisfacer unas necesidades manifiestas o implícitas (UNE 66.901).

Conjunto de especificaciones y características de un producto o servicio referidas a su capacidad de satisfacer las necesidades que se conocen o presuponen (Normas ISO 9004-2).

El grado de adecuación de un determinado producto o servicio a las expectativas del usuario o a ciertos parámetros tecnológicos o científicos expresados mediante normas concretas.

El concepto de calidad engloba dos grandes enfoques, esto es, la calidad objetiva, técnica o intrínseca y la percibida: la primera se centra en la oferta y mide las características objetivas y verificables de los productos que comparadas con la de otros permiten hacer un juicio objetivo al respecto; la segunda sin embargo, parte

del lado de la demanda y hace referencia a la apreciación de los clientes sobre dichas características para satisfacer sus expectativas.¹

PIONEROS DE LA CALIDAD.

JOSEPH JURAN: Su principal principio e idea es que la administración de la calidad se basa en lo que llama la filosofía de Juran que es:

- Planear.
- Controlar.
- Mejorar la calidad.

La calidad según Juran tiene múltiples significados, pero existen dos que no sólo nos ayudan a planificar la calidad, sino que también sirven para planificar la estrategia empresarial

Calidad.- Se refiere a la ausencia de deficiencias que adopta la forma de: Retraso en las entregas, fallos durante los servicios, facturas incorrectas, cancelación de contratos de ventas, etc. Calidad es adecuación al uso.

Según Juran la Planeación de la Calidad sigue pasos:

Crear la conciencia de la crisis de la calidad, el papel de la planificación de la calidad en esa crisis y la necesidad de revisar el enfoque de la planificación de la calidad.

Establecer un nuevo enfoque de la planificación de la calidad.

Suministrar formación sobre como planificar la calidad, utilizando el nuevo enfoque.

Asistir al personal de la empresa para re planificar aquellos procesos que poseen deficiencias de calidad inaceptables.

Asistir al personal de la empresa para dominar el proceso de planificación de la calidad, dominio derivado de la re planificación de los procesos existentes y de la formación correspondiente.

¹ Skinner P, Lorenzi P, Ivancevich J M, Crosby P B. Gestión, Calidad y Competitividad. 1ª Edición, España: McGRAW-HILL/ INTERAMERICANA; 1997.

Asistir al personal de la empresa para utilizar el dominio resultante en la planificación de la calidad de forma que se evite la creación de problemas crónicos nuevos.

La trilogía de Juran.

1.-Planificación de la calidad.- Suministra a las fuerzas operativas los medios para producir productos que puedan satisfacer las necesidades de los clientes, productos tales como facturas, contrato de ventas, llamadas de asistencia técnica y diseños nuevos, etc.

2.-Fuerzas operativas.- Su trabajo es producir el producto. Si esto se hace mal se vuelve crónico porque así está planeado.

3.-Control de calidad. El logro de la calidad requiere el desempeño de varias actividades identificadas de calidad.

La gestión de calidad se ha convertido en el tema competitivo de muchas organizaciones Juran (2001), llegó a decir “Así como el siglo XX fue el siglo de la productividad, el siglo XXI será el siglo de la calidad”. Juran también menciona en su Manual de calidad que el término genérico de “gestión de la calidad total” significa el uso de la vasta colección de filosofías, conceptos, métodos y herramientas usadas actualmente en todo el mundo para gestionar la calidad.²

EDWARDS DEMING:

Estadístico considerado el padre de la calidad moderna. Vivió la evolución de la calidad en Japón y de esta experiencia desarrolló los 14 puntos de Deming y las siete enfermedades mortales. En 1983 se instituyó el premio Deming.

Gestión de calidad.-Es un sistema de medios para generar económicamente productos y servicios que satisfagan los requerimientos del cliente. La implementación de este sistema necesita de la cooperación de todo el personal de la organización, desde el nivel gerencial hasta el operativo e involucrando a todas las áreas. La Calidad va:

² Juran J.M. Juran y la planificación para la calidad. 1ª Edición, España: Ediciones Díaz de Santos: 1996.

1.-Orientada al producto.-Inspección luego de producción, auditoria de los productos terminados y actividades de solución de problemas.

2.-Orientada al proceso.-Aseguramiento de la calidad durante la producción

3.-Orientada al sistema.-Aseguramiento de la calidad en todos los departamentos.

4.-Orientada al hombre.-Cambio de la manera de pensar de todo el personal a través de educación y capacitación.

5.-Orientada a la sociedad.-Optimización del diseño de productos y procesos para un funcionamiento más confiable y a menor precio.

6.-Orientada al costo.- Función de pérdida de la calidad.

7.-Orientada al cliente.-Despliegue de la función de calidad para definir "la voz del cliente" en términos operacionales.

Deming y sus 14 puntos

1.- Crear constancia en el propósito para la mejora de productos y servicios.

2.- Adoptar una nueva filosofía.

3.- Dejar de confiar en la inspección masiva.

4.- Poner fin a la práctica de conceder negocios con base en el precio únicamente.

5.- Mejorar constantemente y por siempre el sistema de producción y servicios.

6.- Instituir la capacitación.

7.- Instituir el liderazgo.

8.- Eliminar el temor.

9.- Derribar las barreras que hay entre las áreas.

10.-Eliminar los lemas, exhortaciones y metas de producción para la fuerza laboral.

11.- Eliminar las cuotas numéricas.

12.- Remover las barreras que impiden el orgullo por un trabajo bien hecho.

13.- Instituir un programa vigoroso de educación y capacitación.

14.- Tomar medidas para llevar a cabo la transformación.

PHILIP CROSBY:

Calidad es "ajustarse a las especificaciones"

Propuso el programa de 14 pasos llamado cero defectos y también que la calidad está basada en cuatro principios:

- La calidad es cumplir con los requisitos.
- El sistema de la calidad es la prevención.
- El estándar de realización es cero defectos.
- La medida de la calidad es el premio del incumplimiento.

La calidad puede ser específicamente cuantificada y utilizada para mejorar los resultados de la empresa, como consecuencia de éstos principios la administración a través de la calidad se convierte en una estrategia imprescindible. El énfasis se acentúa en la prevención y no en la inspección. La meta es el éxito del cliente mediante el cumplimiento de los requisitos a tiempo, desde la primera vez y todo el tiempo. El líder de un negocio que acepta ésta premisa, está en posición de competir en el nuevo mercado global, en donde las viejas reglas ya no operan y donde la competencia es feroz y frecuentemente letal.³

Cumplimiento de los requisitos. En esta definición hace referencia a un control de la calidad, entendido como una inspección de las características de los productos.

AVEDIS DONAVEDIAN.

Es quien más ha contribuido para determinar la atención relativa a la salud, tanto en sus aspectos de control como de mejora continua. Menciona al respecto que cuando se analice la calidad de la atención, debe evaluarse no solo lo que sucede con los que reciben la prestación sino también, cuantas personas se encuentran privadas de ella.

Refiere que la calidad de atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por

³ Varo J, Renau Piqueras J J. Gestión Estratégica de la Calidad de los Servicios Sanitarios. España: Ediciones Díaz Santos; 1994.

consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios.

Estableció el modelo de medición de la calidad en el cual Los indicadores pueden hacer referencia a la estructura, al proceso y a los resultados de la asistencia. Los primeros, indicadores de estructura, miden los aspectos de inversión en la asistencia, que se refieren a la organización de la institución, los recursos físicos o materiales, los recursos humanos y financieros. Los indicadores de proceso hacen referencia al contenido de la atención y la forma como es ejecutada dicha atención (p.ej.: tiempo transcurrido hasta la fibrinólisis en los pacientes diagnosticados de IAM).

Los indicadores de resultados hacen referencia al estado de salud del paciente después de recibir asistencia; Es decir, el impacto logrado con la atención, en términos de mejoras en la salud y bienestar de las personas (p. ej., índice de mortalidad de los pacientes poli traumatizados en la primera hora de atención en él SU).

EVOLUCION DE LA CALIDAD EN SALUD

Las actividades relacionadas con la Calidad de los servicios sanitarios se centraron, en una primera etapa (desde finales del último siglo hasta la década de los años 60), en la evaluación de los servicios sanitarios. Las primeras experiencias consistieron en la acreditación de centros sanitarios e instituciones docentes, evaluando los aspectos estructurales en los que se desarrollaban estas actividades.

Posteriormente, y de forma paralela al crecimiento del sistema de acreditación de centros sanitarios, se desarrolló la metodología necesaria para evaluar la práctica clínica observando directamente el proceso mediante el empleo de criterios implícitos o bien aplicando métodos estructurados como el audit médico en el que se utilizó, por primera vez, criterios explícitos, que permitían, además de establecer estándares asistenciales, comparar la Calidad entre diversos centros. La evaluación del proceso asistencial protagonizada por los proveedores de la asistencia (evaluación interna) cobró un fuerte impulso como consecuencia de que la acreditación, además del prestigio que suponía, fue una vía importante para

acceder a fuentes de financiación pública que establecía, entre sus requisitos, la realización de auditorías médicas Así tenemos precursores en salud:

Florence Nightingale, posterior a la guerra de Crimea (1858), introdujo dos hechos fundamentales, por un lado apoyo la formación de enfermería y por otro realizó estudio de tasas de mortalidad de los hospitales militares logrando mediante el control del ambiente, disminuir la mortalidad de un 40 % a un 4 %.

En 1910 Flexner, evaluó a los colegios de enseñanza médica de Canadá y Estados Unidos, descubriendo la ausencia generalizada de normas relativas a la educación médica y recomendó el establecimiento de normas educativas en todo el continente americano.

En 1912 Codman desarrolla un método que permite clasificar y medir “los resultados finales” de la asistencia hospitalaria y en 1913 a consecuencia de los informes de Flexner y Codman el Colegio Americano de Cirujanos emprende estudios sobre la normalización de los hospitales.

En 1950, en Canadá se crea el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales y en 1951 en Estados Unidos la Joint Comisión on Accreditation of Hospitals (JCAH). Estos organismos permiten la generalización de las normas de acreditación en los hospitales y la aparición de las primeras definiciones de parámetros de calidad.

En 1961 Donabedian publica su primer artículo sobre la calidad de la atención médica, conceptos que continua desarrollando posteriormente y que constituirán una de las bases del desarrollo del control de calidad en la asistencia sanitaria. Este control se ejerce con tres pilares básicos que son: Análisis de la estructura, análisis del proceso y análisis de los resultados.⁴

Alrededor de los años sesenta nacen los audits médicos como método de control interno de la institución, esto con el fin de verificar y mejorar aspectos concretos de la práctica asistencial. Posteriormente la JCAH los incorporo a sus programas de control de calidad y los exigió como condición de acreditación del centro.

⁴ Pérez - Montaul M I. Sistemas de Garantía de la Calidad en Urgencias y Emergencias. España; 1997. naperez@ariam.net

La Organización Mundial de la Salud ha manifestado mucho interés por potenciar y desarrollar la calidad en salud y ya en los años ochenta las organizaciones de la salud comenzaron a utilizar las filosofías industriales del proceso de mejoramiento continuo (PMC) y la administración total de la calidad (TQM), asimismo la acreditación en hospitales amplió su enfoque hasta promover el mejoramiento de la calidad.

A partir de la década de los setenta la evaluación de la Calidad se complementa, haciendo un énfasis especial, con su mejora explícita. Comienza lo que se podría denominar "la etapa de la garantía o mejora de la Calidad". Durante esta fase, el incremento de los costes asistenciales justificó la implementación de programas externos en los que se evaluaba la adecuación de los ingresos y las estancias hospitalarias así como la utilización de los recursos asistenciales. La necesidad de evaluar la eficiencia de la atención facilitó el desarrollo de métodos basados en la evaluación de los resultados de la asistencia. Dentro de estos resultados se incluyó, además de las modificaciones en el estado de salud, la satisfacción de los pacientes atendidos. Además, este interés por la contención de costes favoreció también las evaluaciones de tipo concurrente, ya que para que las actividades de mejora de la Calidad tuvieran impacto sobre los costes, éstas debían realizarse antes de que se concluyera el proceso asistencial.

A partir de la década de los ochenta, se van incorporando y adaptando, de forma paulatina, los conceptos y métodos de la Gestión de la Calidad de la industria. Las principales aportaciones han sido la estructuración de los programas de mejora de la Calidad en un ciclo secuencial con tres actividades definidas: planificación, ejecución de la tarea y comprobación; la metodología del control estadístico de procesos; y la incorporación de una cultura de la Calidad en la que tienen una gran relevancia el liderazgo de los gestores, la participación de los profesionales y las necesidades del usuario.

En el año 1991 el servicio nacional del reino unido adopta una política formal de calidad y reconoció al PMC como la manera más rentable de ponerla en práctica. El PMC y la TQM se basan en los trabajos de W. Edwards Deming, Joseph Juran, Armand Fiegenbaum y Kaoru Ishikawa.

En Chile en el año 1990 las instituciones de salud se fueron acreditando en Infecciones Intrahospitalarias (IIH) y ya entre los años 1996 a 2000 se empezaron a acreditar instituciones más complejas y de urgencias. El Programa de Evaluación de Calidad de la atención hospitalaria (PECAH) empezó a desarrollarse entre los años 2000 a 2004, elaborando estándares en conjunto con los servicios de salud. En estos momentos aún sigue siendo un poco desconocida, pero ya cada institución de salud con sus respectivas unidades y servicios, está abordando y trabajando este tema, creando sus propios verificadores e indicadores en relación a lo que el MINSAL nos recomienda y exige.⁵

EVALUACION Y MEDICION DE LA CALIDAD

En los últimos años el tema de la evaluación de la calidad de la atención en salud ha sido motivo de intensas e interesantes disquisiciones. La tendencia actual es considerar la calidad de atención como una propiedad compleja, que puede ser sometida a un análisis sistemático y a una evaluación aceptable, que lejos de ser perfecta, es suficiente para los propósitos prácticos de generar información que permita la toma de decisiones, dirigidas a proporcionar una atención de calidad para los usuarios.

Para evaluar la calidad de atención es importante tener en cuenta los atributos que caracterizan una buena atención de la salud. Los diversos autores coinciden en la identificación de las cualidades básicas, a saber:

Oportunidad.

Corresponde a la satisfacción de las necesidades en salud en el momento requerido, utilizando los recursos apropiados de acuerdo con las características y severidad de todo caso.

⁵ Varo J, Renau Piqueras J J. Gestión Estratégica de la Calidad de los Servicios Sanitarios. España: Ediciones Díaz Santos; 1994.

Continuidad.

Aplicación en secuencia lógica de las acciones que corresponden a cada una de las etapas del proceso de atención, bajo la responsabilidad de un equipo de salud. Suficiencia e Integralidad.

Provisión suficiente y oportuna de los recursos requeridos para atender las necesidades de salud en forma integral, en sus aspectos de promoción, prevención, curación, recuperación y rehabilitación.

Racionalidad Lógico – Científica.

Utilización del saber médico y la tecnología disponible para atender los problemas de salud, aplicando los criterios de los enfoques lógico y óptimo (en el enfoque lógico la calidad se define en función de la eficiencia con la cual se utiliza la información para la toma de decisiones conducentes a mejorar la prestación de los servicios; En el óptimo la calidad de los servicios se refiere al logro de los objetivos de los mismos con el menor costo posible).

Satisfacción del usuario y del proveedor.

Complacencia del usuario con la atención recibida, con los prestadores de los servicios y con los resultados de la atención. Así mismo la satisfacción de los proveedores con las condiciones laborales y el medio ambiente en el cual se desempeñan.⁶

Efectividad.

Grado máximo de mejoramiento de la salud que es posible alcanzar con la mejor atención disponible.

Eficiencia.

Reducir al máximo los costos de la atención sin reducir significativamente el grado de mejoramiento de la salud.

Optimización.

Balance entre los costos y los beneficios de la atención.

⁶ Berry L L, Parasuraman A. Marketing de las Empresas de Servicios. 1ª Edición, U.S.A.: Editorial Norma; 1993

Aceptabilidad.

Conformidad de la atención global con los deseos y expectativas de los pacientes y sus familiares. Incluye aspectos de accesibilidad, relación médico-paciente, amenidades y conformidad con los efectos y los costos del tratamiento.

Legitimidad.

Conformidad con los principios éticos, valores, normas, regulaciones y leyes que rigen la comunidad.

Equidad.

Conformidad con los principios que rigen la justa distribución del cuidado de la salud y sus beneficios entre todos los miembros de la población.

La monitorización se define como la medida continuada a través del tiempo, de aspectos relativos a la calidad de los procedimientos que se realizan. La monitorización debe ser realizada por los propios profesionales implicados en el servicio. El proceso de evaluación y monitorización de la calidad asistencial implica el examen continuo de la actividad realizada, la identificación de deficiencias observables en esa actividad, emprender acciones para corregirlas y medir los efectos de las medidas correctoras.

En 1988, la JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) publicó sus recomendaciones para monitorizar y evaluar la calidad asistencial en una organización o servicio:

1. Asignar responsabilidades

El médico que dirige el servicio, es decir, el coordinador de urgencias, es el responsable de la ejecución de todo el proceso de evaluación y monitorización, y participa de forma activa en él. Asigna responsabilidades entre los miembros del servicio para todas las actividades específicas relacionadas con el proceso de evaluación.

Es muy importante que la dirección del hospital dote al coordinador de urgencias de capacidad ejecutiva para la resolución de problemas detectados en la organización. En este sentido, es conveniente decir que la calidad no es necesariamente cara; sin embargo, en la transición hacia un sistema de MCCA será preciso con seguridad redistribuir recursos, materiales y humanos, dentro del

servicio. La viabilidad del programa de calidad depende de este punto, ya que supone para todo el personal del servicio la prueba real de que la organización hospitalaria está realmente comprometida, y por lo tanto no se pierden los esfuerzos invertidos en mejorar la organización para la calidad.

2. Delimitar el ámbito de la asistencia efectuada en el servicio

Para delimitar o dimensionar los servicios que se prestan, debe responderse a la pregunta: ¿Qué hacemos en este servicio? Las respuestas deben ponerse en forma de inventario extenso, de manera que se recojan todos los aspectos relacionados con: circuitos de pacientes en el interior del servicio, actividad clínica o tareas que se realizan y quién las realiza, diagnósticos, y finalmente dónde se realiza la asistencia.

3. Identificar aspectos importantes de la asistencia

Desde un punto de vista de la mejora de la calidad, son aspectos importantes de la asistencia aquellos que son susceptibles de mejora. En este punto, el personal del servicio debe responder a la pregunta: ¿Cuáles de las cosas que hacemos son importantes? Para ello se deben valorar todos los aspectos del dimensionado realizado previamente. Se dará prioridad a:

- Aspectos de la asistencia que se producen con frecuencia o afectan a un volumen importante de pacientes.
- Los aspectos que están relacionados con el riesgo para los pacientes porque no se produzcan, o bien se realicen de forma incorrecta.
- Aspectos de la asistencia que ha mostrado previamente tendencia a producir problemas para el personal o los pacientes. De esta forma puede iniciarse el proceso de evaluación y monitorización de los aspectos de la asistencia que se han considerado prioritarios debido a su mayor impacto sobre los pacientes.

4. Diseño y desarrollo de indicadores de calidad

Un indicador es una variable que hace referencia a algún aspecto de la asistencia considerado como relevante, que puede ser fácilmente cuantificado.

Para la medición de la calidad tradicionalmente se han usado dos modelos: El primero desarrollado por Donabedian en el cual Los indicadores pueden hacer referencia a la estructura, al proceso o a los resultados de la asistencia. Los

primeros, indicadores de estructura, miden los aspectos de inversión en la asistencia, que se refieren a la organización de la institución, los recursos físicos o materiales, los recursos humanos y financieros.

Los indicadores de proceso hacen referencia al contenido de la atención y la forma como es ejecutada dicha atención (p.ej.: tiempo transcurrido hasta la fibrinólisis en los pacientes diagnosticados de IAM).

Los indicadores de resultados hacen referencia al estado de salud del paciente después de recibir asistencia; Es decir, el impacto logrado con la atención, en términos de mejoras en la salud y bienestar de las personas (p. ej., índice de mortalidad de los pacientes poli traumatizados en la primera hora de atención en el SU).

El segundo modelo desarrollado por Galán, es más amplio, pues analiza el contexto en el cual se presta la atención, la demanda, la oferta, el proceso, los resultados y el impacto.

Los indicadores deben proceder de fuentes acreditadas, básicamente la literatura clínica y de calidad asistencial. Una vez seleccionados, deben ser formulados y desarrollados, y deben ser aprobados por el personal del servicio.

Se denomina monitorizar a la observación de las variaciones que se producen en los indicadores seleccionados. Permite mantener un sistema de vigilancia para el reconocimiento precoz de problemas.

5. Establecer umbrales de evaluación. Comparación con el estándar

El indicador puede dirigir la atención hacia aquellas áreas en las que puede encontrarse un problema. A partir de un determinado nivel, hasta el que se considera aceptable la frecuencia de producción de un problema, se sobrepasa el umbral de evaluación, y debe aceptarse en ese momento que existe un problema que debe evaluarse.

Los umbrales de evaluación, o estándares de calidad, se establecen en función de los criterios de buena práctica aceptados por todos. Pueden basarse en la literatura clínica, literatura de calidad o en la experiencia de los profesionales del servicio. Los criterios y los estándares deben ser consensuados por los miembros del servicio.

6. Reunir datos y organizar la información debe establecerse con claridad para cada indicador las fuentes de información, cómo se recogerá la información, con qué frecuencia, cuándo debe obtenerse una muestra, y deben compararse los datos acumulativos con el umbral establecido para la evaluación.

7. Evaluar los cuidados cuando los datos acumulativos que hacen referencia a un indicador de calidad alcanzan el umbral de evaluación, debe determinarse primero si existe realmente un problema y analizar luego porqué se ha producido la desviación con respecto al estándar.

Los procedimientos de evaluación de problemas pueden ser mediante la organización de grupos de trabajo con el personal implicado en ese proceso, o con la realización de audits médicos.

8. Iniciar acciones para resolver los problemas detectados

Las acciones correctoras deben ser apropiadas a las causas que los produjeron. Tres causas frecuentes de problemas son: la insuficiencia de conocimientos, defectos en los sistemas de la organización, y conducta inadecuada. La primera se resuelve con actividades de formación; la segunda mediante cambios en la organización; la tercera y más difícil de resolver requerirá aumento en la supervisión, consejo, cambio de actividad o suprimir ciertos privilegios.

9. Evaluar las acciones y documentar las mejoras

¿Qué efecto han tenido las acciones correctoras? Mantener de forma continua el sistema de evaluación permitirá obtener la información necesaria para saber si ha mejorado o se ha resuelto el problema.

10. Comunicar la información relevante a la Comisión Central de Garantía de Calidad

Existen otras actividades de evaluación de la calidad asistencial que deben considerarse por su utilidad en el proceso de mejora de la calidad asistencial. Así, es de gran utilidad la información obtenida del análisis de las reclamaciones y de las encuestas de satisfacción de los usuarios del servicio.

En la actualidad disponemos de herramientas que nos permiten medir la calidad asistencial con eficiencia, pero la detección precoz de problemas no consigue por

sí misma ninguna mejora. Es preciso que los servicios de urgencias se organicen para proporcionar asistencia de calidad, y en este proceso deben participar todos sus profesionales.

Cualquier cambio futuro en la atención urgente y en la organización de los servicios de urgencias debe sustentarse en criterios de calidad asistencial. No podemos abstenernos.⁷

QUE SON LOS HOSPITALES.

La palabra hospital viene del latín hospes, "huésped" o "visita", pero también "hospedador". De hospes se derivó hospitalia, "casa para visitas foráneas". Posteriormente hospitalia se transformó en hospital para designar el lugar de auxilio a los ancianos y enfermos.

Un **hospital** es un lugar físico en donde se atiende a los enfermos, para proporcionar el diagnóstico y tratamiento que necesitan. Existen diferentes tipos de hospitales, según el tipo de patologías que atienden: hospitales generales, hospitales de agudos, hospitales de crónicos, hospitales psiquiátricos, geriátricos, materno-infantiles, etc. La estructura de un hospital está especialmente diseñada para cumplir las funciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

Sin embargo muchos hospitales modernos poseen la modalidad y estructura denominada **Cuidados Progresivos**. En este tipo de hospitales, no hay salas divididas por especialidades médicas como en los hospitales clásicos, sino que el cuidado del enfermo se logra en forma progresiva, según su gravedad y complejidad. En este tipo de hospitales suelen diferenciarse las siguientes áreas: una Área de Cuidados Críticos, otra de Cuidados Intermedios, y por último Cuidados Mínimos y Auto cuidados. El paciente ingresa a una u otra área según su gravedad. Un paciente gravemente enfermo y con riesgo de perder la vida, ingresará seguramente a Cuidados Críticos, y luego al mejorar (salir de su estado

⁷ Donabedian A. La Calidad de la Atención Médica. 1ª Edición, México: Ediciones Copilco S.A de C.V.: 1991.

crítico), se trasladará a Cuidados Intermedios, luego a Mínimos y así sucesivamente hasta dar el alta médica.

Si consideramos a un hospital en su conjunto, como un sistema, éste está compuesto por varios sub-sistemas que interactúan entre sí en forma dinámica.

Para nombrar los más importantes:

Sistema Asistencial.

Sistema Administrativo Contable.

Sistema Gerencial.

Sistema de Información (Informático)

Sistema Técnico

Sistema de Docencia e Investigación.

En algunos países, como en España, Cuba y México se diferencian grados de cualificación entre hospitales; Así: De primer, segundo y tercer nivel.

Estos Hospitales se caracterizan por la presencia de médicos generales, especialistas básicos y especialistas mayores (cardiólogos, neurólogos, nefrólogos, gastroenterólogos, y otros de acuerdo a la necesidad).

En otros países se dividen a los hospitales según su complejidad en baja y alta complejidad. Algunos países pueden aplicar sistemas de calificación más rigurosos y extensos, divididos en varios niveles de complejidad.

Un hospital: es una fuente de generación de iniciativas; Un centro de investigación; Institución ideal para la formación de recursos humanos en salud; es una organización con la máxima responsabilidad moral, social, legal, científica y administrativa. Según la teoría de sistemas el hospital está incorporado a los sistemas integrales de salud y se comporta como un centro de referencia, articulado a políticas generales de un país, una región y una localidad; Forma parte de un esquema general de atención, dentro del cual la educación a la comunidad para aspectos de fomento, prevención y la rehabilitación son insustituibles.

Por su alta complejidad, un hospital se considera una organización burocrática porque está sometida a múltiples normas internas y externas reguladoras de su comportamiento, de los trabajadores y directivos; Por lo tanto utiliza como principal

mecanismo de coordinación la normalización del comportamiento; dentro de la cual, se han definido tres dimensiones relacionadas entre sí que forman un único factor denominado Estructuración de las actividades o formalización del comportamiento.⁸

QUE ES LA GESTION DE LOS HOSPITALES.

La gestión es el proceso emprendido por una o más personas para coordinar actividades laborales de otras personas con la finalidad de lograr resultados de alta calidad que cualquier otra persona trabajando sola, no podría alcanzar.

La gestión es un proceso que comprende determinadas funciones y actividades laborales que los gestores deben llevar a cabo a fin de lograr los objetivos de la empresa. En la gestión los directivos utilizan ciertos principios que les sirven de guía en este proceso.⁹

El proceso de gestión se considera integrado por las funciones de planificar, organizar y controlar que se vinculan entre sí con la función de liderar, esta última llamada de dirección o de motivación y supone influir en los miembros de la organización para que actúen de tal modo que puedan lograrse los objetivos establecidos. Según Deming, los gestores han de ser los líderes que marcan el camino para mejorar la calidad de los productos o servicios mediante el esfuerzo de los trabajadores¹⁰. Es imprescindible para el desarrollo de los hospitales, que los gerentes o gestores no encaminen su dirección enmarcados en el cuadrado administrativo de Planificar, Organizar, Dirigir y Controlar; Sino, lo realicen por el mundo trascendente de la gestión, liderando las instituciones hospitalarias, influyendo en las personas para realizar el mejor esfuerzo en cada una de las actividades de los procesos hospitalarios y con ello alcanzar la calidad objetiva, técnica o intrínseca y la percibida¹¹.

⁸ Ginebra J, Arana de la Garza R. Dirección de Servicio: La Otra Calidad. 2ª edición, Colombia: Editorial McGRAW-HILL: 1995: pp. 65 – 111.

⁹ Skinner P, Lorenzi P, Ivancevich J M, Crosby P B. Gestión, Calidad y Competitividad. 1ª Edición, España: McGRAW-HILL/ INTERAMERICANA; 1997.

¹⁰ Bigne E., Moliner M. A., Sánchez J. "Calidad y Satisfacción en los Servicios Hospitalarios Esenciales y Periféricos, Investigación y Marketing. 2ª Edición, México: 1997: pp. 55-61.

¹¹ Varo J, Renau Piqueras J J. Gestión Estratégica de la Calidad de los Servicios Sanitarios. España: Ediciones Díaz Santos; 1994.

Ser gerente es algo cada día más desafiante, las habilidades recomendadas para que una persona se convierta en administrador hospitalario han variado en los últimos años puesto que no se ve la gerencia como tradicionalmente se hacía creyendo en un rango de planificación, análisis y dirección a mediano y largo plazo sino como algo imprevisible, fragmentado y a corto plazo, los cambios rápidos de las tecnologías ha revolucionado el mundo del gerente, problemas complejos exigen atención y solución rápida, estos problemas también tienen su componente de novedad los cuales no desaparecen o resuelven por si solos, no se detectan y analizan fácilmente exigen para ser solucionados más que el sentido común y la buena intención de las personas, un gerente busca integrar y coordinar de forma efectiva los recursos de los que dispone, siempre es un trabajo incompleto, Que exige encontrar nuevos recursos y transformar las tareas internas para acondicionar las nuevas informaciones, demandas y necesidades existentes¹².

El liderazgo es la dimensión gerencial que más ha llamado la atención de quien trata de administrar una gran administración puesto que deja implícito no solo la aceptación de una persona como líder sino su capacidad de agregar intereses e influenciar a otros para obtener compromisos en una causa común, para jefes y gerentes el liderazgo se ha convertido en una palabra común en su hablar administrativo muchos desean tener esta habilidad en especial los gerentes que lo ven como instrumento para inducir a las personas y conservar el poder.

La idea de liderar es más agradable que la de administrar, comandar, dirigir o gestionar dentro de una organización jerárquica las personas esperan ser supervisados y corregidos en lo que realicen mal, el supervisar dentro del liderazgo no disminuye sino que aumenta la confianza en el trabajo bien hecho.

Los líderes en realidad son personas comunes que pueden transmitir un poder a las personas bajo su mando lo cual les facilita el desarrollo de su potencial generando en estos confianza, iniciativa hacia un ideal lo cual les permite aceptar errores.

¹² Tejedor Fernández M. El sistema de calidad en el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. 1ª Edición, España; 1997.

El líder es un producto de persistencia y constancia en el aprendizaje de habilidades interpersonales dentro de una organización, por lo tanto estas habilidades están al alcance de todos los gerentes los cuales pueden tomar ciertas costumbres para aumentar su capacidad de liderazgo y deben tomar en cuenta tres dimensiones en las cuales están involucrados ellos y las personas bajo su mando, estas dimensiones son:

Dimensión de la organización.

Orientarse para conocer a fondo la misión socioeconómica del hospital.

Conocer bien los objetivos de la organización.

Orientarse siempre hacia el futuro.

Estudiar los objetivos de la organización para lograr sus propósitos.

Dimensión interpersonal.

Comunicarse con el personal para establecer un significado colectivo.

Ejercitarse en la búsqueda de nuevas soluciones e identificar nuevos problemas.

Analizar de forma crítica los procesos, técnicas y tradiciones del hospital para crear nuevos métodos.

Comunicar ideas y formas de comprensión de los fenómenos de la organización.

Dimensión individual.

Reconocer el valor de las personas.

No idealizar a las personas.

Valorar las relaciones personales estrechas.

Se debe confiar en la gente y permitir que desarrollen sus propios métodos de trabajo.

El verdadero líder es un individuo capaz de invertir tiempo y energía en el futuro de su organización y de sus trabajadores, la esencia del liderazgo no es obtener poder sino brindarle poder a otros y así realizar sus intenciones manteniéndolas por largo tiempo¹³.

¹³ Horovitz Jacques G. La Calidad del Servicio. 1ª edición, Colombia: Editorial McGRAW-HILL; 1994; pp. 1 – 36.

IMPORTANCIA DE LA CALIDAD EN LOS HOSPITALES.

Como se dijo anteriormente la calidad puede entenderse como una corriente de pensamiento que impregna toda la empresa, cuyo objetivo fundamental como filosofía empresarial es la satisfacción de necesidades a clientes internos y externos como a los accionistas y / o directivos.

En las instituciones hospitalarias, la aplicación de la mejora continua de la calidad tiene importancia relevante¹⁴:

Seguridad y rapidez en toda acción destinada al cuidado de la salud de los pacientes, familiares y personas.

Mejor utilización de los recursos disponibles para la prestación de los servicios en salud.

Empoderamiento de los empleados del hospital en la realización de las tareas.

Mayor motivación de los empleados para realizar las diversas actividades de los procesos de atención.

Satisfacción de los pacientes con la atención recibida en el hospital.

Mejor posicionamiento y prestigio como hospital en comparación con otros de la misma categoría o complejidad.

Mejores resultados en la atención prestada a un costo razonable.

UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALARIA

La Unidad de Emergencia de un hospital constituye una estructura Técnico-Administrativa integrada y coordinada con los demás Servicios Clínicos y de Apoyo tanto del Intra como del Extra sistema. Es el lugar donde se presta Atención de Emergencia a todo paciente que corresponda a una situación médica crítica. Proporciona atención médica inmediata e impostergable al usuario en condiciones que afectan a su estado vital de salud.

Su misión es: "Proporcionar atención de salud de calidad a la demanda de nuestros usuarios y acorde a sus complejidades, manteniendo siempre un

¹⁴ Bigne E., Moliner M. A., Sánchez J. "Calidad y Satisfacción en los Servicios Hospitalarios Esenciales y Periféricos, Investigación y Marketing. 2ª Edición, México: 1997: pp. 55-61.

ambiente de respeto y dignidad, alcanzando la satisfacción del paciente y su entorno”.

Funciona las 24 horas del día, los 365 días del año, dotada por un equipo multidisciplinario en forma permanente y la atención de los pacientes de emergencia es según la complejidad del mismo; por demanda espontánea o referida por los servicios de salud ambulatorios de la red.

LA CALIDAD DE LAS UNIDADES DE EMERGENCIA.

Existen al menos dos formas de orientar las actividades de calidad asistencial. En la primera de éstas, a la que nos referimos con la expresión Garantía de Calidad, lo que se busca es inspeccionar la actividad asistencial para comprobar que se cumplen o no estándares que previamente se han establecido como nivel de calidad deseable. Si no se alcanza el objetivo, habrá que buscar al responsable. Con este método se trata de localizar dentro del sistema la manzana podrida y eliminarla.

La segunda perspectiva, denominada Mejora Continua de la Calidad Asistencial (MCCA), considera que los problemas de calidad se generan en casi todos los casos por problemas en la propia organización del trabajo. Así, sólo una pequeña parte es atribuible a factores individuales, e incluso en estos casos en los que hay personas en la raíz de los problemas, casi siempre lo que subyace es un defecto de formación, falta de claridad en los objetivos, o un problema de dirección¹⁵.

Con este método se trata de buscar problemas reales o potenciales para resolverlos mediante cambios en la organización, y de esta manera crear oportunidades para la mejora de la calidad asistencial.

Para la implantación de la MCCA supone la aplicación de una metodología de cierta complejidad y debe ser cuidadosamente planeada, ya que:

- 1) Debe participar el personal de todos los niveles de la organización en el proceso de identificación y resolución de los problemas asistenciales.

¹⁵ Concenjo C. La calidad asistencial en los servicios de urgencias - Emergencia. España. 1997 Feb.; 9 (1),

2) Los problemas y sus soluciones deben orientarse hacia la satisfacción de los pacientes, que son los beneficiarios finales de la asistencia.

3) Deben utilizarse herramientas y metodología específicas, como la estadística, para cuantificar los problemas y el grado de resolución de los mismos tras aplicar las medidas correctoras.

4) Se debe entrenar en metodología de calidad al personal que participará de forma activa en el proceso. El resultado a largo plazo de la puesta en marcha de un programa MCCA es nada menos que una transformación cultural en la organización, que afectará a cómo se realizan todos los procedimientos, así como al pensamiento y la conducta de las personas que participan en el proceso asistencial.

El Servicio de Urgencias (SU) hospitalario es sólo una estación en la historia del proceso asistencial urgente. Este generalmente comienza en el medio extra hospitalario, con la provisión de cuidados por los profesionales de la medicina de urgencias pre hospitalaria, continúa en el Servicio de Urgencias hospitalario, y termina con el seguimiento por los profesionales de otros niveles asistenciales (hospitalización, Atención Primaria o Atención Especializada Ambulatoria). La calidad y adecuación de la atención realizada en el SU pueden tener, por lo tanto, importantes consecuencias no sólo en sí mismas, sino que también determinan el tipo y la adecuación de los cuidados que deben seguir a la atención urgente. Los servicios de urgencias son lugares muy especiales, en los que se producen situaciones de una complejidad no comparable a ningún otro contexto asistencial.

Dado el elevado volumen de pacientes, se deben tomar decisiones con rapidez y un elevado grado de incertidumbre acerca de con qué prioridad deben ser atendidos, qué estudios diagnósticos deben realizarse, qué tratamiento y qué decisión final se adoptará con cada uno de ellos. Así mismo, la atención de cualquier problema urgente requiere una secuencia de actividades coordinadas de forma compleja entre diferentes tipos de profesionales, que deben producirse justo en el momento oportuno.

Los médicos de urgencias se encuentran en una posición de máxima visibilidad y vulnerabilidad. No es suficiente la voluntad de trabajar «lo mejor posible y todo lo

que pueda». No suele haber una segunda oportunidad. Sus decisiones son evaluadas tanto por los pacientes como por otros profesionales encargados de su seguimiento posterior. El riesgo de verse implicados en procesos judiciales por mala práctica médica es muy elevado. Todos estos factores hacen que los servicios de urgencias sean terrenos abonados para la implantación de programas de MCCA.

Cuando se contempla como una herramienta de gestión en el SU, la mejora de la calidad asistencial no es un evento, sino un proceso que debe ser integrado en el resto de las actividades del servicio. Son buenas recomendaciones en este sentido: 1) Debe evaluar básicamente los aspectos más relevantes del proceso asistencial.

2) Las actividades de calidad deben concretarse en el tiempo y en la forma en que se van a desarrollar dentro de la jornada laboral.

3) El programa de calidad del SU debe reflejarse por escrito.

4) Todos los miembros del equipo de urgencias (médicos, enfermeras, personal auxiliar, celadores, administrativos) deben estar informados de forma comprensible.

Como condición previa imprescindible para la puesta en marcha de un programa de MCCA en el SU, deben existir no sólo factores de preparación previa en el servicio, sino que éstos también deben existir en la organización hospitalaria. Es muy importante que la dirección del hospital valore de forma cuidadosa si va a ser posible mantener a largo plazo una inversión en el programa de calidad de urgencias. Si no es así, debe demorarse su realización, ya que la introducción intempestiva de la MCCA tiene efectos muy negativos que pueden lesionar seriamente a la organización, puede crear problemas entre los miembros del personal de urgencias, y conducir al fracaso del propio programa, dejando el terreno refractario por mucho tiempo a cualquier otra iniciativa de calidad^{24 16}.

16 Pérez - Montaul M I. Sistemas de Garantía de la Calidad en Urgencias y Emergencias. España; 1997. naperez@ariam.net

Navarro Villanueva et al 2005 en su estudio multicéntrico del tiempo de demora asistencial en gerencias hospitalarias refiere: “debido a la alta tecnificación de las U de E son sobre utilizadas por pacientes con problemas leves, lo que lleva a largas esperas que son citadas como indicadores de mala calidad asistencial o como productoras de insatisfacción; por lo que deben organizarse para establecer prioridades en la atención de los pacientes”¹⁷.

Por lo anterior, es necesario establecer la clasificación de las patologías, según la gravedad y la adecuación de los tiempos de asistencia y diagnóstico y establecer indicadores que cuantifiquen demoras que definen una asistencia correcta.

Navarro Villanueva et al 2005, refiere que los indicadores ideales de demora hospitalaria aceptada para la comunidad valenciana de España son:

Patología	Tiempo máximo (minutos)	estándar oro
Patología crítica o urgencia inmediata (U1)	1	100%
Patología grave o no demorable (U2)	5	95%
Patología moderadamente grave (U3)	30	85%
Patología leve (U4)	120	75%

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

De conformidad al Art. 1 de la Constitución, El Salvador reconoce a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado, que está organizado para la consecución de la justicia, de la seguridad jurídica y del bien común; asimismo, reconoce como persona humana a todo ser humano desde el instante de la concepción; en consecuencia, es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República, el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social¹⁸.

¹⁷ Navarro V. Estudio de Tiempo de Demora en Emergencias Hospitalarias. Emergencias. España. 2005; Feb.

¹⁸ Decreto Legislativo N° 442. Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud. El Salvador. 2007. Nov.

Que conforme al Art. 65 de la Constitución, la salud de los habitantes constituye un bien público, correspondiendo al Estado y a las personas velar por su conservación y restablecimiento. El Estado determinará la política nacional de salud y que además controlará y supervisará, su ejecución;

Que de conformidad al Art. 66 de la Constitución, el Estado dará asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos y a los habitantes en general, cuando el tratamiento constituya un medio eficaz para prevenir la diseminación de una enfermedad transmisible. En este caso, toda persona está obligada a someterse a dicho tratamiento.

De acuerdo con el artículo 40 del Código de Salud de la República, el Ministerio de Salud es el Organismo encargado de determinar, planificar y ejecutar la política nacional en materia de Salud; dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la Salud.

Según este mismo código (Art. 41) entre las principales atribuciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social están:

Orientar la política gubernamental en materia de Salud.

Establecer y mantener colaboración con los demás Ministerios, Instituciones Públicas y Privadas y Agrupaciones Profesionales o de Servicio que desarrollen actividades relacionadas con la salud;

Elaborar los Proyectos de Ley y Reglamentos de acuerdo a este Código que fueren necesarios; Organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y las atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias;

Intervenir en el estudio y aprobación de los tratados, convenios y cualquier acuerdo internacional relacionado con la salud;

Sostener y fomentar los programas de salud de carácter regional centroamericano aprobados por los organismos correspondientes;

Velar por el desarrollo y mejoramiento de las normas de enseñanza de las profesiones relacionadas con la salud y promover el adiestramiento técnico y especialización del personal encargado de las secciones de salud;

Propiciar todas las iniciativas oficiales y privadas que tiendan a mejorar el nivel de salud de la comunidad, de acuerdo con las normas señaladas por los organismos técnicos correspondientes.

NIVELES DE ORGANIZACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD

El Nivel Superior es el rector del sector salud que ejecuta la Política Nacional de Salud y define los planes, programas, proyectos y estrategias a ser operativizadas en el sector salud y está constituido por los Titulares del Ramo de Salud, las Direcciones y las Unidades Asesoras.

Las direcciones del nivel superior se encargan de la generación de los planes estratégicos, nuevos proyectos, leyes, reglamentos y velar por las necesidades del sector salud. Entre estas direcciones se encuentran:

El Nivel Regional está conformado por cinco Direcciones Regionales de Salud, las cuales constituyen estructuras administrativas desconcentradas que tienen como atribución la gestión y el control de los recursos asignados a los SIBASI y el control de la gestión de los recursos de los Hospitales Nacionales Generales y Regionales; además de proporcionar asistencia técnica, supervisión, monitoreo y evaluación a través del establecimiento de unidades de apoyo para la ejecución técnica y administrativa.

Las Direcciones Regionales de Salud son:

Dirección Regional de Salud Occidental (Santa Ana, Ahuachapán y Sonsonate)

Dirección Regional de Salud Central (La Libertad y Chalatenango)

Dirección Regional de Salud Metropolitana (San Salvador)

Dirección Regional de Salud Paracentral (Cuscatlán, Cabañas, San Vicente y La Paz)

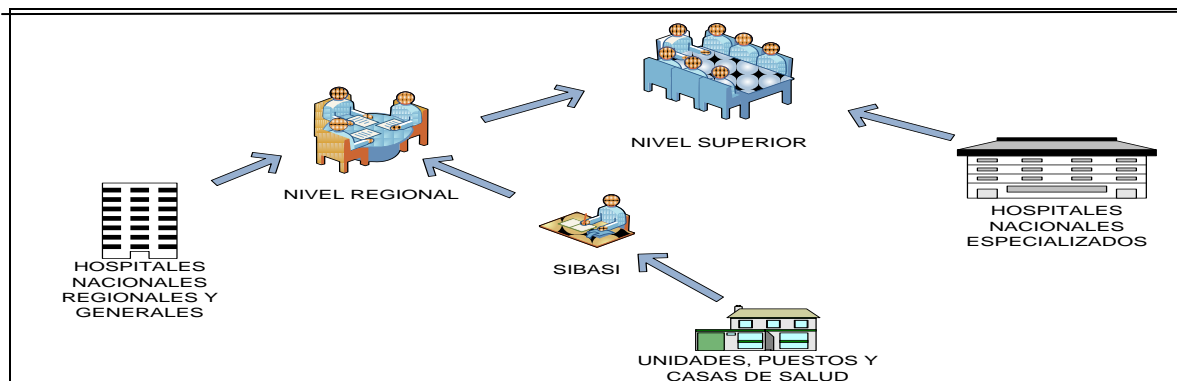
Dirección Regional de Salud Oriental (Usulután, San Miguel, Morazán y La Unión).

El Nivel Local está conformado por la red operativa de establecimientos de salud integrados en los SIBASI y por los hospitales Nacionales Generales y Regionales. Existen en total 17 SIBASI en todo el país, 4 de ellos en San Salvador (Centro, Sur, Norte y Oriente) y los restantes se dividen en un SIBASI por cada departamento.

Los SIBASI son elementos organizativos del Primer Nivel de Atención, al cual se le ha delegado la provisión de los servicios de salud en coordinación con el Segundo y Tercer Nivel de Atención, dependerán jerárquicamente de la Dirección Regional correspondiente.

Todos estos niveles antes descritos, se encuentran relacionados unos con otros, como se muestra en la siguiente imagen¹⁹:

Imagen I-5: Flujo de información en los diferentes niveles del MINSAL.



Fuente: Elaboración propia con documentación del MINSAL.

Los niveles local y regional, como se mencionó con anterioridad, son los responsables de la prestación de los servicios de salud a través de las Hospitales Regionales, Generales y especializados, así como a través de las diferentes unidades de Salud. Estas instituciones se encuentran organizadas en diferentes niveles de atención a partir de los servicios que ofrecen.

CLASIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD

Los servicios de salud se encuentran divididos de acuerdo a su nivel de complejidad en tres niveles que son:

Primer Nivel de Atención

El Primer Nivel de Atención está constituido por las 369 Unidades de Salud, 167 Casas de la Salud y los 50 Centros Rurales de Nutrición diseminados en el

¹⁹ Ministerio de Salud. Distribución Poblacional y Establecimientos de Salud según Departamentos. El Salvador. MINSAL; 2007.

territorio nacional. Un aspecto importante de mencionar es que 170 unidades de salud están siendo beneficiadas por el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), el cual amplía la atención hospitalaria a 24 horas, a diferencia de las demás unidades de salud, casas de salud y centros rurales de salud, que laboran en horarios de 8 a 12 horas al día.

Segundo Nivel de Atención

El Segundo Nivel de Atención está constituido por los Hospitales Nacionales Generales y los Hospitales Nacionales Regionales, los cuales dependen jerárquicamente de la Dirección Regional correspondiente. Existen un total de 25 hospitales nacionales que conforman este nivel de atención.

Los Hospitales Nacionales Generales son establecimientos para la atención de pacientes en las especialidades básicas, tales como cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna, pediatría, sus especialidades complementarias y servicios de apoyo que se prestan en las áreas de emergencia, atención ambulatoria y hospitalización.

Así mismo, forman parte del Segundo Nivel de Atención los Hospitales Nacionales Regionales, los cuales son establecimientos de segundo nivel para pacientes que ameriten atención en los servicios de emergencia, atención ambulatoria y hospitalización; además, brindarán las atenciones especializadas a los pacientes referidos por los Hospitales Nacionales Generales correspondientes a su área geográfica de responsabilidad.

Los Hospitales Nacionales Regionales son los siguientes:

Hospital Nacional Regional "San Juan de Dios", Santa Ana.

Hospital Nacional Regional "San Juan de Dios", San Miguel.

Tercer Nivel de Atención

El Tercer Nivel de Atención está constituido por los Hospitales Nacionales Especializados de alta complejidad, orientados a brindar servicios ambulatorios, de emergencia e internamiento, para dar respuesta a la demanda de la población, los cuales dependerán jerárquicamente del Titular del Ramo, siendo éstos los siguientes:

Hospital Nacional Especializado "Rosales", San Salvador.

Hospital Nacional Especializado de Niños "Benjamín Bloom", San Salvador.

Hospital Nacional Especializado de Maternidad "Dr. Raúl Argüello Escolán", San Salvador.

Hospital Nacional General de Neumología y Medicina Familiar, "Dr. José Antonio Saldaña"; San Salvador.

Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. José Molina M.; San Salvador.

HOSPITALES GENERALES E INSTANCIAS RELACIONADAS.

De acuerdo con el artículo 2 del Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud Pública, un hospital Nacional General se define como:

“El establecimiento de segundo nivel para la atención de pacientes en especialidades básicas de la Medicina; Cirugía General, Gineco-obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y sus especialidades complementarias y servicios de apoyo que se prestan en las áreas de emergencia, atención ambulatoria y hospitalización.

Entre sus funciones contempladas en el reglamento General de Hospitales se encuentran las siguientes:

Proveer servicios de salud permanentes e integrales de tipo ambulatorio, emergencia e internamiento en las especialidades médicas según su complejidad.

Proveer servicios de salud en forma eficiente, equitativa, con calidad, calidez, contando con la participación de la población y diferentes sectores sociales;

Proponer y apoyar técnicamente la formulación, evaluación y supervisión de normas, guías y protocolos de atención médica;

Desarrollar la provisión y gestión de los servicios de salud en función de los compromisos, acuerdos, convenios y contratos;

Desarrollar los procesos de planificación organización, ejecución y control de las acciones de salud;

Establecer e implementar planes de desarrollo de los recursos humanos;

Desarrollar procesos de investigación médica de acuerdo a criterios legales, éticos, epidemiológicos y de interés nacional;

Coordinar con los diferentes hospitales nacionales el sistema de referencia y referencia de retorno, apoyo e intercambio de recursos, capacitaciones y soporte técnico;

Ejercer una gestión administrativa y financiera eficiente y transparente; y,

Las demás establecidas por otros cuerpos normativos.

El funcionamiento de los hospitales generales Nacionales, por tratarse de empresas públicas, está regido tanto a nivel operativo como administrativo por otras instancias superiores como el Gobierno Central, el Ministerio de Hacienda, el Consejo Superior de Salud, el Ministerio de Salud , entre otros, los cuales dictan leyes, programas, políticas y normas que regulan el accionar de los nosocomios.

MARCO LEGAL EN LA ADMINISTRACIÓN DE LOS HOSPITALES GENERALES.

La actividad legal de los Hospitales Nacionales Generales se enmarca en primer lugar en la Constitución de la República, que en su artículo 65 establece que la salud de los habitantes de la República, constituye un bien público y que el Estado y las personas están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento... por cuanto está comprendido en los programas y planes de Gobierno a través del Ministerio de Salud.

Además al estar financiado con fondos del Estado, está regulado por la Ley del Presupuesto, publicada como Decreto Legislativo N° 2983, el 17 de diciembre de 1959, D. O. 234, tomo 85 del 23 de diciembre de 1959.

Otras regulaciones a las que se encuentra sujeta la administración del Hospital Regional San Juan de Dios de San Miguel son: Ley General de Presupuestos, Ley de Salarios, Ley Orgánica de Administración Financiera, Ley del Servicio Civil, Código de Trabajo, Normas Técnicas de control Interno de la Corte de Cuentas, Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, etc. Las cuales se describen a continuación:

Ley General de Presupuestos: contiene los lineamientos y criterios generales para orientar el proceso de Formulación del Presupuesto, en función de la política presupuestaria vigente, la cual se realiza en cumplimiento a lo establecido en los artículos 28 y 29 de la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado, y

artículo 40 de su Reglamento siendo su ámbito de aplicación es el Sector Público No Financiero de conformidad con el artículo 2 de la Ley antes citada.

Ley Orgánica de Administración Financiera: esta ley tiene por objeto normar y armonizar la gestión financiera del sector público; establecer el Sistema de Administración Financiera Integrado que comprenda los Subsistemas de Presupuesto, Tesorería, Inversión y Crédito Público y Contabilidad Gubernamental.

De acuerdo con el artículo 2 “Quedan sujetas a las disposiciones de esta Ley todas las Dependencias Centralizadas y Descentralizadas del Gobierno de la República, las Instituciones y Empresas Estatales de carácter autónomo, inclusive la Comisión Ejecutiva Hidroeléctrica del Río Lempa, y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social; y las entidades e instituciones que se costeen con fondos públicos o que reciban subvención o subsidio del Estado.

Por otra parte, según lo establecido en el Artículo 16 de la presente ley “Cada entidad e institución mencionada en el Artículo 2 de esta Ley, establecerá una unidad financiera institucional responsable de su gestión financiera, que incluye la realización de todas las actividades relacionadas a las áreas de presupuesto, tesorería y contabilidad gubernamental, de acuerdo a lo dispuesto por la presente Ley. Esta unidad será organizada según las necesidades y características de cada entidad e institución y dependerá directamente del Titular de la institución correspondiente.

Ley del Servicio Civil: esta normativa tiene por finalidad regular las relaciones del Estado y el Municipio con sus funcionarios y empleados; y garantizar la protección de éstos y la eficiencia de la administración pública y municipal, y organizar la carrera administrativa mediante la selección y promoción del personal sobre la base del mérito y la aptitud. Creando para ello orgánicamente el Tribunal de Servicio Civil, y sus atribuciones (Art. 1).

Estarán sujetos a esta ley, de acuerdo con el artículo 2, los funcionarios y empleados de la administración pública y de la municipalidad y los de los organismos descentralizados de las mismas que no gocen de autonomía económica o administrativa. Esta norma también regula los procesos de creación

y supresión de empleos. “Toda plaza, cargo o empleo público sólo podrá ser creado o suprimido por la ley; y para tomar posesión o entrar a desempeñar el cargo o empleo el funcionario o empleado deberá ser nombrado de conformidad con la misma...” (Art.3), Selección de Personal y Llamamiento de aspirantes (Art.20 y 21). Además se estipulan los derechos, deberes y prohibiciones de los empleados y funcionarios.

Normas Técnicas de control Interno de la Corte de Cuentas: “constituye el marco básico que establece la Corte de Cuentas de la República para el control interno hacia los órganos, instituciones, entidades, sociedades y empresas del sector público.”(Art. 1). De lo anterior, establece pautas generales que orientan el accionar de las entidades del sector público hacia un adecuado control interno y probidad administrativa, logrando eficiencia, efectividad, economía y transparencia en la gestión que desarrollan. (Art. 3)

Según el Art. 5, “La responsabilidad por el diseño, implantación, evaluación y perfeccionamiento del sistema de control interno corresponde a la máxima autoridad de cada Institución del sector público y a los niveles gerenciales y demás jefaturas en el área de su competencia institucional.

Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud

Por decreto legislativo número 442 de fecha 16 de noviembre del 2007, se crea el Sistema Nacional de Salud que estará constituido por un conjunto de instituciones que forman parte de la administración pública interrelacionadas e integradas en su funcionamiento, de manera armónica y sistematizada y cuya finalidad es elaborar y ejecutar políticas públicas que garanticen el derecho a la salud de la población.

El Sistema funcionará de forma armónica estableciendo mecanismos de coordinación para implementar políticas de prevención y de intervención, tendientes a incrementar, preservar, mantener y recuperar la salud de las personas, familias, comunidades y la población de todo el territorio nacional; así como para cumplir todas las funciones que le corresponden al Sistema de Salud, sin delegar las responsabilidades del Estado.

El sistema está conformado por:

a) El Ministerio de Salud y sus dependencias,

- b) El Instituto Salvadoreño del Seguro Social,
- c) El Ministerio de la Defensa Nacional, en lo concerniente a sanidad militar,
- d) El Fondo Solidario para la Salud,
- e) El Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos, y,
- f) El Ministerio de Educación, en lo concerniente a Bienestar Magisterial.

Metas y características del sistema:

Art. 3.- El Sistema Nacional de Salud tendrá como meta el cumplimiento de la garantía constitucional de acceso a los servicios de salud, como un derecho social de todos los habitantes del territorio y tendrá como características distintivas el humanismo, respeto al usuario, ética, calidez, universalidad, equidad, solidaridad, subsidiaridad, accesibilidad, calidad, integralidad, eficacia, eficiencia, oportunidad y participación social.

Objetivos:

Art. 4.- El Sistema Nacional de Salud tendrá esencialmente los siguientes objetivos:

- a) Desarrollar un modelo de atención basado en un enfoque de salud familiar que enfatice la promoción de la salud, la prevención del riesgo y del daño en el individuo, la familia y la comunidad; asimismo, que promueva el mejoramiento del medio ambiente, sin perjuicio de las actividades curativas y de rehabilitación tradicionales;
- b) Alcanzar una mayor cobertura y mayores niveles de atención en salud a toda la población salvadoreña, en condiciones de eficacia, eficiencia y equidad en la provisión de los servicios y en función de las necesidades de la población;
- c) Reducir al mínimo desigualdades de los niveles de salud que persisten en diferentes regiones y grupos sociales del país;
- d) Destinar prioritariamente en cada ejercicio fiscal de acuerdo a las disponibilidades financieras, y fiscales del Estado, los recursos económicos necesarios para que la asignación presupuestaria en salud sea adecuada a las necesidades de la población, mejorando la infraestructura, recursos humanos, equipo médico, suministro de medicamentos; y en general, todos aquellos

aspectos que permitan ampliar la cobertura y la calidad en la prestación de los servicios de salud a la población;

e) Promover que el acceso a los servicios de salud se base en los principios de equidad y solidaridad;

f) Lograr la satisfacción de los usuarios, respetando sus derechos y valores;

g) Generar oportunidades de desarrollo para los trabajadores de salud;

h) Lograr la cohesión y el trabajo coordinado entre los diferentes actores;

i) Trabajar conjuntamente en la consecución de objetivos comunes al Sistema, optimizando los recursos que sean necesarios en beneficio de la población¹⁵.

MODELO DE ATENCIÓN DEL SISTEMA

Salud Familiar

Art. 13.- El Sistema Nacional de Salud deberá establecer un modelo de atención basado en un enfoque de salud familiar, cuyo principal propósito es el de contribuir a conservar y restablecer de manera integral la salud de la población, teniendo como ejes centrales la prevención y la promoción de la salud, basándose en el perfil epidemiológico y las determinantes locales de la salud, en los aspectos económicos, culturales, demográficos, sociales y ambientales.

El modelo facilitará la organización de redes funcionales por niveles para la entrega de los servicios a la población, según se establece en el Capítulo siguiente.

Equipos de Salud Familiar

Art. 14.- La atención en salud en los diferentes establecimientos del primer nivel, estará a cargo de Equipos de Salud Familiar con personal multidisciplinario, los cuales se establecerán a nivel nacional de manera coordinada con todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, en base a convenios interinstitucionales.

Adscripción familiar.

Art. 15.- El modelo funcionará mediante la adscripción de las familias a los establecimientos del primer nivel de atención, y la continuidad de los servicios se articulará mediante un sistema de referencia y retorno.

Los miembros del SNS que gocen de facultades legales para ello, desarrollarán de manera reglamentaria la metodología de adscripción familiar, la conformación de los equipos de salud familiar y demás aspectos necesarios para la implementación del modelo.

Acciones conjuntas

Art. 16.- Todos los miembros del Sistema integrarán sus esfuerzos en acciones de promoción de la salud, prevención del riesgo y el daño, rehabilitación y otras que requiera.

Red de atención:

Art. 19.- La provisión de servicios de salud se prestará por medio de una red funcional que articule los tres niveles de atención. Las redes estarán formadas por los diversos miembros del Sistema, guiados por la Política Nacional de Salud.

Primer nivel de atención.

Art. 20.- El Primer Nivel de Atención estará encaminado a la protección de la persona en su entorno familiar y comunitario, quienes tendrán una participación activa, interactuando con los prestadores de servicios.

El primer nivel estará conformado por los agentes comunitarios de salud, los equipos de Salud Familiar, los establecimientos de las instituciones miembros del Sistema que presten servicios de primer nivel para una población y territorio definidos y otras instituciones vinculadas a la salud con representación territorial.

Los establecimientos del primer nivel de atención funcionarán organizados en redes con un territorio y población definidos, para garantizar las prestaciones básicas que establezca el modelo de atención.

El primer nivel actuará como puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud, habilitando el acceso a los otros niveles del Sistema, cuando sea necesario.

Segundo y tercer nivel.

Art. 21.- Se establecerán redes funcionales de segundo y tercer nivel con atención protocolizada.

El segundo y tercer nivel de atención estarán conformados por los hospitales públicos acreditados para cada una de las categorías. Para garantizar la

continuidad de la atención y la prestación permanente y efectiva de los servicios correspondientes, actuarán en coordinación con los otros sistemas mediante el uso de la referencia y retorno.

POLITICA NACIONAL DE SALUD

Bajo acuerdo ejecutivo número 788 del 1 de Septiembre del año 2008, se dicta la política general de Salud; Así:

“Eleva el nivel de salud de la población salvadoreña, mediante el fortalecimiento de la capacidad rectora en salud del MSPAS, implantación efectiva del modelo de atención integral con enfoque de salud familiar, cobertura universal en salud, reducción de la vulnerabilidad en salud de las personas ante situaciones de emergencias y catástrofe, asignación presupuestaria acorde a las necesidades de la población, satisfacción de los usuarios y generación de oportunidades de desarrollo para los trabajadores de la salud.”

La Política Nacional de Salud (PNS) tiene como finalidad proveer las líneas estratégicas que faciliten a los Miembros y Colaboradores del Sistema Nacional de Salud impulsar y coordinar acciones concretas para la atención de las prioridades y retos en salud, mediante la implementación de intervenciones que contribuyan a alcanzar mejores indicadores de salud y un mejor desarrollo humano de los habitantes de El Salvador.

Mediante la implementación de las directrices incluidas en la PNS, se articularán los esfuerzos entre los Miembros y Colaboradores del SNS para la construcción de consensos y disponibilidad de recursos en función de las prioridades y retos nacionales en salud definidos, a fin de responder adecuadamente a las necesidades en salud de la población.

Principios y Valores:

_ **Universalidad:** Responsabilidad del Estado de garantizar bajo un enfoque de derecho, el acceso a la salud con calidad para toda la población, sin distinciones geográficas, sociales, económicas, culturales y de género.

_ **Equidad:** La distribución de los servicios de salud y de los recursos asignados para tal fin, se realizarán de acuerdo con las necesidades de los habitantes de El Salvador.

_ **Acceso:** El acceso a los servicios de salud, sin importar el proveedor, es un derecho humano fundamental de todos los habitantes de El Salvador.

_ **Integralidad:** Se garantiza un conjunto de intervenciones en las diferentes etapas de la prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación de la salud, dirigidas al individuo, familia, comunidad y su entorno, según el nivel de atención y fases de la vida, identificando e implementando acciones sobre los diversos factores determinantes que inciden en la salud.

_ **Ética:** La ética en salud se orienta al respeto a la dignidad, integridad y autonomía de todas las personas, al logro del bienestar humano y la justicia social. Los trabajadores de la salud están obligados a brindar un trato digno y justo a todos los usuarios de los servicios, garantizando como norma el trato humano, amable y cálido al paciente; asimismo, el paciente debe brindar respeto al personal de salud.

_ **Solidaridad:** Principio por el cual se asegura la protección de la salud para toda la población, mediante un modelo de financiamiento que garantice el acceso al sistema nacional de salud, con énfasis en aquellos grupos con menos recursos.

_ **Inclusión en salud:** Entendida como el acceso de grupos o personas a bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos o grupos de la sociedad ya disfrutaban.

_ **Corresponsabilidad:** Entendida como la construcción de la responsabilidad compartida entre las diferentes instituciones públicas y los usuarios del sistema en la recuperación y mantenimiento de las condiciones de salud de la familia salvadoreña.

Ejes Transversales

Enfoque de género en salud: Proceso mediante el cual se reconocen las diferencias y particularidades biológicas y sociales entre mujeres y hombres en términos de sus necesidades y problemas de salud, aplicado a la planificación en salud, ejecución, vigilancia y evaluación con el fin de avanzar hacia el logro de la

igualdad y equidad. De esta manera se estaría logrando la transversalización de la perspectiva de género en el proceso salud–enfermedad y en el desarrollo sanitario del país.

Calidad: El mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud es una condición indispensable y prioritaria para el cumplimiento de los objetivos institucionales y de los compromisos relacionados con la función social del Estado. La calidad es un instrumento trazador en el quehacer de salud y permitirá concentrar esfuerzos para la reducción de los riesgos en la atención de la salud y lograr la satisfacción de los usuarios y usuarias del sistema de salud.

Participación social en salud: Implica la interacción entre población, trabajadores de la salud e instituciones gubernamentales y no gubernamentales vinculadas con el estado de salud; dicha interacción deberá potenciar y articular los recursos, contribuir a la integralidad de las acciones y evitar la duplicidad en el abordaje y solución de los problemas de salud.

Políticas específicas.

Desarrollar la capacidad rectora en salud del MSPAS.

Desarrollar un sistema integrado de información en salud.

Lograr cobertura universal de la atención en salud.

Implementar un modelo de atención integral basado en la salud de la familia y su entorno.

Desarrollar la Promoción de la Salud.

Proteger la salud mental y fomentar estilos de vida saludables.

Contribuir a garantizar la seguridad y calidad nutricional.

Fortalecer y mejorar la calidad de la atención en salud

Promover el desarrollo de los Recursos Humanos en salud.

Implementar la Participación Social en Salud.

Mejorar el acceso a medicamentos esenciales e insumos médicos.

Fortalecer la organización de los servicios del sistema nacional de salud para situaciones de emergencia, epidemia y catástrofe.

Desarrollar la capacidad de investigación y el desarrollo científico tecnológico en salud.

Garantizar la financiación, la inversión y el gasto público en salud.

Fortalecer la vigilancia de la salud y de sus factores determinantes.

Fortalecer la vigilancia y el control de los factores ambientales de riesgo para la salud.

Fortalecer las acciones que garanticen la salud de las personas en su ambiente laboral²⁰.

²⁰ Ministerio de Salud; Política Nacional de Salud 2009 – 2014. El Salvador. MINSAL; 2010.

IV. DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO:

Es un estudio de carácter cuantitativo, porque el objetivo es evaluar la calidad de atención a partir de la percepción que los usuarios tienen de la atención brindada en la Emergencia del Hospital Regional San Juan de Dios de San miguel, evaluando la estructura, el proceso y los resultados obtenidos cada vez que solicitan atención médica. Simultáneamente se evalúa la percepción de los empleados como prestadores y usuarios del sistema.

LUGAR Y PERIODO DE REALIZACIÓN:

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Emergencia del Hospital Regional San Juan de Dios de la ciudad de San Miguel durante el periodo de Abril a junio del año 2011.

UNIDAD DE ANALISIS:

Los procesos de atención que se brindan en la Unidad de Emergencia del Hospital San Juan de Dios de San Miguel, en el periodo de Abril a junio del año 2011.

UNIVERSO:

Son los procesos de atención que se brindan en la Unidad de Emergencia del Hospital Regional San Juan de Dios de San Miguel y la Plantilla de Personal asignada .durante el mes de Abril a junio del año 2011.

POBLACION

Todos los pacientes que consultan a la Unidad de Emergencia del Hospital Regional San Juan de Dios de San Miguel y la Plantilla de Personal asignada durante los meses de Abril a junio del año 2011.

MUESTRA:

Teniendo en cuenta y conociendo la naturaleza de un centro Hospitalario y en particular de un Servicio de Emergencia, en la cual existe variabilidad en la demanda de servicios en los distintos horarios de atención, tanto diurno como nocturno, el tipo de servicios brindados, la cantidad de recurso disponible en las distintas áreas de atención; Se consideró encuestar a usuarios y personal de

Emergencia, realizándolas en los distintos horarios de atención y en las diferentes dependencias de la unidad de Emergencia siendo encuestados ciento doce usuarios equivalente a un 14% de la demanda y sesenta empleados de las distintas dependencias y áreas de atención de la Unidad de Emergencia, que equivale a un 88%. Para la toma de la muestra se utilizó el total de consultas promedio mensual de la emergencia la cual era de 4816, esto se dividió entre los 30 días y posteriormente a ese total se le sacó el 14% el cual se multiplicó por los 5 días en los cuales se pasaron las encuestas dándonos una muestra de estudio de 112 pacientes que se encuestaron y también se les pasó al 88% de los recursos que corresponden a los 60 empleados que laboran en la Unidad de emergencia.

CARACTERIZACION DEL AREA DEL ESTUDIO:

El Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, fue fundado el 11 de abril de 1824, por Juan de Dios Pérez, originario de Cartago, Costa Rica y Don Juan de Camayuno

El Hospital es una institución de segundo nivel de atención que brinda atención a toda la población de la Zona Oriental; ya que el hospital funciona como un Hospital de Referencia de la Zona Oriental de salud.

Al momento, el hospital presenta un comportamiento funcional mixto, como hospital municipal para responder a la demanda espontánea y de referencia de la red de unidades de salud del municipio de San Miguel, con mayor densidad poblacional; Como hospital Departamental, en cuanto debe responder a la demanda espontánea y de referencia de la red de unidades de salud procedente de todos los municipios del Departamento de San Miguel; Así también, de las referencias de los dos hospitales municipales de Nueva Guadalupe y Ciudad Barrios; También tiene la gran responsabilidad en salud para funcionar como un hospital de referencia regional para responder a la demanda procedente de los hospitales de los departamentos de La Unión, San Miguel, Usulután y Morazán.

El comportamiento mixto del hospital puede ir en detrimento de la calidad de atención en relación a la razón de ser como hospital regional y como

consecuencia tener inadecuada utilización de los recursos derivándolos a actividades secundarias, dejando a un lado las atenciones en salud más complejas de la zona oriental.

Entre los servicios médicos que presta, está Consulta médica especializada, Consulta de Maxilo - Facial; Cirugía Laparoscópica, Cirugía Maxilofacial, Urología, Neurocirugía y Proctología. Ginecología y Obstetricia: Colposcopia y Crioterapia Cuenta con 10 quirófanos y 6 salas de de atención de partos, cirugías de urgencia y electivas, maquinas de anestesia con monitores y oxímetros. Cuenta con un servicio de Urgencia las 24 horas del día, dotado de un equipo multidisciplinario; Donde se ejecutan los diversos procesos asistenciales de las diferentes especialidades y subespecialidades médicas.

Por la reorganización del ministerio de salud, en el año 2007 se descentralizan los servicios de primer nivel hacia otras instalaciones fuera de esta institución.

En la actualidad el Hospital funciona con 967 empleados distribuidos en las siguientes áreas: administrativa, médicos, técnicos y enfermería distribuidos según estado financiero de la siguiente manera

CRITERIOS DE INCLUSION

a) Se incluyeron pacientes de ambos sexos en las especialidades básicas de Medicina, Pediatría, Cirugía y Gineco obstetricia que acudieron a la emergencia del Hospital Regional San Juan de Dios de San Miguel.

b) Utilizar los servicios considerados como parte del proceso de atención: Admisión, Laboratorio, Ambientes de atención y Farmacia.

Los acompañantes de los pacientes en los siguientes casos paciente inconscientes, pacientes infantiles y pacientes con dificultad para comunicarse.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

No haber transcurrido por todos los servicios considerados como parte del proceso de atención: Admisión, Laboratorio, Ambientes de atención y Farmacia.

VARIABLES

Estructura.

Analizando su Capacidad Instalada en sus variables:

- Disponibilidad.
- Accesibilidad.

Proceso.

Analizando la Calidad del proceso en sus variables de:

- Integralidad.
- Continuidad.
- Relaciones Interpersonales.
- Comodidad.

Resultado.

Analizando la eficacia en sus variables:

- Satisfacción
- Mejora o Recuperación del Paciente.
- Tiempos de Espera.

Matriz de Operacionalización de variables

Estructura: Capacidad Instalada

Variable	Definición operacional	Indicadores	Valores	Escala	Unidad de medida
Disponibilidad	Grado en el cual los servicios de atención que se brindan en el área de emergencia del hospital regional de San Miguel se hallan en estado operativo.	RECURSOS HUMANOS recursos necesarios y disponibles para brindar la atención en el área de emergencia	Adecuado Inadecuado	80% a más Menos del 80%	Cualitativa
		HOARIO DE ATENCION Horario de Atención Asignado, Hora de inicio turno, Hora de finalización turno.	Adecuado inadecuado	80% a más Menos del 80%	Cualitativo
		MATERIALES Y EQUIPOS Disponibilidad de materiales y equipo para el área de emergencia.	Adecuado inadecuado	80% a más Menos del 80%	Cualitativo
		MEDICAMENTOS E INSUMOS MEDICOS Medicamentos e Insumos Médicos disponibles para Actos médicos en el área de emergencia	Adecuado inadecuado	80% a más Menos del 80%	Cualitativo
Accesibilidad	Es la facilidad con que se obtienen los servicios médicos en cualquier momento, a pesar de posibles barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales	GEOGRAFICA Distancia en llegar(procedencia y tiempo). Disponibilidad de transporte	Adecuada inadecuado	80% a más Menos del 80%	Cualitativo
		Económicas Gasto incurridos en la atención en salud	Adecuada Inadecuada	80% a más Menos del 80%	Cualitativa
		CULTURALES Donde prefiere consultar.	Institucional No institucional	80% a más Menos del 80%	Cualitativa

MATRIZ PARA LA OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Capacidad Instalada

Variable	Indicadores	Fuente de información	Método ó Técnica	Instrumento
Disponibilidad	RECURSOS HUMANOS recursos necesarios y disponibles para brindar la atención en el área de emergencia	-Informes de recursos humanos -Usuario Externo -Usuario Interno	Análisis contenido. Encuesta	Guía de Satisfacción Usuarios Externo. Guía de Satisfacción Usuarios Interno
	HOARIO DE ATENCION Horario de Atención Asignado, Hora de inicio turno, Hora de finalización turno.	-Informe de recursos humanos de planes de rotación -Usuario Externo -Usuario Interno	Análisis contenido. Encuesta	Guía de Satisfacción Usuarios Externo. Guía de Satisfacción Usuarios Interno
	MATERIALES Y EQUIPOS Disponibilidad de materiales y equipo para el área de emergencia.	-Usuario Externo -Usuario Interno -Investigador Observador	Encuesta Observación participante	Guía de Satisfacción Usuarios Externo. Guía de Satisfacción Usuarios Interno Guía de Observación
	MEDICAMENTOS E INSUMOS MEDICOS Medicamentos e Insumos Médicos disponibles para Actos médicos en el área de emergencia	-Usuario externo -Usuario interno -Investigador Observador	Encuesta Observación participante	Guía de Satisfacción Usuarios Externo. Guía de Satisfacción Usuarios Interno Guía de Observación
Accesibilidad	GEOGRAFICA Distancia desde el domicilio del paciente Y tiempo para llegar). Disponibilidad de transporte	Usuario externo	Encuesta	Guía de Satisfacción Usuarios Externo.
	Económicas Gasto incurridos en la atención en salud	Usuario externo	Encuesta	Guía de Satisfacción Usuarios Externo
	CULTURALES Donde prefiere consultar.	Usuario externo	Encuesta	Guía de Satisfacción Usuarios Externo

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Proceso: Proceso de Calidad

Variable	Definición operacional	Indicadores	Valores	Escala	Unidad de medida
Calidad técnica Y	Carga científica – técnica de los procesos Diagnósticos y terapéuticos de los recursos humanos.	Integralidad (Leyes, Guías de manejo, protocolos)	Si se cumplen No se cumplen	80% a más Menos del 80%	Cualitativa
		Continuidad (cumplimiento protocolos de atención)	Si se cumplen No se cumplen	80% a más Menos del 80%	Cualitativa
Calidad humana	la interacción entre el entorno físico – humano y el cliente en los procesos de atención que se brindan en la Unidad de Emergencia	Relaciones Interpersonales (relaciones entre personal de la emergencia y usuarios de los servicios)	Satisfactorio No satisfactorio	80% a más Menos del 80%	Cualitativa
		Comodidades (condiciones de comodidad que se ofrecen en la Unidad de emergencia a los usuarios externos e internos)	Satisfactorio No satisfactorio	80% a más Menos del 80%	Cualitativa

MATRIZ PARA LA OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN

PROCESO DE CALIDAD

Variable	INDICADOR	Fuente de información	Método ó Técnica	Instrumento
Calidad técnica y humana	Integralidad (aplicación Leyes, Guías de manejo, protocolos)	Usuario interno. Usuario externo. Guías de manejo, protocolos de atención, Expedientes clínicos.	Encuesta Análisis de contenido	Guía de Satisfacción de Usuarios Internos Guía de Satisfacción de usuarios Externos
	Continuidad (cumplimiento protocolos de atención)	Guías de protocolos. Usuario interno. expedientes clínicos	Encuesta Análisis de contenido	Guía de Satisfacción de Usuarios Internos Guía de Satisfacción de usuarios Externos
	Relaciones Interpersonales (relaciones entre personal de la emergencia y usuarios de los servicios)	Usuario interno. Usuario externo	Encuesta	Guía de Satisfacción de Usuarios Internos Guía de Satisfacción de usuarios Externos
	Comodidades (condiciones de comodidad que se ofrecen en la Unidad de emergencia a los usuarios externos e internos)	Usuario interno. Usuario externo, Investigador Observador	–	Encuesta Guía de observación

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Resultado: Logro de Objetivos

Variable	Definición operacional	Indicadores	Valores	Escala	Unidad de medida
Eficacia	Cumplir exitosamente las necesidades de los clientes(pacientes) que consultan a la Unidad de Emergencia del Hospital San Juan de Dios de San Miguel	Satisfacción de los Usuarios (Nivel de aceptación con el servicio, el trato recibido y las condiciones de comodidad).	Adecuada Inadecuada	80% a más Menos del 80%	Cualitativa
		Mejora o Recuperación de los Pacientes (La mejoría de los síntomas con el manejo clínico recibido, conocimiento sobre la enfermedad y auto cuidado).	Adecuada Inadecuada	80% a más Menos del 80%	Cualitativa
		Tiempo de espera (Demoras de tiempo para recibir la atención, Atrasos en la consulta, causas de atraso).	Adecuada Inadecuado	80% a más Menos del 80%	Cualitativa

MATRIZ PARA LA OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Resultado: Logro de Objetivos

Variable	Indicador	Fuente de Información	Método o Revisión	Instrumento
Eficacia	Satisfacción de los Usuarios (Nivel de aceptación con el servicio, el trato recibido y las condiciones de comodidad).	Usuario Externo Usuario Interno	Encuesta	Guía de Satisfacción de usuarios Instrumento de la Encuesta (personal)
	Mejora o Recuperación de los Pacientes (La mejoría de los síntomas con el manejo clínico recibido, conocimiento sobre la enfermedad y auto cuidado).	Usuario Externo	Encuesta	Guía de Satisfacción de usuarios
	Tiempo de espera (Demoras de tiempo para recibir la atención, Atrasos en la consulta, causas de atraso).	Usuario Externo Usuario Interno	Encuesta Observación Participante	Guía de Satisfacción de usuarios Guía de Observación participante.

PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los procedimientos utilizados son: Observación Participante, Entrevista, Análisis de contenido (planes de trabajo, rotación de personal). Los instrumentos utilizados en la recolección de la información fueron de dos tipos:

Encuesta con preguntas cerradas y abiertas a los usuarios externos (paciente o acompañante del paciente) y preguntas cerradas para el personal del servicio de Emergencia del Hospital Regional San Juan de Dios de San Miguel

Guía Observacional. La cual incluye: observación de los diferentes procesos, verificación de materiales e insumos y la ambientación del área de emergencia del Hospital.

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Una vez elaborado el instrumento de recolección de la información y de realizar una prueba piloto con 10 pacientes para su validación, se procedió a aplicarla a los usuarios que solicitaron atención en emergencia del Hospital San Juan de Dios de San Miguel

Las encuestas se realizaron a la salida de la unidad a los usuarios o acompañante con previo consentimiento una vez que fueron atendidos.

Las encuestas de personal se realizaron con previo consentimiento de los mismos.

La naturaleza de los datos colectados fue cuantitativa que describen el nivel de satisfacción de los usuarios internos y externos y su incidencia en la Calidad de Prestación de Servicios de Salud en la Unidad de Emergencia.

PLAN DE ANÁLISIS:

Para la elaboración de la tesis se realizó como actividades principales las siguientes:

- Discusión de factibilidad para definir el Hospital Regional de San Miguel como lugar de estudio.

- Se solicitó permiso a la Dirección del Hospital para llevar a cabo la investigación.
 - Discusión y autorización de la investigación por el Comité de Ética Hospitalario.
 - Definición de las variables a estudiar, apegado a la evaluación normativa y las dimensiones de la calidad.
 - Se elaboró los instrumentos de recolección de datos.
 - Los resultados y su discusión se describieron siguiendo la lógica de los objetivos y sus respectivas variables.
 - Las conclusiones se establecieron siguiendo la lógica de la evaluación normativa.
 - Las recomendaciones se definieron según la síntesis concluyente respecto al objetivo general.

V. RESULTADOS

La presentación de resultados se ha realizado bajo el enfoque de estructura, proceso y resultados; Siguiendo la lógica de los objetivos y la orientación de lo particular a lo general; Primero se presenta los hallazgos importantes relativos a los indicadores ó elementos de cada Subvariable, luego se establece el promedio alcanzado de cada una de ellas; Para luego definir el porcentaje promedio alcanzado de cada variable. Los promedios de las variables y subvariables se comparan con el estándar de calidad establecido en la presente investigación, para determinar si hay calidad ó no en la atención que se brinda en la Unidad de Emergencia del Hospital San Juan de Dios de la Ciudad de San Miguel.

Como datos generales: Respecto al nivel educativo, se observa que los pacientes que consultan en la U de E. del Hospital Regional de San Miguel en un 5% no poseen ningún nivel educativo, un 58% poseen escolaridad básica y un 32% tiene escolaridad de Bachillerato y un 5% universitaria.

Del personal asignado a la U de emergencia encuestado, el 45% pertenece al gremio médico, un 35% enfermería y un 20% al personal administrativo.

De la plantilla de personal de la U de E. un 30% tiene menos de un año de labor en la institución; un 30% entre 1 y 4 años y un 40% más de 5 años; Así también se observa que un 46% de personal tiene menos de un año en el actual puerto de trabajo, un 27% entre 1 y 4 años y un 27% más de 5 años.

En el enfoque de estructura, al valorar la Capacidad Instalada a través de la Subvariable Disponibilidad, se encontró:

En cuanto a los recursos humanos; La percepción de los pacientes sobre la cantidad de médicos existentes en la unidad de Emergencia para brindar la atención un 83% refieren que existe el número de médicos adecuado para la demanda existente; Sin embargo un 72% de los pacientes refieren que la cantidad de enfermeras no es la adecuada para la demanda de pacientes existentes. Para las áreas de Laboratorio,

Farmacia y Rayos X, los pacientes refieren que se observa deficiencia de personal para la demanda en un 50%, 43% y 35% respectivamente.

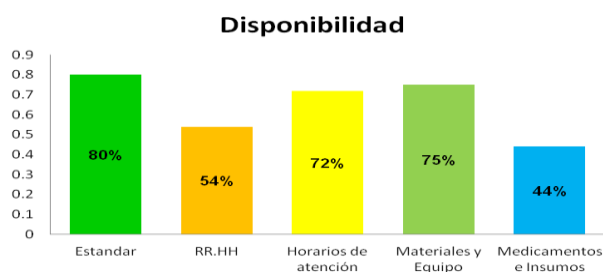
Al evaluar la percepción de los usuarios sobre los horarios de atención de los médicos en la unidad de emergencia, estos refieren en un 72% que los horarios son adecuados, y el 28% restante que es inadecuado para atender la demanda diurna, nocturna y fines de semana.

El 75% de personal de la U. de E. refiere que existe abastecimiento de materiales y equipamiento necesario para realizar las actividades, contra un 25% que refiere que no existe abastecimiento según necesidades.

Al observar las diversas áreas de la U de Emergencia se aprecia un inadecuado suministro de materiales e insumos en las áreas de limpieza y en las diversas áreas, necesidad de papelería.

El 56% de los pacientes que consultan a la U de E refieren que en la farmacia hospitalaria no encuentran los medicamentos prescritos por el médico ó solo encuentran algunos de los prescritos; Al desglosar estos resultados: un 8% de los pacientes no encuentran sus medicamentos y el 48% solo algunos, lo anterior se verificó a través de la información participante en dicha área.

Gráfico 1: Indicadores en términos porcentuales respecto al estándar de la variable disponibilidad.



Para valorar la Subvariable Accesibilidad; En el indicador geográfico, se tomo en cuenta la procedencia y la distancia desde el domicilio hasta el hospital, Así: De los pacientes que asisten a la U de E un 36% procede del área urbana y un 30% del área rural del municipio de San Miguel, haciendo un total del 66%; un 20% procede

del resto de municipios del departamento de San Miguel y solo un 14% procede de los departamentos de Morazán, la Unión y Usulután.

En cuanto al tiempo que tardan los pacientes desde su domicilio hasta el Hospital Regional un 44% se demoran entre 15 a 30 minutos, el 31% de 31 minutos a 1 hora y el 25% entre 1 a 2 horas.

En el aspecto económico, al evaluar la atención medica per se y los procedimientos hospitalarios el 100% de los pacientes refieren sentirse bien porque no pagan los servicios; sin embargo, el 52% refiere que no encontrar los medicamentos en la farmacia hospitalaria, representa un sobregasto al presupuesto de familia.

En el aspecto cultural, el 92% de los pacientes que consultan a la U de E refiere que en el hospital regional se encuentran los mejores especialistas; Así también, el 93% refiere que los médicos están capacitados y tienen los conocimientos suficientes para solucionar el problema de salud; un 66% de pacientes opina que el Hospital regional es el único en el municipio de San Miguel y por eso asisten a éste.

Gráfico 2: Descriptores de la variable Accesibilidad, en términos porcentuales

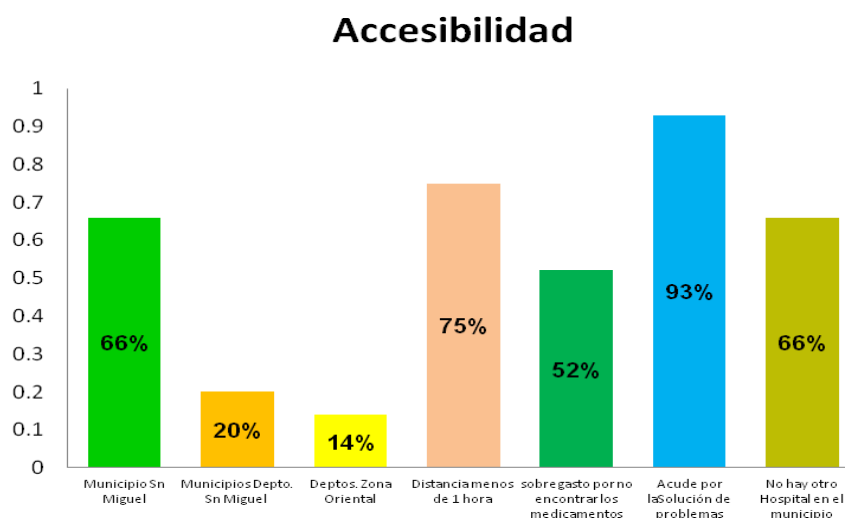
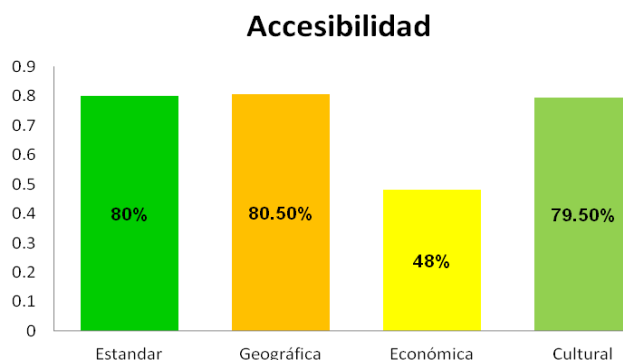
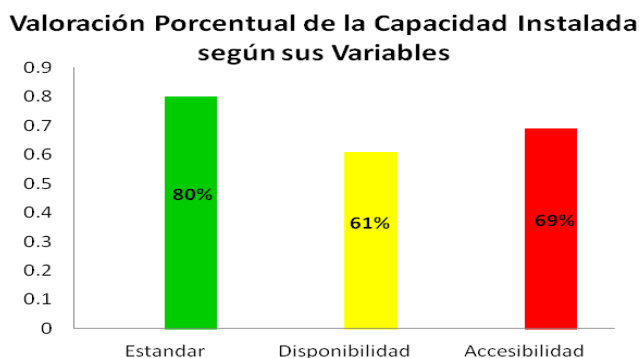


Gráfico 3: Indicadores de la variable Accesibilidad, en términos porcentuales respecto al estándar.



En resumen: La Capacidad Instalada es evaluada a través de sus variables Disponibilidad y Accesibilidad; Los resultados obtenidos indican que la unidad de emergencia del Hospital Regional cuenta con el 61% de Disponibilidad y el 69% de Accesibilidad de los recursos físicos, humanos y organizativos para atender al 100 de la población. El porcentaje global alcanzado como Capacidad Instalada es del 65%.

Gráfico 4: Valoración global porcentual de las variables de la Capacidad Instalada



La variable Calidad técnica y Humana es valorada por las subvariables Integralidad, Continuidad, Relaciones Interpersonales y Comodidad; Así: En la Integralidad, al evaluar la interrelación del conocimiento profesional con la política institucional de servicio y la confianza del paciente en el proceso de atención; Se observa:

El 95% de personal que labora en la U de E tiene conocimiento claro de las normas de funcionamiento de la U de E del hospital regional.

El 82% del personal tiene la suficiente oportunidad para recibir capacitación para mejorar las habilidades en el trabajo.

El 89% del personal refiere que las jefaturas demuestran un dominio técnico y de conocimiento para realizar sus actividades.

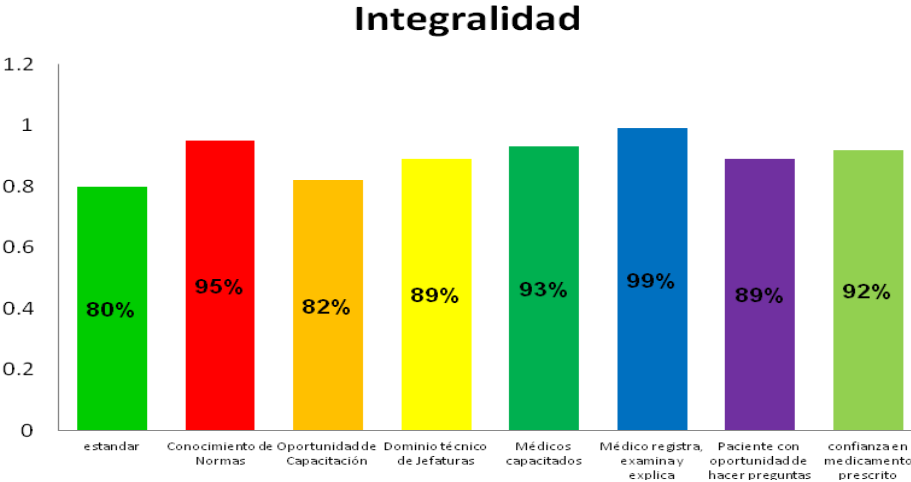
El 93% de pacientes que acuden a la U de E opinan que los médicos están capacitados para solucionarles su problema de salud.

El 99% de usuarios opina que el médico registra la consulta en el expediente, lo examina y explica la enfermedad.

El 89% de pacientes refiere que el médico le brinda la oportunidad de hacer preguntas sobre su enfermedad.

El 92% de usuarios refieren que tienen la confianza que los medicamentos prescritos van a solucionarle su problema de salud y que por lo tanto regresaría de nuevo por otra enfermedad.

Gráfico 5: Descriptores de la Variable Integralidad, en términos porcentuales respecto al estándar



Para la Subvariable Continuidad, Se tomó en cuenta la aplicación de guías clínicas ó protocolos, su grado de evaluación, cumplimiento de normas de funcionamiento de la U de Emergencia; Al respecto:

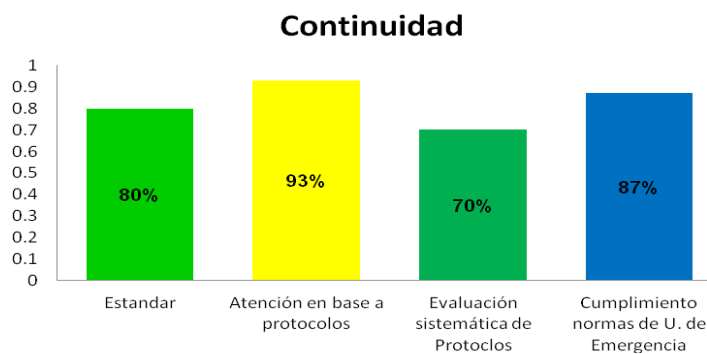
El 93% del personal refiere que la atención se realiza en base a protocolos ó guías clínicos.

El 70% de personal opina que se hace evaluación sistemática de la aplicación de los protocolos de atención.

Al preguntar el tiempo en que se evalúa los protocolos, un 37% del personal refiere que se evalúan cada 3 meses, un 17% cada 6 meses, el 13% cada año y un 33% refiere que se evalúan cada 2 años.

En cuanto al nivel de cumplimiento de la normas de funcionamiento de la Unidad de Emergencia, respecto a ornato y limpieza, mantenimiento de equipo e instalaciones, suministro de materiales y atención al cliente, el 87% del personal afirma que se cumple adecuadamente.

Gráfico 6: Indicadores de la Variable Continuidad, en términos porcentuales respecto al estándar.



En la Subvariable Relaciones Interpersonales, Se evalúa las relaciones entre personal de un mismo nivel jerárquico, entre diferentes niveles jerárquicos y la relación personal-usuario; Al respecto:

El 88% del personal refiere una actitud de apoyo hacia el compañero para completar ó finalizar las tareas.

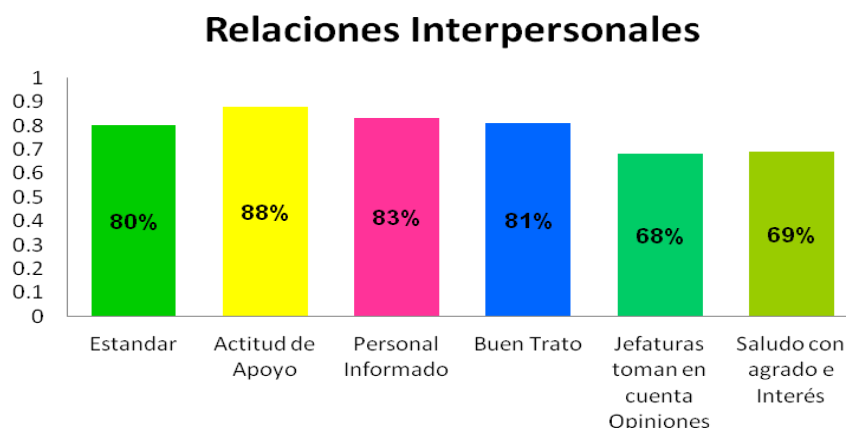
EL 83% del personal se encuentra informado por las jefaturas sobre las actividades a realizar, el desempeño y los resultados alcanzados.

El 81% de los empleados recibe buen trato independientemente del cargo que ocupen.

El 68% de los empleados tienen una opinión favorable de que los jefes toman en cuenta sus opiniones y sugerencias.

El 92% de los usuarios tienen opinión favorable respecto al saludo con agrado e interés del personal de archivo, médico y enfermería y solo un 47% opina que el personal de Rayos X, laboratorio y farmacia saluda con agrado e interés.

Gráfico 7: Indicadores de la Variable Relaciones Interpersonales, en términos porcentuales respecto al estándar.



Se tomó como factores evaluativos de la Subvariable comodidad: la facilidad de adaptación del empleado al medio laboral que ofrece la U de E, la dotación de los recursos necesarios para el desempeño en el puesto de trabajo y las condiciones ambientales para realizar el trabajo; Así también, la percepción de los usuarios en cuanto a la ambientación de la U de E, la señalización para encontrar las diversas áreas de atención y el nivel de privacidad para brindar la atención.

El 93% del personal refiere que existe facilidad de adaptación del empleado al medio laboral que ofrece la U de E.

El 75% de los empleados tiene opinión favorable en cuanto a la Dotación de los recursos necesarios para el desempeño en el puesto de trabajo.

El 34% del personal opina que la ventilación y el nivel de ruido son favorables para realizar de la mejor manera el trabajo.

El 90% del personal refiere que el grado de iluminación es favorable para realizar el trabajo y el 54% opina favorablemente respecto al mobiliario y equipo.

El 93% de los pacientes tienen opinión positiva en cuanto al orden y limpieza, iluminación y silla de espera. Respecto al orden. Limpieza y agua en los sanitarios solo el 47% de los pacientes tienen opinión positiva; Así también solo el 56% de los pacientes tienen opinión positiva para el grado de ventilación existente.

El 74% de los usuarios refieren que la señalización que existe en la U de E no permite encontrar con facilidad las diversas áreas de atención.

El 74% de los usuarios refieren que el nivel de privacidad para recibir la atención es adecuada contra un 26% que opina lo contrario.

Gráfico 8: Descriptores de la Variable Comodidad, en términos porcentuales respecto al estándar

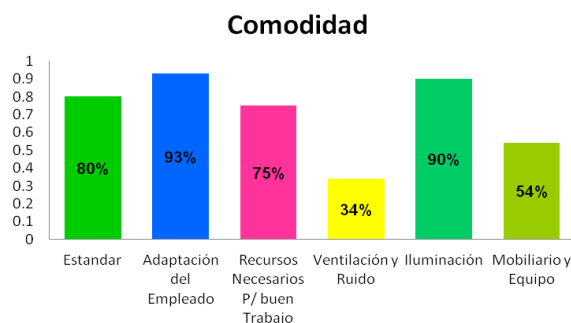
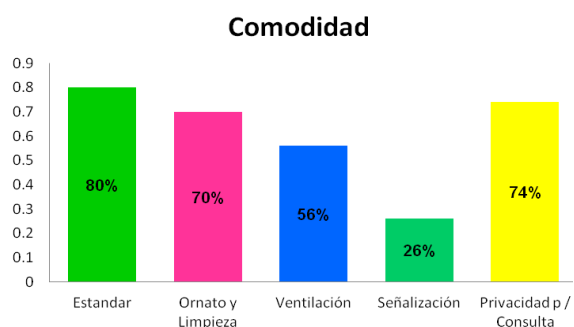
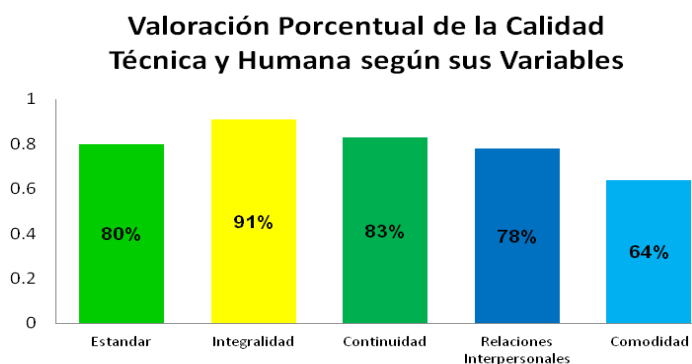


Gráfico 9: Descriptores de la Variable Comodidad, en términos porcentuales respecto al estándar



En la evaluación realizada basada en el enfoque de proceso, valorando la Calidad Técnica y Humana en sus diferentes subvariables, dio como resultado que la Unidad de Emergencia del Hospital Regional se acerca al 80% de resultado esperado pero no la cumple. Así lo muestra el siguiente gráfico:

Gráfico 10: Ponderación porcentual de las Variables que responden a la Calidad Técnica y Humana



La variable Eficacia se evalúa a través de las Subvariables satisfacción, Recuperación de los pacientes y Tiempos de Espera.

En la Subvariable Satisfacción valoramos el nivel de aceptación del servicio, trato y condiciones de comodidad; Así: El 88% del personal refiere sentirse satisfecho de laborar en la U de E y que las tareas que realiza son de acuerdo a su formación y experiencia.

El 80% del personal opina que los jefes se preocupan por las necesidades de los empleados; El 68% de los mismos refieren que las políticas del personal favorecen la satisfacción y comodidad del personal, contra un 32% que opina lo contrario.

El 29% de los usuarios tiene opinión favorable respecto a la rapidez de la atención contra un 71% que refiere que hay demora en la atención en salud en la U de Emergencia.

Al preguntar a los pacientes la satisfacción con la disposición de ayuda que le brinda el personal, el 35% opina que se encuentra satisfecho y el 65% refiere que no; Al enfatizar los motivos para la satisfacción: La amabilidad y la consulta rápida son los elementos de importancia; En cuanto a la insatisfacción los elementos considerados son la demora en farmacia, Rayos X, laboratorio y la demora para ingresos de pacientes al área hospitalaria

Cuando se le pregunta a los usuarios “Que es lo que más le gustó de la atención en la Unidad de Emergencia”. El 27% refiere la amabilidad, el 45% el poco tiempo de espera para la consulta; El 21% que no se rechaza a nadie y un 7% la limpieza.

Sin embargo, cuando se pregunta “Que es lo que menos le gustó de la atención”. El 62% refiere que es el tiempo de espera y la limpieza con el abastecimiento de agua en los sanitarios; el 31% la poca cantidad de enfermeras y el llenado de papeles para el ingreso; el 7% la amabilidad.

Gráfico 11: Descriptores de la variable Satisfacción, en términos porcentuales respecto al estándar

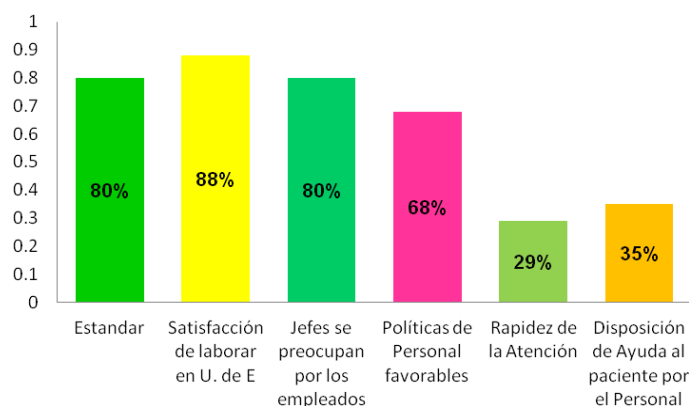


Gráfico 12: Descriptores de Satisfacción al paciente, en términos porcentuales

Lo que más le gusta de la Atención al paciente

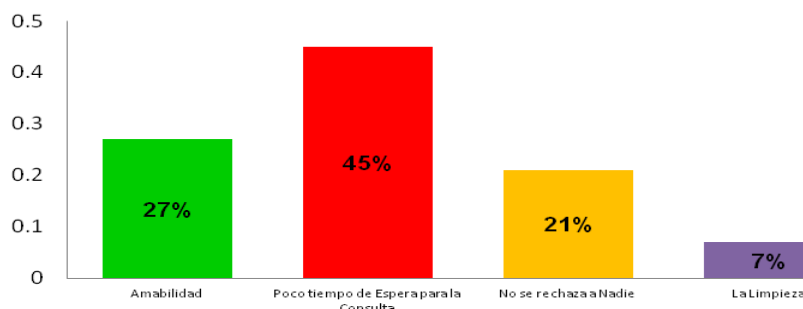
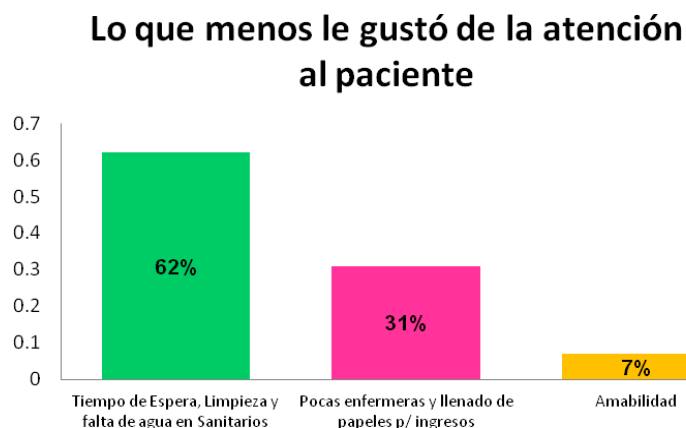


Gráfico 13: Descriptores de Satisfacción del paciente, en términos porcentuales



En la Subvariable Manejo o recuperación de los pacientes, se determinó que:

El 92% de los usuarios refieren que los médicos de la U de E del hospital regional están capacitados para solucionarle el problema de Salud por la cual consultan.

El 92% de usuarios regresaría a la unidad de Emergencia en caso requiera ser atendido por otra enfermedad.

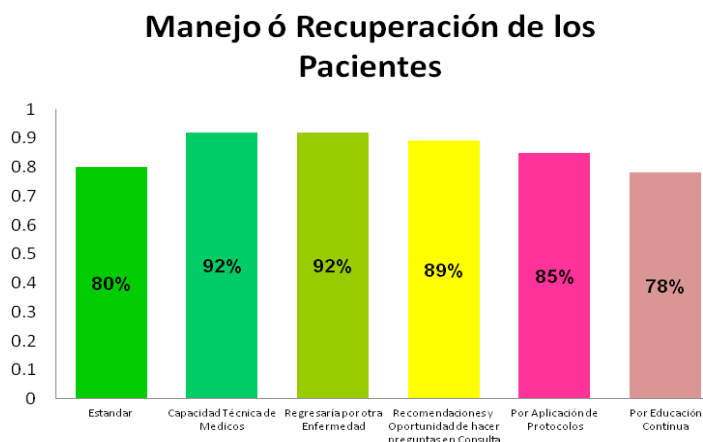
El 92% de usuarios tiene confianza que los medicamentos prescritos le van a solucionar el problema de salud

El 89% de usuarios refiere que el médico le brinda las recomendaciones para mejora de su enfermedad y le da la oportunidad de hacer preguntas sobre la enfermedad.

El 85% de personal refiere que la aplicación de protocolos en la atención permite la pronta recuperación de los pacientes.

El 78% de personal opina que la mejoría de los pacientes se debe a la educación continua que reciben.

Gráfico 14: Indicadores de la Variable Manejo ó Recuperación de los pacientes



Respecto a los tiempos de espera en las áreas que componen el proceso de atención, los pacientes tienen opinión dividida; así:

Para el área de archivo el 70% de usuarios refiere un tiempo de espera de 1-15 minutos; el 27% un tiempo de espera de 16 a 30 minutos; y un 30% refiere un tiempo de espera de 31 a 60 minutos.

El 29% de usuarios refiere que el tiempo de espera para la consulta médica es de 1 a 15 minutos, el 60% opina que es de 16 a 30 minutos, el 6% de 31 a 60 minutos, y el 5% mayor de una hora.

El 3% de los usuarios refiere que para recibir los servicios de Rayos X tiene que esperar entre 1 y 15 minutos; el 12% entre 16 y 30 minutos; El 40% entre 31 y 60 minutos; el 45% espera más de 1 hora.

Para el área de laboratorio un 1% de usuarios refiere esperas entre 1 y 15 minutos; el 2% entre 16 y 30 minutos, el 16% entre 31 y 60 minutos y el 61% tiene que esperar más de 1 hora.

En el área de farmacia el 18% refiere esperar entre 1 y 15 minutos para ser despachado; el 31% entre 16 y 30 minutos; el 36% entre 31 y 60 minutos; El 15% más de 1 hora.

Al evaluar las causas de retraso en la atención se observa que el 55% de retraso es debido al poco personal; el 16% por indiferencia; el 18% por platicar mucho con los compañeros y el 11% por estar fuera del puesto de trabajo.

Gráfico 15: Tiempos promedios de tiempo de espera para la atención en la Unidad de Emergencia.

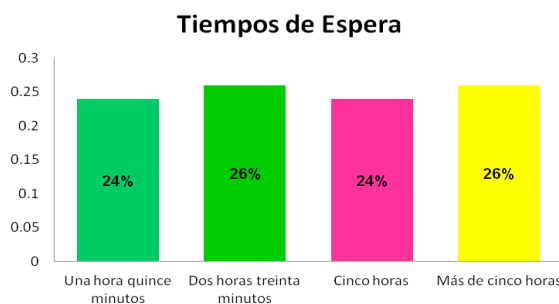
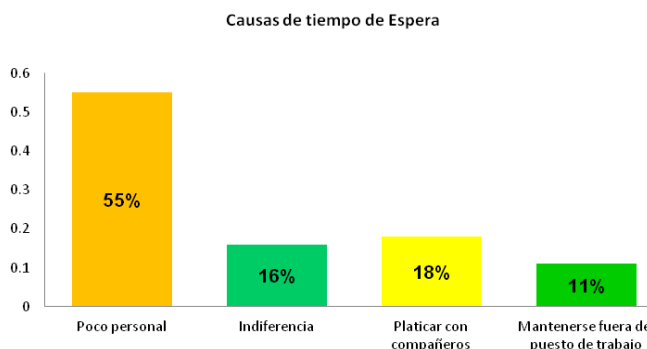
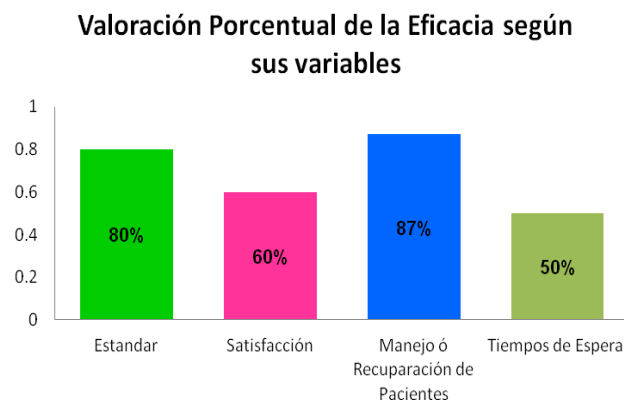


Gráfico 16: Causas de Retraso en los tiempos de espera.



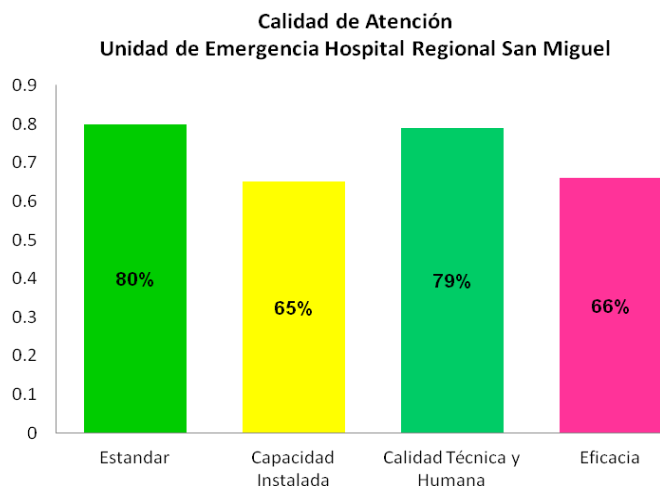
La calidad de La Unidad de Emergencia del Hospital Regional de San Miguel, en términos de eficacia, tiene su ponderación global es del 66% y que la valoración de los indicadores muy sensibles como la satisfacción y tiempos de espera se encuentran abajo del 60% de opiniones positivas; Tal como se presenta en el siguiente gráfico:

Gráfico 17: Ponderación de las Variables que responden a la Eficacia en el marco del enfoque de resultados.



El resultado general del estudio sobre la evaluación de la Calidad de atención que se brinda en la Unidad de Emergencia del Hospital Regional San Juan de Dios de San Miguel; Determina que en la valoración de su capacidad Instalada, solo alcanzó el 65%, en la Calidad Técnica el 79% y en la valoración de la Eficacia el 66%.

Gráfico 18: Valoración global de las Variables Generales en la evaluación de la Calidad de Atención



VI. DISCUSION DE LOS RESULTADOS

La investigación realizada en el Hospital Nacional de San Juan de Dios en la ciudad de San Miguel sobre la calidad de atención que se brinda en la unidad de emergencia nos proporciona resultados importantes que se convierten en oportunidades de mejora a problemas de calidad que merecen una atención más profunda y detallada. Los resultados obtenidos son productos de la opinión de usuarios internos y externos; así también, del juicio observatorio en la unidad de Emergencia, según criterios metodológicos establecidos para el estudio evaluativo.

Se determinó que los pacientes en su mayoría (63%) tienen un nivel educativo bajo y el personal que atiende la demanda de pacientes en la unidad de Emergencia es personal nuevo, con menos de un año de ingresar a la institución (30%); así también, el personal de la unidad de Emergencia en un porcentaje considerable (46%) tiene menos de un año en su puesto de trabajo. Esto es importante considerar en el sentido que en las emergencias hospitalarias debe predominar personal con conocimiento y experiencia que garanticen el funcionamiento, y en concordancia con lo expuesto por Joseph Juran (1951) respecto al principio de Pareto o ley 20-80; “El 80% de las consecuencias se debe al 20% de causas”; análogamente, no se debe tener más del 20% del personal nuevo en una emergencia hospitalaria, porque esto generaría deterioro de la calidad²¹.

Al evaluar la capacidad instalada en su variable disponibilidad se encontró que un 46% de los usuarios percibe un déficit de personal en la unidad de Emergencia del Hospital Regional de San Miguel, más acentuado en enfermería, laboratorio, farmacia y Rayos X respectivamente; así también el 28% de usuarios perciben una distribución inadecuada de los horarios de los médicos para atender la demanda diurna, nocturna y de fines de semana, un 25% de usuarios percibe un desabastecimiento de materiales y equipo; siendo más sensible la papelería, equipos e

²¹ Juran J.M. Juran y la planificación para la calidad. 1ª Edición, España: Ediciones Díaz de Santos: 1996.

insumos de limpieza; un 56% de usuarios perciben desabastecimiento de medicamentos en la farmacia hospitalaria.

Lo anterior indica que el Hospital Regional San Juan de Dios tiene una disponibilidad del 61% de recursos para atender el 100% de la demanda; Con un déficit del 39%.

En la variable accesibilidad la mayor parte de pacientes procede del municipio de San Miguel (66%), un 20% de los municipios del Departamento de San Miguel, y el resto de los departamentos que conforman la región oriental del país. De acuerdo a Malagón-Londoño (1999) un hospital nivel 3, donde debe ubicarse el Hospital en estudio, establece que en su generalidad debe realizar actividades para un nivel de mayor complejidad y esto debe plasmarse en la misión y objetivos del Hospital; Deben ser además de asistenciales, sede de una facultad de ciencias de la salud.

El 75% de usuarios demoraron menos de 1 hora para llegar desde su domicilio hasta el hospital y en concordancia con el acápite anterior “si el hospital está atendiendo mayormente a población cercana, el tiempo para llegar al hospital desde el domicilio va a ser menor”.

A pesar que los pacientes estudiados refirieron sentirse bien por la gratuidad, el 52% de los mismos opinaron que el no encontrar los medicamentos prescritos en la farmacia hospitalaria, representa un sobregasto en el presupuesto de familia. Según Ponto Landaverde (1999) “Para tener un adecuado abastecimiento y suministros, la determinación de necesidades se lleva a cabo con base a los objetivos institucionales y metas trazadas para un periodo de tiempo definido²².”

Morcillo P. y Fernández J. en su libro Dirección estratégica y Sector Publico refiere que el objetivo principal de la Dirección estratégica es racionalizar la estructura y redimensionar los recursos, debe de haber concordancia entre la productividad y gasto; mejorar la calidad de los servicios de la asistencia sanitaria.

²² Malagón Londoño G, Galán Morera R, Ponto Landaverde G, Arredondo Pérez L. G. Administración Hospitalaria, 1ª Edición, Colombia: Editorial Médica Panamericana; 1996.

El aspecto cultural de la población que utiliza el servicio de Emergencia del Hospital regional tiene la percepción que en el hospital se encuentran los mejores especialistas y las capacidades para solucionar los problemas de Salud y por lo tanto el 93% acude a la unidad de emergencia, pero el 66% refirió que asiste al hospital porque es el único en el municipio de San Miguel.

Al realizar el cruce de indicadores de la variable accesibilidad se puede deducir que existe concordancia entre ellos en el sentido de que el Hospital regional está respondiendo mayormente como Hospital municipal, muy poco como Hospital departamental y en un pequeño porcentaje (14%) como Hospital Regional; esto es importante porque en concordancia con la planificación estratégica, el diseño estructural y funcional hospitalario debe estar acorde al propósito primario deseado o visión y el engranaje estratégico vinculado a la misma; por ejemplo, considero que si se desea que el hospital responda a las necesidades en salud de una región, su planeamiento estratégico debe realizarse para funcionar como Hospital regional y buscar alternativas a corto y mediano plazo para derivar lo que no le corresponde, a otros niveles.

Por lo anterior, se puede inferir que los recursos hospitalarios se están utilizando para procesos no contemplados en la planificación estratégica como hospital regional y hay subutilización de los mismos, o existe la necesidad de reorientar el planteamiento estratégico. Arrendondo Pérez (1999) sostiene que la organización y utilización racional de los recursos hospitalarios solo puede lograrse si esta apegada a la misión institucional en el marco de la planeación estratégica hospitalaria:

.En el enfoque de procesos, para el presente estudio se valoró la calidad técnica y humana en sus variables integralidad, continuidad, relaciones interpersonales, comodidad.

Al evaluar la variable Integralidad se obtuvo que el 89% de personal conoce las normas de funcionamiento de la unidad de emergencia, que hay un dominio técnico y de conocimiento de las actividades y que existe oportunidad de capacitación para mejorar las habilidades en el trabajo; mientras que el 93% de usuarios opinaron que

los médicos están capacitados para solucionar los problemas de salud, registran la consulta en el expediente, examinan, explican la enfermedad, brindan la oportunidad al paciente de hacer preguntas sobre la enfermedad y sienten que los medicamentos prescritos solucionan el problema de salud.

Lo anterior demuestra que el Hospital goza de una opinión positiva a cerca de la calidad técnica y funcional del personal, tanto por los usuarios internos como externos. Como lo establece Jaime Varo 1994: La integralidad es la capacidad de respuesta que tiene el hospital para resolver los problemas de salud de la población y las organizacionales²³.

En la variable Continuidad, la mayor parte de los empleados (90%) opinaron que se cumplen los protocolos de atención clínica y las normas de mantenimiento para garantizar el funcionamiento de la Unidad de Emergencia; sin embargo, solo el 70% de empleados refirió que se hace evaluación sistemática de los protocolos y existe opinión dividida respecto al tiempo en que se evalúan estos protocolos, ya que el 54% opinó que los protocolos se evalúan cada 3 ó 6 meses, el 13% cada año y el 33% cada 2 años.

Evaluar la continuidad de atención en cuanto al cumplimiento de protocolos nos permite estandarizar los procesos hospitalarios y la calidad de los mismos estará ligada a su ejecución y control ejercido por los trabajadores, en la misma permitirá la corrección de las desviaciones y la prestación será personalizada. En concordancia con lo anterior Jaime Varo 1994: Los protocolos formalizan la atención científica y técnica, disminuyen la incertidumbre y ayudan a actualizar los conocimientos, el papel que juegan en la asistencia es ser el prototipo de la asistencia; las modificaciones del proceso, según las circunstancias propias de cada paciente,

²³ Varo J, Renau Piqueras J J. Gestión Estratégica de la Calidad de los Servicios Sanitarios. España: Ediciones Díaz Santos; 1994.

dependerán del grado de autocontrol de los profesionales, estrechamente relacionadas con sus aptitudes²⁴.

En resumen: los resultados obtenidos en el estudio nos refiere que en el Hospital regional existen los protocolos de atención, se aplican en la atención a los pacientes, pero no existe uniformidad en la evaluación de los mismos, esto puede conducir a un deterioro de la calidad de atención y tal como lo establece Avedis Donabedian 1991: “la falta de continuidad conduce a la inestabilidad de los objetivos y métodos de tratamiento ó su evolución ordenada y razonable y esto influye en la calidad de la atención²⁵.”

Los resultados de la evaluación en cuanto a las relaciones interpersonales demostraron que el 84% de los empleados que laboran en la U de E perciben actitud de apoyo hacia el compañero para completar o finalizar las tareas; información oportuna por las Jefaturas sobre las actividades a realizar, el desempeño y los resultados alcanzados; Así también, buen trato. El 68% refirió que sus opiniones y sugerencias son tomadas en cuenta y un porcentaje considerable (32%) opinó que no.

El 92% opinó que existe amabilidad e interés desde el lugar que proporciona datos hasta la consulta médica per se; Sin embargo el 53% de los mismos refirieron que en las áreas posteriores a la consulta como rayos X, laboratorio y farmacia no hay amabilidad e interés hacia el paciente.

Toda empresa funciona debido a las relaciones personales que se generan en ella; puede considerarse entonces, que las organizaciones sean estas de productos o servicio son un conjunto de interrelaciones personales que se organizan bajo

²⁴ Varo J, Renau Piqueras J J. Gestión Estratégica de la Calidad de los Servicios Sanitarios. España: Ediciones Díaz Santos; 1994.

²⁵ Donabedian A. La Calidad de la Atención Médica. 1ª Edición, México: Ediciones Copilco S.A de C.V.: 1991.

determinadas circunstancias para lograr ciertos objetivos y si estas fallan o no son productivas la organización no es exitosa (Jacques Horovitz 1994)²⁶.

Para que una organización como el Hospital tenga éxito, ha de establecer una comunicación eficaz entre los individuos o grupos, pero esta comunicación debe tener características como: ser bidireccional (descendiente/ascendiente), horizontal; así también debe darse efectivamente la Comunicación interna; en otra palabras, las que se generan entre los empleados del mismo o diferente nivel jerárquico y la comunicación externa, entendida como la relación de los empleados y clientes.

Los resultados obtenidos demostraron que no existe adecuada relación interpersonal entre el personal y entre estos con los pacientes, porque solo se cumple con la comunicación descendente y cuando los trabajadores brindan opiniones y sugerencias de mejora en el 32% no son tomadas en cuenta; sin embargo hay que recalcar que la comunicación horizontal es aceptable en el 84%.

En la relación de los empleados con los clientes; Aunque los pacientes perciban adecuada relación interpersonal desde archivo hasta la consulta médica, no se puede tomar como tal porque en el estudio se está evaluando todo el proceso de atención y es en las áreas posteriores a la consulta donde el 53% de pacientes perciben inadecuada relación interpersonal.

Por lo tanto; considero, que los directivos del hospital regional deben poner atención en el desarrollo de personal poniendo énfasis en: metas corporativas y metas personales, desarrollar una cultura de excelencia, estimular la creatividad e innovación, fomentar el trabajo en equipo, generar confianza institucional en los empleados; lo anterior con el propósito Gerencial de mejorar la base de la relaciones interpersonales como lo es la Actitud de los empleados.

Respecto a los indicadores que responden a la variable Comodidad, cuando se evaluó si existe la facilidad de adaptación del empleado al medio laboral que ofrece

²⁶ Horovitz Jacques G. La Calidad del Servicio. 1ª edición, Colombia: Editorial McGRAW-HILL; 1994; pp. 1 – 36.

la Unidad de Emergencia del Hospital Regional, el 93% del personal opinó favorablemente; Esto es importante porque demuestra una actitud positiva compartida entre el empleado nuevo y el resto del personal para crear un clima organizativo de cordialidad y aceptación mutua. Esto facilita la creación del trabajo en equipo; tal como lo establece Leonard L. Berry 1993: Cuando en una organización existe actitud positiva por el empleado para adaptarse al puesto de trabajo y el resto del personal le brinda las condiciones para brindarle la acogida; entonces predominan las condiciones para desarrollar equipos de trabajo que se esfuercen por alcanzar los objetivos institucionales²⁷.

Sin embargo un 25% de los empleados opinó que no se le brindan los recursos necesarios para su desempeño en el puesto de trabajo; Así también, el 66% de empleados refieren sentirse incómodos con el nivel de ventilación y ruido que impera en la unidad de Emergencia y el 46% inconforme con el mobiliario y equipo.

La opinión de usuarios fue favorable un 93% para el ornato y limpieza en general e iluminación, pero negativa en un 53% para la limpieza de los Servicios Sanitarios y abastecimiento de agua. El 44% refirió que el nivel de ventilación no es adecuada en la U de E; así también la señalización de los ambientes del servicio de emergencia no es adecuada (74% de opiniones negativas) y el 26% opino que la privacidad para recibir la atención no es adecuada.

En general, la sumatoria de los indicadores para valorar la comodidad que brinda el servicio de emergencia es de 64% poniendo en evidencia que hay oportunidad de mejora en materia de comodidad en el proceso de prestación de atención en salud.

Las comodidades se refieren “a las características propias de los servicios de salud que no están directamente relacionadas en la eficacia clínica, pero acrecientan la satisfacción de los clientes; a menudo se relacionan con el aspecto físico del

²⁷ Berry L, Parasuraman A. Marketing de las Empresas de Servicios. 1ª Edición, U.S.A.: Editorial Norma; 1993

establecimiento, el personal, los materiales, comodidades físicas, la limpieza y la privacidad, música, videos, revistas, etc.²⁸ .

Los directivos del Hospital tienen la oportunidad de mejorar la calidad de atención, trabajando en las amenidades ó detalles del buen servicio para cumplir las expectativas de los empleados y pacientes y lograr la satisfacción de los mismos.

En el enfoque de resultados concordante con el sistema unificador para la evaluación de la calidad establecido por Avedis Donabedian; en el presente estudio se valoró la eficacia, a través de sus indicadores: satisfacción, manejo o recuperación de pacientes y tiempos de espera.

Raúl Restrepo Parras; 2000, refiere que la satisfacción en salud implica, que el cliente/paciente perciba que se le han cumplido ó incluso excedido sus necesidades de atención de acuerdo a sus expectativas.

El estudio determinó que el 84% del personal se siente satisfecho de laborar en la Unidad de Emergencia, que sus tareas van acorde a su formación y experiencia y tienen la percepción que las jefaturas se preocupan por los empleados, pero un 68% de los empleados refieren que las políticas de personal favorecen la satisfacción de los mismos.

Al encuestar a los pacientes, el 65% de los mismos opinaron que no percibieron disposición de ayuda por parte del personal que labora en la U de emergencia, pero al preguntarles qué factores de la Unidad de Emergencia le brinda satisfacción, estas respondieron que la consulta rápida (45), amabilidad (27%), no se rechaza a nadie (21%) y la limpieza (7%); los factores que le brindan insatisfacción son: el tiempo de espera después de la consulta y la limpieza, mas la falta de agua en los sanitarios (62%); la poca cantidad de enfermeras (31%) y la amabilidad (7%).

Estos resultados permiten realizar un juicio de valor acerca del nivel de satisfacción de los usuarios internos y externos, en cuanto a que, si se conocen los factores de satisfacción e insatisfacción de los empleados puede establecerse el nivel de

²⁸ Méndez de García H C. Calidad de Atención en Salud; Dossier, Maestría en Gestión Hospitalaria, Universidad de El Salvador. El Salvador. 2007.may.

satisfacción de los pacientes; tal como lo establece Leonard L. Berry 1993: “para satisfacer las necesidades y superar las expectativas de los clientes se debe trabajar el marketing interno basado en las premisas: ¿Competimos vigorosamente por empleados como por clientes finales?, ¿representa nuestra empresa algo que valga la pena?, ¿preparamos a nuestra gente para un desempeño excelente?, ¿hacemos inca pié en el trabajo en equipo?, ¿le damos a los empleados la libertad para cumplir en sus clientes?, ¿evaluamos y recompensamos lo importante?, ¿Escuchamos a los empleados?²⁹.

Así también, el autor brinda los aspectos esenciales que toda organización debe desarrollar en el marketing externo para superar las expectativas de los clientes: Desempeñar el servicio bien desde la primera vez, comunicación efectiva con los clientes, sorprender a los clientes durante el proceso del servicio, buscar soluciones estructurales a los problemas de los clientes; brindar servicio personalizado a nuestros clientes.

En resumen; el nivel de satisfacción del personal y pacientes de la U de E. del Hospital Regional es del 60%; lo que significa que la eficacia en términos de satisfacción es del 53%. Este valor al contrastarlo con el estándar del 80% estimado como mínimo aceptable para el estudio pone de manifiesto que no existe el nivel de satisfacción adecuada y por ende los problemas de la dimensión satisfacción del cliente pueden comprometer la calidad general de la atención que brinda la Unidad de Emergencia.

Los resultados obtenidos en el estudio, respecto a los factores relacionados con la variable manejo o recuperación de los pacientes demostraron que el 92% de empleados perciben que la recuperación de los pacientes se debe a la aplicación de los protocolos de atención y a la educación continua; mientras que el 91% de los pacientes opinaron que el personal médico está capacitado para solucionarles su problema de salud, sientes confianza en los medicamentos prescritos, el médico le

²⁹ Berry L, Parasuraman A. Marketing de las Empresas de Servicios. 1ª Edición, U.S.A.: Editorial Norma; 1993

brinda las recomendaciones para mejorar de su enfermedad, la oportunidad de hacer preguntas sobre la enfermedad y que por lo tanto regresaría de nuevo.

Al contrastar los resultados con el contexto teórico, el módulo Calidad de Atención en Salud de la Maestría en Gestión Hospitalaria, pag.219 refiere: “La eficacia es una dimensión importante de la calidad en el ámbito donde se definen las normas, especificaciones y los temas relacionados con ella son importantes de considerar en el ámbito local en la medida que los directivos deciden aplicar las normas y adaptarlas a las condiciones locales”. Extrapolando lo anterior al presente estudio de la calidad, la relación de aplicación de protocolos de atención y la recuperación de los pacientes es mediada por el manejo personalizado que se realiza en cada paciente según su patología y contexto individual y familiar contemplado en las normas y especificaciones clínicas³⁰.

Avedis Donabedian (1991), refiere que en términos de resultados, el tratamiento técnico se valora a través de las aristas como el nivel de satisfacción del paciente con los resultados obtenidos en la atención; manifestados por su propia opinión, y el nivel de satisfacción de los profesionales expresada por su opinión que la aplicación de los protocolos de atención y la educación continua da como resultado la mejora de los pacientes.

En términos generales se puede afirmar apegado a los resultados del estudio y la base teórica, que la Unidad de Emergencia es eficaz en el manejo o recuperación de los pacientes debido a la aplicación de los protocolos de atención, esto genera confianza en los pacientes para la solución de sus problemas de salud.

Para la variable Tiempos de Espera se valoró las demoras del paciente en cada área que compone el proceso de atención de la U de E; para lo cual, se estableció diversos tiempos desde cero hasta más de una hora. No se comparó con la gravedad de las patologías porque el estudio representa una evaluación o tamizaje general del

³⁰ Méndez de García H C. Calidad de Atención en Salud; Dossier, Maestría en Gestión Hospitalaria, Universidad de El Salvador. El Salvador. 2007. mayo.

proceso de atención y el criterio de inclusión fue que el paciente sujeto de estudio pasara por las áreas que componen el proceso de atención.

Los resultados obtenidos permiten establecer en primer lugar tiempos promedios totales en base a demoras en cada área o fase del proceso, en segundo lugar establecer demoras desde la llegada del paciente hasta recibir la consulta médica y posterior a la misma.

Se determinó que el 24% de usuarios tienen una demora de atención en salud de 1.15 horas, el 26% demora 2.30 horas, el 24% 5 horas y el 26% de usuarios demoran más de 5 horas para recibir la atención.

Ahora bien, al valorar las demoras desde la llegada a la Unidad de Emergencia hasta la consulta, el 93% de usuarios demoran para recibir la atención entre 15 y 30 minutos, en cambio solo el 11% de los pacientes se demoran entre 15 y 30 minutos para recibir la atención después de la consulta médica en cada área que componen el proceso de atención.

Al comparar estos resultados con los estándares internacionales como los establecidos en España, que establece un tiempo máximo de 2 horas para una patología prioridad 4 que consulta a una unidad de emergencia; analógicamente, si los pacientes que consultan a la Unidad de Emergencia del Hospital Regional tendrían patología prioridad 4 y el tiempo promedio permitido por el hospital fuese de 2:30 horas para este tipo de patología solo se estaría cumpliendo con el 50% del resultado deseado, ya que el 50% de los pacientes que consultan presentan una demora de 5 horas o más.

Navarro Villanueva et al 2005 en su estudio multicéntrico del tiempo de demora asistencial en gerencias hospitalarias refiere: “debido a la alta tecnificación de las U de E son sobre utilizadas por pacientes con problemas leves, lo que lleva a largas esperas que son citadas como indicadores de mala calidad asistencial o como

productoras de insatisfacción; por lo que deben organizarse para establecer prioridades en la atención de los pacientes³¹.

Por lo anterior, es necesario establecer la clasificación de las patologías, según la gravedad y la adecuación de los tiempos de asistencia y diagnóstico y establecer indicadores que cuantifiquen demoras que definen una asistencia correcta.

En el Hospital Regional no se encuentra documentado una adecuación de los tiempos de demora por tipo de patología, lo que puede estar ocasionando una sobreutilización del servicio de emergencia y la derivación de los recursos a aspectos secundarios dejando de lado la misión de hospital regional.

El estudio permitió establecer la percepción por parte de los pacientes que las demoras mayormente se deben al poco personal existente (55%) pero es interesante observar que el 45% de pacientes perciben demoras por indiferencia, platicar demasiado entre compañeros y no permanencia en el puesto de trabajo.

Finalmente; según los resultados y apegados al sustento teórico considero que con los recursos existentes y la utilización del concepto de Red Efectiva de Servicios de Salud, puede mejorarse los tiempos de demora actuales y aquellos aspectos o detalles que al menor costo produzcan resultados favorables y por ende mayor satisfacción para empleados y pacientes.

Hasta aquí se ha realizado un detalle explicativo de los elementos que componen cada indicador de las variables Capacidad Instalada, Calidad Técnica y Humana y Eficacia, haciendo una relación de los resultados obtenidos con el sustento teórico y su inferencia al proceso de atención de la U de E del Hospital Regional de San Miguel.

³¹ Navarro V. Estudio de Tiempo de Demora en Emergencias Hospitalarias. Emergencias. España. 2005; Feb.

El estudio evaluativo permite realizar el análisis general respecto al nivel de cumplimiento de la calidad de cada variable a través de la valoración de las subvariables respectivas; así:

En la Subvariable Disponibilidad se obtuvo el 61% de cumplimiento de la calidad; siendo los indicadores recursos humanos, medicamentos e insumos los peor evaluados con el 54% y 44% respectivamente.

La Subvariable Accesibilidad obtuvo el 69% de valoración de la calidad y los indicadores con más bajo porcentaje fueron el aspecto económico y cultural (48% y 66% respectivamente) que aunque existe la gratuidad, el no encontrar los medicamentos en la farmacia hospitalaria implica un incremento del gasto familiar en salud; así también que la población asiste al Hospital Regional porque no hay otro en el municipio.

La Capacidad Instalada es evaluada a través de sus variables Disponibilidad y Accesibilidad, lo que indica según los resultados obtenidos que la unidad de emergencia del Hospital Regional cuenta con el 65% de los recursos físicos, humanos y organizativos para atender al 100% de la población.

Concordante con el sistema unificador de evaluación de la calidad definido por Donabedian 1991, “La estructura es importante para la calidad en cuanto que aumenta o disminuye la probabilidad de una buena actuación. Una buena estructura (suficientes recursos y un diseño de sistema apropiado) es probablemente el medio más importante de proteger y promover la calidad de atención”, es una medida indirecta de la calidad³². Estas características estructurales tienen una propensión a influir sobre el proceso de atención disminuyendo o acrecentando la calidad.

Por lo anterior la Unidad de Emergencia del Hospital Regional de San Miguel no cumple con el estándar de calidad establecido en el presente estudio; el cual es del

³² Donabedian A. La Calidad de la Atención Médica. 1ª Edición, México: Ediciones Copilco S.A de C.V.: 1991.

80% en cuanto a capacidad instalada se refiere. Esto influirá en el proceso de atención y los resultados obtenidos. La valoración del proceso de calidad de atención en la unidad de emergencia se llevó a cabo realizando una evaluación de la variable “Calidad Técnica y Humana” a través de los elementos que constituyen las subvariables: integralidad, continuidad, relaciones interpersonales y comodidad.

Así, la Subvariable mejor evaluada es la Integralidad con un 91%, la peor evaluada es la comodidad con el 64%; sin embargo en la Subvariable continuidad a pesar que se cumple en el 83%, el elemento peor evaluado es la evaluación sistemática de los protocolos con un 70%.

En las relaciones interpersonales los elementos peor evaluados son la toma en cuenta de las opiniones de los empleados por parte de las jefaturas y el saludo con agrado e interés a los pacientes por los empleados con el 68% y 69% respectivamente; a pesar que la valoración es del 78%.

En la Subvariable comodidad, el único elemento que sobrepasa el estándar del 80% es el nivel de adaptación de los empleados al ambiente laboral que ofrece la unidad de emergencia; el resto de elementos están por debajo del estándar.

La valoración global de la calidad del proceso de atención fue del 79%.

La evaluación de la calidad basada en el enfoque de proceso no es bien vista por los planificadores de calidad, administradores ni políticos debido a que cuando se evalúa el proceso se realiza una valoración de las actividades que lo componen y las mejoras necesitan por un lado inversión económica, cambios estructurales y organizativas.

Sin embargo, tienen ventajas importantes como las señala Avedis Donabedian 1991, para evaluar la capacidad “a los profesionales no les es difícil especificar los criterios y estándares de la buena atención, la información está documentada y se puede

establecer responsabilidades para acciones correctivas específicas, pero sin individualizar las responsabilidades sino de equipo de trabajo³³.

En la evaluación realizada basada en el enfoque de proceso, valorando la Calidad Técnica y Humana, dio como resultado que la Unidad de Emergencia del Hospital Regional se acerca al 80% de resultado esperado pero no la cumple y que tiene la oportunidad de mejorar los elementos con ponderación más baja y de menor inversión económica.

Para lograrlo, los directivos y cuerpo técnico deben ver la calidad como una ventaja competitiva y herramienta de gestión hospitalaria.

Por lo anterior, la unidad de emergencia no cumple con la calidad del proceso de atención esperada.

En la evaluación de la calidad basada en el enfoque de resultados se valoró la eficacia debido a que nos relaciona los resultados obtenidos con los recursos disponibles y la utilización de los mismos en la atención en salud; para lo cual se definió los elementos como la satisfacción, mejora o recuperación de los pacientes y tiempos de espera por considerar que mejor responden a la variable de eficacia.

La satisfacción como indicador de calidad solo obtuvo el 53% y los elementos peor evaluados fueron la rapidez de la atención y la disposición de ayuda por parte del personal de la unidad de emergencias.

En el indicador mejora o recuperación de los pacientes se obtuvo el 87% y en tiempos de espera el 50%. Lo anterior demuestra que la Unidad de Emergencia del Hospital Regional de San Miguel no cumple con la calidad en términos de eficacia, ya que su ponderación global es del 63% y que los indicadores muy sensibles en

³³ Donabedian A. La Calidad de la Atención Médica. 1ª Edición, México: Ediciones Copilco S.A de C.V.: 1991.

términos de calidad como la satisfacción y tiempos de espera los tiene del abajo del 60%..

Tal como lo refiere Lori Diprete Brown et al 3, “Los servicios de salud se pueden prestar de una manera profesionalmente competente, pero si las relaciones interpersonales no son adecuadas se corre el riesgo de que la atención sea menos eficaz; dichas relaciones son las que producen confianza y credibilidad y se demuestra por medio de respeto, cortesía, comprensión, compenetración, manera de escuchar y comunicarse³⁴ .

Navarro Villanueva et al 2005 establece que los tiempos de espera son un indicador muy sensible de calidad para las unidades de emergencias debido a que su alta tecnificación atrae mayor demanda, lo que puede ocasionar sobreutilización, en su mayor porcentaje innecesaria.

La evaluación también permitió establecer las causas de demora, según la opinión de los pacientes, siendo ellas: poco personal, indiferencia, platicar entre compañeros de trabajo, encontrarse fuera del puesto de trabajo. De lo anterior, la causa de demora por poco personal (con el 55% de opiniones) es el que necesita mayor profundización de su análisis y el 45% de opiniones restantes pertenecen al resto de las causas; las cuales pueden resolverse fácilmente.

Es de mencionar que en términos de resultado el estudio demostró que la Unidad de Emergencia del Hospital Regional cuenta con elementos que pueden mejorarse y convertirse en diferencia competitiva al menor costo, solamente con la implantación de una mejora continua de la calidad basada en un plan de gestión de la calidad

³⁴ Lori Diprete B, Franco L M, Rateh N, Hatzell T. Garantía de la Calidad en Salud en los Países en Desarrollo. USAID. 2000; 2ª Edición. pp. 212 – 220.

como: rapidez de la atención, disposición de ayuda por parte del personal y tiempos de espera.

Al realizar la contrastación de los resultados del presente estudio evaluativo con el Objetivo General, apegado al estándar establecido del 80 % en la valoración de las variables estudiadas; Es prudente aseverar que no existe Calidad en los servicios de Salud que se brindan en la Unidad de Emergencia del Hospital Regional San Juan de Dios de San Miguel.

VII. CONCLUSIONES

En concordancia al sistema unificador de evaluación de la calidad: Estructura, proceso y resultado; Así como a la lógica de los objetivos, se ha establecido las siguientes conclusiones:

- Existe un déficit considerable de recursos hospitalarios para brindar la atención en salud, que alcanza el 39%; lo que ocasiona problemas en la planeación, diseño y puesta en marcha de un sistema de promoción de la calidad.
- Los escasos recursos con que cuenta la Unidad de Emergencia se están utilizando en atenciones que según la complejidad pueden ser resueltos en otro establecimiento de salud de menor complejidad.
- El Hospital Regional a pesar que sostiene la gratuidad de los servicios de Salud; mas de la mitad de la población incurre en gastos de salud al no encontrar los medicamentos prescritos por el médico, en la farmacia hospitalaria.
- El Hospital Regional de San Miguel no cuenta con adecuada capacidad instalada para la prestación de servicios de calidad en salud en la Unidad de Emergencia.
- La atención en salud que brinda la Unidad de Emergencia se realiza en base a protocolos de atención y cumplimiento de normas de funcionamiento existentes, pero no existe estandarización en la evaluación sistemática de los mismos.
- El personal de la Unidad de Emergencia posee el conocimiento técnico científico para la solución de los problemas de salud, goza de oportunidades de capacitación en el abordaje de enfermedades y brinda la confianza necesaria a los pacientes en el momento de la consulta.

- No hay adecuada relaciones interpersonales entre el personal de salud de la Unidad de Emergencia; Porque a pesar que existe actitud de apoyo hacia el compañero de trabajo, comunicación descendente y buen trato por las jefaturas, no existe efectiva comunicación ascendente debido a que en un porcentaje considerable, las jefaturas no toman en cuenta las opiniones de los empleados.
- No hay adecuadas relaciones interpersonales entre el personal de salud y los pacientes debido a que existe percepción por los pacientes que el saludo no es con agrado e interés.
- Existe adecuada calidad técnica en el proceso de prestación de servicios e inadecuada calidad humana en el mismo.
- No existe un nivel adecuado de satisfacción en los pacientes y personal de salud de la Unidad de Emergencia del Hospital Regional de San Miguel.
- El manejo o recuperación de los pacientes que consultan en la Unidad de Emergencia, es adecuada debido a la competencia profesional y confianza generada por el médico en los pacientes; así como por la aplicación de protocolos de atención y la educación médica continua.
- La demora asistencial en la Unidad de Emergencia del Hospital Regional es de 5 horas o más en el 50% de los pacientes que reciben la atención en salud cuyas causas en el 55% de casos tiene que ver con el análisis de personal y el 45% restante con las relaciones interpersonales.
- La calidad en términos de eficacia, de la prestación de servicios de salud en la Unidad de Emergencia es inadecuada debido a factores relacionados con la calidad humana como la satisfacción, tiempos de espera y relaciones interpersonales.
- Los resultados obtenidos nos permite establecer que la calidad más afectada en la atención que brinda la U de E es la calidad humana.

VIII. RECOMENDACIONES

Al nivel Rector del Ministerio de Salud.

- Hacer cumplir la política Nacional de Salud en toda la red hospitalaria del país, en cuanto a Calidad se refiere.
- Establecer un compromiso con la Dirección del Hospital San Juan de Dios de la ciudad de San Miguel, para ejercer una administración basada en la Gestión de la Calidad.
- Asesorar en la Elaboración y ejecución de un Sistema de la Calidad para la Unidad de Emergencia del Hospital San Juan de Dios de San Miguel.
- Dotación de los recursos físicos, humanos y financieros para cumplir con el Programa de Garantía de la Calidad elaborado.

Al Hospital Regional San Juan de Dios de la Ciudad de San Miguel.

- Establecer la declaratoria de Calidad Institucional en la prestación de servicios de salud en la Unidad de Emergencia por parte de la Dirección del Hospital.
- Establecer un compromiso con la Gestión y Calidad de la prestación de los servicios de salud en la Unidad de Emergencia entre Dirección, Jefaturas y Personal operativo
- Creación e Implementación de un Sistema de la Calidad en la Unidad de Emergencia, con el propósito de mejorar la prestación de los servicios de salud.
- Dotación de los recursos Físicos, humanos y financieros, necesarios para la implementación del Programa de Garantía de la Calidad.

IX. PROPUESTA TÉCNICA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD QUE BRINDA LA UNIDAD DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL.

INTRODUCCION

La presente investigación evaluativa sobre la Calidad de atención de los servicios de salud que brinda la Unidad de Emergencia del Hospital San Juan de Dios de la Ciudad de San Miguel; Tiene como valor agregado realizar una propuesta de mejora, encaminada a implementar, fortalecer y/o mejorar las acciones relativas a la calidad en la prestación de servicios de salud en la Unidad de Emergencia, apegada al análisis concluyente de los resultados obtenidos.

El factor clave para lograr un alto nivel de calidad en el servicio es igualar o sobrepasar las expectativas que el cliente tiene respecto al servicio. Los juicios sobre la alta o baja calidad del servicio dependen de cómo perciben los clientes la realización del servicio en contraste con sus expectativas.

Para poder entregar a los clientes, servicios de calidad es necesario adoptar una forma de gestión basada en la calidad del servicio que ponga el acento en la satisfacción de los clientes: calidad es satisfacer al cliente. Esto no es fácil de conseguir en el sector público, donde se encuentran las Organizaciones más voluminosas y más complejas de toda la sociedad, en el contexto actual de desconfianza de la población, restricciones presupuestarias y contención (o reducción) del personal.

La mejora de la calidad no puede obtenerse mediante un programa; Ya que este finaliza al alcanzar las metas para lo cual fue creado. La mejora de la calidad es más trascendente, debido a que Se trata del resultado de un proceso de mejora continuo y permanente, que solo puede lograrse a través de la elaboración e implementación de un Sistema de la Calidad, entendido como la herramienta gerencial constituido por el conjunto de insumos y procesos que destina la organización para incrementar el desempeño, determinando en qué medida los resultados de los procesos realizados y de la atención brindada satisfacen las necesidades de los clientes internos y

externos; El cuál comprende dos grandes procesos: El proceso de Garantía de la Calidad y el proceso de Mejora Continua de la Calidad. La garantía de la calidad, es el piso mínimo del sistema por debajo del cual no es aceptable un nivel de desempeño; Constituido por los métodos y estándares definidos mediante leyes, decretos, resoluciones o circulares expedidos por los el Departamento de Auditoría de la Calidad. El proceso de Mejora Continua, enfocado a la continua evaluación y mejora de los procesos de aseguramiento y prestación de los de los servicios de salud para satisfacer las necesidades de los clientes. Las diferencias entre ambos procesos han invitado a muchos autores a referirse a la acreditación y al mejoramiento continuo, como a dos caras de la misma moneda. Ambos procesos se apoyan el uno al otro y se complementan entre sí.

Por lo anterior la propuesta que realizo para alcanzar verdaderas transformaciones en la calidad de los servicios de salud que brinda la Unidad de Emergencia del Hospital San Juan de Dios de San Miguel, apegado a los resultados obtenidos en la presente investigación; Es la elaboración e implementación de un Sistema de Calidad en la Unidad de Emergencia del Hospital en mención, utilizando el modelo de mejora de la calidad propuesto por el Proyecto de Garantía de la Calidad de la Agencia Internacional para el Desarrollo; Ya que aplica la Gestión de Calidad Total a los servicios de salud

OBJETIVO

Mejorar la calidad de los servicios de atención en salud que se brindan en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel; Basada en la filosofía de atención al cliente.

RESULTADOS ESPERADOS

- Transformar la cultura organizacional: Pasando de un pensamiento basado en la simple prestación de la atención en salud, a uno que se focalice totalmente hacia la satisfacción del cliente interno y externo.

- Empoderar a los empleados en todos los niveles que tengan que tengan relación con el funcionamiento de la Unidad de Emergencia, para mejorar el proceso de atención en salud.
- Integrar los sistemas de soporte administrativo y metodología para motivar y premiar a los empleados de la Unidad de Emergencia sobre la base de la calidad y productividad.
- Comprometer a la alta gerencia y gerencia intermedia en la transformación cultural, descentralización en la toma de decisiones, empoderamiento de los empleados y sistemas que mejoren la gestión del cambio organizacional

ESTRATEGIA

La creación e implementación del Sistema de la calidad en la prestación de servicios de salud de la unidad de emergencia puede realizarse a través de la contrastación de dos estrategias o enfoques: primero la estrategia orientada en la solución de problemas y seguido en la estrategia integral de garantía de la calidad.

- Implementación del Proceso de Mejora Continua, orientado a la solución de problemas: El cual, permitirá realizar actividades de pequeña escala relacionados con la calidad; Estas son prácticas que producen mejoras progresivas, se alimenta a las personas a escoger el problema que sea importante para ellos y trabajar para resolverlo; Una vez que la resolución de problemas se vuelve una cultura organizacional y el personal este consciente de la necesidad de mejorar la calidad, está la base para implementar el proceso de la garantía de la Calidad. Para lo anterior utilizaremos el ciclo de mejora de la calidad propuesto por Avedis Donabedian.
- Implementación del Proceso de Garantía de la Calidad, estableciendo el conjunto de actividades para fijar normas, vigilar y mejorar el desempeño de tal manera que la atención prestada en la Unidad de Emergencia sea lo más eficaz y segura posible. Para tal fin, se cumplirá con los diez pasos que

contempla el ciclo de Garantía de la Calidad planteado por el Proyecto de Garantía de la Calidad de la Agencia Internacional para el Desarrollo(AID)

EJES DE IMPLEMENTACIÓN

- Declaratoria de la Política de Calidad Institucional por parte de la Gerencia del Hospital San Juan de Dios de San Miguel.
- Conformación y Capacitación del equipo Institucional de Calidad responsable de la coordinación para la elaboración y desarrollo del sistema de Calidad en la Unidad de Emergencia.
- Cumplimiento de los pasos del ciclo de la mejora de la Mejora Continua de la Calidad propuesto por Avedis Donabedian: Detección de problemas, Priorización de problemas, Análisis causal, Definición de criterios de evaluación, Diseño de estudios de evaluación, Análisis de acciones de mejora, Implantación de las acciones de mejora, Reevaluación.
- Cumplimiento de los pasos del ciclo del Proceso de Garantía de la Calidad propuesto por el Proyecto de Garantía de Calidad de la Agencia Internacional para el Desarrollo: Planificación de la Garantía de la Calidad; Fijación de normas y especificaciones; Comunicación de normas y especificaciones; Vigilancia de la Calidad; Identificación de problemas y oportunidades de mejora; Definición del problema operacional; Selección del equipo para el análisis y estudio del problema, elaboración del plan para mejorar la calidad, ejecución y evaluación de la gestión de la mejora de la calidad; Análisis y estudio del problema para identificar las causas de fondo; Elaboración de soluciones y medidas de mejora de la calidad; Ejecución y evaluación actividades de mejora de calidad.

X. BIBLIOGRAFIA

1. Berry L L, Parasuraman A. Marketing de las Empresas de Servicios. 1ª Edición, U.S.A.: Editorial Norma; 1993
2. Bigne E., Moliner M. A., Sánchez J. "Calidad y Satisfacción en los Servicios Hospitalarios Esenciales y Periféricos, Investigación y Marketing. 2ª Edición, México: 1997: pp. 55-61.
3. Donabedian A. La Calidad de la Atención Médica. 1ª Edición, México: Ediciones Copilco S.A de C.V.: 1991.
4. Ginebra J, Arana de la Garza R. Dirección de Servicio: La Otra Calidad. 2ª edición, Colombia: Editorial McGRAW-HILL: 1995: pp. 65 – 111.
5. Horovitz Jacques G. La Calidad del Servicio. 1ª edición, Colombia: Editorial McGRAW-HILL; 1994; pp. 1 – 36.
6. Juran J.M. Juran y la planificación para la calidad. 1ª Edición, España: Ediciones Díaz de Santos: 1996.
7. Juran J.M. y Tryna F M. Análisis y planeación de la calidad. 2ª Edición, Colombia: Editorial McGRAW-HILL; 1997.
8. Malagón Londoño G, Galán Morera R, Ponto Landaverde G, Arredondo Pérez L G. Administración Hospitalaria, 1ª Edición, Colombia: Editorial Médica Panamericana; 1996.
9. Skinner P, Lorenzi P, Ivancevich J M, Crosby P B. Gestión, Calidad y Competitividad. 1ª Edición, España: McGRAW-HILL/ INTERAMERICANA; 1997.
10. Tejedor Fernández M. El sistema de calidad en el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. 1ª Edición, España; 1997.
11. Varo J, Renau Piqueras J J. Gestión Estratégica de la Calidad de los Servicios Sanitarios. España: Ediciones Díaz Santos; 1994.
12. **MANUALES – TESIS – REVISTAS.**
13. Badía Montalvo R, Cáceres O. Planificación, Gestión y Programas de Salud. El Salvador. 2007. Oct.; 3.

14. Concenjo C. La calidad asistencial en los servicios de urgencias - Emergencia. España. 1997 Feb.; 9 (1),
15. Cucalón J A. Tesis "Modelo tipo para Centros de Salud en el área Metropolitana de San Salvador". 1987, Oct.
16. Decreto Legislativo N° 442. Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud. El Salvador. 2007. Nov.
17. Lori Diprete B, Franco L M, Rateh N, Hatzell T. Garantía de la Calidad en Salud en los Países en Desarrollo. USAID. 2000; 2ª Edición. pp. 212 – 220.
18. Méndez de García H C. Calidad de Atención en Salud; Dossier, Maestría en Gestión Hospitalaria, Universidad de El Salvador. El Salvador. 2007.may.
19. Méndez de García H C. Dirección Estratégica, Dossier, Maestría en Gestión Hospitalaria, Universidad de El Salvador. El Salvador. pp. 61 – 73.
20. Ministerio de Salud; Política Nacional de Salud 2009 – 2014. El Salvador. MINSAL; 2010.
21. Ministerio de Salud. Distribución Poblacional y Establecimientos de Salud según Departamentos. El Salvador. MINSAL; 2007.
22. Morales Novaes H, Paulo R M. Manual de prototipo de educación en administración hospitalaria. Serie PALTEX. Vol. 5. O P S. 1996
23. Navarro V. Estudio de Tiempo de Demora en Emergencias Hospitalarias. Emergencias. España. 2005; Feb.
24. Parra Restrepo R. Manual del Sistema de la Calidad del seguro Social. Colombia. 2000; Oct.; 1.
25. Pérez - Montaul M I. Sistemas de Garantía de la Calidad en Urgencias y Emergencias. España; 1997. naperez@ariam.net

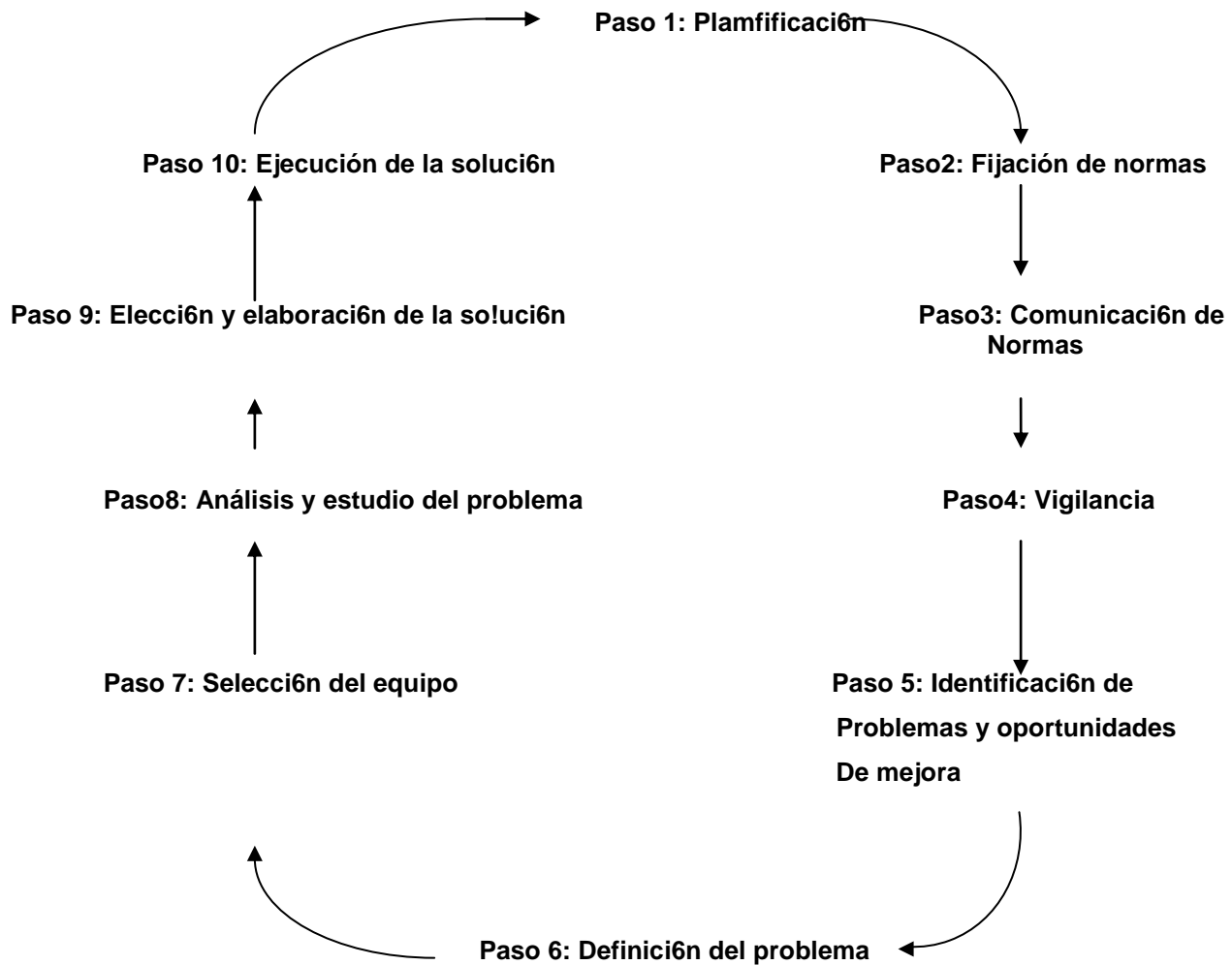
ANEXOS

GLOSARIO

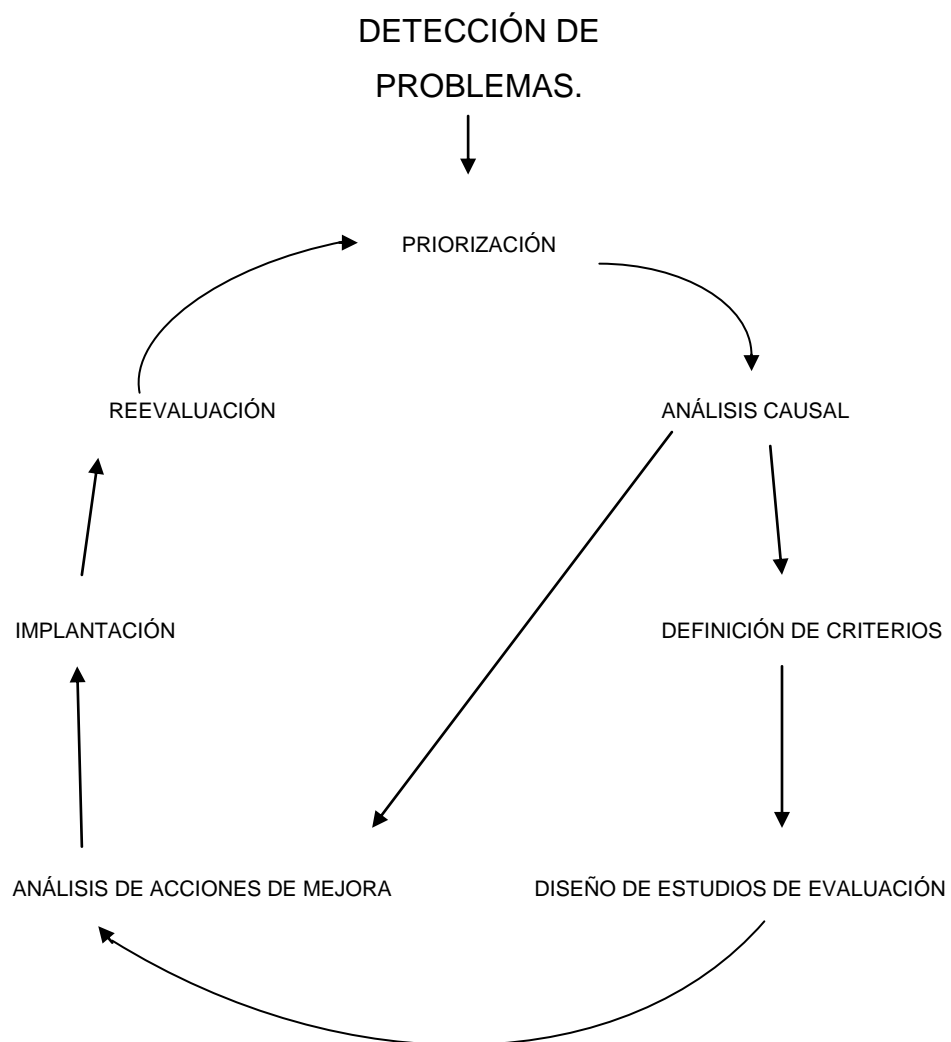
FOSALUD.	Fondo Solidario para la Salud.
IAM.	Infarto Agudo del Miocardio.
IIH.	Infecciones Intra Hospitalarias
JCAH.	Comisión de Acreditación de Hospitales.
JCAHO.	Comisión de Acreditación de Servicios de Salud.
MCCA.	Mejoramiento Continuo de la Calidad.
MINSAL.	Ministerio de Salud.
PECAH.	Programa de Evaluación de la Calidad de la Atención Hospitalaria.
PMC.	Programa de Mejoramiento Continuo.
PNS.	Programa Nacional de Salud.
SAPU.	Servicios de Atención Primaria de Urgencias.
SNS.	Sistema Nacional de Salud.
SU.	Sistema de Urgencias.
TQM.	Administración de la Calidad Total.
UNE.	Unión de Normas Europeas.

CICLO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD

(Proyecto de Garantía de la Calidad. USAID)



CICLO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD (AVEDIS DONABEDIAN)



PERFIL DEL HOSPITAL REGIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL.

El Hospital es una institución de segundo nivel de atención que sin embargo, su visión de futuro es llegar a ser de tercer nivel ya que por el momento proporciona algunos servicios especializados que corresponden a este nivel que para lograrlo solo necesita completar algunas especialidades y equiparlo adecuadamente, además brinda atención a toda la población de la Zona Oriental, ya que el hospital funciona como un Hospital de Referencia de la Zona Oriental de salud.

Al momento , el hospital presenta un comportamiento funcional mixto, como hospital municipal para responder a la demanda espontánea y de referencia de la red de unidades de salud del municipio de san miguel, con mayor densidad poblacional; Como hospital Departamental, en cuanto debe responder a la demanda espontánea y de referencia de la red de unidades de salud procedente de todos los municipios del Departamento de San Miguel; Así también, de las referencias de los dos hospitales municipales de Nueva Guadalupe y Ciudad Barrios; También tiene la gran responsabilidad en salud para funcionar como un hospital de referencia regional para responder a la demanda procedente de los hospitales de los departamentos de La Unión, San Miguel, Usulután y Morazán.

Hasta la fecha no se conoce de algún estudio realizado como Ministerio de Salud encaminado a un ordenamiento estratégico funcional en la zona oriental del País para separar la carga en salud como hospital municipal y departamental que actualmente tiene el hospital regional de san miguel; Y con ello, definir un planteamiento estructural y funcional como un hospital regional de tercer nivel, lo que traería mayor eficiencia de los servicios de salud; Así como de la Calidad de los mismos.

El comportamiento mixto del hospital puede ir en detrimento de la calidad de atención en relación a la razón de ser como hospital regional y como consecuencia tener inadecuada utilización de los recursos derivándolos a actividades secundarias, dejando a un lado las atenciones en salud más complejas de la zona oriental.

Lo anterior complica el nivel de Gerencia a ejercer porque debe ser obligadamente estratégica para planificar, organizar, dirigir y controlar los procesos claves,

intermedios y de soporte con el propósito de responder a las necesidades en salud de toda la zona oriental, evitando que los recursos físicos y de personal destinados a responder como hospital de referencia regional se utilicen para actividades propias de segundo y de primer nivel de atención por ejemplo: realización de procedimientos de pequeña cirugía en unidad de emergencia o la utilización de recurso humanos de determinada subespecialidad para realizar actividades en especialidades generales de Medicina, cirugía, Gineco obstetricia o Pediatría.

Entre los servicios médicos que presta, está:

- Consulta médica especializada.
- Consulta de Maxilo Facial..
- Medicina Especializada: Medicina Interna, Alergia, Cardiología, Dermatología, Fisiatría, Hematología, Reumatología, Endocrinología, Neumología, Neumología, Gastroenterología, Infectología, Psiquiatría, Nefrología, Nutrición y Psicología, Pediatría, Infectología Pediátrica, Alergia e Inmunología Pediátrica, Neurología Pediátrica, Hematología Pediátrica, Neonatología, Cirugía Pediátrica y Urología Pediátrica.
- Cirugía General: Cirugía Plástica, Otorrinolaringología, Oftalmología, Ortopedia y Traumatología, Urología, Oncología, Cirugía Laparoscópica, Cirugía Maxilofacial, Urología, Neurocirugía y Proctología.
- Ginecología y Obstetricia: Colposcopia y Crioterapia

Cuenta con 10 quirófanos y 6 salas de de atención de partos, cirugías de urgencia y electivas, maquinas de anestesia con monitores y oxímetros. Cuenta con un servicio de Urgencia las 24 horas del día, dotado de un equipo multidisciplinario; Donde se ejecutan los diversos procesos asistenciales de las diferentes especialidades y subespecialidades médicas.

ANTECEDENTES HISTORICOS

El Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, fue fundado el 11 de abril de 1824, por Juan de Dios Pérez, originario de Cartago, Costa Rica y Don Juan de

Camayuno en calidad de fundadores inician las actividades con el nombre de Hospital Migueleño, cooperando con ellos los señores Don Luís Álvarez y Don Cayetano Canesa.

El 18 de noviembre de 1853 se nombra al primer médico para que de atención a los usuarios del hospital colaborando en 1880 las hermanas de la caridad de San Vicente de Paúl, dedicadas al cuidado de los enfermos y es hasta el 6 de noviembre de 1912 que se conforma una nueva estructura organizativa integrada por: El Director, un administrador y un secretario.

En noviembre de 1985 el hospital pasa a ocupar las nuevas instalaciones con 420 camas y 846 empleados distribuidos según su disciplina y especialidad en los distintos servicios que conformaban su estructura, contando con la siguiente organización.

En el año 2001 las instalaciones hospitalarias sufren cambios en su infraestructura ocasionado por el terremoto del mes de enero y febrero de ese mismo año y hubo la necesidad de ocupar las instalaciones de consulta externa para servicios de hospitalización. Con el inicio de la reconstrucción se habilita el edificio funcionando hospitalización hasta la 4ª planta quedando solamente un servicio de hospitalización en la 1ª planta. Los servicios de consulta externa fueron trasladados al área del parqueo norte prestando los servicios de atención primaria de salud desde el año 2001 al 2006 ya que por la reorganización del ministerio de salud se descentralizan los servicios de primer nivel el cual pasa a ocupar otras instalaciones fuera de esta institución.

En la actualidad el Hospital funciona con 967 empleados distribuidos en las siguientes áreas: administrativa, médicos, técnicos y enfermería distribuidos según estado financiero de la siguiente manera



Universidad de El Salvador
Facultad de Medicina
Maestría en Salud Pública



HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Paciente:

La maestría en Gestión Hospitalaria de la Universidad de el Salvador; A través de sus estudiantes, como requisito para optar al grado de Máster en Gestión Hospitalaria, se encuentra desarrollando estudios de investigación en la red pública Hospitalaria del país.

En este sentido ha desarrollado un cuestionario para llevar a cabo el estudio de evaluación de la calidad de atención en la Unidad de Emergencia del Hospital San Juan de Dios de San Miguel. El propósito de este estudio es identificar las oportunidades de mejora para desarrollar un programa de mejora continua de la calidad encaminado a lograr la satisfacción del personal que labora en dicha Unidad y de los pacientes que consultan.

Usted ha sido seleccionado para participar en este estudio investigativo. Su participación es totalmente voluntaria y confidencial, su opinión es muy importante para los fines de esta investigación. La información será sabiamente utilizada para construir un mejor desarrollo hospitalario y satisfacción de Directivos, Empleados y Pacientes.

Finalmente expreso mi más profundo agradecimiento por su genuino interés en aportar su opinión en este estudio.

Sinceramente,

ENCUESTA DE SATISFACCION A USUARIOS DEL SERVICIO DE LA UNIDAD DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL.

Datos proporcionados por: Paciente _____, Familiar _____

FECHA: ----- HORA: -----

La información de esta encuesta es para propósito de estudio y mejora de los servicios de Salud de la Unidad de Emergencia de este hospital, es de carácter interno, anónimo y confidencial. El buen llenado de la misma nos ayudara a proponer mejoras en la calidad de atención.

Edad____, Sexo____, Estado civil_____ Ocupación_____

Nivel de educación.

Ninguno____, Primaria _____, Secundaria _____, Bachillerato_____, Universitaria_____

ESTRUCTURA

ACCESIBILIDAD.

1. Lugar de Residencia.

Área urbana de municipio de San Miguel____, Área Rural de municipio de San Miguel____, Municipio fuera de San Miguel____, Departamento distinto a San Miguel____ (Cuál_____).

2. El tiempo que tarda desde su domicilio hasta el hospital es?

15 a 30 min._____, 30 min a 1 hora_____, 1 a 2 horas_____, más de 2 horas_____

3. Medio de Transporte Utilizado:

Público_____, Particular_____ otros_____

4. Cuáles son los principales motivos de su consulta de emergencia?

5. Desde cuando visita esta Unidad de Emergencia?

Menos de 6 meses____, De 6meses a 1 año____, Es la primera vez____, Más de 1 año____

DISPONIBILIDAD

6. Que le parece la cantidad de personal médico existente en esta Unidad de Emergencia?

Excelente_____, Bueno_____, Regular_____, Malo_____

7. Que le pareció el tiempo que el médico dedico a su consulta?.

8. Excelente_____, Bueno_____, Regular_____, Malo_____

Porque?_____

9. Cómo valora la cantidad de enfermeras en esta Unidad de Emergencia?

Excelente_____, Bueno_____, Regular_____, Malo_____

10. Que le parece el tiempo que dedica la enfermera en su atención?

Excelente_____, Bueno_____, Regular_____, Malo_____

11. Cómo valora los horarios de atención que tienen los médicos en esta Unidad de Emergencia?.

Excelente_____, Bueno_____, Regular_____, Malo_____

Porque?_____

12. Los medicamentos prescritos por el médico son encontrados en la farmacia del hospital?

Si_____, No_____, Algunos_____

13. Tuvo la oportunidad de hacer preguntas sobre su enfermedad o padecimiento por el que vino a consultar?.

14. Si_____, No_____, Indiferente_____

PROCESO.

INTEGRALIDAD.

15. Siente confianza que los medicamentos prescritos por su medico le van a solucionar el problema de salud.

Excelente_____ Muy bueno_____ Regular_____ Malo_____

Porque.....

16. Regresaría nuevamente a esta unidad de emergencia, en caso de que requiriera ser atendido por una nueva enfermedad.

Si _____ No _____, Tal ves_____

Porque.....

17. Considera que los médicos de esta Unidad de emergencia están capacitados para solucionarle su problema?

Excelente_____, Buena_____, Regular_____, Mala_____

Porqué_____

18. El médico que le atendió tiene el expediente y registró su consulta?.

Si _____ No _____ no se _____

19. Lo examino el medico al momento de su consulta?

Si _____ No _____ no se _____

CONTINUIDAD

20. Le explicaron los pasos y el procedimiento a seguir en esta Unidad de Emergencia para recibir su atención.

Si _____, No _____

21. Durante su estancia en la unidad de Emergencia, percibió retrasos o abandono en su atención.

Si _____, No _____, Cual _____

22. Al finalizar su atención se le brindó: Referencia, _____ Hacia donde _____

Cita _____, No necesito referencia ni cita _____

23. Ha tenido que regresar a esta unidad de emergencia por el mismo problema de salud.

Si _____ No _____ Porque _____

RELACIONES INTERPERSONALES

24. Como considera la atención brindada por el personal a su llegada, : Le saludo con agrado y mostraron interés por su problema?.

Recepción ó Archivo Excelente _____, Buena _____, Regular _____, Mala _____

Enfermería Excelente _____, Buena _____, Regular _____, Mala _____

Médicos Excelente _____, Buena _____, Regular _____, Mala _____

Técnicos de laboratorio Excelente _____, Buena _____, Regular _____, Mala _____

Técnico de farmacia Excelente _____, Buena _____, Regular _____, Mala _____

25. Está satisfecho de la disposición de ayuda que le brindo el personal del Centro de la Unidad de Emergencia?

Si _____, No _____, Porqué _____

COMODIDAD.

26. Como considera la ambientación y climatización de la Unidad de Emergencia.

Orden y limpieza general. Excelente _____ Buena _____ Regular _____, Mala _____

Orden y limpieza de los sanitarios Excelente____ Buena____ Regular____ Mala____

Ventilación Excelente____ Buena____ Regular____ Mala____

Iluminación existente. Excelente____ Buena____ Regular____ Mala____

Sillas o bancas existentes. Excelente____ Buena____ Regular____ Mala____

27. Como le pareció la señalización de la Unidad de Emergencia, fue fácil encontrar todos los lugares que necesitó?.

Excelente____, Buena____, Regular____, Mala____

28. Que le parece el nivel de privacidad con que se brinda la atención en esta Unidad de Emergencia?

Excelente____, Buena____, Regular____, Mala____

29. Que le parece el material educativo expuesto para los pacientes en los ambientes de la Unidad de Emergencia?.

Excelente____, Buena____, Regular____, Mala____

RESULTADO EFICACIA

30. Como considera la rapidez de la atención en esta unidad de Emergencia.

Excelente____, Bueno____, Regular____, Malo____

31. Como considera el tiempo de espera

Recepción y archivo. 0 a 15 min.____ 15 a 30min__ 30 a 60 min.____ más de 1 hora____

Consulta con el médico. 0 a 15 min.____ 15 a 30min__ 30 a 60 min.____ más de 1 hora____

Complemento de tratamiento. 0 a 15 min.____ 15 a 30min__ 30 a 60 min.____ más de 1 hora____

Entrega de medicamento. 0 a 15 min.____ 15 a 30min__ 30 a 60 min.____ más de 1 hora____

32. Que es lo que más le gusta de la Unidad de Emergencias de este hospital

33. Que es lo que menos le gustó de la Unidad de Emergencia de este hospital

34. Que recomendaciones daría para mejorar la atención que se brinda es esta Unidad de Emergencia?

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Empleado:

La maestría en Gestión Hospitalaria de la Universidad de el Salvador; A través de sus estudiantes, como requisito para optar al grado de Máster en Gestión Hospitalaria, se encuentra desarrollando estudios de investigación en la red pública Hospitalaria del país.

En este sentido ha desarrollado un cuestionario para llevar a cabo el estudio de evaluación de la calidad de atención en la Unidad de Emergencia del Hospital San Juan de Dios de San Miguel. El propósito de este estudio es identificar las oportunidades de mejora para desarrollar un programa de mejora continua de la calidad encaminado a lograr la satisfacción del personal que labora en dicha Unidad y de los pacientes que consultan.

Usted ha sido seleccionado para participar en este estudio investigativo. Su participación es totalmente voluntaria y confidencial, su opinión es muy importante para los fines de esta investigación. La información será sabiamente utilizada para construir un mejor desarrollo hospitalario y satisfacción de Directivos, Empleados y Pacientes.

Finalmente expreso mi más profundo agradecimiento por su genuino interés en aportar su opinión en este estudio.

Sinceramente,

ENCUESTA PARA PERSONAL DE LA UNIDAD DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL SAN JUAN DE DIOS; CIUDAD DE SAN MIGUEL.

Estamos realizando un estudio con el personal para conocer mejor sus necesidades y su opinión sobre el funcionamiento de la Unidad de Emergencia del Hospital Regional San Juan de Dios en la Ciudad de San Miguel y con ello proponer mejoras en la calidad de los servicios de atención en salud que se brindan. Sus respuestas son confidenciales y anónimas; Así que le rogamos su sinceridad.

Datos Generales

1. Cuál de las siguientes categorías describen mejor su puesto de trabajo?.

Director_____, Jefe de Departamento_____, Jefe de Servicio_____, Personal Asistencial_____, Administrativo_____, Personal de Servicio_____.

2. El grupo ocupacional al que pertenece?.

Médico_____, Enfermera_____, Técnico en Enfermería / Auxiliar_____, Psicólogo_____, Técnico Administrativo_____, Otro_____.

3. La condición laboral que posee?.

Ley de Salario_____, Contrato_____, Servicios Profesionales_____, Contratado por empresa empleadora (Outsorcin)_____.

4. Tiempo de trabajo en la Institución:

Menos de 1 año_____, De 1 a 4 años_____, 5 años ó más_____.

5. El tiempo de servicio en el actual puesto de trabajo?.

Menos de 1 año_____, De 1 a 4 años_____, 5 años ó más_____.

Integralidad:

6. Tengo conocimiento claro y transparente de las políticas de personal de la Institución.

- A) Totalmente de Acuerdo _____
- B) Mayormente de Acuerdo _____
- C) Indiferente a la Opinión _____
- D) Pocas veces de Acuerdo _____
- E) Totalmente en Desacuerdo _____

7. Tengo conocimiento claro de las normas de funcionamiento de la Unidad de Emergencia del Hospital Regional.

- A) Totalmente de Acuerdo _____
- B) Mayormente de Acuerdo _____
- C) Indiferente a la Opinión _____
- D) Pocas veces de Acuerdo _____

- E) Totalmente en Desacuerdo _____
8. Tengo la suficiente oportunidad para recibir Capacitación que mejoren mis habilidades en el trabajo
- A) Totalmente de Acuerdo _____
- B) Mayormente de Acuerdo _____
- C) Indiferente a la Opinión _____
- D) Pocas veces de Acuerdo _____
- E) Totalmente en Desacuerdo _____
9. Las jefaturas de la Unidad de Emergencia demuestran un dominio técnico y conocimientos de sus funciones.
- A) Totalmente de Acuerdo _____
- B) Mayormente de Acuerdo _____
- C) Indiferente a la Opinión _____
- D) Pocas veces de Acuerdo _____
- E) Totalmente en Desacuerdo _____

Continuidad

10. La atención a los pacientes se brinda en base a la aplicación de guías clínicas o protocolos en la Unidad de Emergencia.
- A) Totalmente de Acuerdo _____
- B) Mayormente de Acuerdo _____
- C) Indiferente a la Opinión _____
- D) Pocas veces de Acuerdo _____
- E) Totalmente en Desacuerdo _____
11. Cual es el nivel de cumplimiento de las normas en el funcionamiento de la Unidad de Emergencia respecto a ornato y limpieza, mantenimiento de equipo e instalaciones, suministro de materiales y atención al cliente.
- A) Totalmente de Acuerdo _____
- B) Mayormente de Acuerdo _____
- C) Indiferente a la Opinión _____
- D) Pocas veces de Acuerdo _____
- E) Totalmente en Desacuerdo _____
12. Se realizan evaluaciones sistemáticas sobre la aplicación de protocolos de atención en la Unidad de Emergencia.
- A) Totalmente de Acuerdo _____
- B) Mayormente de Acuerdo _____
- C) Indiferente a la Opinión _____
- D) Pocas veces de Acuerdo _____

E) Totalmente en Desacuerdo _____

13. Cada cuanto se realiza la evaluación de la aplicación de los protocolos de atención.
3 meses _____, 6 meses _____, 1 año _____, 2 años _____

Relaciones Interpersonales.

14. El personal que labora en la Unidad de Emergencia es tratado bien independiente del cargo que ocupan.

- A) Totalmente de Acuerdo _____
- B) Mayormente de Acuerdo _____
- C) Indiferente a la Opinión _____
- D) Pocas veces de Acuerdo _____
- E) Totalmente en Desacuerdo _____

15. Los jefes hacen esfuerzos por mantener informados oportunamente al personal sobre las actividades de la Unidad.

- A) Totalmente de Acuerdo _____
- B) Mayormente de Acuerdo _____
- C) Indiferente a la Opinión _____
- D) Pocas veces de Acuerdo _____
- E) Totalmente en Desacuerdo _____

16. Su jefe inmediato toma en cuenta sus opiniones y / o sugerencias de trabajo.

- A) Totalmente de Acuerdo _____
- B) Mayormente de Acuerdo _____
- C) Indiferente a la Opinión _____
- D) Pocas veces de Acuerdo _____
- E) Totalmente en Desacuerdo _____

17. Los compañeros de trabajo de la Unidad de Emergencia estamos dispuestos a ayudarnos entre nosotros para completar las tareas, aunque esto signifique mayor esfuerzo.

- A) Totalmente de Acuerdo _____
- B) Mayormente de Acuerdo _____
- C) Indiferente a la Opinión _____
- D) Pocas veces de Acuerdo _____
- E) Totalmente en Desacuerdo _____

18. Los procedimientos para resolver los reclamos de personal son aceptados por ellos mismos.

- A) Totalmente de Acuerdo _____

- B) Mayormente de Acuerdo _____
- C) Indiferente a la Opinión _____
- D) Pocas veces de Acuerdo _____
- E) Totalmente en Desacuerdo _____

19. Se me proporciona información oportuna y adecuada de mi desempeño y resultados alcanzados.

- A) Totalmente de Acuerdo _____
- B) Mayormente de Acuerdo _____
- C) Indiferente a la Opinión _____
- D) Pocas veces de Acuerdo _____
- E) Totalmente en Desacuerdo _____

20. Mi actitud es de apoyo cuando un compañero de trabajo me solicita ayuda para finalizar una tarea.

- A) Totalmente de Acuerdo _____
- B) Mayormente de Acuerdo _____
- C) Indiferente a la Opinión _____
- D) Pocas veces de Acuerdo _____
- E) Totalmente en Desacuerdo _____

Comodidad.

21. Siento que puedo adaptarme a las condiciones que ofrece el medio laboral de la Unidad de Emergencia.

- A) Totalmente de Acuerdo _____
- B) Mayormente de Acuerdo _____
- C) Indiferente a la Opinión _____
- D) Pocas veces de Acuerdo _____
- E) Totalmente en Desacuerdo _____

22. La institución me proporciona los recursos necesarios, herramientas e instrumentos suficientes para tener buen desempeño en el puesto de trabajo.

- A) Totalmente de Acuerdo _____
- B) Mayormente de Acuerdo _____
- C) Indiferente a la Opinión _____
- D) Pocas veces de Acuerdo _____
- E) Totalmente en Desacuerdo _____

23. Las condiciones ambientales me permite realizar de la mejor manera el trabajo:

	Totalmente de acuerdo	Mayormente de acuerdo	Indiferente a la opinión	Pocas veces de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
Ventilación					
Condiciones de ruido					
Condiciones de iluminación					
Mobiliario y equipo disponible					

Satisfacción.

24. Los jefes se preocupan por las necesidades primordiales del personal de la Unidad de Emergencia.

- A) Totalmente de Acuerdo _____
- B) Mayormente de Acuerdo _____
- C) Indiferente a la Opinión _____
- D) Pocas veces de Acuerdo _____
- E) Totalmente en Desacuerdo _____

25. En general me siento satisfecho de laborar en la Unidad de Emergencia del Hospital Regional.

- A) Totalmente de Acuerdo _____
 - B) Mayormente de Acuerdo _____
 - C) Indiferente a la Opinión _____
 - D) Pocas veces de Acuerdo _____
 - E) Totalmente en Desacuerdo _____
- Porque _____

26. Cómo le parecen las tareas actuales respecto a su formación y experiencia

- A) Totalmente de Acuerdo _____
- B) Mayormente de Acuerdo _____
- C) Indiferente a la Opinión _____

- D) Pocas veces de Acuerdo _____
- E) Totalmente en Desacuerdo _____

27. Las políticas de personal existentes en el Hospital propician satisfacción y comodidad en el personal que labora en la Unidad de Emergencia.

- A) Totalmente de Acuerdo _____
- B) Mayormente de Acuerdo _____
- C) Indiferente a la Opinión _____
- D) Pocas veces de Acuerdo _____
- E) Totalmente en Desacuerdo _____

Mejora ó Recuperación de los pacientes.

28. La aplicación de los protocolos de atención permite la recuperación pronta de los pacientes.

- A) Totalmente de Acuerdo _____
- B) Mayormente de Acuerdo _____
- C) Indiferente a la Opinión _____
- D) Pocas veces de Acuerdo _____
- E) Totalmente en Desacuerdo _____

29. La mejoría de los pacientes que consultan en la Unidad de Emergencia se debe en gran medida a la educación continua que recibe el personal de salud sobre las normas de funcionamiento, programas, guías y protocolos de atención.

- A) Totalmente de Acuerdo _____
- B) Mayormente de Acuerdo _____
- C) Indiferente a la Opinión _____
- D) Pocas veces de Acuerdo _____
- E) Totalmente en Desacuerdo _____

GUIA DE OBSERVACION SOBRE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE LA UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITAL REGIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL.

FECHA: ----- HORA: -----

La información de esta guía es para propósito de estudio y mejora de los servicios de este hospital, es de carácter interno y confidencial. El buen llenado de la misma nos ayudara a proponer mejoraras en la calidad de atención.

PROCESO

ADECUACION FISICA Y EQUIPAMIENTO DEL AREA DE EMERGENCIA

I.AREA DE RECEPCION Y ESPERA DE PACIENTES.

AMPLITUD	E () B () R () M ()
SILLAS DE ESPERA	E () B () R () M ()
ORDEN Y LIMPIEZA	E () B () R () M ()
ILUMINACION	E () B () R () M ()
AIRE ACONDICIONADO	E () B () R () M ()
DISPENSADORES DE AGUA	E () B () R () M ()
DISTRIBUCION DE ESPACIOS FÍSICOS	E () B () R () M ()

II. CONSULTORIOS.

AMPLITUD	E () B () R () M ()
FUNCIONABILIDAD	E () B () R () M ()
SILLAS	E () B () R () M ()
ORDEN Y LIMPIEZA	E () B () R () M ()
ILUMINACION	E () B () R () M ()
AIRE ACONDICIONADO	E () B () R () M ()
DISTRIBUCION DE ESPACIOS FISICO	E () B () R () M ()
EQUIPAMIENTO	E () B () R () M ()

III. MAXIMA URGENCIA

AMPLITUD	E () B () R () M ()
FUNCIONABILIDAD	E () B () R () M ()
ORDEN Y LIMPIEZA	E () B () R () M ()
ILUMINACION	E () B () R () M ()

AIRE ACONDICIONADO E () B () R () M ()

DISTRIBUCIO E () B () R () M ()

EQUIPAMIENTO E () B () R () M ()

IV.BAÑOS.

AMPLITUD E () B () R () M ()

FUNCIONABILIDAD E () B () R () M ()

ORDEN Y LIMPIEZA E () B () R () M ()

ILUMINACION E () B () R () M ()

DISTRIBUCION E () B () R () M ()

SUMINISTRO DE INSUMOS DE HIGIENE E () B () R () M ()

V.FARMACIA.

ACCESIBILIDAD E () B () R () M ()

ORDEN E () B () R () M ()

RAPIDEZ EN LA ENTREGA E () B () R () M ()

ENTREGA COMPLETA DE MEDICAMENTOS E () B () R () M ()

VI.AREA DE CUMPLIMIENTO DE MEDICAMENTOS

AMPLITUD E () B () R () M ()

FUNCIONABILIDAD E () B () R () M ()

ASIENTOS E () B () R () M ()

ORDEN Y LIMPIEZA E () B () R () M ()

ILUMINACION E () B () R () M ()

AIRE ACONDICIONADO E () B () R () M ()

DISTRIBUCION DE ESPACIOS FISICOS E () B () R () M ()

DISPONIBILIDAD DE INSUMOS E () B () R () M ()

VII.AREA DE PREPARACION DE INGRESOS HOSPITALARIOS

- AMPLITUD E () B () R () M ()
- FUNCIONABILIDA E () B () R () M ()
- ASIENTOS E () B () R () M ()
- ORDEN Y LIMPIEZA E () B () R () M ()
- ILUMINACION E () B () R () M ()
- AIRE ACONDICIONADO E () B () R () M ()
- DISPENSADORES DE AGUA E () B () R () M ()
- DISTRIBUCION DE ESPACIOS FISICOS E () B () R () M ()

VIII.RADIOLOGIA

- AMPLITUD E () B () R () M ()
- FUNCIONABILIDAD E () B () R () M ()
- ASIENTOS E () B () R () M ()
- ORDEN Y LIMPIEZA E () B () R () M ()
- ILUMINACION E () B () R () M ()
- AIRE ACONDICIONADO E () B () R () M ()
- DISPENSADORES DE AGUA E () B () R () M ()
- DISTRIBUCION E () B () R () M ()

IX.INFORMACION.

- AMPLITUD E () B () R () M ()
- COMODIDAD E () B () R () M ()
- ORDEN Y LIMPIEZA E () B () R () M ()
- ILUMINACION E () B () R () M ()
- DISTRIBUCION E () B () R () M ()