

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA  
LICENCIATURA EN RADIOLOGIA E IMÁGENES**



**TEMA:**

**CALIDAD DE ATENCIÓN BRINDADA A LOS USUARIOS QUE SE LES REALIZA ESTUDIOS RADIOLÓGICOS EN LOS HOSPITALES NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA DE COJUTEPEQUE, HOSPITAL NACIONAL SANTA GERTRUDIS DE SAN VICENTE Y HOSPITAL NACIONAL ENFERMERA ANGÉLICA VIDAL DE NAJARRO DE SAN BARTOLO EN EL PERIODO DE FEBRERO A AGOSTO DE 2015.**

**ELABORADO POR:**

**MANUEL ARIEL LEON RODRIGUEZ  
RAMÓN EDUARDO QUEZADA RAMOS  
JULIO CESAR RIVAS LETONA**

**ASESOR:**

**MSD. JUAN CARLOS AGUILAR**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, SEPTIEMBRE 2015**

## INDICE

INTRODUCCION . . . . .	I
CAPITULO I	
Planteamiento del problema . . . . .	5
Antecedentes del problema . . . . .	5
Situación problemática . . . . .	6
Enunciado del problema . . . . .	7
Justificación . . . . .	8
Viabilidad y factibilidad . . . . .	9
Objetivos. . . . .	10
CAPITULO II	
Marco teórico . . . . .	11
CAPITULO III	
Operacionalización de variables . . . . .	38
CAPITULO IV	
Diseño metodológico . . . . .	41
CAPITULO V	
Análisis e interpretación de datos . . . . .	46
CAPITULO VI	
Conclusiones y Recomendaciones . . . . .	80
ANEXOS . . . . .	82

ANEXO 1 cuestionario dirigido al paciente que visita el departamento de rayos x.

ANEXO 2 Guía de observación.

ANEXO 3 cuestionario dirigido a los profesionales del departamento de radiología.

**BIBLIOGRAFIA**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

**RECTOR**

Ing. Mario Roberto Nieto Lovo

**VICE- RETOR ACADEMICO**

MsC Ana María Glower de Alvarado

**VICE- RECTOR ADMINISTRATIVO**

MsC Oscar Noé Navarrete

**SECRETARIA GENERAL**

Dra. Ana Leticia Zavaleta de Amaya

**CIUDAD UNIVERSITARIA, SEPTIEMBRE DE 2015**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**  
**AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA**

**DECANO**

Dr. José Arnulfo Herrera Torres

**VICE-DECANO**

Lic. Roberto Enrique Fong Hernández

**SECRETARIA**

Dra. Esmeralda Carolina Rivera Rivera

**DIRECTORA ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA**

MSC. Dálide Ramos de Linares

**COORDINADORA DE LOS PROCESOS DE GRADO**

Lic. Mabel Patricia Najarro

**DOCENTE ASESOR DE TRABAJO**

MsD Juan Carlos Aguilar

**CIUDAD UNIVERSITARIA, SEPTIEMBRE DE 2015**

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos de todo corazón a nuestro padre celestial por habernos dado la vida y por haber guiado nuestros pasos en la tarea de dar por finalizado este trabajo a pesar de todas las dificultades que surgieron, a nuestras familias quienes en todo momento nos apoyaron, así como los amigos que de una u otra manera ayudaron a la realización del presente trabajo.

Mencionamos nuestro agradecimiento a las autoridades de los centros hospitalarios por su apoyo incondicional durante la realización de nuestro trabajo de grado durante el año lectivo 2015.

Agradecemos a la colaboración de nuestro asesor MsD Juan Carlos Aguilar Ramírez que nos orientó y nos brindó su profesionalismo y paciencia para que nuestro trabajo llegara a feliz término.

## **DEDICATORIA**

### **A DIOS:**

Todopoderoso por guiarme e iluminarme y permitirme el logro de este éxito académico, por no permitirme caer y darme el don de la perseverancia.

### **A MIS PADRES:**

María Enma de León, Manuel de Jesús León por su apoyo incondicional durante todo mi proceso de formación académica, por estar a mi lado siempre y ser el apoyo incondicional en mi vida.

### **A MIS AMIGOS:**

A mis compañeros y amigos por su motivación y ánimo hacia mi persona, en especial a mi amigo Mario Roberto Nieto Lovo por su gran apoyo durante mi proceso de formación académica.

**ATTE. MANUEL ARIEL LEON RODRIGUEZ**

## **DEDICATORIA**

### **A DIOS:**

Todo poderoso por guiarme y permitirme el logro de este éxito académico, porque él siempre ha estado a mi lado y me ha guiado por el camino correcto a lo largo de toda mi carrera.

### **A MI MADRE:**

Sonia Leticia Letona Flores, por haber sido siempre un pilar fundamental en mi vida, y sobre todo durante el desarrollo de mi carrera.

### **A HERMANOS Y AMIGOS:**

Por brindarme su apoyo incondicional durante mi carrera estudiantil y ayudarme a superar los obstáculos que se me presentaron.

**ATTE. JULIO CESAR RIVAS LETONA.**



## **DEDICATORIA**

### **A DIOS:**

Todopoderoso por guiarme e iluminarme y permitirme el logro de este éxito académico, por no permitirme caer y darme el don de la perseverancia.

### **A MIS PADRES:**

A mi madre Lilian del Carmen Ramos de Quezada y a mi padre Mario Roberto Quezada Aparicio por su apoyo incondicional durante todo mi proceso de formación académica, por haber estado a mi lado y ayudado económicamente.

### **A MI ABUELA PATERNA:**

Zoila Albertina Vda. De Quezada por ser mi ángel de luz

### **A MIS HIJOS:**

Christhoper y Mateo Quezada por ser mi motivación para salir adelante

### **A MIS COMPAÑEROS DE TESIS:**

Julio Cesar Rivas Letona y Manuel Ariel León Rodríguez por su apoyo

### **A MI FAMILIA Y AMIGOS:**

Que han estado conmigo brindándome su motivación y ánimo en todo momento.

**ATTE. RAMON EDUARDO QUEZADA RAMOS**

## **INTRODUCCIÓN**

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) declara que el acceso al servicio de salud es uno de los derechos fundamentales a los cuales tiene derecho una persona. Pero este servicio tiene que ser de calidad y a un costo monetario que se ajuste a las condiciones de la formación económica y social de cada país.

Actualmente en El Salvador la cantidad de personas que hacen uso del sistema de salud pública se ha incrementado, pues la población día con día crece y está expuesta a diversos factores de riesgo que provocan un notable deterioro en la salud de cada persona, por lo tanto el sistema de salud pública juega un rol importante en la sociedad salvadoreña en lo que respecta a la preservación y cuidado integral de la población. Es un deber de cada una de las personas que conforman el personal hospitalario brindar la mejor atención a cada uno de los pacientes que hacen uso del sistema de salud y una obligación a nivel de dirección hospitalaria el desarrollar programas que aseguren la calidad de atención que brinda el personal hacia el usuario. Dicho lo anterior se ha dado a la tarea de enfocar el trabajo a esta temática destacando la importancia que presenta a nivel nacional. La presente investigación tiene el objetivo de tener mejoras en la atención brindada en la red de salud pública a la que acceden la mayoría de usuarios que no poseen los recursos suficientes para asistir a un centro privado y está enfocado en los departamentos de radiología e imágenes de los Hospitales Nuestra Señora de Fátima de Cojutepeque, Hospital Nacional Santa Gertrudis de San Vicente Y Hospital Nacional Enfermera Angélica Vidal de Najarro de San Bartolo. En dicho documento se expondrá si existen antecedentes que lo respalden, se presentara el planteamiento del problema, por qué se debe realizar la investigación, además de los objetivos que persigue la misma. Se presentan además las bases teóricas que sustentan los fines que persigue la investigación por lo cual se tendrán las variables, las cuales son elementos básicos de la investigación, de igual forma la metodología utilizada para la recolección de los datos, el resultado de los mismos presentados en forma de tablas y gráficas, para generar conclusiones y recomendaciones enfocadas a la mejora del servicio.

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.**

Se debe entender que calidad es un conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas y explícitas; desde una perspectiva de salud pública la calidad significa ofrecer los mayores beneficios al paciente dado los recursos disponibles.

En El Salvador la calidad de atención en los sistemas públicos de salud debe de ser la mejor posible porque a ella acuden las personas de bajos recursos económicos y la clase media, las cuales desean que les brinden la mejor atención. En los últimos años según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se ha logrado enfatizar en las evidentes deficiencias que tiene el sistema público de salud y esto está impulsando a los hospitales privados a invertir más dinero en la expansión de sus instalaciones, especializar aún más sus servicios así como capacitar más a sus profesionales, a medida que crece la demanda por una atención de calidad, por esa razón Los Hospitales Nuestra Señora de Fátima de Cojutepeque, Hospital Nacional Santa Gertrudis de San Vicente Y Hospital Nacional Enfermera Angélica Vidal de Najarro de San Bartolo que son hospital de segundo nivel y con notable importancia dentro del sistemas de salud pública y subsistemas en los cuales tienen una gran afluencia de pacientes, están comprometidos a brindar un buen servicio y a la vez que este sea de la mejor calidad y calidez posible. En lo que respecta al área de Radiología e Imágenes se puede mencionar el hecho de que en dichos establecimientos desde su apertura realizan diversos estudios radiológicos convencionales y con medios de contraste, estudios que en su mayoría necesitarán instrucciones o algún tipo de preparación previa o seguimiento que se le debe de brindar y explicar la paciente, con el único fin de que la adquisición del estudio sea de la mejor calidad pudiendo así brindar el diagnóstico más certero.

## **SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.**

Los hospitales del país ya sean que pertenezcan al Ministerio de Salud Pública o al Instituto Salvadoreño del Seguro Social no son ajenos al conocimiento e implementación de la calidad enfocado a la atención del paciente y los cuales tienen universalidad, ya que se pueden establecer como parámetros en cualquier área de un centro hospitalario, llámese está el área de rayos X, u otras áreas. La calidad de los servicios de salud depende de un conjunto de factores de los cuales, entre los más generales se puede mencionar la eficacia con que se apliquen los protocolos destinados a la calidad de atención del paciente, a las normas de prestación de los servicios hospitalarios, a la cantidad de personal calificado con las que cuente un servicio para ejecutar cada una de las tareas del mismo, entre otras. El ministerio de salud pública y asistencia brinda protocolos de atención al usuario para cada área y en su visión o misión expresa su compromiso con el usuario, los Hospitales Nuestra Señora de Fátima de Cojutepeque, Hospital Nacional Santa Gertrudis de San Vicente Y Hospital Nacional Enfermera Angélica Vidal de Najarro de San Bartolo no son la excepción ya que cuentan con un departamento de atención al usuario (trabajo social) y personal encargado del tema de la salud mental el cual es el encargado de impartir capacitaciones, charlas, talleres y conferencias en diversos temas entre los cuales se habla de la calidad que cada departamento debe brindar al usuario interno y especialmente al paciente externo.

El objetivo de las capacitaciones que brindan los departamentos de atención al usuario y docencia es que el personal aplique lo aprendido en dichos talleres, pero ciertos factores como el tiempo, la responsabilidad, la disponibilidad e interés personal de cada empleado y la falta de personal en las diferentes áreas hospitalarias pueden interferir en la asimilación y por consiguiente la correcta aplicación de este conocimiento, dando como resultado que la información obtenida no sea totalmente asimilada para una posterior y adecuada ejecución. Cabe mencionar que estos departamentos por lo general mantiene un déficit de personal de sustancial importancia para la atención del usuario, ya que no cuentan con la cantidad de personal necesario como lo es un médico radiólogo de planta que realice las lecturas de los estudios radiológicos, personal de enfermería que este encargado de los cuidados del paciente, secretaria y recepcionista encargados de la entrega de estudios y el otorgamiento de citas, convirtiendo al licenciado en radiología e imágenes en el responsable de ejecutar

todas las actividades que se llevan a cabo en el departamento, factores que de por si influyen en la disminución de la calidad de atención y que inciden en gran manera en que los tiempos de espera del paciente se prologuen en buena medida siendo el promedio de espera entre 10 minutos a 30 minuto, con el agravante que estos departamentos trabajan 24 horas los 7 días de la semana afectante al poco personal que posee. Dicho lo anterior es de sumo interés saber si los licenciados de radiología implementan los protocolos de calidad de atención a los usuarios a pesar de todas las limitantes mencionadas al momento de realizárseles estudios radiológicos en los hospitales en estudio, pues estos deben de esforzarse por brindar la información necesaria siguiendo los lineamientos de atención, orientación y preparación antes, durante y después de cada procedimiento, pues es la opinión del usuario la que determina la calidad de la información, la atención que obtenida por parte del personal y el trato que recibe durante y después que se le ha realizado un examen en el departamento de radiología e imágenes.

## **ENUNCIADO DEL PROBLEMA**

Por lo antes descrito el grupo investigados se hace la siguiente pregunta que servirá de guía en el proceso de investigación.

¿Cuál es la calidad de atención brindada a los usuarios que se les realiza estudios radiológicos en los Hospitales Nuestra Señora de Fátima de Cojutepeque, Hospital Nacional Santa Gertrudis de San Vicente Y Hospital Nacional Enfermera Angélica Vidal de Najarro de San Bartolo?

## **JUSTIFICACIÓN.**

El presente trabajo de investigación se realizó con el propósito de obtener información precisa en cuanto al tipo de calidad de atención brindada a los usuarios que se les realiza estudios radiológicos en los Hospitales Nuestra Señora de Fátima de Cojutepeque, Hospital Nacional de San Vicente Santa Gertrudis y Hospital Nacional Enfermera Angélica Vidal de Najarro de San Bartolo. Con la realización de dicho estudio se establecieron datos concisos que ayudaron a calificar las normas con que se cuenta, y que están estipuladas para garantizar la calidad de atención que se les brinda a los usuarios, para esto se realizaron visitas a dichos nosocomios valiéndose de guías de entrevista y de observación para recolectar la información requerida en cuanto a calidad de atención brindada. Con la información obtenida por los usuarios, se tomaron parámetros en cuanto al trato que se les está dando, ya sea bueno o malo; y en base a esto se implementó un proyecto de intervención con normativas que lleven a la mejora de calidad o a reforzar los conocimientos en cuanto a la atención de calidad. A su vez se vieron beneficiados todos los actores directos como indirectos tales como: los usuarios ya que se buscó que recibieran una mejor atención y que se les brinde una buena orientación antes y durante del estudio a realizarse, los licenciados en radiología e imágenes también se vieron beneficiados ya que pudieron tener una mejor evaluación personal como profesional además de que podrán dar las debidas indicaciones previas a un estudio de la manera más indicada, también se obtuvo un beneficio sustancial para la sociedad al obtener profesionales capacitados en técnicas de atención al usuario. Además se puede mencionar que el análisis de esta investigación ayudara a los futuros licenciados en radiología e imágenes a ser conciencia al tratar el tema de la atención a los usuarios a quienes se les realicen cualquier tipo de estudio radiológico.

La investigación dio un aporte sustancial principalmente para los centros hospitalarios donde se realizó dicho proyecto así como a los estudiantes de la Universidad de El Salvador y docentes quienes podrán utilizarlo para futuras investigaciones atendiendo así su valor como una referencia teórica.

**VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD.**

La realización de esta investigación fue viable ya que contaba con la disponibilidad económica necesaria, de igual forma los recursos humanos que posee el grupo investigador fueron los requeridos para llevar a cabo cada una de las actividades del proyecto de investigación y a la vez se contó con un asesor capacitado y conocedor del tema el cual guio al grupo investigador de la forma más adecuada. A la vez se contó con recursos materiales básicos como los son: libros, equipo multimedia, acceso a internet, papelería, etc. Que fueron de mucha utilidad para el desarrollo del trabajo, además de ser una investigación ampliamente factible ya que aparte de haber contado con los recursos necesarios, se pudo realizar en el tiempo estipulado por el equipo investigador.

**OBJETIVO GENERAL.**

Determinar la calidad de atención brindada a los usuarios que se les realiza estudios radiológicos en los Hospitales Nuestra Señora de Fátima de Cojutepeque, Hospital Nacional Santa Gertrudis de San Vicente Y Hospital Nacional Enfermera Angélica Vidal de Najarro de San Bartolo.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

1. Identificar en los licenciados de radiología e imágenes los conocimientos que poseen en cuanto a los protocolos de atención que se brinda a los usuarios a los cuales se les realiza estudios radiológicos.
2. Conocer la competencia que poseen los licenciados en radiología en cuanto a la atención brindada a los usuarios a quienes se les realiza estudios radiológicos.
3. Describir desde la perspectiva del usuario al que se le realiza estudios radiológicos como considera la calidad de atención brindada por el licenciado en Radiología e Imágenes de dichos departamentos.



## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEORICO**

El Ministerio de salud como tal, mantiene dentro de su filosofía la misión de garantizar a los habitantes de la República de El Salvador la cobertura de servicios oportunos e integrales, con equidad, calidad y calidez, en corresponsabilidad con la comunidad, incluyendo todos los sectores y actores sociales para contribuir a lograr una mejor calidad de vida y como visión sostiene que, conduciendo de manera eficaz y efectiva el sistema nacional de salud garantiza a los habitantes de la república de El Salvador servicios integrales de salud en armonía con el ambiente, con equidad, calidad y calidez, para la conservación y restablecimiento de la salud, siendo notoria la vital importancia que palabras como “calidad”, “equidad”, “calidez” tienen desde la fundamentación de la institución con el fin de brindar el mejor servicio en materia de salud a la población. Antes de adentrarse de lleno al tema de atención de calidad, es necesario hacer una pequeña reseña de lo importante que es para brindar la misma los componentes de calidad humana, de principios éticos básicos y el secreto profesional, como elementos fundamentales en cada profesional de la salud:

#### **A. Calidad humana**

La humanización significa humanizar una realidad, es decir, hacerla digna del hombre, coherente con los valores que el individuo siente como peculiares e inalienables. En la sociedad contemporánea se siente cada día más la necesidad de humanizar sobre todo al servicio del enfermo, lo que significa intervenir para mejorar la calidad humana de asistencia y que la dignidad de quien sufre no se sienta herida. En una profesión orientada al ambiente hospitalario, se habla de servir a la fracción de la humanidad que sufre la enfermedad. Además o solamente se debe conocer la problemática biológica que desencadena la enfermedad sino también las alteraciones sociales, familiares y personales que esta provoca, así como las reacciones propias del proceso de la enfermedad.

El plan de humanización INSALUD, basado en directrices de la OPS hace énfasis en cuatro apartados fundamentales en la adecuación de la asistencia a la salud, estas orientaciones propuestas son:

- Confortabilidad de la asistencia: posibilidad de ofrecer intimidad mientras se presta un cuidado o se realiza una técnica diagnóstica.
- Información al usuario: información continuada y clara sobre su proceso, con un lenguaje comprensible, adecuado a sus conocimientos, nivel educacional y valores socioculturales.
- Educación sanitaria: la cual permita mejorar su propio auto cuidado y fomentar hábitos positivos respecto a la salud.
- Promover actividades de evaluación de calidad: lo cual permita informar al usuario de las actividades que se realizan y el nivel de satisfacción con respecto a la propia atención.

Ahora en día se hace necesario definir la calidad humana de atención como el trato digno y con sensibilidad humana que el personal de salud brinda a los usuarios, ya que ella influye en la recuperación de la salud del usuario. Cuando una persona está enferma no es solo un órgano afectado por los agentes patógenos, mecanismos degenerativos o los traumas, sino que toda ella queda implicada, desde su cuerpo hasta su capacidad de pensar y razonar, influida por el dolor o las limitaciones impuestas por la enfermedad así como su mundo afectivo, que no puede dejar de sentirse afectado por la enfermedad. No cabe duda de la importancia que tiene el atender a la dignidad personal de los enfermos, cualquiera que sea su sexo, edad, enfermedad, dolencia y minusvalía. La dignidad del ser humano no se ve disminuida por las deficiencias físicas, psíquicas o psicofísicas que se padezcan, de la misma manera que tampoco estas deficiencias hace que quienes las sufran dejan de ser personas.

## **B. Principios éticos básicos:**

Según la comisión nacional para la protección de sujetos humanos y la investigación biomédica y relacional (1978), los principios básicos que han de ser respetados siempre y que se encuentren publicados en el informe Belmont son:

1. **Autonomía:** exige que los individuos deben ser tratados como entes autónomos y que las personas cuya autonomía este disminuida, debe ser objeto de protección.
  
2. **Justicia:** tiene sentido de imparcialidad en la distribución, lo que implica:
  - A cada persona una participación igual.
  - A cada persona de acuerdo a sus necesidades.
  - A cada persona de acuerdo con sus esfuerzos individuales.
  - A cada persona de acuerdo a su contribución social.
  - A cada persona de acuerdo con sus méritos.
  
3. **Beneficencia:** definida como la obligación de no hacer daño y de extremar los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos. La reflexión bioética ha desdoblado el principio en dos: la beneficencia y la no-maleficencia.
  
4. **No-maleficencia:** obliga a impedir el daño y a eliminar las situaciones perjudiciales.

Hacer el bien a la persona que sufre una enfermedad ha sido el objetivo primordial del personal que labora en los servicios de todos los centros hospitalarios. Siempre se debe centrar en la globalidad de la persona y supone que ella sea capaz de percibir el impacto único que la enfermedad tiene de cada individuo, el modo particular de responder su organismo, la valoración cognitiva que la persona hace de su situación (su valor simbólico, el significado,

el sentido) el efecto sobre las relaciones con los demás, los numerosos y variados sentimientos desencadenados y los valores en juego o el impacto espiritual y religioso que la enfermedad puede tener sobre el enfermo.

**EL SECRETO PROFESIONAL** está vinculado con los principios y prácticas fundamentales del cuidado de la salud incluyendo la responsabilidad hipocrática que define el profesionalismo médico. Se entiende por el secreto profesional: como la obligación ética y legal de personal en salud de mantener en confidencial (secreto) toda la información que vea oiga o descubra directamente o indirectamente en el contexto de su relación profesional con el usuario o la usuaria.

### **EL SECRETO PROFESIONAL COMO PARTE DE LA ÉTICA MÉDICA Y LOS DERECHOS HUMANOS**

Los tratados de derechos humanos establecen el vínculo entre secreto profesional y el derecho a la intimidad. La comisión interamericana de derechos humanos por ejemplo, declaró que el derecho a la intimidad garantiza un espacio personal que nadie puede invadir una esfera de actividades absolutamente personal para cada individuo. De acuerdo a la organización mundial de la salud OMS en el contexto de los servicios de salud el término implica que el derecho y la facultad de usuaria o usuario de controlar la información que sobre ellos manejan los prestadores de servicios. En el contexto de los servicios de salud, “la intimidad que expone un paciente especialmente privada y personal”. Por otro lado, la confidencialidad se refiere a la obligación del personal en salud que recibe información privada a no revelarla sin el consentimiento del usuario o la usuaria. Dentro de los aspectos relevantes de la confidencialidad incluyen: el deber de los proveedores de servicio de salud de guardar secreto profesional a menos que lo revele con el libre e informado consentimiento de la paciente, el derecho de los y las usuarias a conocer toda la información que poseen los prestadores de servicio sobre ellos. El comité que monitorea el cumplimiento de la convención para eliminar todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), también ha declarado, “falta de respeto de intimidad de los pacientes puede disuadir a las mujeres de buscar consejo y tratamiento y así tener efectos adversos en su salud y bienestar”

## **DERECHO DE LOS Y LAS USUARIAS**

A nivel nacional existen diferentes documentos jurídicos que establecen los derechos de los y las salvadoreños relacionados con la intimidad y privacidad, la confidencialidad y el secreto profesional entre ellos:

### **LA CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA DE EL SALVADOR**

ART 2. Toda persona tiene derecho a la vida, la integridad física y moral, a la libertad a la seguridad, al trabajo, a la propiedad y posesión y a ser protegida en la conservación y la defensa de los mismos. Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar, y a la propia imagen.

### **CÓDIGO PENAL**

ART 187.” REVELACION DEL SECRETO PROFESIONAL”. El que revelare un secreto en que se ha impuesto en razón de su profesión u oficio, será sancionado con prisión de seis meses a dos años e inhabilitación especial de profesión u oficio de uno a dos años.

ART 312. “OMISION DE AVISO”. El funcionario o empleado público, agente de autoridad pública que en el ejercicio de sus funciones o con ocasión de ellas, tuviere conocimiento de haberse perpetrado un hecho punible y omitiendo dar aviso dentro del plazo de 24 horas al funcionario competente, será sancionado con 50 a 100 días multa. Igual sanción se impondrá al jefe o persona encargada de un centro hospitalario, clínica u otro establecimiento semejante, público o privado que no informare al funcionario competente del ingreso de una persona lesionada dentro de las 8 horas siguientes al mismo en casos que racionalmente deberán considerarse como provenientes de un delito.

## **CÓDIGO PROCESAL PENAL**

ART 187. No podrán declarar sobre los hechos que han llegado a su conocimiento en razón del propio estado, oficio o profesión, bajo pena de nulidad, los ministros de una iglesia con personalidad jurídica, los abogados, notarios, médicos, farmacéuticos y obstetras, según los términos del secreto profesional y los funcionarios públicos sobre secretos de Estado. Sin embargo, estas personas no podrán negar el testimonio cuando sean liberadas por el interesado del deber de guardar secreto. Si el testigo invoca erróneamente ese deber con respecto a un hecho de los comprendidos en este artículo, se procederá a interrogarlo.

## **CÓDIGO DE SALUD**

Art. 37.- El secreto profesional es un deber que nace de la esencia misma de la profesión. El interés público, la seguridad de los enfermos, la honra de la familia y la respetabilidad del profesional exigen el secreto por lo cual deben mantener confidencialmente cuanto vean, oigan o descubran en el ejercicio de su profesión.

Art. 38.- El Secreto profesional se recibe bajo dos formas: a) El secreto explícito formal, textualmente confiado por el paciente al profesional; b) El secreto implícito que resulta de las relaciones del paciente con el profesional. El secreto profesional es inviolable; salvo el caso de que, mantenerlo, vulnere las leyes vigentes o se tenga que revelar en un peritaje o para notificar enfermedades infecto contagiosas ante las autoridades de salud.

Art. 39.- Los profesionales, técnicos, auxiliares, higienistas y asistentes relacionados con la salud, son responsables legalmente de sus actos en el ejercicio profesional, cuando por negligencia, impericia, ignorancia, abandono inexcusable, cause daño o la muerte del paciente.

### **Calidad de atención al paciente:**

El concepto de calidad, aplicado a la atención médica, hace referencia a la capacidad que con distinto grado puede tener una organización o un acto concreto de la asistencia sanitaria para satisfacer las necesidades de los consumidores de servicios de salud, la relación entre calidad y costes y la financiación pública de la mayoría de los sistemas sanitarios obligan hacer mención a los conceptos básicos de la economía de la salud (eficacia, efectividad, eficiencia y equidad) y a exponer los diversos análisis de evaluación económica de la asistencia sanitaria. La aplicación de los programas de salud a través de las presentaciones directas a los usuarios se han realizado en la mayoría de los países de América Latina, con base a un modelo de atención que ha priorizado las dimensiones del conocimiento biológico de las enfermedades dejando al descubierto la aplicación de los niveles de prevención de la historia natural de la enfermedad.

Con base a lo anterior se debe enfatizar que un sistema de servicios de salud debe presentar una organización que le permita desarrollar una serie de modalidades que estructuren un modelo de atención orientado a obtener la equidad para aumentar el acceso, cobertura y disminuir así los Factores de riesgo, la eficacia para proporcionar la mejor calidad de la atención posible y finalmente la eficiencia para satisfacer la demanda de un coste racional y de tecnología apropiada.

### **¿Qué es calidad de atención?**

La calidad de atención tiene que definirse a la luz de las normas técnicas del proveedor y de las expectativas del paciente. Según Donadedian en 1980 definió que la calidad de atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnologías médicas de forma que maximicen los beneficios para la salud sin forma proporcional a sus riesgos. El grado de calidad es por consiguiente, la medida con la que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable entre riesgo y beneficio. Otro concepto sobre la calidad de atención lo aportó W. Eduard Deming, padre del movimiento de gestión de calidad total quien dijo que está consiste en “hacer lo correcto en forma correcta y de inmediato”, considerándose como un concepto integral y simple.

La organización mundial de la salud define la calidad de atención de la siguiente manera: la calidad de atención consiste en el desempeño adecuado, según los estándares de intervenciones confirmadas y capaces de producir un impacto sobre las tasas de mortalidad, morbilidad minusvalía y desnutrición, por otra parte en los sistemas públicos el estado financia los servicios de salud y es el mayor interesado en que estos sean brindados con calidad y eficiencia, la falta de control y evaluación de estos dos atributos en los servicios de salud se reflejará a la larga en una disminución de las posibilidades reales para brindar todos los servicios sociales. Cuando se habla sobre la calidad y la eficacia en la atención al paciente dentro de los diversos departamentos y servicio que un centro de servicio ofrece, se debe conocer que la calidad de un servicio de salud no depende solamente de las prestaciones médicas y servicios de atención al paciente.

### **Características de la calidad de atención.**

Donabedian en su libro “Quality of medical care” en 1978, menciona que cuando se analiza la calidad de atención debe evaluarse no solo lo que sucede con quien recibe la atención, sino también cuantas personas se encuentran privadas de ella. Por su parte Asenjo Sevastian en 1981 en su publicación “Estructura funcional hospitalaria y control de calidad asistencial” se refiere a que en el análisis de calidad de atención es necesario tener en consideración los condicionantes de la atención médica que se mencionan como más importantes:

- La mayor demanda de servicios.
- Los mayores costes de la atención.
- La escasez de personal, especialmente en las categorías de auxiliares de enfermeras, personal técnico radiólogo y auxiliar de servicio, en contraste con la abundancia de otras categorías de personal.
- Los cambios de la estructura demográfica que tienden a un mayor envejecimiento y a un mayor consumo de servicios.



- Cambios del perfil de morbilidad, con incrementos notables de las enfermedades, cardiovasculares, problemas renales, problemas gastrointestinales, neoplasias degenerativas y psicosomáticas.

La atención de calidad implica hacer todo lo necesario para mejorar las condiciones de salud del paciente de acuerdo a las normas establecidas, técnicas actuales y recursos existentes, el comportamiento y las motivaciones de los que prestan el servicio dependen de la capacidad de llevar a cabo su vocación de una manera ideal y óptima.

En los hospitales diariamente desfilan miles de salvadoreños en búsqueda de ayuda para el tratamiento de sus enfermedades. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) declara que el acceso al servicio de salud es uno de los derechos fundamentales a los cuales tiene acceso una persona. Pero este servicio tiene que ser de calidad y a un costo monetario que se ajuste a las condiciones de la formación económica y social de cada país. Lo anterior se basa en diversos elementos, de los cuales son los más importantes:

- a) La alta incidencia de pobreza y analfabetismo, distribución del ingreso muy desigual en aproximadamente la mitad de los hogares que se encuentran bajo la línea de pobreza, con casi el doble de incidencia rural (60%) que urbana, y casi un quinto de los hogares sufre de indigencia o pobreza extrema, todo esto de acuerdo a datos del Banco Mundial, CEPAL, y PNUD. También un quinto de la población es analfabeta (entre los 4 índices más altos de América Latina) y el índice de escolaridad es bajo; además hay una distribución muy desigual del ingreso. Estos tres problemas tienen un impacto adverso en la salud.
- b) La población pobre no tiene recursos suficientes para satisfacer las necesidades básicas (alimento, vivienda, vestido) y, por tanto, padece desnutrición, falta de acceso a agua potable y saneamiento básico y carece de recursos para sufragar la atención médica, por tanto, sufre una incidencia mayor de enfermedad
- c) La ignorancia es una fuerte barrera para una buena salud y búsqueda de atención y la extrema desigualdad en el ingreso provoca la inequidad social y hace que un pequeño

sector pueda ser atendido muy bien y un inmenso sector esté desprovisto de atención o la reciba de manera ínfima o inadecuada.

Por otra parte en los sistemas públicos es el estado quién financia los servicios de salud y es el mayor interesado en que estos sean brindados con calidad y eficiencia. La falta de control y evaluación de estos dos atributos en los servicios de salud se reflejará a la larga en una disminución de las posibilidades reales para brindar todos los servicios sociales, al hablar sobre la calidad y la eficacia en la atención al paciente dentro de los diversos departamentos y servicio que un centro de servicio ofrece se debe conocer que la calidad de un servicio de salud no depende solamente de las prestaciones médicas y servicios de atención al paciente. Actualmente los antecedentes sobre el trato de calidad en lo que respecta a la atención al usuario afectan a todos los sectores que atienden a personas y que atienden a pacientes con estudios especiales ya sean estas clínicas u hospitales privados o públicos.

En lo que respecta a teoría sobre el nivel de calidad podemos hablar sobre **CALIDAD MAXIMA versus CALIDAD ÓPTIMA.**

Es importante diferenciar el significado de calidad máxima y calidad óptima. En efecto, la primera constituye un intento de consecución de la calidad ideal teórica, al precio que sea y con independencia de considerar si existen o no factores que se oponen a su consecución. Representa como es lógico un desideratum, una utopía, la mayor parte de las veces inalcanzable pero que hay que perseguir. A este concepto se opone la calidad óptima, es decir aquella que, atendiendo a las circunstancias presentes, es factible de conseguir. Significa por tanto una adecuación del esfuerzo que debe hacerse para conseguir una determinada calidad, la máxima posible atendiendo las circunstancias. Como se comprenderá, constituye una visión más realista y razonable.

### **MOTIVACIONES PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD**

Las motivaciones por las cuales puede plantearse la mejora de la calidad son de distinto origen. De un lado, la transgresión o no adecuación de los valores éticos en una situación concreta puede aconsejar un cambio de la misma hacia otra situación de mayor calidad acorde

con los valores éticos. Por otra parte, la mejora de la calidad puede ser promulgada por el legislador, por ejemplo al dictar leyes de acreditación de los centros de atención que contengan unos requisitos de mínimos para determinadas actividades. La mejora de la calidad puede generarse por otra vía, como es la constatación de que el centro posee una mala imagen dentro de la comunidad y en consecuencia el motivo social será en este caso el responsable del cambio. Por fin, los motivos económicos en general y el control de los costes en particular pueden ser la génesis del cambio.

### **PLANIFICACION, EVALUACION Y MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL**

El aumento de los costes de la atención motivó en la década de los 80 una situación de crisis de los sistemas de atención a las personas que condujo progresivamente al convencimiento de que es necesario el establecimiento de prioridades, atendiendo a la limitación de recursos y al encarecimiento progresivo, sin menoscabo de la calidad de la atención. En este contexto los sistemas de atención a las personas se vuelven hacia las empresas industriales para aprovechar su experiencia en el manejo de situaciones de crisis y se empiezan a aplicar enfoques de la calidad provenientes de la industria que aportan un nuevo desarrollo a los conceptos de la calidad sanitaria. Una aportación esencial en este ámbito es la realizada por Juran, el cual sostiene que la calidad no sólo puede evaluarse y mejorarse, sino que debe también planificarse, siendo esta fase necesariamente previa a las demás. Una vez planificada la mejora de la calidad por medio de la definición de la calidad que le interesa al cliente y diseñando los servicios adecuados a sus necesidades, deben destinarse y organizar los recursos de forma que permitan conseguir estos objetivos, diseñando al propio tiempo los procesos capaces de producirlos y transfiriéndolos a las actividades habituales. Es entonces cuando puede producirse la evaluación de la calidad y la implementación de las medidas para que la mejora de la calidad pueda producirse, una vez se haya diseñado el sistema de medida que haga posible una rigurosa evaluación. Este concepto es esencial en el desarrollo de la calidad asistencial ya que introduce un matiz de extrema importancia como es el de que si la calidad debe planificarse, su responsabilidad máxima corresponde a las personas que realizan la planificación en las empresas, es decir a la alta dirección. Otras contribuciones importantes

fueron las de Deming, Crosby, Ishikawa, que han tenido una significación decisiva en la aplicación de la calidad de la atención de la salud en los últimos diez años.

## METODOLOGIA DE LA EVALUACION DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Por lo que respecta a la evaluación y mejora de la calidad debe decirse que es imprescindible considerar en todo momento cuál es la práctica considerada correcta. Este concepto constituye un criterio, mientras que el nivel óptimo de aplicación de este criterio en una determinada realidad concreta constituye un estándar. Los estándares se fijan de acuerdo a los conocimientos científicos o los requisitos sociales del momento. En caso de que no exista evidencia científica pueden fijarse por consenso entre los afectados por un determinado problema. Es imprescindible que una vez evaluada la práctica actual, se compare con los criterios y estándares establecidos, a fin de conocer los motivos de una práctica deficiente o mejorable, aspecto que constituye una fase muy importante del ciclo de evaluación. Deben a continuación proponerse e implantarse medidas correctoras eficaces de modo que la práctica obtenida, después de su aplicación, mejore claramente hasta alcanzar los niveles previamente establecido. Debe recordarse en lo que hace referencia a la mejora de la calidad que esta debe ser continua y por tanto los estándares deben elevarse constantemente. Para ello no debe olvidarse que el proceso de mejora de la calidad debe estar centrado en el paciente y que siendo la atención del paciente resultado de una suma de acciones concretas, la mejora de la calidad debe conseguirse a través de una aproximación multifactorial que englobe todos estos factores que concurren en el usuario. Debe resaltarse que si bien la gestión contempla los objetivos de la misma como su herramienta más importante, los programas de calidad trabajan a base de estándares. Estos conceptos no deben confundirse, así como debe diferenciarse también la investigación sobre calidad, que como toda investigación trabaja sobre hipótesis. De tal manera, no deben mezclarse en un programa de mejora de calidad, elementos propios de la investigación, atendiendo a que ésta maneja conceptos hipotéticos, es decir, aún por demostrar. A modo de corolario de esta sección debe hacerse hincapié en que la calidad de la asistencia, si bien todos los profesionales tienen su parte alícuota, es responsabilidad compartida con la institución y con la dirección del centro. En resumen, la evaluación y mejora de la calidad consiste en:

- Establecer cuál es en cada momento la práctica considerada como correcta y compararla con la que estamos realizando.
- Establecer los motivos por los cuales tenemos problemas, aplicar los cambios necesarios para solucionarlos y comprobar si estos cambios son eficaces.

## EL DISEÑO DE LAS ACCIONES DE MEJORA

Las acciones de mejora constituyen el núcleo de los programas de calidad. Se aplican en función de las causas que se han detectado en los problemas que se evalúan. En general podemos encontrar tres grandes tipos de causas: Problemas derivados de la falta de conocimientos, es decir, los profesionales no conocen como realizar correctamente un determinado aspecto de su trabajo (los cuidados más adecuados o, como informar sobre situaciones que generan ansiedad). Frente a este tipo de causas las acciones más adecuadas son la formación continuada y la protocolización. Problemas derivados de déficits organizativos, los cuales se corrigen lógicamente modificando los circuitos, las cargas de trabajo, los sistemas de coordinación e información, etc. Problemas de actitud derivados de situaciones en las cuales los profesionales no están motivados para realizar una atención óptima. Por ejemplo, en los últimos años se ha discutido mucho sobre el síndrome del burn-out (quemado) de algunos profesionales. Las actitudes pueden verbalizarse, discutirse y por supuesto modificarse entendiendo su origen y aplicando estrategias de reconocimiento e incentivación. De ahí que los expertos en calidad propugnen, en consecuencia con estos conceptos, el logro de un cambio de actitud de los profesionales implicados en el proceso de mejora, derivado de la experiencia japonesa, expresado con claridad en la frase "hacerlo bien a la primera" (Do it right the first time).

Dicho lo anterior se puede hablar sobre un tema importante en estos aspectos el cual es la competencia profesional, la cual se refiere a la capacidad y al desempeño de las funciones de los grupos de salud, del personal administrativo y del personal de apoyo. Por ejemplo, para que haya competencia profesional en los servicios prestados por los trabajadores de

salud de un pueblo, esa persona debe tener la capacidad y los conocimientos necesarios para realizar las tareas, lo que debe hacer en forma uniforme y precisa (desempeño real). La competencia profesional se relaciona con la ejecución de las pautas y normas para el ejercicio de la profesión y realización en términos de fiabilidad, precisión, confiabilidad y uniformidad. Esta dimensión es pertinente tanto para los servicios clínicos como no-clínicos. Para los grupos de salud, comprende las técnicas relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento así como la capacidad de suministrar asesoramiento efectivo en salud y establecer una buena relación con el paciente. La competencia administrativa profesional exige idoneidad en supervisión, capacitación y solución de problemas.

Según la OMS: la calidad de la asistencia sanitaria es "Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso". Las dimensiones implícitas en esta definición responden a tres criterios complementarios:

1. Criterio técnico. Aplica la ciencia y la tecnología médica y otras ciencias de la salud a un problema sanitario individual, de forma que se maximicen los beneficios y se minimicen o no se incrementen los riesgos.
2. Criterio interpersonal. Regula la interacción social y psicológica entre el cliente y el profesional y considera el grado de autonomía y responsabilidad del usuario frente al grado de dependencia que genera la actividad asistencial. Significa encontrar el equilibrio en la interacción empresa-cliente.
3. Criterio económico. Supone la distribución y utilización racional de los recursos disponibles a fin de conseguir los objetivos propuestos, lo cual obliga a establecer previamente preferencias. Calidad y coste son dos factores inseparables. La atención insuficiente, excesiva, innecesaria o ineficaz origina un coste de calidad y, en consecuencia, una disminución de la calidad de la asistencia.

OMS:” Capacidad del profesional de utilizar plenamente sus conocimientos en su tarea de proporcionar salud y satisfacción a los usuarios. Se refiere a la función operacional y a la relacional, tanto del profesional sanitario como de la organización”

## **ESTRATEGIA PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS, SAN SALVADOR, EL SALVADOR 2012**

La XIII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, realizada en el 2003, incluyó en su Declaración de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, la Resolución en la que los mandatarios de veintiún países expresaron su compromiso para avanzar en la profesionalización de la función pública de los países de la Región y respaldaron los principios y orientaciones de la “Carta Iberoamericana de la Función Pública”. En ella se plantea que toda gestión pública debe estar referenciada a la satisfacción del ciudadano, ya sea como usuario o beneficiario de servicios y programas públicos, o como legítimo participante en el proceso formulación, ejecución y control de las Políticas Públicas bajo el principio de corresponsabilidad social. Que en una gestión pública de calidad, la atención a todos los(as) ciudadanos(as) se realiza con imparcialidad, asegurando que serán tratados con igualdad, sin discriminación por motivos tales como: el género, edad, raza, ideología, religión, nivel económico, situación social o localización geográfica. Que la mejora de la normatividad, persigue el establecimiento de un marco normativo sencillo que facilite la eficacia, eficiencia, agilidad y adaptabilidad de los procesos y procedimientos y por ende, la mejora en la prestación del servicio a los ciudadanos, así como la productividad nacional. Y deja establecido que la evaluación de la eficacia, eficiencia y efectividad de la Estrategia se realiza a través del monitoreo de indicadores, revisión del cumplimiento de los objetivos y planes establecidos, además de la opinión extraída de los diferentes grupos de interés, o como resultado de la realización de evaluaciones y auditorías.

La Política Nacional de Salud 2009-2014, tiene como premisa que la salud es un derecho de todos y está dirigida a garantizar altos niveles de calidad, a través del mejoramiento permanente en la atención. Por lo tanto, debe asumirse una actitud responsable hacia la Calidad, que se convierta en un principio de conducta cotidiana, expresada en el desempeño

Integral a partir de la sensibilidad humana y el elevado profesionalismo, como resultado del desarrollo y aplicación de conocimientos.

En los Hospitales Nacionales, se debe perfeccionar la Calidad, desarrollándola de forma consciente y que permita aportar decididamente a la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud en adelante RIISS, Para ello es necesaria la sistematización en función de obtener avances sustanciales en esta labor transformadora, mediante la formulación, implementación e implantación de la Estrategia de mejoramiento continuo de la calidad en los servicios.

#### ALCANCE

La Estrategia para el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de servicios hospitalarios, en adelante EMCSH, se debe implementar en todos los Hospitales del país, ajustándose a su categoría.

#### PREMISAS EN RELACIÓN A LA CALIDAD

La Dirección Nacional de Hospitales, en adelante DNH, debe garantizar que en lo concerniente a la calidad, se cumpla lo siguiente:

- A) Adecuarlo al propósito de la organización.
- B) Incluir el compromiso de cumplir con los requisitos y mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad.
- C) Proporcionar el marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad.
- D) Debe ser comunicada y adecuarla dentro de la organización.
- E) La Estrategia para el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de servicios hospitalarios, debe ser ampliamente conocida por las jefaturas y el personal a fin de que todos se involucren en su ejecución, asegurando que se informe y detalle sobre la misma al personal actual y al nuevo, tanto técnico como administrativo.



## LINEAS DE ACCIÓN

- A) El Consejo Estratégico de Gestión del Hospital, tiene la responsabilidad de implantar y desarrollar la EMCSH, dirigida de manera esencial, hacia el paciente, familia y comunidad.
- B) La calidad hospitalaria es una responsabilidad compartida, a cargo del Director(a) del Hospital.
- C) El impulso de la EMCSH, requiere como base que el personal este motivado, comprometido, con sólidos valores humanos, morales y éticos, con una relación armoniosa entre estos y la Dirección, para aumentar la capacidad de ambos de dar valor a al plan de trabajo y sus resultados.
- D) La aplicación de las acciones para el mejoramiento de la calidad en los servicios hospitalarios, deben estar dirigidas fundamentalmente a los procesos asistenciales médicos, servicios de apoyo, así como al aseguramiento de los mismos, por parte del personal.
- E) Incorporar en la calidad hospitalaria, acciones dirigidas a fortalecer su principio preventivo e integral.
- F) El control de calidad se debe realizar internamente, mediante autoevaluación, y externamente con evaluación retrospectiva y concurrente.

## ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS

A.PRIMERO SE DEBE DISPONER DE LA ESTRUCTURA QUE PERMITA EL DESARROLLO INTEGRAL Y PERMANENTE DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS.

Dirección Nacional de Hospitales:

- a) Dirigir la implementación de la EMCSH.

- b) Monitorear, evaluar y dar seguimiento a los resultados de la EMCSH.
- c) Analizar problemas de calidad relacionados con la atención hospitalaria y dar indicaciones para solucionarlos.
- d) Gestionar capacitaciones de la EMCSH, en los diferentes servicios hospitalarios.

El Comité Nacional de Calidad Hospitalario:

- a) Presentar a las autoridades la EMCSH de la institución, para su aprobación por la Titular del Ramo.
- b) Establecer el cronograma para su implementación.
- c) Disponer de información periódica para el análisis de los resultados de su implementación.
- d) Identificar los problemas de calidad de la atención hospitalaria a fin de recomendar soluciones.
- e) Realizar capacitaciones sobre calidad hospitalaria.
- f) Realizar supervisión y monitoreo de la implementación de la EMCSH.
- g) Definir en coordinación con la Dirección Nacional de Hospitales, los principales indicadores y estándares de calidad hospitalarios.

**En Hospitales:**

- a) Conformar la Unidad Organizativa de Calidad, en adelante UOC y garantizar su funcionamiento.

- b) Capacitar al personal sobre la EMCSH.
- c) Cumplir con los instrumentos técnicos jurídicos relacionados con la EMCSH.
- d) Proponer al Consejo Estratégico de Gestión soluciones de impacto, a través de la UOC según evaluación periódica de los indicadores de calidad.
- e) Promover la participación efectiva de los diferentes Comités asesores.

## B.EVALUAR INTEGRALMENTE LA CALIDAD DEL PROCESO ASISTENCIAL Y SUS RESULTADOS

1. Utilizar el enfoque sistémico en la identificación de problemas de calidad, a través del equipo multidisciplinario en la identificación de los pasos de los procesos de atención hospitalaria que afectan la calidad del servicio.
2. Evaluar la calidad de atención hospitalaria mediante el análisis de documentos, en especial el expediente clínico.
3. Identificar los factores de riesgo para los pacientes que se deriven del proceso asistencial proponiendo las medidas para la prevención de los mismos, creando así un ambiente de seguridad y de manejo de riesgos.
4. Identificación, medición y análisis de los eventos adversos que concurren en los pacientes, proponiéndose las medidas correctivas, preventivas sobre la base de la información recopilada.
5. Evaluar los resultados de la implementación de la mejora a los problemas detectados.
6. Realizar investigaciones científicas sobre calidad hospitalaria.

C. EVALUAR EL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES Y FAMILIARES RESPECTO A LA ATENCIÓN RECIBIDA.

D. LA CONTRALORÍA SOCIAL SOBRE LA RED HOSPITALARIA Y CADA UNO DE LOS HOSPITALES EN PARTICULAR, SE EJERCERÁ A TRAVÉS DEL FORO NACIONAL DE SALUD Y SUS ELEMENTOS ESTARÁN CONTENIDOS EN UN REGLAMENTO ESPECIAL ELABORADO CONJUNTAMENTE POR LA DIRECCIÓN NACIONAL DE HOSPITALES Y LA DIRECCIÓN DEL FORO NACIONAL DE SALUD. EL REGLAMENTO EN MENCIÓN DEBERÁ CONTENER ALMENOS: FRECUENCIA DE LAS EVALUACIONES, INSTRUMENTOS, ALCANCE, ACTORES INVOLUCRADOS (INDIVIDUALES Y COLECTIVOS), CARÁCTER VINCULANTE DE LAS RECOMENDACIONES DE LA EVALUACIÓN.

E. DIVULGAR LA EMCSH DE LA INSTITUCIÓN A TODO EL PERSONAL.

La UOC debe divulgar la EMCSH de la institución a todo el personal, verificando que se tenga comprensión del problema, así como capacitación y desarrollo de competencias; de tal manera que la calidad esté inmersa en toda atención al paciente, es necesario unir esfuerzos dirigidos hacia el logro de la mejora continua de la calidad. La implementación de la EMCSH se debe definir como componente prioritario del trabajo de todo personal institucional sin excepción, para generar la mejora continua de la calidad y la obtención de los resultados planificados.

## F. DEFINIR LOS PRINCIPALES INDICADORES Y ESTÁNDARES DE CALIDAD HOSPITALARIOS.

1. El indicador de resultado como elemento básico del sistema de control de calidad (o monitorización), constituye una guía para evaluar, valorar y controlar la calidad de aspectos importantes en la práctica asistencial y permite compararlos con los objetivos o características de calidad acordados o esperados.
2. Los indicadores deben cumplir los siguientes requisitos: validez, confiabilidad, sensibilidad y especificidad, deben ser exactos, precisos y fácilmente obtenibles.
3. Para el análisis y evaluación de los indicadores, deben ser agrupados por procesos.
4. Los indicadores de resultados miden la calidad de los procesos y sus normas (estándar) y de la atención al paciente, de forma directa o indirecta, reflejan criterios clínicos de actuación, grado de utilización de los servicios, habilidad y desempeño.
5. El producto del proceso se mide por los indicadores de resultados.
6. Constituyen un instrumento para la mejora continua de la calidad, no deben ser considerados un fin en sí mismos y deben estar acompañados de las evaluaciones cualitativas.

### **CONTENIDOS DE LA ESTRATEGIA**

- A) Auditoría y evaluación de la actividad médica.
- B) Evaluación de la actividad quirúrgica.
- C) Evaluación de la cirugía segura.

- D) Evaluación de la mortalidad hospitalaria y de la mortalidad materna y perinatal.
- E) Evaluación del riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria. (De acuerdo a lo establecido en el instrumento técnico jurídico correspondiente.
- F) Evaluación del uso seguro de medicamentos.
- G) Evaluación del riesgo de caídas.
- H) Integración de la información.
- I) Evaluación de la indicación para uso de sangre y hemoderivados.
- J) Integración de los procesos de atención en las RIISS.
- K) Evaluación de la información al usuario.
- L) Evaluación de la percepción del usuario de la atención sanitaria recibida.
- M) Evaluación del impacto de la implementación de la EMCSH.
- N) Investigación en relación con la calidad en los servicios.

## **METODOLOGÍA DE TRABAJO.**

### **A. Información y socialización.**

1. Socialización y divulgación de los instrumentos técnicos jurídicos relacionados a la calidad.
2. Elaboración del Plan de Calidad Institucional.

3. Capacitación y desarrollo del recurso humano en calidad y seguridad del paciente, considerando los siguientes aspectos:

a) Enfoque al paciente, familia y comunidad.

Todas las acciones en salud deben estar orientadas al usuario, su grupo familiar y su comunidad dentro de las RIISS.

b) Enfoque sistémico y de procesos.

La identificación de fallas del sistema de atención sanitaria, debe enfocarse en un análisis causal a través del enfoque sistémico (entrada, proceso y salida) y de procesos interrelacionados entre sí, para el cumplimiento de objetivos planteados por la Institución en beneficio de los usuarios. Para el manejo de los problemas tomar en cuenta el trabajo en equipo multidisciplinario.

c) Enfoque basado en evidencias.

Evidencia objetiva, medible, con información actualizada y con resultados, para la toma de decisiones acertadas.

d) Manejo de los riesgos.

En el análisis de resultados se deben tomar en cuenta las acciones o intervenciones para minimizar los riesgos según la falla de la calidad identificada.

e) Planificación participativa y trabajo en equipo.

Para todo proceso de mejora, se debe documentar lo planificado y la participación de equipos de mejora o círculos de calidad, que deben conformarse según los problemas identificados y priorizados. Se debe involucrar al recurso humano en los diferentes niveles y así aprovechar sus destrezas y compromisos con la calidad en el desempeño de sus funciones.

f) Corresponsabilidad.

Todos los recursos humanos del Hospital, con sus diferentes funciones, son responsables que se desarrolle bien la Institución, reflejado a través de la participación y compromiso con la calidad en el desarrollo de sus actividades.

**B. Establecer el cronograma de la implementación de la Estrategia de Calidad y ejecución de la misma, documentado en el Plan Operativo Anual.**

**C. Elaboración e implementación de planes de mejora o proyectos.**

Incorporar estrategias de intervención para mejorar la calidad y seguridad del paciente, con énfasis en la gestión de riesgos a través de la aplicación del ciclo de mejora (PHVA o de Deming). Los cuales deben documentarse y darle seguimiento y acompañamiento en su implementación cuando sea requerido.

**1. Evaluación, supervisión y monitoreo.**

Interna y Externa ambas deben incluir lo siguiente:

a) Desarrollo de herramientas de monitoreo y evaluación de cada área de trabajo, que evidencien objetivamente las actividades relevantes que se realizan en esa área relacionadas con la calidad.

b) Se debe realizar periódicamente en las diferentes áreas o servicios de atención; para realizarla debe participar el Coordinador o Jefe del servicio en forma conjunta con los miembros de la UOC de ser necesario.

c) Se debe establecer el plan del monitoreo y evaluación que permita conocer las carencias y tendencias de los procesos.

d) La toma de decisiones debe basarse en resultados obtenidos de análisis de los problemas priorizados.



e) Autoevaluación.

f) Evaluación de resultados de los Comités institucionales y de los equipos de mejora.

## **2. Retroalimentación de resultados.**

### **3. Recolección de datos.**

a) Utilización del instrumento de recolección de datos diseñado para este fin.

b) Análisis de resultados para identificación de problemas y proponer alternativas de solución.

### **4. Informes.**

a) Informes de resultados mensuales o cuantas veces sea requerida por la DNH o por la Dirección del Hospital.

b) Informes de auditoría administrativa, con participación multidisciplinaria y con el/la jefe del servicio, para verificar los avances en la implementación de la Estrategia según áreas de atención y sus propuestas de mejora.

c) Informes de los planes de mejora elaborados según priorización, para asegurar que la no conformidad se repita y minimizar las causas de los riesgos potenciales, con el registro respectivo de resultados y verificar si las acciones implementadas fueron efectivas o no.

## **RECOMENDACIONES**

A) Establecer compromisos de mejora en todos los niveles organizativos de la institución, incorporando en los mismos las recomendaciones producto de la contraloría social.

B) Desarrollar nuevas estrategias.

- C) Elaboración y modificación de procesos.
- D) Autoevaluación.
- E) Evaluación constante según nivel de responsabilidad.
- F) Actualización de los planes de mejora.
- G) Capacitación continúa en calidad y seguridad del paciente.
- H) Solicitar asesoría técnica en base a los problemas identificados.

### **INDICADORES DE RESULTADOS**

Estos indicadores miden el producto de los procesos de atención, es decir de su calidad para evaluarlos y compararlos con los objetivos o metas esperadas.

- A) Porcentaje del grado de satisfacción del usuario interno y externo.
- B) Prevalencia de eventos adversos post transfusionales entre otros.
- C) Tasa de infecciones intrahospitalaria, por tipo, global y por servicio.
- D) Número de brote de infección, global y por servicio.
- E) Letalidad de la infección intrahospitalaria, según tipo, global y por servicio.
- F) Porcentaje de mortalidad bruta y neta por servicio.
- G) Mortalidad infantiles, fetales tardíos y neonatales precoces.

H) Letalidad por diferentes enfermedades crónicas, tales como infarto agudo del miocardio, accidente cerebro vascular, asma, diabetes, entre otras.

I) Índice de necropsia o autopsia.

J) Correlación diagnóstica clínico-patológica y por servicio.

K) Porcentaje de ocupación, rotación de cama, promedio de días estancia.

L) Costo día cama, costo de principales patologías y de procedimientos quirúrgicos.

### **ORGANIZACIÓN.**

La EMCSH debe ser conducida por el Director del Hospital, como máximo responsable, asimismo debe nombrar a través de resolución al responsable de la UOC. El Director debe designar a los miembros de los diferentes Comités, los cuales realizarán su trabajo Ad Honores, durante el período para el que fueren nombrados.

#### **Unidad organizativa de calidad (UOC).**

Unidad encargada de orientar, asesorar y controlar las diferentes actividades relacionadas con la EMCSH y estará subordinada al Director del Hospital. El Jefe de la UOC, debe asesorar al Consejo Estratégico de Gestión de la institución. Cada Hospital, ajustándose a su categoría y necesidades, debe constituir los Comités asesores para el cumplimiento de la EMCSH, que dependen técnicamente de la UOC, con base al Reglamento General de Hospitales.

### CAPITULO III

#### OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

OBJETIVO ESPECÍFICO	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALORES
Identificar en los licenciados de radiología e imágenes los conocimientos que poseen en cuanto a los protocolos de atención que se brinda a los usuarios a los cuales se les realiza estudios radiológicos.	conocimiento	Se refiere a la información adquirida por un ser vivo a través de la experiencia o la educación, teórica o práctica de un asunto de la realidad.	Capacidad del profesional para ejercer su trabajo en base a su conocimiento que posee sobre la calidad de atención.	Nivel de información	Seguimiento del normativo
				Experiencia	Empírica académica
				capacitación	Charlas Seminarios Talleres Conferencias

OBJETIVO ESPECIFICO	VARIBLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OERACIONAL	INDICADORES	VALOR
Conocer la competencia que poseen los licenciados en radiología en cuanto a la atención brindada a los usuarios a quienes se les realiza estudios radiológicos.	Competencias	Capacidad de poner en práctica sus conocimientos, habilidades y capacidades de manera integral	Capacidad que tiene el profesional para desarrollarse en su área de trabajo.	Habilidades:	Comportamiento. Actitud con el usuario
				Destrezas	Protocolos Atención. Trato en el procedimiento, respecto al consentimiento del usuario

OBJETIVO ESPECIFICO	VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	VALOR
Describir desde la perspectiva del usuario al que se le realiza estudios radiológicos como considera la calidad de atención brindada por el licenciado en Radiología e Imágenes de dichos departamentos.	La percepción del paciente	Idea, juicio o concepto que una persona tiene o se forma acerca de algo o alguien o de algún tipo de servicio prestado por x identidad	Opinión que emite el paciente al ser entrevistado sobre la atención que se le brinda en el departamento de radiología	Ética del profesional en radiología.	Trato al usuario al momento de realizarle procedimientos
				Actitud	el respeto mostrado hacia el usuario
				Aptitud	Conocimientos sobre conceptos de atención al usuario que se realiza estudios con medios de contraste

## **CAPITULO IV**

### **DISEÑO METODOLÓGICO.**

#### **Tipo de investigación.**

##### **Descriptivo:**

Porque se desarrollaron una serie de pasos metodológicos que estuvieron centrados en la recolección de datos que ayudaron a explicar y dar respuesta al cuestionamiento planteado sobre el trato brindado al usuario al momento que se le realizó estudios radiológicos en los departamento de radiología e imágenes de los hospitales nacionales Nuestra Señora de Fátima de Cojutepeque, Hospital Nacional Santa Gertrudis de San Vicente Y Hospital Nacional Enfermera Angélica Vidal de Najarro de San Bartolo, describiendo de manera clara y concisa cada uno de los hechos que pudieron aportar información de vital importancia a la investigación.

##### **Transversal:**

Ya que se estudiaron las variables simultáneamente en un periodo comprendido del mes de febrero a junio del 2015 realizando de esta manera un corte en el tiempo sin brindarle un seguimiento posterior.

##### **Correlacional:**

En este tipo de estudio pretendió ver la relación que existe entre los conceptos y entre las variables entre sí.

##### **Área de estudio.**

Departamentos de Radiología e Imágenes de los hospitales nacionales Nuestra Señora de Fátima de Cojutepeque, Hospital Nacional Santa Gertrudis de San Vicente Y Hospital Nacional Enfermera Angélica Vidal de Najarro de San Bartolo.

**Universo y Muestra.**

**Población:** Pacientes que acudieron a que se les brindara atención hospitalaria y Licenciados en radiología de los departamentos de rayos X de los hospitales nacionales; Nuestra Señora de Fátima de Cojutepeque, Hospital Nacional Santa Gertrudis de San Vicente Y Hospital Nacional Enfermera Angélica Vidal de Najarro de San Bartolo.

**Muestra:** Pacientes del departamento de Radiología e Imágenes a los que se les realiza estudios radiológicos y los profesionales en Radiología e Imágenes autorizados a realizar dichos estudios.

**Criterios de inclusión:**

- Todo profesional en el área de Radiología e Imágenes que posea un grado académico de tecnólogo o licenciado en Radiología e Imágenes.
- Personal de Radiología e Imágenes que se encuentre de turno al momento de realizar la recolección de datos.
- Se tomara en cuenta al profesional en radiología graduados de universidades privadas.
- Pacientes ingresados y ambulatorios que estén haciendo uso de los servicios que brinda el departamento de Radiología e Imágenes.

**Criterios de exclusión:**

- Personal empírico que se encuentre laborando en el área de Radiología e Imágenes que no haya recibido ningún tipo de formación académica en el área.
- Estudiantes que se encuentren realizando su servicio social en el área de Radiología e Imágenes.
- Estudiantes que se encuentren realizando sus prácticas hospitalarias en área de Radiología e Imágenes.



- Pacientes ajenos a hacer uso de los servicios que brinda el departamento de Radiología e Imágenes.

### **Método, técnicas e instrumentos para la recolección de Datos.**

#### **Métodos:**

- Método científico

Se utilizó este método porque nuestra investigación se realizó con un orden específico, es decir registraremos los datos de nuestro estudio de forma sistemática y ordenada.

- Método estadístico

Durante el desarrollo de nuestra investigación utilizo este método debido a que se manejaron datos cuantitativos como también cualitativos dependiendo de lo que se desea investigar

#### **Técnicas.**

**Encuesta:** en la presente investigación se utilizó un cuestionario el cual contenía una serie de preguntas redactadas en base a objetivos planteados al inicio de la investigación acerca de la calidad de atención brindada a los pacientes del área de Radiología e Imágenes de los nosocomios sometidos a investigación.

**Observación:** se utilizó una guía de observación que contenía parámetros que se deseaban conocer como por ejemplo el trato que los profesionales que laboran en el departamento de radiología brindan a los pacientes que acuden a dicho lugar para solicitar cita para un estudio.

#### **Instrumentos:**

- Guía de observación.
- Cuestionario.

### **Procedimientos de recolección de datos**

Una vez diseñado los instrumentos de recolección de datos y habiéndose comprobado su margen de éxito o error por medio de la realización de una prueba piloto, se procedió a adquirir los permisos necesarios a las autoridades hospitalarias correspondientes permitiéndole al grupo investigador la planificación sobre el día y la hora en la que se procedió a la recolección de datos, una vez establecidos estos parámetros se llevó a cabo la ejecución del trabajo de la siguiente manera: Durante la realización de esta jornada cada miembro del grupo investigador procedió a rellenar de forma ordenada, precisa y objetiva la guía de observación basándose en aquello que contemplaban en lo correspondiente a la calidad de atención brindada por parte del profesional del área de Radiología e Imágenes al paciente, una vez concluida esta etapa se procedió a indagar de forma más profunda sobre el tema, utilizando un cuestionario el cual fue resuelto con la ayuda del paciente, punto que fue de mucha importancia para obtener aspectos trascendentales y que se necesitaron para una mayor recolección de información.

### **Plan de tabulación y Análisis de Datos**

Posterior al proceso de recolección de datos el grupo investigador se reunió y procedieron a realizar el vaciamiento y ordenamiento los datos, inicialmente de forma manual para luego proceder a introducir dicha información en la computadora, ubicándolas en tablas simples las cuales fueron creadas en Microsoft Excel colocándoseles su respectivo nombre según la información que contenían, luego se construyeron, para cada tabla, una gráfica cuyo diseño dependió del número de datos que esta contuvo. Una vez finalizadas se procedió a cambiarlas al formato de Microsoft Word para poder brindar su respectiva interpretación y análisis, realizándose este de forma individual.

A continuación se muestra una tabla como ejemplo del formato que se utilizó para presentar los datos que se recolectaron en nuestra investigación:

Ejemplo de tabla

TABLA 1

<b>VALOR</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
<b>TOTAL</b>		<b>100%</b>

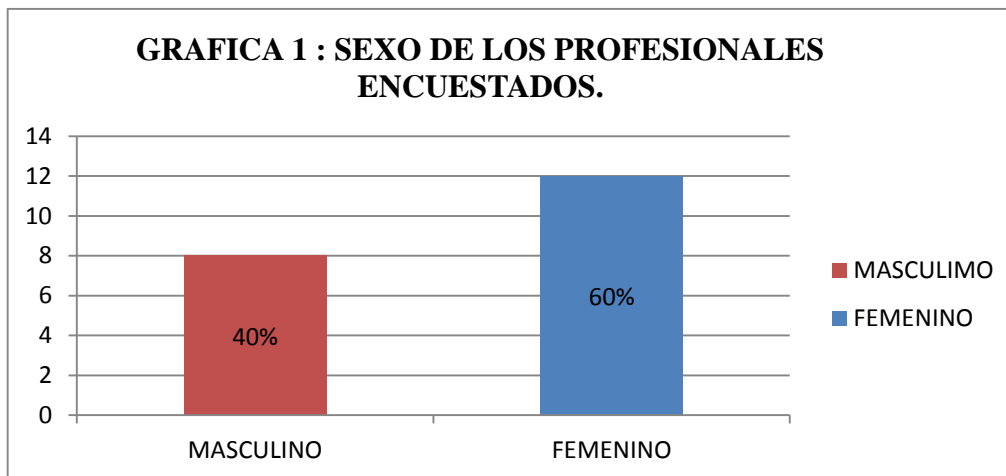
## CAPITULO V

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

#### ENCUESTA DIRIGIDA A LOS LICENCIADOS DEL DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA E IMÁGENES.

**TABLA 1: SEXO DE LOS PROFESIONALES ENCUESTADOS.**

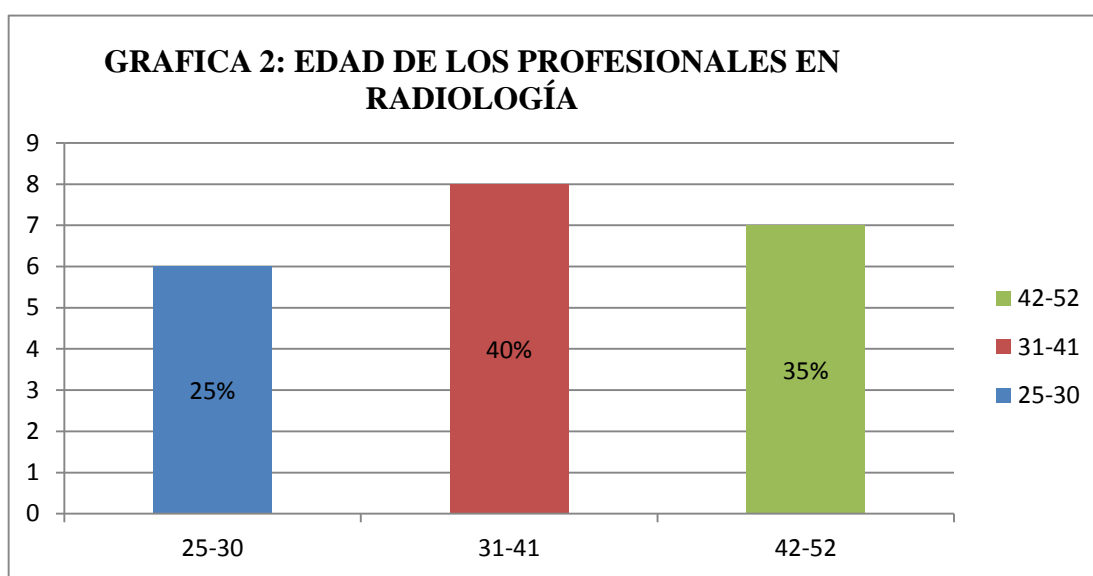
SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	8	40 %
FEMENINO	12	60 %
<b>TOTAL</b>	20	100%



En la tabla y grafico anterior se observa que del 100% de los profesionales encuestados el 60% son de sexo femenino y el 40% pertenecen al sexo masculino. Esto pude deberse a que estadísticamente se gradúan más profesionales del sexo femenin o que masculino.

**TABLA 2: EDAD DE LOS PROFESIONALES EN RADIOLOGÍA**

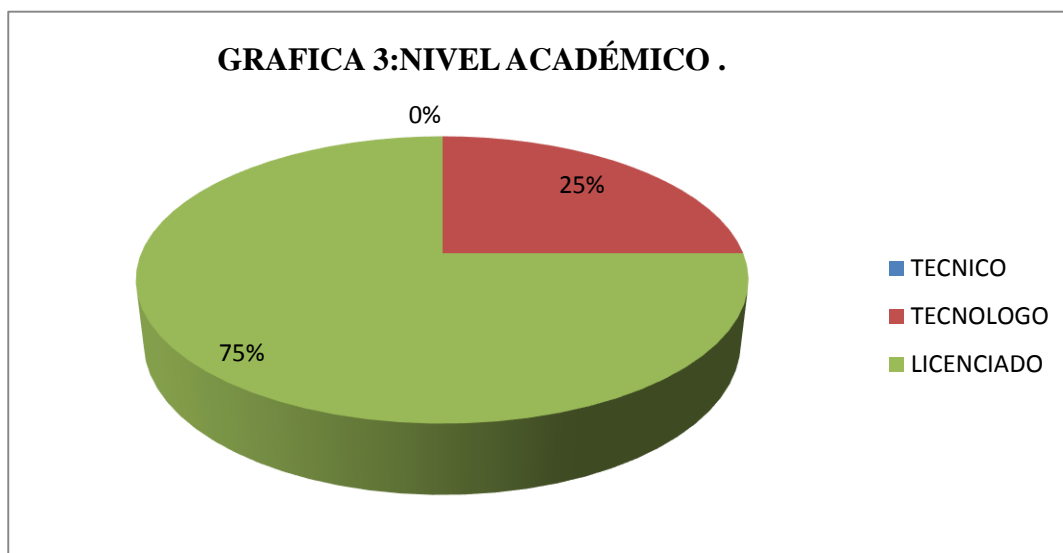
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
25-30	5	25 %
31-41	8	40 %
42-52	7	35 %
<b>TOTAL</b>	20	100%



En la tabla y grafico anterior se observan que del 100% de profesionales encuestados el 29% está entre las edades de 25 a 30 años, un 38% entre las edades de 31 a 41 años y un 33% restante entre las edades de 42 a 52 años. Lo anterior puede deberse a que el cambio generacional en la profesión de radiología es lenta.

**TABLA 3. NIVEL ACADÉMICO.**

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tecnólogo	5	25%
Técnico	0	0%
Licenciado	15	75%
<b>TOTAL</b>	20	100%

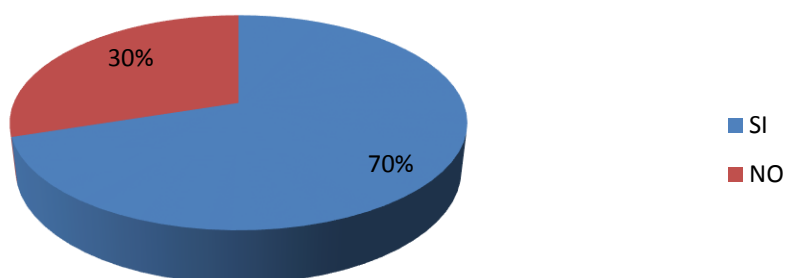


La tabla y grafico anterior muestran que de los 20 profesionales encuestados, 5 de ellos que equivalen al 25% son técnicos en radiología mientras que 15 equivalentes al 75% poseen el título de licenciado en radiología e imágenes. La profesionalización del personal que labora en los departamentos de radiología requiere que estos sean capacitados en entidades educativas superiores, brindando la categoría de licenciado y tecnólogos, el MINED para asimilar a profesionales que no poseían estudios universitarios promovió por un tiempo el estudio técnico.

**TABLA 4:** CONOCIMIENTO DEL PERSONAL SOBRE LA EXISTENCIA DEL NORMATIVO DE ATENCIÓN AL USUARIO.

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	14	70%
No	6	30%
<b>TOTAL</b>	20	100%

**GRAFICO 4:** CONOCIMIENTO DEL PERSONAL SOBRE LA EXISTENCIA DEL NORMATIVO DE ATENCIÓN AL USUARIO.

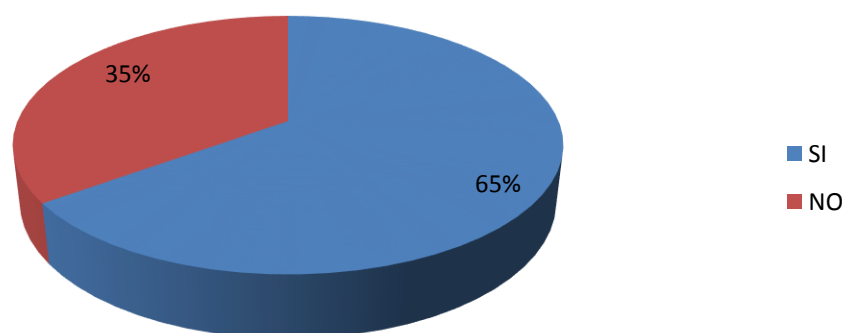


En la tabla y grafica anterior se observa que del total de profesionales encuestados el 70% afirma que existe un documento de atención al paciente y un 30% niega la existencia del documento. El normativo de atención de calidad al paciente es obligatorio en todos los centros hospitalarios y este debe de ser difundido a todo el personal que labora en este, el desconocimiento de parte de los profesionales debe de ser tomado en cuenta por parte de las autoridades hospitalarias correspondientes.

**TABLA 5: EXISTENCIA DEL NORMATIVO DE ATENCIÓN AL USUARIO EN EL DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES**

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	13	65%
No	7	35%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**GRAFICA 5: EXISTENCIA DEL NORMATIVO DE ATENCIÓN AL USUARIO EN EL DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES**

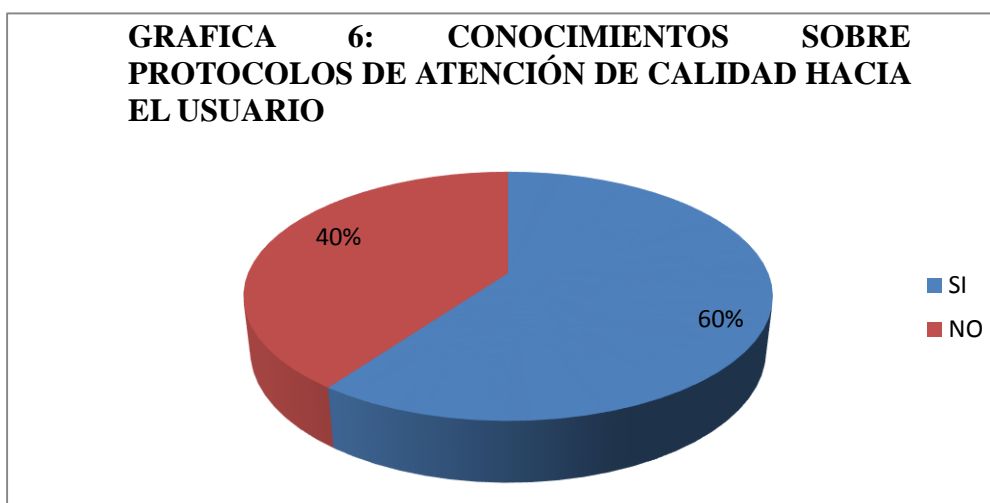


En la tabla y gráfico anterior se observa que del 100% de profesionales encuestados el 65% afirma la existencia de un normativo dentro del departamento de radiología, mientras que un 35% restante niega la existencia del antes mencionado. Es deber y obligación de cada profesional del área el conocer y manejar el normativo de atención al usuarios y de las jefaturas de los departamentos el divulgar y comunicar dicha información. Los normativos son elaborados con el fin de brindar reglas de cómo debe ser el trato que el personal debe brindar al paciente otorgando así un servicio de calidad a los usuarios, no conocer o no manejar dicha información es un indicio que el servicio que este le esté brindando al paciente no sea el más adecuado



**TABLA 6:** CONOCIMIENTOS SOBRE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DE CALIDAD HACIA EL USUARIO.

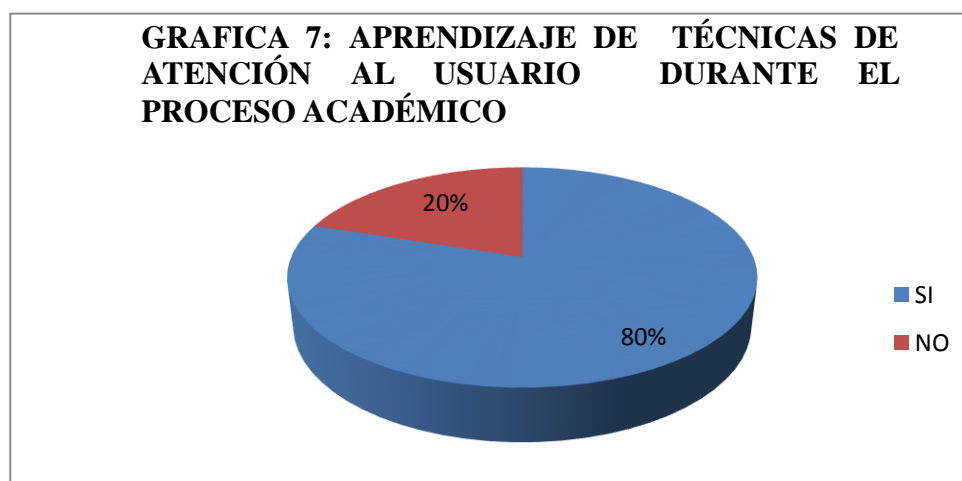
INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	12	60%
No	8	40%
<b>TOTAL</b>	20	100%



De acuerdo a la tabla y grafico anterior el 60% equivalente un número de 12 profesionales encuestadas afirma conocer sobre protocolos de atención y un 40% que equivale a 8 profesionales encuestados niega conocer sobre estos. Una razón probable de esta situación es que los profesionales conocen la importancia de los protocolos de atención al usuarios que están dirigidos a facilitar el trabajo del profesional en salud y mejorar la gestión sanitaria, el conocer y aplicar estos parámetros contribuye además en la optimización de los servicios de salud, llevando la práctica clínica de un forma más efectiva, optimizando recursos, el tiempo de atención y otros factores de igual importancia.

**TABLA 7: APRENDIZAJE DE TÉCNICAS DE ATENCIÓN AL USUARIO DURANTE EL PROCESO ACADÉMICO**

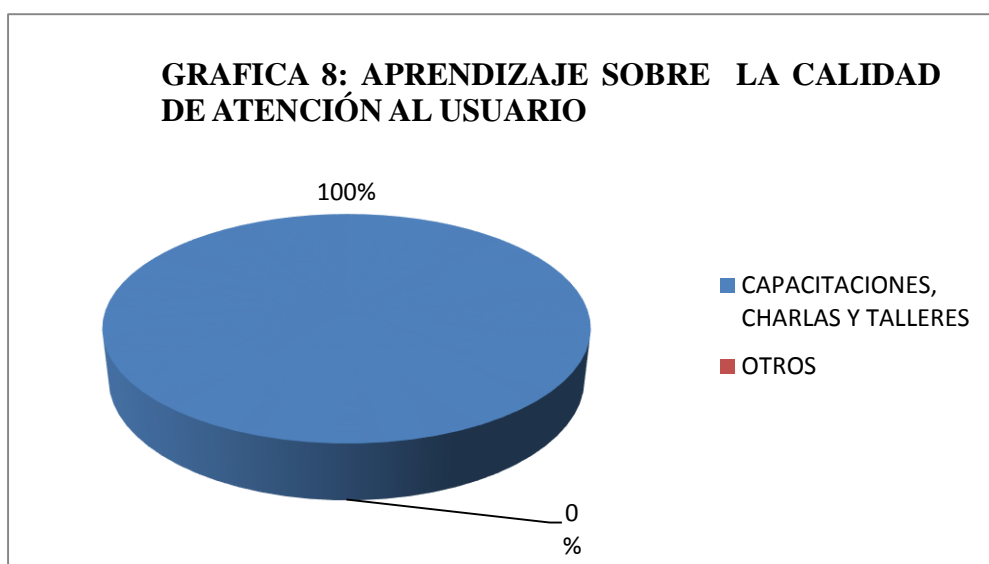
INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	16	80%
No	4	20%
<b>TOTAL</b>	20	100%



En la tabla y grafico anterior se observa que del 100% de los profesionales encuestados el 80% afirma que aprendió técnicas de atención durante su proceso académico, mientras que el 20% restante niega haber aprendido dichas técnicas. Lo anterior puede deberse que en el proceso de aprendizaje superior al estudiante de le brindan técnicas de atención al usuario tanto adulto como pediátrico, estas técnicas son demostradas en todo el proceso del trabajo del profesional de radiología.

**TABLA 8:** ADQUISICIÓN DE APRENDIZAJE SOBRE CALIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO COMO REQUISITO DEL CENTRO HOSPITALARIO

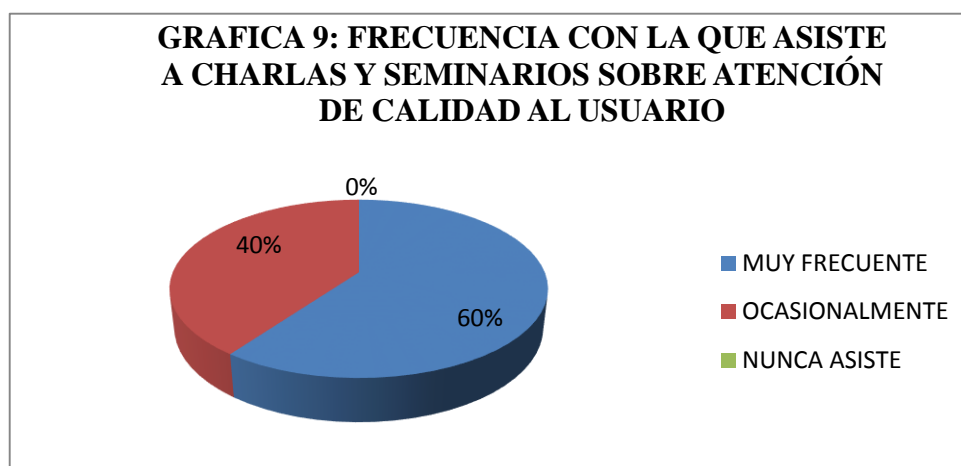
INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CAPACITACIONES, CHARLAS Y TALLERES EN EL CENTRO HOSPITALARIO	20	100%
OTROS	0	0%
<b>TOTAL</b>	20	100%



La tabla y grafica anterior se observa que de los 20 profesionales encuestados, afirman que si recibieron capacitaciones sobre atención de usuarios de parte del hospital como requisito para laborar en el departamento radiología e imágenes. Lo anterior puede obedecer a que en el sistema de salud pública toman muy en serio el hecho de la atención al usuarios y para fortalecer esto brindan capacitaciones para que no halla excusa del desconocimiento, además cabe mencionar que aunque sea un minimo de profesionales buscan otros medios para poder tener más capacidades en la atención al usuario.

**TABLA 9: FRECUENCIA CON LA QUE ASISTE A CHARLAS Y SEMINARIOS SOBRE ATENCIÓN DE CALIDAD AL USUARIO**

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY FERCUENTE	12	60%
OCASIONALMENTE	8	40%
NUNCA ASISTE	0	0%
<b>TOTAL</b>	20	100%



En la tabla y grafica anterior se observa que del 100% de profesionales encuestados el 60% asiste frecuentemente a las capacitaciones, un 40% asiste ocasionalmente. Esto puede deberse a que las capacitaciones son constantes y los profesionales pueden percibir que la información de la capacitación es repetitiva, aunque un porcentaje elevado va a las capacitaciones ya que esto puede generarle un compromiso de atención al paciente

**TABLA 10: PRÁCTICA DE LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS SOBRE ATENCIÓN AL USUARIO**

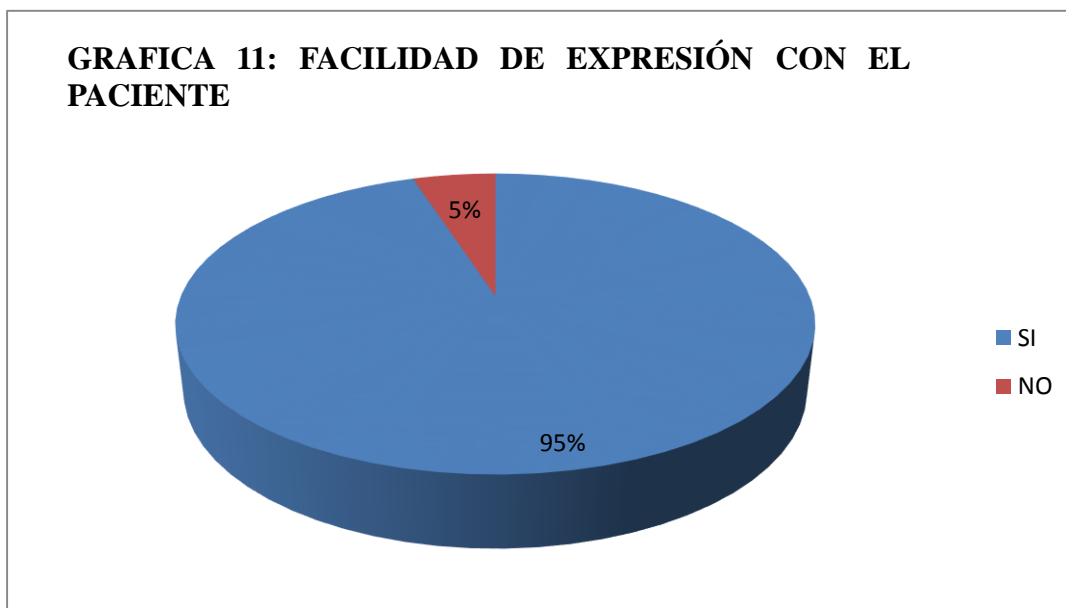
INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	20	100%
No	0	0%
<b>TOTAL</b>	20	100%



La tabla y grafico anterior muestran que de los 20 profesionales encuestados que equivalen al 100%, todos contestaron que aplican los conocimientos adquiridos sobre atención al usuario. Esto puede deberse a que las instituciones hospitalarias públicas hacen evaluaciones y monitoreo continuo sobre atención al usuario para minimizar comentarios negativos sobre el tema.

**TABLA 11: FACILIDAD DE EXPRESIÓN CON EL PACIENTE**

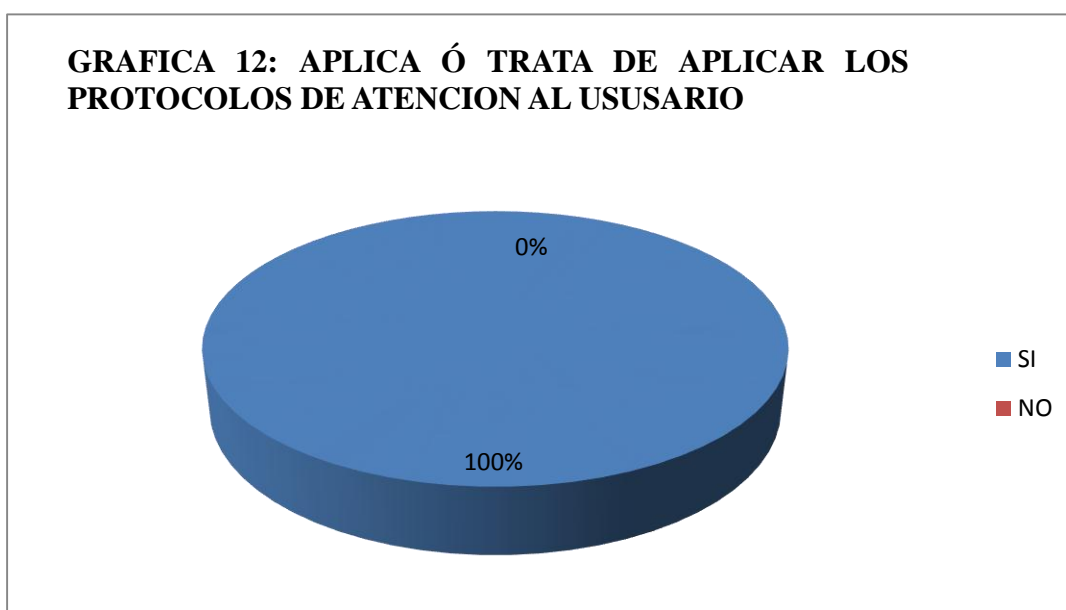
INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	19	95%
NO	1	5%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>



En la tabla y grafica anterior se observa que del 100% de los profesionales encuestados, el 95% que representa la cantidad de 19 de profesionales hace mención de tener facilidad de la expresión y el 5% no lo tiene. Esto puede deberse a que en las capacitaciones de atención al usuario hay temas relacionados a la forma de expresarse cuando se está realizando un procedimiento.

**TABLA 12: APLICA O TRATA DE APLICAR LOS PROTOCOLOS DE ATENCION AL USUARIO**

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	20	100%
NO	0	0%
<b>TOTAL</b>	20	100%

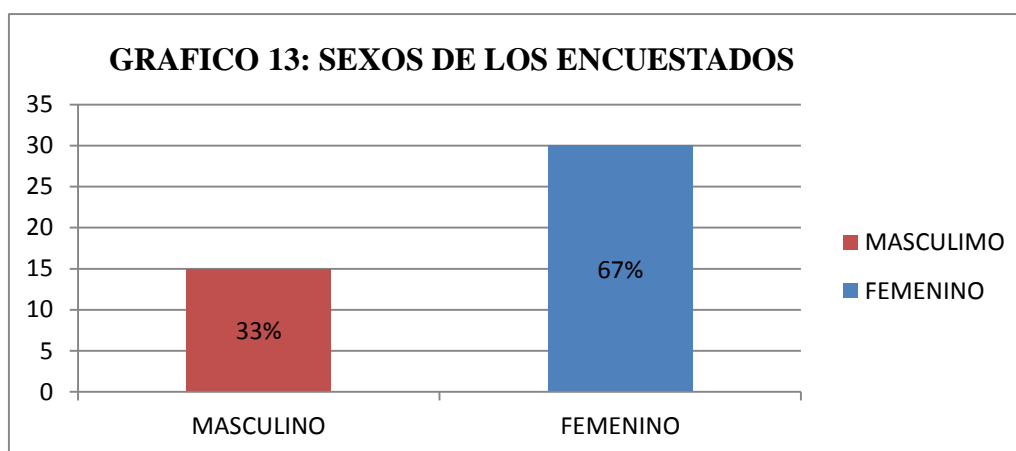


La tabla y grafico anterior muestran que de los 20 profesionales encuestados que equivalen al 100%, todos contestaron que aplican o tratan de aplicar los protocolos de atención al usuario. Esto puede deberse a que las instituciones hospitalarias públicas hacen evaluaciones e inspecciones permanentes sobre atención al usuario con el fin de minimizar el impacto social negativo sobre la población que asiste en busca de servicios hospitalarios.

**ENCUESTA DIRIGIDA A PACIENTES QUE SE REALIZAN PROCEDIMIENTOS RADIOLOGICOS EN EL DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA E IMÁGENES.**

**TABLA 13: SEXO DE LOS ENCUESTADOS**

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<b>MASCULINO</b>	15	<b>33 %</b>
<b>FEMENINO</b>	30	<b>67 %</b>
<b>TOTAL</b>	45	100%

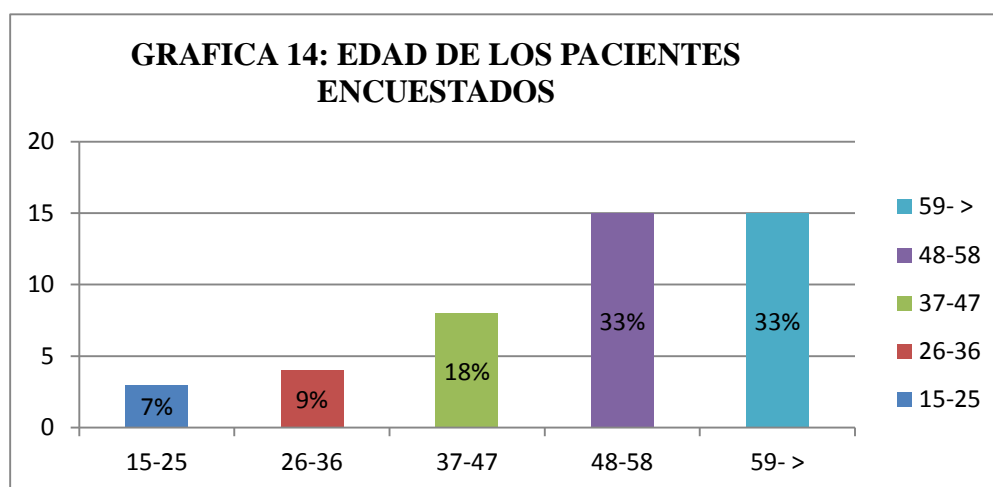


En la tabla y grafico anterior se observa que del 100% de pacientes encuestados el 67% corresponde al sexo femenino mientras que el 33% corresponden al sexo masculino. Esto puede deberse a que los pacientes que frecuentan los centros asistenciales por estadística hospitalaria en su mayoría son del sexo femenino



**TABLA 14: EDAD DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS.**

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
15-25	3	7 %
26-36	4	9 %
37-47	8	18 %
48-58	15	33 %
59, >	15	33 %
<b>TOTAL</b>	45	100%

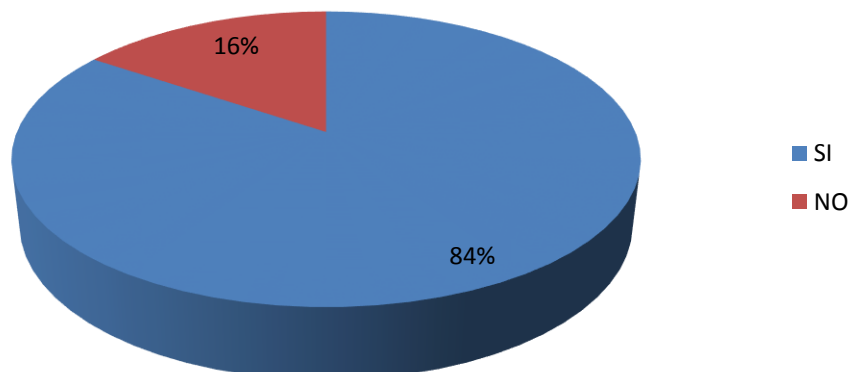


En la tabla y gráfico anterior se muestra que del total de los encuestados que el 16% corresponde a las edades entre 15 y 36 años, el 51% corresponde a las edades de 37 a 58 años y un 33% entre las edades de 59 a más años, esto puede deberse a que los usuarios que asisten a los centros hospitalarios y especialmente a los departamentos de radiología corresponden a las personas adulto jóvenes y adultos mayor y en menor porcentaje a los pacientes jóvenes debido a que este podría ser menos propenso a padecer enfermedades.

**TABLA 15:** LE BRINDAN INDICACIONES COMPENSIBLES CUANDO EL PACIENTE SACA CITA PARA UN PROCEDIMIENTOS RADIOLÓGICO.

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SI	38	84%
NO	7	16%
<b>TOTAL</b>	45	100%

**GRAFICA 15:** LE BRINDAN INDICACIONES COMPENSIBLES CUANDO EL PACIENTE SACA CITA PARA UN PROCEDIMIENTOS RADIOLÓGICO.



En la tabla y el grafica anterior se puede observar que el 84% el cual equivale a 38 pacientes encuestados afirman que al momento de solicitar cita para un estudio radiológico se les brinda las indicaciones pertinentes y un 16% que representa a 7 pacientes afirman no haber recibido indicación alguna. Es de suma importancia que al usuario se le brinde la información necesaria acerca de lo que se le va a realizar y por qué se le realizara y aun con especial cuidado a aquellos pacientes que se le practicara algún estudio que se realice con medio de contraste ya que necesita una preparación previa, con el fin de optimizar los recursos para la adquisición de un estudio efectivo y brindar un buen diagnóstico.

**TABLA 16: CORTESÍA AL SER LLAMADO EL PACIENTE PARA SER ATENDIDO.**

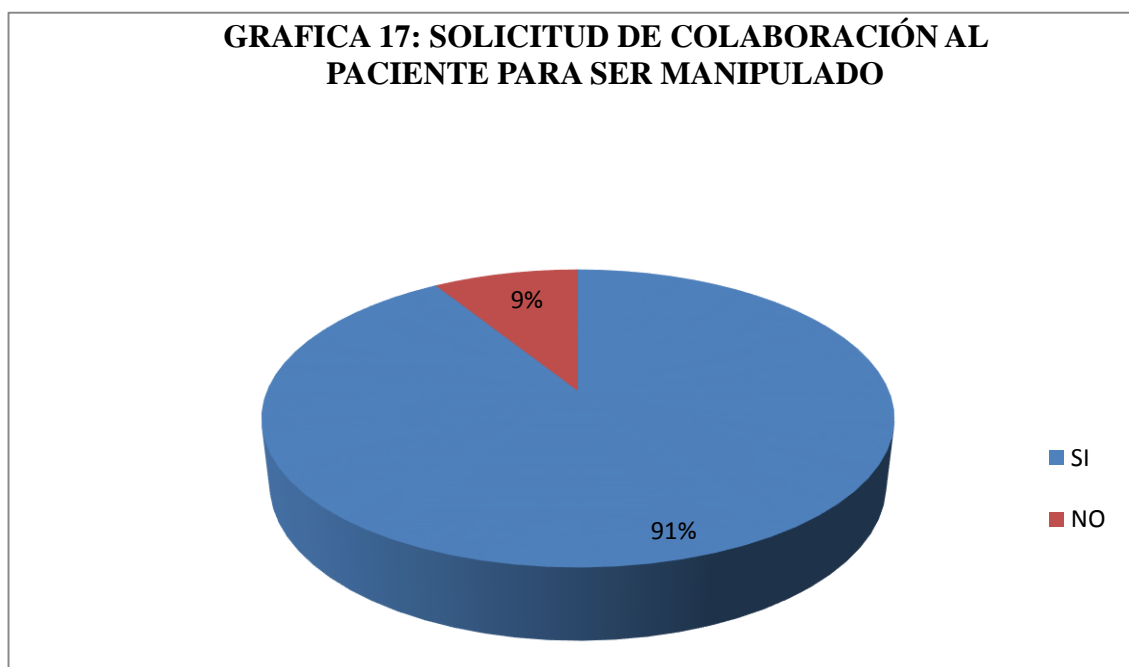
INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SI	45	100%
NO	0	0%
TOTAL	45	100%



En la tabla y la gráfica anterior podemos observar que el 100% que equivale a 45 personas encuestadas, contestaron haber sido llamados por su nombre al momento que se le indico que pasaría a ser atendido. Esto se debe a que el profesional tiene los conocimientos previos y además capacitaciones internas del hospital de atención a los pacientes para llevar un buen respeto y aplicación de ética profesional.

**TABLA 17: SOLICITUD DE COLABORACIÓN AL PACIENTE PARA SER MANIPULADO**

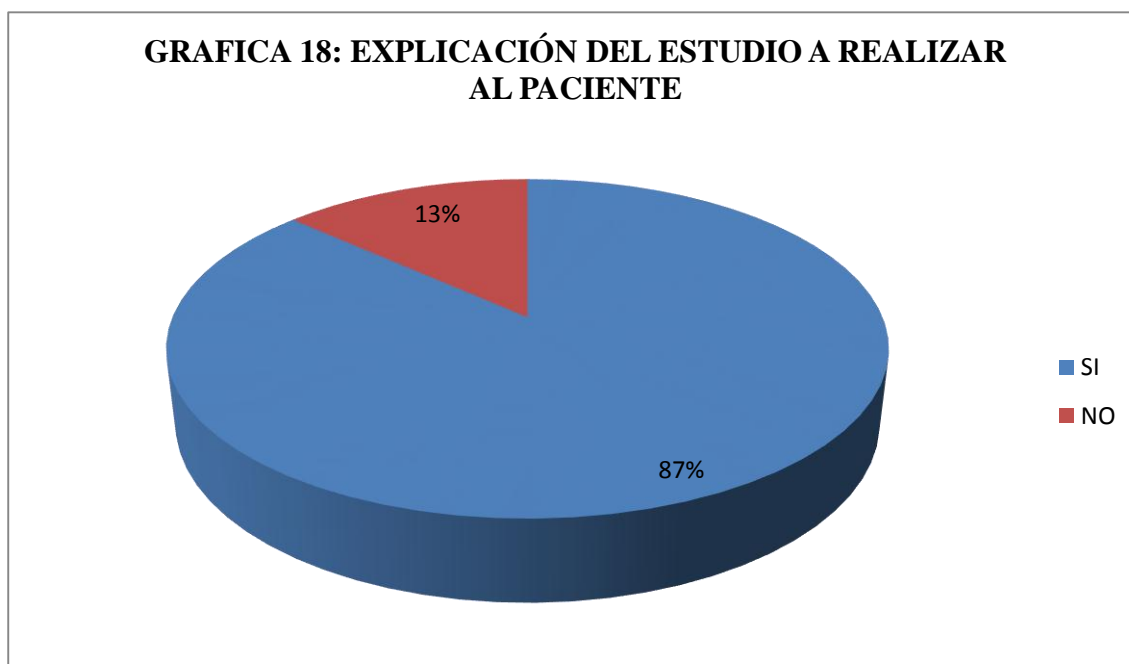
INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SI	41	91%
NO	4	9%
<b>TOTAL</b>	45	100%



En la tabla y el grafico anterior podemos observar que el 91% del 100% de pacientes encuestados manifiestan que el profesional que le atendió le solicito colaboración al momento de realizarle el examen radiológico, mientras el 9% restante hace referencia a que no se le solicito su colaboración. El conocimiento acerca de los protocolos de atención otorga la capacidad para que el profesional sepa lo importante que es pedir en todo momento la colaboración del paciente

**TABLA 18: EXPLICACIÓN DEL ESTUDIO A REALIZAR AL PACIENTE.**

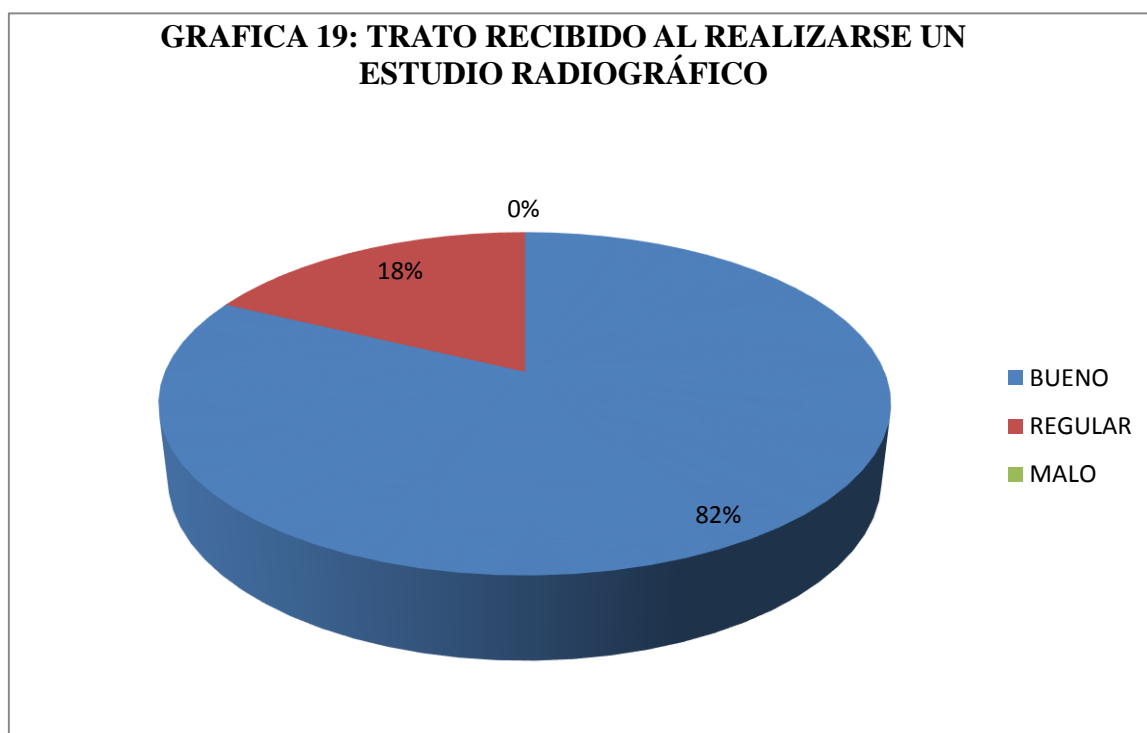
INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SI	39	87%
NO	6	13%
TOTAL	45	100%



En la tabla y el grafico anterior se observa que del total de los encuestados equivalente a 45 personas el 87% hace referencia que se les explico en qué consistía el estudio en una manera amable, en cuanto a que a 6 encuestados que representan 13% mencionan que no se les explico de manera amable. El profesional de radiología tiene capacidades de normar de atención al usuario los cuales deben de desarrollarlos cuando están enfrente de este.

**TABLA 19: TRATO RECIBIDO AL REALIZARSE UN ESTUDIO RADIOGRÁFICO**

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<b>BUENO</b>	37	82%
<b>REGULAR</b>	8	18%
<b>MALO</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	45	100%



En la tabla y el grafico anterior se puede observar que el 82% equivalente a 37 de los pacientes encuestados afirman haber recibido un buen trato durante la realización de su estudio radiológico, mientras que el 18% equivalente a 8 pacientes afirman no haber recibido un trato adecuado. La manipulación que ejerce el profesional de radiología sobre el usuario que se realiza estudio puede resultar incomoda e incluso dolorosa dependiendo del padecimiento del paciente lo que puede afectar para la adquisición de un estudio con alta calidad

**TABLA 20:** TRATO VERBAL DEL PERSONAL PROFESIONAL HACIA EL PACIENTE

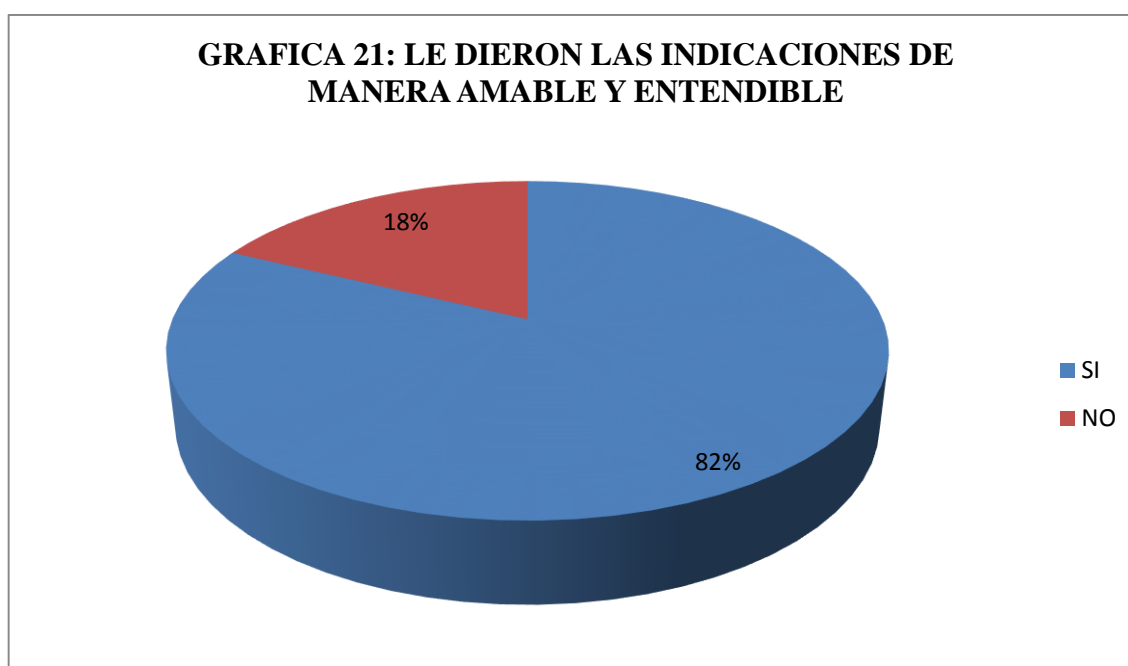
INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SI	41	91%
NO	4	9%
TOTAL	45	100%



En la tabla y el gráfico anterior se puede apreciar que del 100% de los pacientes a quienes se les encuestó el 91% equivalente a 41 personas contestaron que han recibido un trato verbal cordial y profesional mientras que el 9% que representa a 4 pacientes dicen no haber recibido un trato verbal adecuado. Probablemente esto se deba a que en la formación académica universitaria y por las capacitaciones de atención en los centros hospitalarios promuevan la continua mejora de la calidad de atención al usuario.

**TABLA 21:** LE DIERON LAS INDICACIONES DE MANERA AMABLE Y ENTENDIBLE

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SI	37	82%
NO	8	18%
TOTAL	45	100%

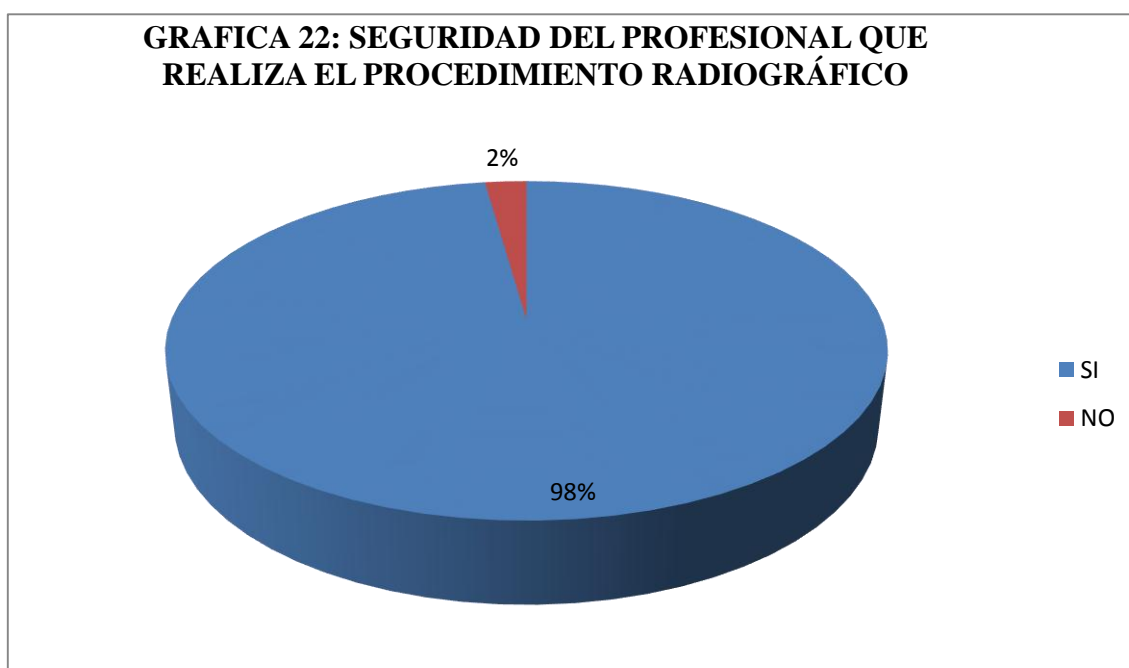


En la tabla y el gráfico podemos apreciar que del 100% de los pacientes a quienes se les encuestó el 82% que representa a 37 pacientes hacen mención a que se le dieron indicaciones de forma amable mientras que 8 personas representadas con el 18% mencionan que no se les atendió de forma amable. Los pacientes están satisfechos con las indicaciones y el trato recibidos, lo cual puede deberse a que como personal del sistema de red pública del país tiene como norma el orientar al paciente durante su visita al establecimiento médico de su preferencia.



**TABLA 22: SEGURIDAD DEL PROFESIONAL QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO RADIOGRÁFICO.**

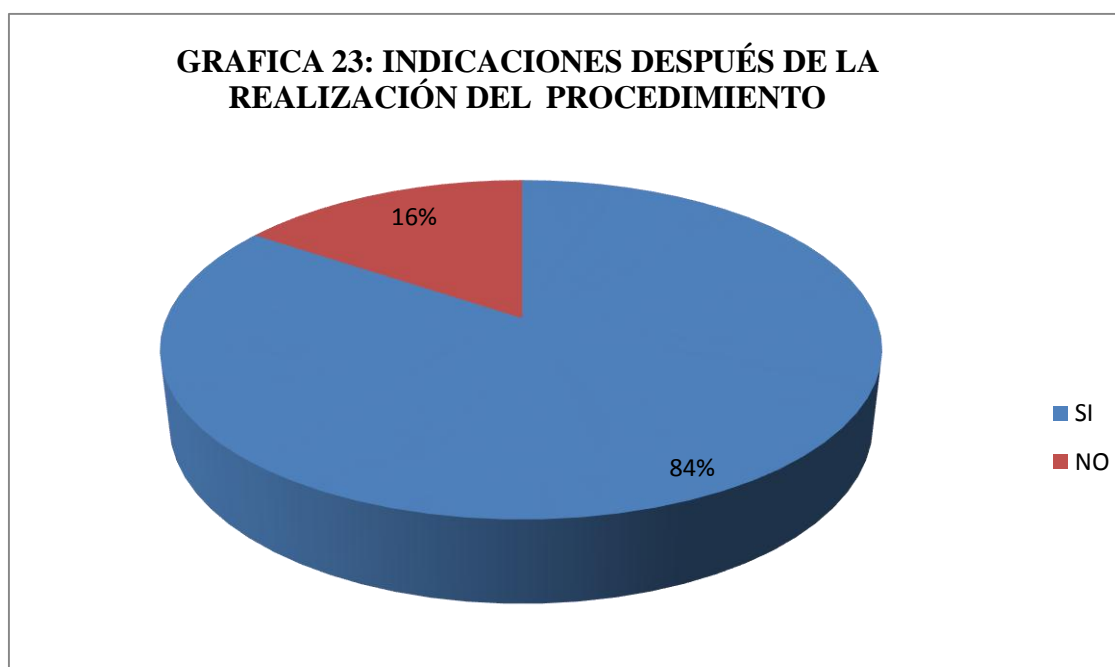
INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SI	44	98%
NO	1	2%
TOTAL	45	100%



En la tabla y el grafico anterior podemos observar que del 100% de los pacientes, el 98% que hace relación a 44 pacientes encuestados mencionaron haber notado seguridad por parte del profesional que les realizo el estudio radiográfico mientras el 2% restante menciona que no notaron seguridad. La seguridad por parte de los profesionales es notoria, esto puede ser porque los profesionales son graduados y poseen mucha práctica hospitalaria, la cual les hace ser eficientes en la realización de los procedimientos.

**TABLA 23:** INDICACIONES DESPUÉS DE LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

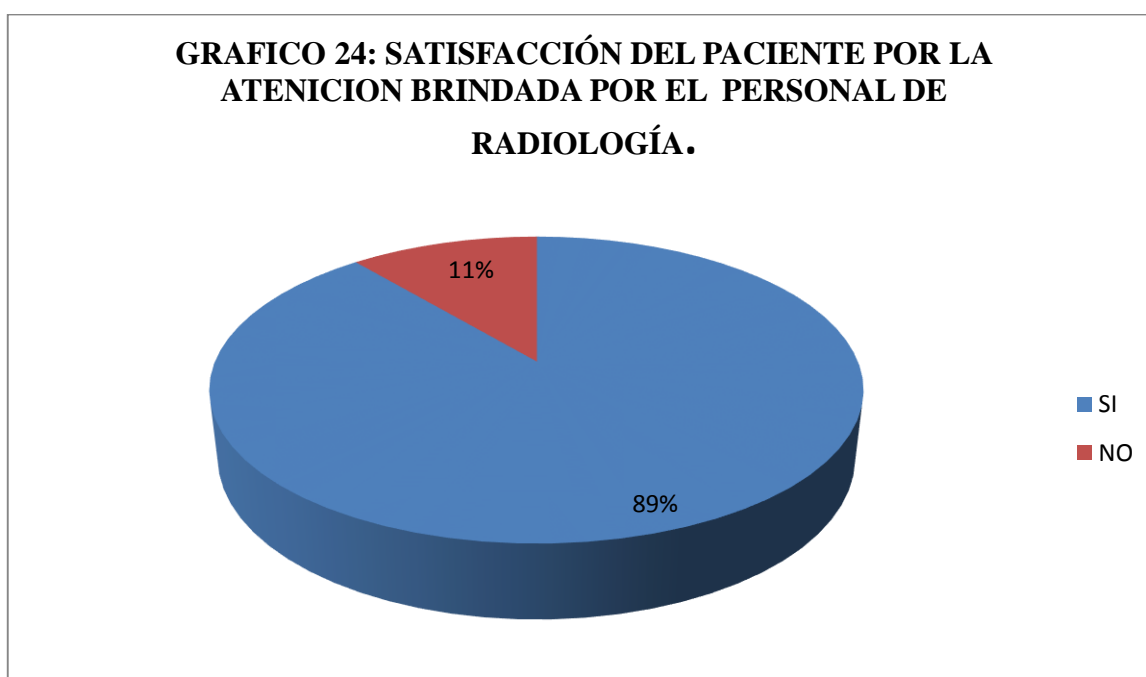
INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SI	38	84%
NO	7	16%
<b>TOTAL</b>	45	100%



En la tabla y el grafico anterior se puede observar que del 100% de los pacientes a quienes se les encuestó el 84% equivalente a 38 encuestados, les brindaron indicaciones al finalizar el procedimiento radiológico, mientras el 16% que representan a 7 pacientes no recibieron indicaciones. Las indicaciones que se dan al finalizar un estudio radiográfico son importantes debido a que si se le ha realizado un procedimiento que se utiliza medio de contraste, esto facilita la posterior evaluación de este y si es un estudio convencional le facilita al paciente la orientación adecuada de los procesos hospitalarios.

**TABLA 24: SATISFACCIÓN DEL PACIENTE POR LA ATENICION BRINDADA POR EL PERSONAL DE RADIOLOGÍA.**

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SI	40	89%
NO	5	11%
TOTAL	45	100%

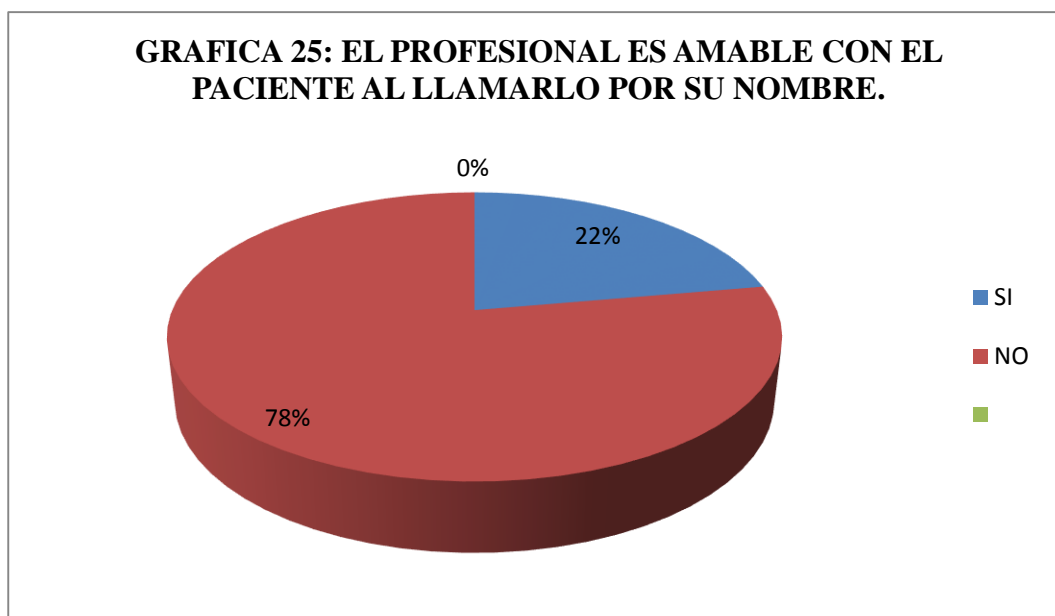


En la tabla y el grafico anterior se puede observar que del 100% de los pacientes a quienes se les encuestó, el 89% respondió que se siente satisfecho con el trato recibido, mientras que un 11% aseguran que no se sienten satisfechos con la atención recibida. Esto puede deberse a que existe una constante capacitación del personal que labora en el área de imagenología de los centros hospitalarios y un compromiso de las instituciones en el trato que se brinda de acorde a los protocolos de atención al usuario; sin embargo en ocasiones se generan fallas en el sistema probablemente por la sobrepoblación de usuarios.

## GUIA DE OBSERVACION DEL DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA E IMÁGENES

**TABLA 25:** EL PROFESIONAL ES AMABLE CON EL PACIENTE AL LLAMARLO POR SU NOMBRE.

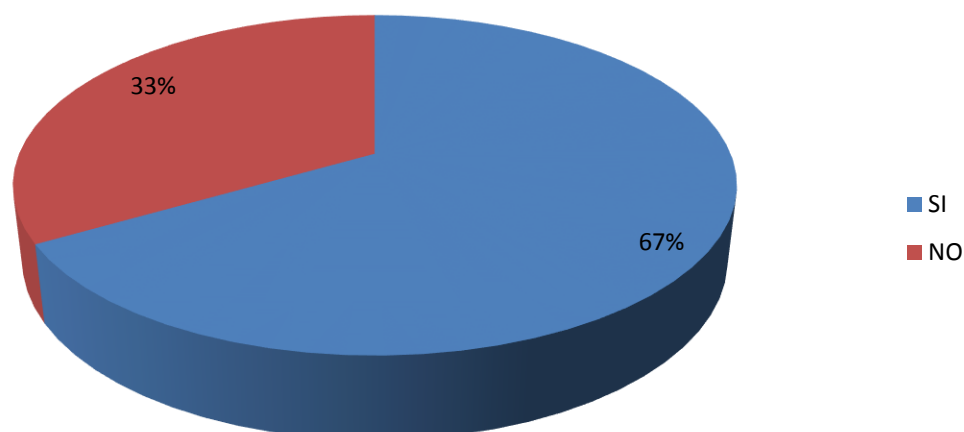
INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SI	7	78%
NO	2	22%
TOTAL	9	100%



En la tabla y grafico anterior se muestra que el 78% de profesionales observados, si atendieron con buena actitud a los usuarios que se realizaron estudios radiográficos mientras el 22%, de los profesionales no atendieron con amabilidad a los usuarios. Gracias a que el profesional tiene los conocimientos acerca de la calidad de atención es capaz de poder brindar un servicio de calidad.

**TABLA 26: EL PROFESIONAL APLICA NORMAS DE CORTESIA**

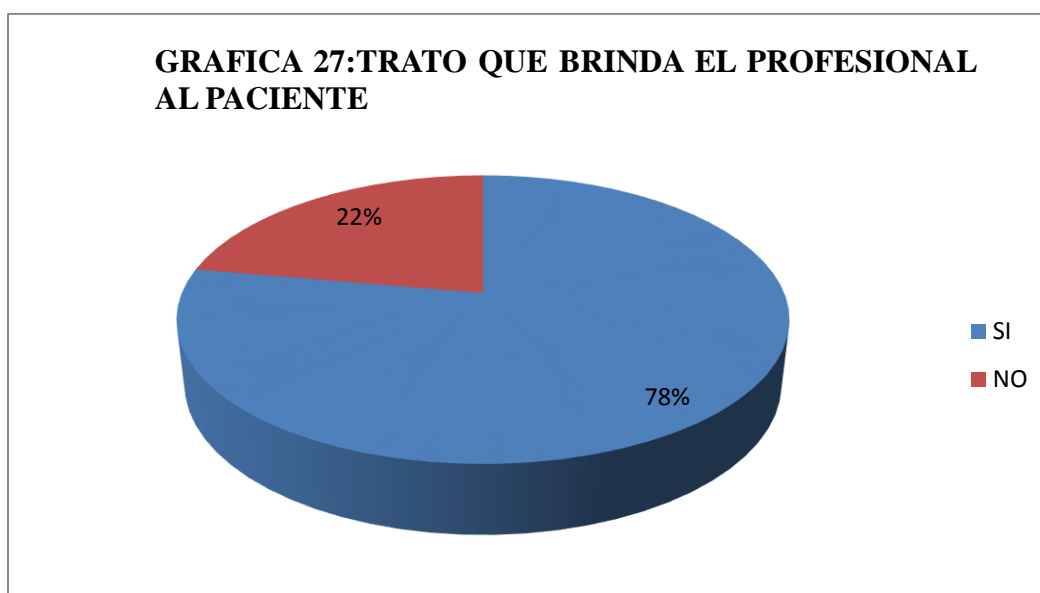
INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SI	6	67%
NO	3	33%
TOTAL	9	100%

**GRAFICA 26: EL PROFESIONAL APLICA NORMAS DE CORTESIA.**

En la tabla y grafica anterior se observa que el 67% correspondiente a 6 profesionales observados, explicaron de forma clara las indicaciones a los pacientes y el 33% correspondiente a 3 profesionales no explico de forma clara dichas indicaciones. Esto puede deberse a que la mayoría de los profesionales son conscientes de lo importante que es que brinden de forma adecuada las indicaciones al momento que el paciente solicita su cita para el estudio ya que de ello dependerá en gran medida el grado de éxito de estudio radiológico si fuese con medio de contraste o también un estudio convencional.

**TABLA 27: TRATO QUE BRINDA EL PROFESIONAL AL PACIENTE.**

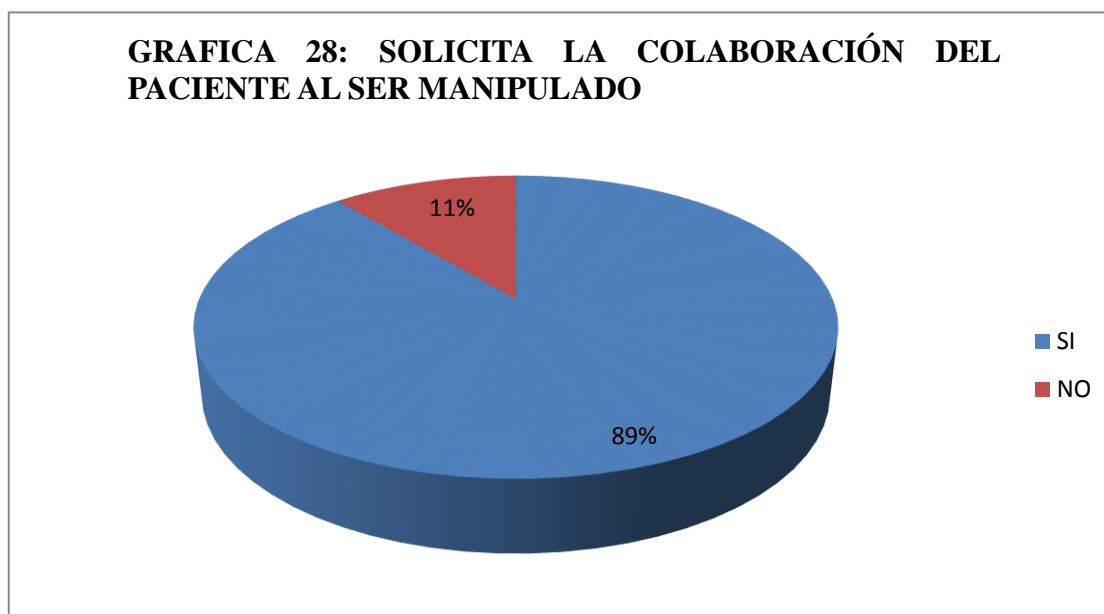
INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<b>BUENO</b>	7	78%
<b>REGULAR</b>	2	22%
<b>MALO</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	9	100%



En la tabla y gráfico anterior se observa que el 78% de profesionales observados, correspondiente a la cantidad de siete personas brindaron un buen trato al paciente, Mientras que el 22% correspondiente a 2 profesionales brindaron un trato regular a los usuarios. El trato que el personal brinde al usuario está directamente relacionado con el aprendizaje sobre protocolos de atención de calidad, el ejercer un buen trato al paciente al realizarse un estudio radiológico puede ser un factor vital en la adquisición de un estudio de calidad.

**TABLA 28: SOLICITA LA COLABORACIÓN DEL PACIENTE AL SER MANIPULADO**

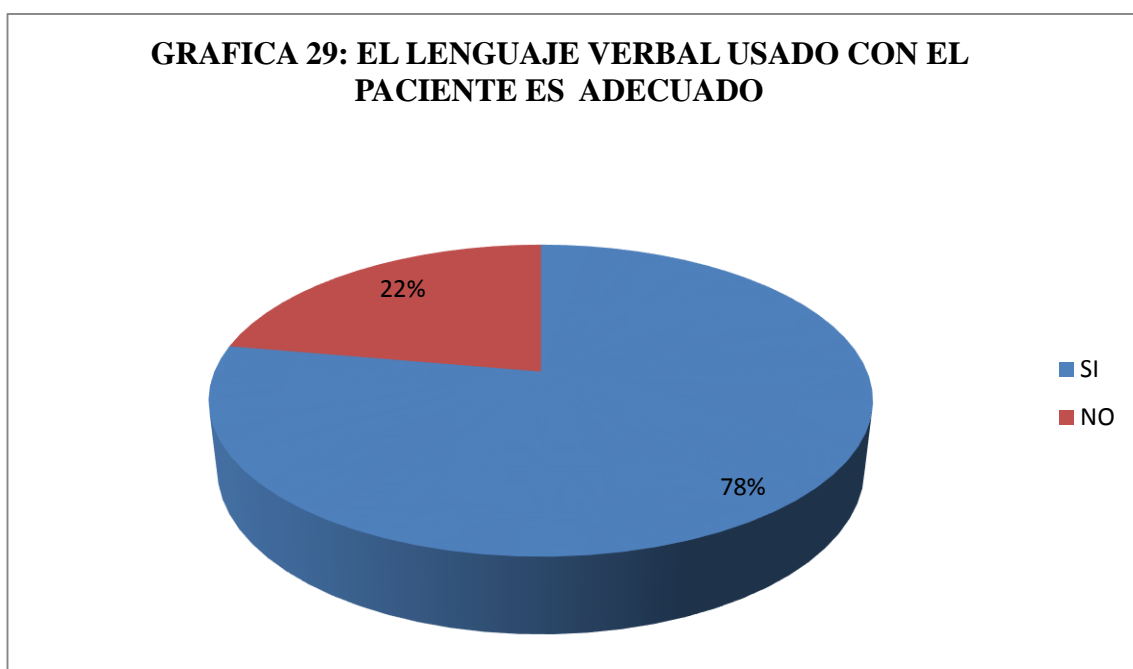
INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SI	8	89%
NO	1	11%
TOTAL	9	100%



En la tabla y grafico anterior el 89% de los profesionales observado, correspondiente a 8 personas, si pidieron la colaboración de los pacientes al momento de realizarles el estudio radiológico y un 11% de los profesionales observados no pidieron la colaboración del usuario. De acuerdo a los datos recolectados la mayoría de los profesionales solicitaron al paciente la colaboración para ser manipulados, esto podría deberse a que ellos conocen la importancia de este factor para facilitar la adquisición del estudio.

**TABLA 29:** EL LENGUAJE VERBAL USADO CON EL PACIENTE ES ADECUADO.

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SI	7	78%
NO	2	22%
TOTAL	9	100%

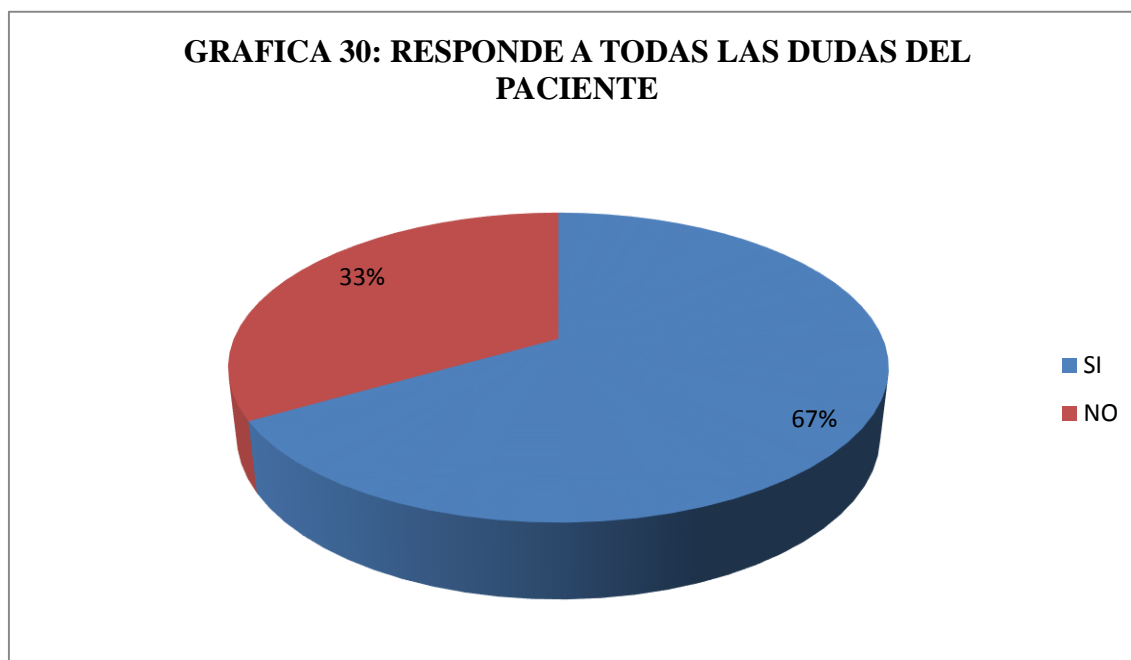
**GRAFICA 29:** EL LENGUAJE VERBAL USADO CON EL PACIENTE ES ADECUADO

En la tabla y grafica anterior se observa que el 78%, correspondiente a siete profesionales observados, poseen un trato adecuado para tratar al paciente, mientras que el 22%, correspondiente a dos profesionales no utilizaron el lenguaje verbal apropiado para tratar con este. Lo anterior puede deberse a que tanto la jefatura del departamento como las autoridades hospitalarias hacen constantemente hincapié en la importancia de brindar un lenguaje apropiado con el usuario



**TABLA 30: RESPONDE TODAS LAS DUDAS DEL PACIENTE**

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SI	6	67%
NO	3	33%
TOTAL	9	100%

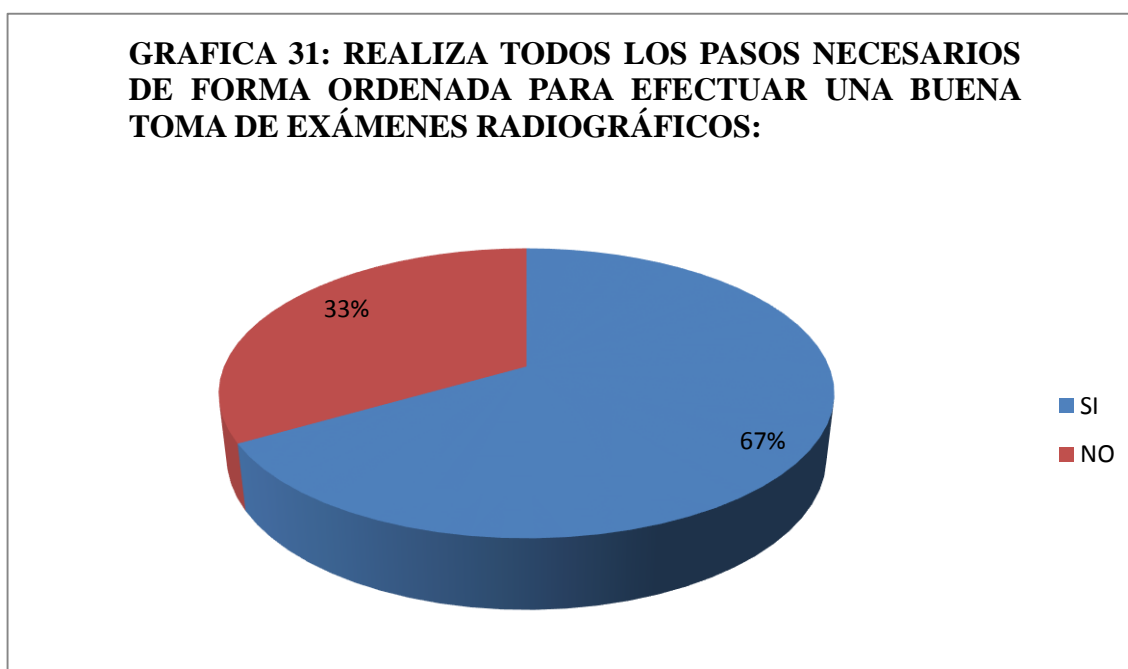


En la tabla y grafica anterior se observa que el 67%, correspondiente a 6 profesionales observados, se encargaron de responder todas las dudas de los pacientes a los que se les realizo exámenes radiográficos, mientras que el 33%, correspondiente a tres profesionales no respondieron las dudas del usuario. Según los datos obtenidos se puede decir con certeza que la mayoría de profesionales son capaces de responder las interrogantes de los usuarios que día a día visitan los departamentos de radiología.

**TABLA 31: REALIZA TODOS LOS PASOS NECESARIOS DE FORMA ORDENADA PARA EFECTUAR UNA BUENA TOMA DE EXÁMENES RADIOGRÁFICOS:**

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SI	6	67%
NO	3	33%
TOTAL	9	100%

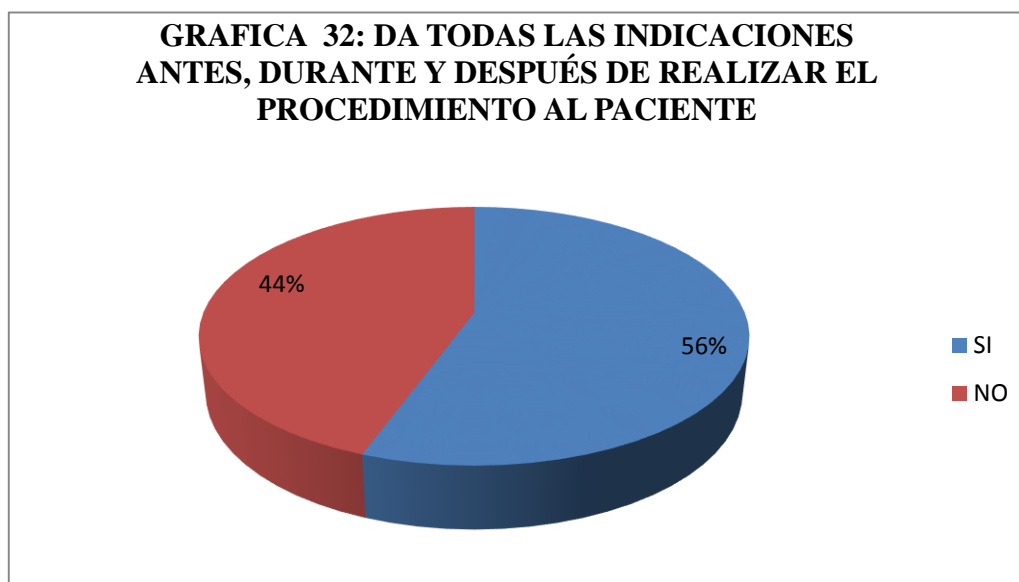
**GRAFICA 31: REALIZA TODOS LOS PASOS NECESARIOS DE FORMA ORDENADA PARA EFECTUAR UNA BUENA TOMA DE EXÁMENES RADIOGRÁFICOS:**



En la tabla y grafica anterior se observa que el 67% de los profesionales observados, correspondiente a la cantidad de 6, si apegaron y realizaron todos los pasos necesarios de forma ordenada para efectuar el examen radiográfico, mientras el 33% restante, no lo hizo. Lo anterior podría deberse a que el profesional no posee las bases teóricas necesarias o por otras razones personales.

**TABLA 32:** DA TODAS LAS INDICACIONES ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE REALIZAR EL PROCEDIMIENTO AL PACIENTE.

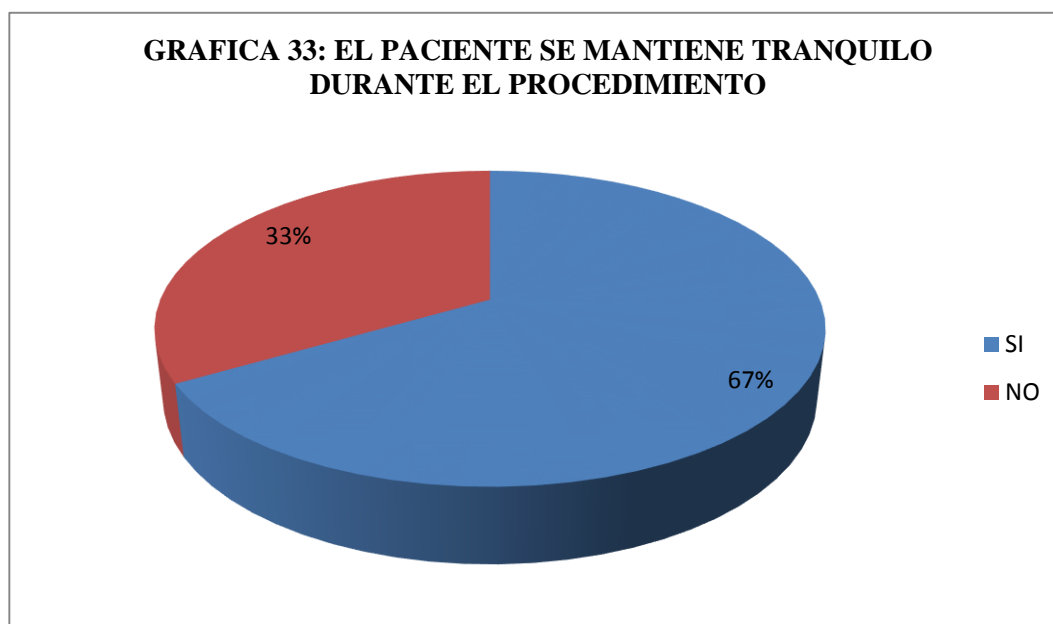
INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SI	5	56%
NO	4	44%
TOTAL	9	100%



Gracias al resultado de los datos se demostró que el 56% correspondiente a 5 profesionales observados, dan la orientación necesaria al paciente antes, durante y después de realizarle el procedimiento por el que acuden al departamento de rayos X, y que en contraste el 44% correspondiente a 4 profesionales, no dan las indicaciones completas. Esto puede ser fruto del desempeño de cada profesional en el aprendizaje de los procedimientos radiológicos durante su proceso académico y de su práctica hospitalaria, aunque puede estar influenciado también por razones personales ajenas a lo anteriormente mencionado.

**TABLA 33: EL PACIENTE SE MANTIENE TRANQUILO DURANTE EL PROCEDIMIENTO**

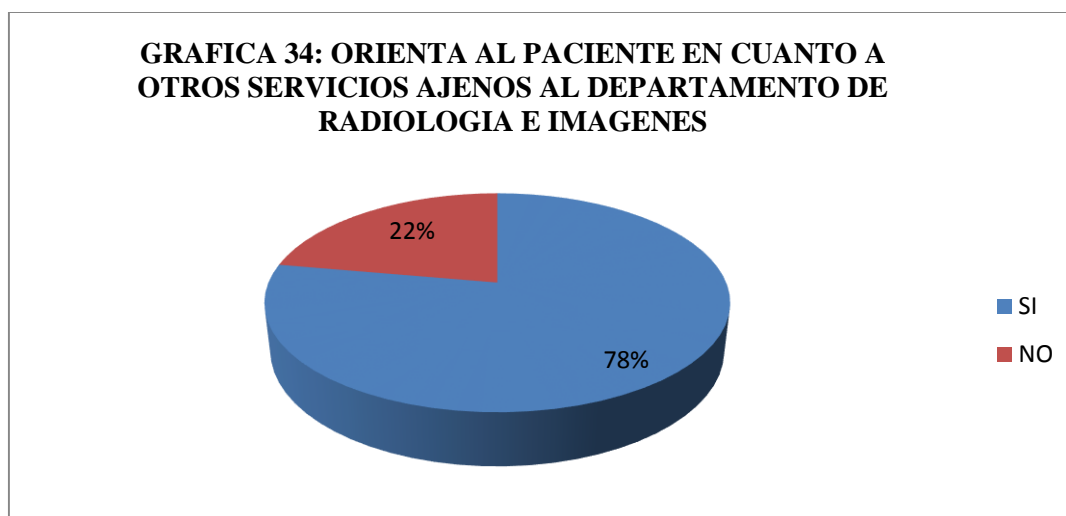
INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SI	6	67%
NO	3	33%
TOTAL	9	100%



Tomando como referencia los resultados obtenidos se expone que en el 67% de procedimientos realizados, correspondiente a 6, se logró visualizar que los pacientes se mantuvieron tranquilos durante todo el tiempo que duraron los procedimientos radiológicos, en contraste con el 33% correspondientes a 3 pacientes, no mantuvieron la completa serenidad durante el examen. Lo anteriormente expuesto puede ser consecuencia de la amabilidad y seguridad proyectada por el profesional, las cuales ha adquirido y perfeccionado gracias a la experiencia que le ha proporcionado su práctica hospitalaria.

**TABLA 34: ORIENTA AL PACIENTE EN CUANTO A OTROS SERVICIOS AJENOS AL DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA E IMÁGENES:**

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SI	7	78%
NO	2	22%
<b>TOTAL</b>	9	100%



Los datos recabados dieron como resultado que en el 78%, correspondiente a 7 casos observados, los profesionales orientaron al paciente en cuanto a otros servicios ajenos a los departamentos de rayos x en estudio, mientras que el 22% restante que corresponde a 2 casos, los profesionales no orientaron al paciente. Esto puede ser debido a que los profesionales en su trayecto de práctica hospitalaria han adquirido el conocimiento de la estructura de los servicios hospitalarios en las instituciones donde han laborado.

## **CAPITULO VI**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Conclusiones:

El personal profesional que atiende al paciente posee grado académico superior.

Los profesionales de radiología e imágenes conocen la existencia del normativo de atención al usuario general de centro hospitalario y siguen los lineamientos descritos mas no poseen uno específico para el departamento.

Los profesionales han adquirido conocimientos en su formación académica, además en capacitaciones que se brindan en los centros hospitalarios donde laboran.

Los profesionales del departamento de radiología e imágenes que realizan los estudios convencionales y especiales brindan una aceptable atención al usuario.

Los profesionales de radiología e imágenes no todos se expresan con claridad y respeto cuando le dan indicaciones antes, durante y después de un estudio radiológico.

El profesional aplica adecuadamente los protocolos que ha conocido de atención al usuario al realizar los procedimientos radiográficos a los pacientes que visitan el departamento de radiología e imágenes.

Los usuarios del departamento de radiología e imágenes manifiestan haber recibido el trato adecuado cuando se le realizaba el procedimiento radiológico, pero hay que destacar que (un porcentaje pequeño) manifestó inconformidad.

No todos los usuarios manifiestan haber recibido las indicaciones, lo cual dificulto la colaboración por parte del usuario.

El usuario manifestó que el personal de radiología e imágenes demostró seguridad y confianza cuando le estaba realizando el procedimiento radiológico, el cual generó confianza en el usuario.

## **RECOMENDACIONES**

Se recomienda que el departamento de radiología e imágenes adquiera el protocolo de atención al usuario institucional para consultas.

Se recomienda a la jefatura y licenciados que realicen un taller para crear un protocolo de atención al paciente para hacer uso de el en el departamento de radiología e imágenes tomando en cuenta el protocolo institucional.

Que los profesionales tengan una empatía a las capacitaciones sobre atención al usuario ya que eso beneficiara al departamento de rayos x.

Se recomienda que la jefatura o coordinación del departamento genere con frecuencia al inicio de cada turno una charla motivacional que conlleve a una buena atención al usuario.

Recomendamos que los profesionales en radiología transmitan sus conocimientos en atención al usuario a estudiantes que realizan sus pasantías y estudiantes que realizan su servicio social.

Se recomienda a las jefaturas o coordinación del departamento aplique estrategias de reconocimiento e incentivos a los profesionales que demuestren mayores compromisos o actitudes en cuanto a la atención del paciente.

Se recomienda a la jefatura realizar ocasionalmente pequeñas encuestas al usuario para visualizar posibles problemas en la atención y darle solución a estos.

Recomendamos a la jefatura o coordinación que realice observación de la atención brindada que ofrece el profesional al paciente.

Se recomienda que la jefatura o coordinación seguir brindando capacitaciones sobre los servicios que brinda el hospital a los usuarios a fin de dar mejor orientación a los mismos.

# ANEXO



## ANEXO 1



Universidad de El Salvador  
Facultad de Medicina  
Escuela de Tecnología Médica  
Licenciatura en Radiología e Imágenes



### CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS PROFESIONALES DEL DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA.

**OBJETIVO:** El presente cuestionario tiene como fin el poder recolectar información importante y necesaria de parte del profesional del departamento de Radiología e Imágenes para determinar la calidad de atención que este les brinda a los usuarios del hospital al momento de realizarse un estudio radiológico.

**INDICACIONES:** El cuestionario es completamente anónimo y personal, marque con lapicero azul o negro y de forma honesta la opción que de acuerdo a su criterio sea la más conveniente.

**DATOS GENERALES. SEXO:** M\_\_ F\_\_ **EDAD:** \_\_

1. ¿Cuál es su nivel académico alcanzado?

Tecnólogo:  Licenciatura: técnico:

2. ¿Tiene conocimiento sobre el normativo de atención al usuario?

SI:  NO:

3. ¿Conoce usted la existencia de un normativo sobre atención al usuario dentro del departamento de radiología e imágenes?

SI:  NO:

4. ¿Conoce sobre protocolos de atención hacia el usuario?

SI:  NO:

5. ¿Aprendió técnicas de atención al usuario durante su proceso académico?

SI:

NO:

6. ¿Cómo requisito usted como profesional adquirió algún tipo de conocimientos sobre la calidad de atención?

CAPACITACIONES, CHARLAS Y OTROS:

TALLERES EN EL CENTRO HOSPITALARIO:

7. ¿Qué tan frecuente asiste a charlas y seminarios respecto a la calidad de atención brindada al usuario?

MUY FRECUENTE:  CASIONALMENTE:  NUNCA ASISTE:

8. ¿Considera usted que pone en práctica los conocimientos adquiridos sobre atención al usuario?

SI:

NO:

9. ¿Tiene facilidad de expresión al tratar con el paciente?

SI:

NO:

10. ¿En general aplica o trata de aplicar los protocolos de atención al usuario?

SI:

NO:

## ANEXO 2



Universidad de El Salvador  
Facultad de Medicina  
Escuela de Tecnología Médica  
Licenciatura en Radiología e Imágenes



### CUESTIONARIO DIRIGIDO AL PACIENTE QUE VISITA EL DEPARTAMENTO DE RAYOS X.

**OBJETIVO:** Recolectar información de brindada por el paciente acerca de la calidad de atención que recibe por parte del personal de departamento de Radiología e Imágenes a cada uno de los usuarios.

**INDICACIONES:** El cuestionario es completamente anónimo y personal, marque con lapicero azul o negro y de forma honesta la opción que de acuerdo a su criterio sea la más conveniente.

**DATOS GENERALES:** SEXO: M\_\_ F\_\_ EDAD: \_\_\_\_

1. ¿Al momento de sacar su cita o pedir las indicaciones para realizarse un estudio especial se le atendió de forma cordial y le explicaron el procedimiento de una manera comprensible?

SI:

NO:

2. ¿Se le llamo cortésmente por su nombre al momento de ser atendido?

SI:

NO:

3. ¿Le pidieron su colaboración para poder ser manipulado y realizarle el examen correspondiente?

SI:

NO:

4. ¿Le explicaron en qué consistía el estudio a realizarse de una manera amable?

SI:

NO:

5. ¿Qué trato recibió a la hora de realizarse un estudio radiográfico?

BUENO:       REGULAR:       MALO:

6. ¿El trato verbal por parte del personal que lo atendió fue el adecuado?

SI:       NO:

7. ¿Previo a los estudios se le dieron las indicaciones de manera amable y entendible?

SI:       NO:

8. ¿Noto seguridad en el desarrollo del procedimiento por parte del profesional que lo atendió?

SI:       NO:

9. ¿Se le dieron las indicaciones de forma amable y entendible después del procedimiento?

SI:       NO:

10. ¿Está satisfecho con el trato que el profesional que le realizo el estudio le brindo?

SI       NO

### ANEXO 3



Universidad de El Salvador  
Facultad de Medicina  
Escuela de Tecnología Médica  
Licenciatura en Radiología e Imágenes



## GUIA DE OBSERVACION

**OBJETIVO:** Recolectar información sobre la calidad de atención que el personal del departamento de Radiología e Imágenes brinda el personal de departamento de radiología e imágenes a cada uno de los usuarios.

**INDICACIONES:** Marque con lapicero azul o negro la opción que de acuerdo a su criterio sea la más conveniente.

### DATOS GENERALES:

Nombre del investigador: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

1. El profesional es amable al atender al paciente:

SI:  NO:

2. Aplica normas de cortesía al tratar con el paciente:

SI:  NO:

3. Logra la completa colaboración del paciente:

SI:  NO:

4. Logra agilizar el proceso de la adquisición del estudio al brindar buena atención al paciente:

SI:  NO:

5. El lenguaje verbal que se utiliza con el paciente es el adecuado:

SI:  NO:

6. El profesional se encarga de responder a todas las dudas del paciente:

SI:  NO:

7. Se apega y realiza todos los pasos necesarios de forma ordenada para efectuar una buena toma de exámenes radiográficos:

SI:  NO:

8. Orienta y da todas las indicaciones antes, durante y después de realizar el procedimiento al paciente:

SI:  NO:

9. El paciente se mantiene tranquilo durante el procedimiento:

SI:  NO:

10. Orienta al paciente en cuanto a otros servicios ajenos al departamento de radiología e imágenes :

SI:  NO:

## **BIBLIOGRAFIA**

Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado, Pilar Baptista Lucio, Metodología de la investigación, 2da edición, México D.F, Mc Graw-Hill Interamericana, 1998.

Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado, Pilar Baptista Lucio. CAPÍTULO 1: El proceso de investigación y los enfoques cuantitativo y cualitativo hacia Un modelo integral. En. Mc Graw-Hill Interamericana, Metodología de la investigación, 2da edición, México D.F, 1998. Páginas 4-21.

Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado, Pilar Baptista Lucio. CAPÍTULO 2: La idea: nace un proyecto de investigación. En. Mc Graw-Hill Interamericana, Metodología de la investigación, 2da edición, México D.F, 1998. Páginas 30-36.

Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado, Pilar Baptista Lucio. CAPÍTULO 3: Planteamiento del problema: objetivos, preguntas de investigación y Justificación del estudio. En. Mc Graw-Hill Interamericana, Metodología de la investigación, 2da edición, México D.F, 1998. Páginas 44-51.

Stewart C Bushong, Manual de radiología para técnicos: física, biología y protección radiológica, 9na edición, Barcelona, Mosby/ Elsevier, 2010.

Universidad de El Salvador, Biblioteca de Medicina, Calidad de Atención brindada en el departamento de radiología del hospital Nacional Zacamil, de julio a agosto de 2004. San Salvador, ciudad universitaria, Universidad de El Salvador, 2004.

Avedis, Donabedian “la calidad de atención medica”, Ediciones Copielo 3.A, 1980

Luis Neila Pallares, Guía práctica para la educación de Calidad en Atención, pág. 28.

Donabedian Calidad de la Atención Médica. Rev. De Salud Pública. México 1990: 225-23.

Mejoramiento Continuo de la Calidad, El Salvador, 2009.

Estrategia para la mejora continua de la calidad en los servicios hospitalarios, viceministerio de políticas de salud, viceministerio de servicios de salud, dirección de regulación y legislación de salud, dirección nacional de hospitales, san salvador, El Salvador ,2012.

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA  
LICENCIATURA EN RADIOLOGIA E IMÁGENES**



**Universidad de El Salvador**  
*Hacia la libertad por la cultura*

**PROYECTO DE INTERVENCION:**

**ENTREGA DE PROTOCOLOS SOBRE CALIDAD DE ATENCIÓN A LOS PROFESIONALES QUE BRINDAN EL SERVICIO EN EL DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA E IMÁGENES.**

**ELABORADO POR:**

**JULIO CESAR RIVAS LETONA  
MANUEL ARIEL LEON RODRIGUEZ  
RAMÓN EDUARDO QUEZADA RAMOS**

**ASESOR:**

**MSD. JUAN CARLOS AGUILAR**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, SEPTIEMBRE DE 2015**



## INTRODUCCION

los sistemas y modelos en salud se deben a un fin como tal, la cual es proporcionar a la cantidad más grande de población posible sus servicios tanto en las diversas áreas de salud que brinden estos centros, para el Estado Salvadoreño como tal su finalidad es el individuo y debe garantizar que la salud como derecho universal esta sea de calidad y en su desarrollo en la atención que se brinda también debe ser de calidad para que el usuario que recibe el servicio sepa los pasos a seguir antes, durante y después de su proceso de consulta hospitalaria. El presente proyecto de intervención trata de presentar en los nosocomios una entrega de protocolos sobre calidad de atención a los profesionales que brindan el servicio en el departamento de Radiología e Imágenes. En la naturaleza del proyecto se destacara las consecuencias que tienen el uso inadecuado de los protocolos, así como la planificación y organización de las actividades que se desarrollaran con el fin de beneficiar a los pacientes que se realizaran sus respectivos procedimientos de la mejor manera posible. Dentro de la justificación se mencionará la trascendencia y la magnitud que tienen los protocolos, se detallará si el proyecto es viable con relación al tiempo y las necesidades; los objetivos muestran lo que se pretende alcanzar durante el esfuerzo del proyecto, mencionando posteriormente las metas que se logran ya sea a corto, mediano o largo plazo; las estrategias que se utilizaran para obtener el éxito de los objetivos, las actividades y los mecanismos de funcionamiento. En los recursos y el presupuesto se describe aquellos materiales que se han de utilizar y los costos unitarios de los mismos; así como también el origen del financiamiento. Dentro de la evaluación se planteará como se medirá el impacto que ha tenido el proyecto y la eficacia de este, específicamente en la organización y los resultados. Agregado a todo esto se incluye un cronograma de las fechas en que se desarrollaran todas las actividades planificadas. Se harán planteamiento de recomendaciones para seguir promoviendo el uso de la atención de calidad siempre, para que se siga implementando el buen trato al usuario, por otra parte se espera que este proyecto logre incentivar a los licenciados en Radiología, como al personal que labora en dicho departamento para poder así mantener esa motivación que los lleve siempre a obtener una mejora continua.

**DATOS GENERALES.****Nombre del proyecto:**

Entrega de protocolos sobre calidad de atención a los profesionales que brindan el servicio en el departamento de Radiología e Imágenes

**Periodo de inicio y finalización:**

El día martes 15 de septiembre.

**Nombre de la Comunidad a quien se dirige el proyecto:**

Profesionales en radiología de Hospitales Nuestra Señora de Fátima de Cojutepeque, Hospital Nacional Santa Gertrudis de San Vicente y Hospital Nacional Enfermera Angélica Vidal de Najarro de San Bartolo.

**Ubicación Geográfica:**

- Hospital Nuestra Señora de Fátima de Cojutepeque kilómetro 33, antigua carretera Panamericana, Barrio El Calvario, Cojutepeque, Departamento de Cuscatlán.
- Hospital Nacional de San Vicente Santa Gertrudis: 2° Avenida Sur 23, San Vicente ciudad de El Salvador, San Vicente, El Salvador.
- Hospital Nacional enfermera Angélica Vidal de Najarro de San Bartolo: Municipio de Ilopango, en cantón de San Bartolo y a 2 Km al Norte de la cabecera municipal contiguo a la Urbanización San Bartolo, pasaje 14 de Julio.

**Responsables locales y técnicos:**

Autoridades responsables de los departamentos de Radiología e Imágenes de los Hospitales en estudio.

- Grupo investigador de la carrera de Licenciatura en Radiología e Imágenes:

Julio Cesar Rivas Letona.

Manuel Ariel León Rodríguez.

Ramón Eduardo Quezada Ramos.

## **NATURALEZA DEL PROYECTO.**

### **Caracterización del problema:**

El inadecuado uso y aplicación de protocolos de atención al usuario y la calidad con que estos deben ser brindados por parte del profesional en Radiología e Imágenes.

### **Aspectos técnicos del proyecto:**

Se coordinara con nuestro grupo de investigación, para la obtención del material necesario, para que se entreguen los protocolos, como: computadora y una guía de orientación, etc. La entrega de los protocolos serán entregados por nuestro grupo de investigación tratando de enfatizar en la preparación previa, el procedimiento durante y después del estudio y su correcta utilización para obtener mejores estudios.

### **Población beneficiada:**

- Usuarios que se realicen estudios radiológicos dichos nosocomios.
- Los profesionales en Radiología de Hospitales Nuestra Señora de Fátima de Cojutepeque, Hospital Nacional Santa Gertrudis de San Vicente y Hospital Nacional Enfermera Angélica Vidal de Najarro de San Bartolo.
- Estudiantes de la carrera de Radiología e Imágenes que realizan prácticas en los nosocomios.

## JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto está orientado para obtener un mayor conocimiento o manejo adecuado del proceso que se debe llevar a la hora de realizar un estudio especial, todo esto a través de protocolos y pretende promover en los profesionales de Radiología e Imágenes la importancia de mantener siempre la calidad de atención al usuario e impartir conocimientos básicos a los estudiantes de la carrera en Radiología e Imágenes que realizan prácticas en el departamento para promover la atención al usuario. Según los resultados obtenidos en la investigación nos refieren que la atención al usuario es buena y necesita mantenerse y no descuidarse para que los pocos usuarios que no se sientan conformes con el trato no aumente en número ya que es una lucha constante para mantener los estándares de calidad. Para la realización del proyecto se cuenta con recursos humano capacitado que elaboraran los protocolos de calidad de atención y a la vez motivar a los profesionales para que se sigan capacitando, para esto se toma en consideración los recursos del hospital, el recurso humano y estudios obtenidos por parte de los investigadores de la carrera de Radiología e Imágenes de la Universidad de El Salvador sobre el tema. Los beneficios de elaborar los protocolos sobre la calidad de atención al usuario son mejorar los estándares con que se atiende a sus usuarios ayudando así a la red de hospitales de salud pública. La realización de este será posible ya que se cuenta con la disponibilidad del personal necesario: investigadores, Licenciados del departamento de Radiología ha quienes está dirigido el proyecto; también se cuenta con los recursos materiales y económicos requeridos y el lugar y espacio suficientes para poder llevarlo a cabo. A demás la coordinación y organización de las actividades que se realizaran han sido previamente planificadas por los investigadores que serán los encargados de ejecutarlas para alcanzar los objetivos que se h planteado para dar éxito a este proyecto.

## **OBJETIVOS.**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Elaborar protocolos de calidad de atención con base a la ley del usuario de salud pública para mejorar la calidad de atención brindada a los usuarios que se realizan estudios en el departamento de Radiología e Imágenes.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Promover el uso de los protocolos de calidad de atención en los Profesionales en Radiología de Hospitales en estudio.
- Motivar a las autoridades superiores del departamento de Radiología e Imágenes a implementar los protocolos de calidad de atención a los usuarios a los que se les realiza estudios y a inculcar en los futuros licenciados a poner en práctica la calidad de atención.
- Mantener los estándares de atención que se brinda a los usuarios y promover las mejoras continuas de los servicios que prestan los nosocomios.

**METAS.**

- Promover el desarrollo de la atención de calidad en el departamento de Radiología e Imágenes.
- Hacer conciencia de la continuidad de la atención de calidad a usuarios que se realicen exámenes con medios de contraste.
- Lograr un buen desempeño de los estudios especiales utilizando los protocolos que involucren directamente a los licenciados de radiología e Imágenes.

**ESTRATEGIAS.**

- Se entregaran los protocolos acerca de la calidad de atención al usuario a la jefatura del departamento de Radiología e Imágenes de los Hospitales en estudio.
- Reunión con los licenciados encargados de prestar el servicio en los diferentes departamentos de Radiología e Imágenes.
- Pedir a la jefatura que elaboren actividades en las cuales los licenciados apliquen estos protocolos y mejoren su contenido a través de actualización de los mismos.

**RECURSOS.****Humanos:**

Grupo investigador.

**Materiales:**

Papel.

Computadora.

Lápiz y lapicero.

Borrador.

**Financiamiento:**

Por ser un proyecto de bajo costo el grupo investigador lo financiara en su totalidad.

**ACTIVIDADES.**

Implementación del proyecto y presentación de charla motivacional sobre la calidad de atención al usuario:

ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLES	EVALUACIÓN
<p><b>FASE DE PLANIFICACIÓN:</b>  <b>Coordinación del grupo investigador.</b></p> <p><b>Elaboración de protocolos de calidad de atención.</b></p> <p><b>Preparación de los protocolos e impresión.</b></p>	<p>Mes: Septiembre</p>	<p>Grupo investigador</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verificar la calidad y las pautas para el desarrollo del proyecto.</li> <li>▪ La calidad del material y la comprensión del mismo.</li> </ul>
<p><b>Fase de ejecución:</b></p> <p><b>Entrega de protocolos a la jefatura del departamento de Radiología que contengan información sobre la calidad de atención al usuario.</b></p>	<p>Mes: Septiembre</p>	<p>Grupo investigador.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El interés en la jefatura sobre el contenido de los protocolos.</li> </ul>

<b>Fase de evaluación: Evaluación de la ejecución del proyecto.</b>	Mes: Septiembre	Grupo investigador.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ cumplimiento de los objetivos propuestos en el proyecto.</li> </ul>
---	--------------------	---------------------	--

### **PRESUPUESTO.**

<b>Tipos de Gastos</b>	<b>Cantidad por Unidad</b>	<b>Detalle por Unidad</b>	<b>Total</b>
Transporte	1	\$20.00	\$20.00
Reproducción del proyecto	3	\$5.00	\$5.00
anillados	3	\$1.00	\$3.00
Impresiones	20 Paginas	\$0.10	\$5.00
Folder y Faster	2	\$0.30	\$0.60
Refrigerio	20	\$1.00	\$20.00
<b>Total:</b>			\$53.60

### **EVALUACIÓN.**

Según los datos obtenidos, nos hemos dado cuenta de la necesidad de hacer más accesible la información sobre calidad de atención así como de mantener y seguir mejorando la que ya se tiene en los Hospitales Nuestra Señora de Fátima de Cojutepeque, Hospital Nacional Santa Gertrudis de San Vicente y Hospital Nacional Enfermera Angélica Vidal de Najarro de San Bartolo, de modo que a medida se desarrolla el proyecto hayan tenido en cuenta los siguientes aspectos:

#### **ANTES DE INICIAR LA ACTIVIDAD.**

- La puntualidad del grupo investigador
- La adecuada presentación personal del grupo investigador a la hora de entregar los protocolos, durante el desarrollo de la misma.

#### **DURANTE EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.**

- Iniciativa y cooperación en el momento de la ponencia que se llevara a cabo.



- Disponibilidad, atención y buen trato durante el desarrollo del proyecto.

DESPUES DEL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

- Verificar que el material utilizado por el grupo investigador sea comprensible para los licenciados a los que se les estará brindando la información.