



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRIA EN GESTION HOSPITALARIA**



**CALIDAD DE ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS EN LA CONSULTA
EXTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL DE SAN FRANCISCO GOTERA.
FEBRERO A MAYO DE 2017.**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRO EN GESTION HOSPITALARIA.

PRESENTADO POR:

DR. SALVADOR HUMBERTO PÉREZ ORELLANA

ASESOR

DR. MGH BOANERGE ANTONIO VALENCIA

SAN SALVADOR, JULIO DE 2017

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

LIC. ROGER ARMANDO ARIAS

RECTOR

DRA. MSP MARITZA MERCEDES BONILLA

DECANA.

LICDA. MSP REINA ARACELI PADILLA MENDOZA
COORDINADORA MAESTRIAS EN SALUD PUBLICA Y
GESTION HOSPITALARIA.

JURADO

LICDA. MSP REINA ARACELI PADILLA MENDOZA

DR. MGH BOANERGE ANTONIO VALENCIA

DRA. MGH GUADALUPE MARTINEZ DE MARTINEZ

DEDICATORIA.

A Dios Todopoderoso, quien me ha guiado y me ha dado la fortaleza de seguir adelante.

A mis Padres y hermanos por su apoyo y sacrificios para ayudarme a convertirme en profesional y forjar mis valores, principios, carácter y mi perseverancia para conseguir metas.

A mi amada esposa Lorena, por su apoyo incondicional y ánimo que me brinda día con día para alcanzar nuevas metas, tanto profesionales como personales.

A mis hijos, Andrea, Rodrigo y Lupi quienes son mi principal motivación y fortaleza en mi vida.

A mi asesor de tesis el Dr. Boanerge Antonio Valencia, por brindarme su orientación, apoyo y amistad para la realización de esta tesis.

A mis compañeros de trabajo, a quienes agradezco el apoyo para elaborar la tesis.

Dr. Salvador Humberto Pérez Orellana

RESUMEN

Título: “Calidad de atención a pacientes crónicos en la consulta externa del Hospital Nacional de San Francisco Gotera”, febrero a mayo del año 2017

Propósito del Estudio: Conocer la calidad de atención por medio de la evaluación de sus componentes, estructura, proceso y resultado, que se brinda en la consulta externa, a partir de la percepción de los usuarios.

Materiales y Métodos: La investigación fue de tipo descriptiva, correlacional, de nivel cuantitativo con técnicas cualitativas, se realizaron encuestas a 110 usuarios externos, y a 29 usuarios externos, y observación de las áreas, desde un enfoque analítico de la información, la información fue procesada por el programa de ordenador de dominio público epi info 7.1.5.0.

Resultados: La diabetes mellitus es más frecuente, a predominio del sexo femenino en un 67%, la edad promedio 56 años (+/- 15), La percepción de los usuarios en cuanto a capacidad instalada fue del 69.6% % para atender la demanda, la calidad técnica y humana de un 63.2% y la Eficacia de un 69.2%, con una valoración global del 67.3% en los componentes de la calidad evaluados.

Conclusiones: Los resultados permiten identificar los principales factores que determinan las oportunidades de mejora para alcanzar un nivel óptimo de calidad, ya que ninguno de los aspectos evaluados en las valoraciones globales supero el 80% de lo esperado para considerarlo como calidad.

Recomendaciones: Se recomienda implementar acciones a fin de superar los aspectos más desfavorables encontrados en el estudio- la evaluación continua de los componentes de la calidad a través de monitoreos, socialización de resultados para lograr así el empoderamiento de todo el personal en cuanto a calidad se refiere. Realizar estudios a futuro sobre el tema calidad.

CONTENIDO

Capítulo	Página
I. INTRODUCCION	1
II. OBJETIVOS.....	4
III. MARCO DE REFERENCIA.....	5
IV. DISEÑO METODOLOGICO	80
V. RESULTADOS.....	90
VI. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	117
VII. CONCLUSIONES:	124
VIII. RECOMENDACIONES	126
IX. PROPUESTA TECNICA	128
X. BIBLIOGRAFIA	131
ANEXOS.....	137

I. INTRODUCCION

Desde el inicio de la Reforma de Salud en el año 2009, el Ministerio de Salud ha priorizado el beneficio a toda la población para el acceso a la salud, por medio de políticas que incluyen la calidad de atención, lo que nos lleva a evaluar si estamos brindando atención de calidad en la consulta externa del a los pacientes con patología crónica.

La calidad de atención en salud comprende un conjunto de acciones que conllevan a satisfacer las principales necesidades inherentes al paciente y al prestador de servicios de salud y engloba dos enfoques: la calidad objetiva, técnica o intrínseca y la percibida; La primera se centra en la oferta y mide las características objetivas de los productos que comparadas con la de otros, permiten hacer un juicio objetivo al respecto; la segunda parte del lado de la demanda y se refiere a la apreciación de los clientes sobre dichas características para satisfacer sus expectativas.

El perfil epidemiológico de El Salvador revela una combinación de enfermedades y muertes producidas por agentes infecciosos, las enfermedades crónicas y las causas externas (accidentes y violencia). Las enfermedades crónicas se encuentran entre las principales causas de mortalidad. En la población mayor de 60 años y dentro de las principales causas de egreso hospitalario se encuentran las enfermedades crónicas no transmisibles como son: Diabetes mellitus, hipertensión arterial y otras como: Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, insuficiencia renal, enfermedades cardiacas. Las enfermedades crónicas revierten una carga importante de recursos físicos, económicos y humanos para el sistema de salud, debido a que son una cartera de clientes permanentes tanto en el área ambulatoria como de hospitalización.

La adopción de medidas como: Ofrecer atención adecuada, en el lugar adecuado, con los profesionales adecuados y con los recursos necesarios, solo puede lograrse por medio de la atención enfocada a la calidad a partir de la implementación de mejoras, utilizando herramientas como el modelo de planeación estratégica.

Para el campo del conocimiento, la investigación brinda el aporte de herramientas

básicas de la gestión de la calidad: Para Directivos y todo profesional que desee iniciarse o profundizar en las herramientas básicas de la calidad y que consideran que su institución debe mejorar la calidad de prestación de los servicios de salud.

La presente investigación tiene como objetivo evaluar la calidad de atención a pacientes crónicos en la consulta externa del Hospital Nacional “Dr. Héctor Antonio Hernández Flores” de San Francisco Gotera. De Febrero a mayo de 2017.” Para realizarla se evaluó La Capacidad Instalada, la calidad del proceso de atención y la eficacia de la atención del paciente crónico. Se realizaron encuestas al personal asignado a la unidad de la consulta externa incluyendo Directivos, asistencial y administrativo; Así también a pacientes con patologías crónicas como la Hipertensión y la Diabetes que consultan a la unidad de la consulta externa; según muestra determinada por métodos estadísticos utilizando EPI INFO 7. Así también para brindar un soporte observable a la investigación se realizó la técnica de Observación participante a través de una guía que permitiera verificar aspectos de la calidad.

El estudio de la calidad en la atención de pacientes crónicos se ha estructurado siguiendo los criterios de la evaluación normativa, basada en el enfoque de Estructura, Proceso y Resultado. Para el análisis de estructura se tomó en cuenta las variables Disponibilidad y Accesibilidad y sus indicadores: Recursos Humanos, Horarios de atención, Material y Equipo y Medicamentos e Insumos; Geográfica, Económica y Cultural.

En el Enfoque de Proceso: La variable, la variable calidad técnica y humana y sus indicadores: Integralidad, continuidad, relaciones interpersonales y comodidad.

En el enfoque de Resultado se valoró la variable Eficacia con sus variables: Satisfacción, mejora o recuperación de los pacientes y tiempos de espera.

Los resultados y su análisis se presentan según los objetivos y apegado al enfoque de estructura proceso y resultado, estableciendo la escala ponderal 80 % y más para establecer que hay calidad y 80 % o menos para la no existencia de calidad.

La Discusión de resultados se realiza según los objetivos y realizando contrastación con el marco de referencia; De igual manera las conclusiones se determinan siguiendo

los objetivos específicos para luego establecer la conclusión General. Se establecen recomendaciones las recomendaciones pertinentes al cuerpo Directivo del Hospital.

Al final se elabora una propuesta de mejora respecto a los principales hallazgos encontrados, Por esta razón es importante dar respuesta en términos de calidad a la premisa ¿Se brinda atención de calidad a los pacientes crónicos en la consulta externa del Hospital Nacional “Dr. Héctor A. Hernández Flores” de San Francisco Gotera?

II. OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar la Calidad de atención de los pacientes hipertensos y diabéticos en la consulta externa del Hospital Nacional de San Francisco Gotera.

Objetivos Específicos

1. Analizar la estructura y funcionamiento de la consulta externa del hospital Nacional de San Francisco Gotera.
2. Valorar el proceso de la calidad de atención a los pacientes con patología crónica que acuden a la consulta externa del hospital nacional de san francisco gotera.
3. Determinar la eficacia de atención brindada en la consulta externa del hospital.

III. MARCO DE REFERENCIA

3.1. Generalidades.

La calidad debe ser el paradigma de todos los que gestionan la salud en los servicios de salud y en la comunidad para el mejoramiento de las condiciones de vida de los individuos y los grupos sociales.

Aunque la calidad parece un atributo inherente y obvio a la prestación de los servicios de salud no siempre esta se garantiza. Se debe desde la perspectiva de la equidad y la eficacia realizar estudios de los procesos y resultados del quehacer en la atención integral de la salud, en forma sistemática y sistémica.¹

Algunos autores consideran además, que la calidad de servicio percibida es un antecedente de la satisfacción. Al igual que la calidad, la satisfacción es un concepto complejo y multidimensional compuesto de varios factores, basados en diferentes experiencias con los empleados que prestan el servicio y con otros elementos tangibles (comodidades de infraestructura, alimentación, etc.) e intangibles; como entrega de información, grado de accesibilidad, nivel de burocracia, humanización del servicio, atención prestada a problemas psicosociales, etc.²

En los últimos años se produce un cambio importante en las relaciones médico-paciente. Uno de sus efectos es que el resultado de la atención en salud se mide hoy

¹ Urroz Torres O, Allen Flores P. INTRODUCCIÓN A LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD. Primera Edición ed. Sales Chávez A, et. al, editors. San Jose, Costa Rica: Caja costarricense del Seguro Social; 2004.

² Riveros S J, Berné M C. Análisis de la opinión de usuarios sobre calidad percibida y satisfacción con hospitales públicos: Estudio de caso desde la perspectiva de la aplicación del marketing. Revista médica. Chile. 2007 Jul; 135(7).

en términos de efectividad, eficiencia, percepción por el paciente de la atención que recibe, medida en términos de satisfacción.³

Las características de la atención de salud deben ser la centralidad en la persona, la integralidad e integración y la continuidad de la asistencia, con un punto de acceso sistemático al sistema sanitario para que los pacientes y quienes les atienden puedan entablar una relación duradera basada en la confianza; es una relación directa entre cada individuo, su familia, la propia comunidad y un determinado miembro de la plantilla de salud.

3.2. La Satisfacción como componente de la Calidad.

El concepto satisfacción se define como una evaluación postconsumo o postuso, fuente de desarrollo y cambio de actitudes hacia el objeto de consumo o uso, y que es el resultado de procesos psicosociales de carácter cognitivo y afectivo, entre ellos, la propia percepción de calidad.⁴

La valoración que el paciente realiza de la atención recibida es un indicador importante del funcionamiento de un servicio en particular y del sistema sanitario en general, la satisfacción del usuario es considerada en la actualidad como parte de los resultados de la asistencia sanitaria.⁵

La satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente se considera una medida de eficacia, confort, pertinencia y control del funcionamiento del sistema sanitario. Los pacientes crónicos son usuarios regulares del sistema sanitario, por lo

³ Del Salto Mariño E. Evaluación de la calidad de atención y satisfacción del usuario que asiste a la consulta en el departamento médico del Instituto Nacional Mejía en el periodo 2012. [Tesis] Quito: Universidad Central de Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas. 2012. Disponible: www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4665/1/T-UCE-0006-12.pdf.

⁴ Morales V, Hernández A. Calidad y satisfacción en los servicios; conceptualización. Rev Digital. 2004 Junio; 73.

⁵ Mira JJ, BJA, AJ, VJ, LS, IE. & GA. ¿Qué opinan los pacientes de los hospitales públicos? Análisis de los niveles de calidad percibida en cinco hospitales. Gaceta Sanitaria. 2003, 14(4), 291-; 14(4).

que su percepción va a estar influenciada por el continuo contacto con el mismo⁶ y, no van a tener las mismas expectativas y percepciones de la asistencia sanitaria un paciente crónico y en relación con un usuario ocasional que asiste por procedimientos, o cuadros de emergencia.⁷

3.3. La Calidad en Salud.

En el sector salud, Donabedian en el año 1966 sistematizó la evaluación de la calidad de la atención conceptualizándola como una triada compuesta por "la estructura, el proceso y el resultado", marcando la evolución conceptual y metodológica del término en el ámbito de la salud.

El término "estructura" comprende las características relativamente estables de los proveedores de la atención, los instrumentos y recursos que tienen a su alcance, así como los lugares físicos donde trabajan. Incluye también los recursos humanos y financieros, la distribución y cualificación profesional, así como el número y tamaño, dotación y la localización geográfica de los dispositivos asistenciales, el origen del financiamiento, la organización formal e informal de la prestación de los servicios y el sistema retributivo. El examen de la estructura de atención a la salud constituye un método indirecto de medida de la calidad de la prestación de la atención, basado en el supuesto de que la calidad de los medios puestos a disposición de la prestación del servicio condiciona la calidad del mismo. La manera habitual en la que se asegura una estructura adecuada es mediante la "acreditación".

El "proceso" hace referencia a la forma de organizar, planificar, diseñar y prestar una determinada asistencia a un paciente. Se basa en la suposición de que es más probable obtener un buen resultado si aplicamos el conocimiento disponible y la

⁶ García V, Viniégras C, Rodríguez L G. Calidad de Vida en Pacientes Crónicos. Revhabancienméd. 2007; 7(4) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2007000400002&lng=es. (consultado 24 de mayo 2017)).

⁷ Turrado M, Garrido Pérez L, Dominguez C. Factores que influyen en la satisfacción del paciente de diálisis con enfermería. [Online].; 2016 [cited 2017 mayo 22. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v20n1/09_original8.pdf.

tecnología en forma racional y planificada. De esta manera se pretende disminuir en la medida de lo posible la variabilidad de la práctica clínica, evitando que se produzcan diferencias al establecer una indicación terapéutica, en la oportunidad de la misma, en todo el proceso subsiguiente, o en las diferentes formas de abordar un mismo problema. La mejor forma de asegurar la calidad de los procesos es basarse en evidencias científicas y en sistematizar la información disponible mediante protocolos y guías de práctica.

Las guías de práctica clínica son declaraciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los clínicos y a los pacientes en la toma de decisiones, con el objetivo de lograr una atención adecuada para unas circunstancias de salud–enfermedad concretas. Las Guías constituyen un intento de sintetizar un gran volumen de conocimientos. Parten del supuesto de que si se miden sistemáticamente los resultados y se revisa el tratamiento que precedió a éstos, puede determinarse el tratamiento óptimo.⁸

Por último, los "resultados" hacen referencia a los logros, tanto en materia de salud como en cuanto a resultados económicos o de valoración por el paciente y el profesional de lo que se alcanza tras una prestación de servicio determinada (Donabedian, 1980). La evaluación y monitorización de resultados presentan múltiples dificultades, en especial por la escasa información disponible en la práctica sobre los mismos cuando estos no son óptimos.

Habría que considerar que no sólo se miden resultados técnicos. También es importante saber si el paciente queda satisfecho. La atención médica debe prestarse de forma tal que procure no sólo el bienestar del paciente, sino que sea compatible con sus preferencias y expectativas. La satisfacción, desde la práctica médica, es un concepto multidimensional que incluye: la empatía de los profesionales en su trato con los pacientes, tipo y cantidad de información que se le presta al paciente y familiares,

⁸ Salinas Rodríguez JL&GDHE. Evaluación de la calidad en servicios de atención y orientación psicológica: conceptos e indicadores. *Psicología para América Latina*. [Online].; 2006 [cited 2017 mayo 25. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000400014&lng=pt&tlng=es.

competencia técnica del personal, comodidad de las instalaciones, facilidades de acceso, complejidad burocrática del sistema, continuidad de los cuidados, resultado percibido de la atención y, cuando proceda según el tipo de sistema de aseguramiento o centro, una valoración por parte del paciente del coste del tratamiento.⁹

Según, Donabedian la búsqueda de una definición de lo que es la calidad en la atención médica puede, atinadamente, empezar por lo más simple y completo de la atención: el tratamiento que proporciona un médico, o cualquier otro profesional, a un episodio de enfermedad claramente definido en un paciente dado.¹⁰

Donabedian divide la atención en elementos técnicos e interpersonales.

La atención técnica es la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina y otras ciencias de la salud al manejo de un problema personal de salud. Se acompaña de la interacción social y económica entre el paciente y el médico.

Donabedian, sugiere que la calidad es una propiedad de, y un juicio sobre, alguna unidad definible de la atención, la cual se puede dividir por lo menos en dos partes: técnica e interpersonal, donde la parte técnica debe rendir el máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ello sus riesgos, por lo tanto la atención debe alcanzar un equilibrio entre riesgos y beneficios.

Donabedian expresa que el manejo de la relación interpersonal debe responder y contener los valores y normas socialmente definidas que regulan la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares. Estas normas están reforzadas, en parte, por los dictados éticos de las profesiones relacionadas con la salud y por las expectativas y aspiraciones de los pacientes en forma individual. De ahí se desprende que el nivel de la calidad en el manejo de la relación interpersonal se mida por el grado de apego a los valores, normas, expectativas y aspiraciones. El éxito o el fracaso de la atención técnica depende en gran medida del proceso interpersonal, la valoración

⁹ Mira JJ AJ. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Med. .

¹⁰ Donabedian A. La Calidad de Atención Médica. La Prensa Médica Mexicana. Mexico D.F. 1984.

de los riesgos y los beneficios debe ser compartida con el paciente que conlleva a un concepto unificador de la calidad de atención.¹¹

El concepto de calidad es fundamental de acuerdo a los valores, la ética, y las tradiciones de los profesionales de la salud: “cuando menos no dañar, usualmente hacer algún bien e idealmente realizar el mayor beneficio que sea posible alcanzar en cualquier situación dada.”¹²

3.4. Principios y Definiciones Sobre Garantía de Calidad.

Avedis Donabedian (1995) Conjunto de arreglos y actividades que tienen por fin salvaguardar, mantener y promover la calidad de atención en salud.

Ruelas y Frenk: Un proceso sistemático de cubrir la brecha entre el desempeño real y los resultados ideales, de acuerdo con un conjunto de límites tecnológicos en cualquier sistema en particular.

Heather Palmer: Un proceso para determinar la calidad que analiza las diferencias encontradas y la adopción de medidas a fin de mejorar el desempeño, seguidos de una nueva medición de la calidad para determinar si se ha logrado mejora. Se trata de una actividad cíclica y sistemática que utiliza normas de medición.

Donald Berwick: Esta tratando de aplicar principios de Administración de la Calidad Total a los servicios. En un enfoque organizacional integrado para satisfacer las necesidades y expectativas del paciente lo que comprende la participación de la administración y del personal para mejorar los procesos y servicios, mediante el uso de técnicas cuantitativas e instrumentos analíticos. De acuerdo con esta filosofía, la mejora continua de la calidad es “...un programa independiente de supervisión destinado a asegurar que existan las actividades de calidad necesarias y que sean de

¹¹ Donabedian A. “Calidad de la atención a la salud. Continuidad y Cambio en la Búsqueda de La Calidad. Revista ITAES. 1995 Junio;(2).

¹² Donabedian A. La Calidad de Atención Medica. La Prensa Medica Mexicana. Mexico D.F. 1984.

una eficacia optima; que los resultados de las actividades de calidad constante sean positivos y que se comuniquen, entiendan y faciliten en forma positiva.

Joseph M. Juran El enfoque de Juran sobre la administración por calidad se basa en lo que llama la Trilogía de Juran: planear, controlar y mejorar la calidad. La importancia del pensamiento de Juran radica en su creencia de que hay más factores que influyen en la calidad que las pruebas del producto a posteriori en busca de defectos, enfatizando en el lado humano.¹³

Lo que él quería comunicar es que en lugar de esperar que los productos estuvieran terminados para proceder a encontrar los defectos, se debía analizar todo el proceso de producción con el ánimo de prevenir en lugar de corregir, además, su pensamiento se orienta hacia la no delegación de la calidad, sino que la calidad debe darse por autonomía, cada empleado, desde el gerente hasta el personal de planta debe tener como meta la calidad en lo que hace, individualmente y en equipos, a esto se le conoce como autosupervisión.

El enfoque de Juran es novedoso por la incorporación del elemento humano en sus teorías, además de enfocarse en las necesidades del cliente, idea que aun hoy es considerada como revolucionaria y que realmente hace muy pocos años es aplicada de verdad por las empresas.¹⁴

William Edwards Deming considerado en general como el máximo experto en gestión de calidad.

Los Principios Básicos: Calidad no quiere decir lujo. La calidad es un grado de uniformidad y fiabilidad predecible, de bajo coste y adaptado al mercado. En otras palabras, la calidad es todo lo que el consumidor necesita y anhela. En vista de que las necesidades y deseos del consumidor son siempre cambiantes, el modo de definir la

¹³ Urroz Torres O, Allen Flores P. INTRODUCCIÓN A LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD. Primera Edición ed. Sales Chávez A, et. al , editors. San Jose, Costa Rica: Caja costarricense del Seguro Social; 2004.

¹⁴ Rodriguez J. Monografias. [Online].; s/f [cited 2017 abril 12. Available from: <http://www.monografias.com/trabajos76/joseph-juran/joseph-juran2.shtml>.

calidad con referencia al consumidor consiste en redefinir constantemente los requerimientos.¹⁵

3.4.1 Ciclo de Mejora Continua de Deming

El nombre del Ciclo PDCA (o Ciclo PHVA) viene de las siglas Planificar, **Hacer**, **Verificar y Actuar**, en inglés “Plan, Do, Check, Act”. Esta metodología describe los cuatro pasos esenciales que se deben llevar a cabo de forma sistemática para lograr la mejora continua, entendiendo como tal al mejoramiento continuado de la calidad (disminución de fallos, aumento de la eficacia y eficiencia, solución de problemas, previsión y eliminación de riesgos potenciales...). Lo componen **4 etapas cíclicas**, de forma que una vez acabada la etapa final se debe volver a la primera y repetir el ciclo de nuevo, de forma que las actividades son reevaluadas periódicamente para incorporar nuevas mejoras. La aplicación de esta metodología está enfocada principalmente para ser usada en empresas y organizaciones.¹⁶

Los 14 Puntos de Deming

- 1.- Crear constancia en el propósito para la mejora de productos y servicios.
- 2.- Adoptar una nueva filosofía.
- 3.- Dejar de confiar en la inspección masiva.
- 4.- Poner fin a la práctica de conceder negocios con base en el precio únicamente.
- 5.- Mejorar constantemente y por siempre el sistema de producción y servicios.
- 6.- Instituir la capacitación.
- 7.- Instituir el liderazgo.
- 8.- Eliminar el temor.
- 9.- Derribar las barreras que hay entre las áreas.
- 10.- Eliminar los lemas, exhortaciones y metas de producción para la fuerza laboral
- 11.- Eliminar las cuotas numéricas.

¹⁵ Giugni P. La Calidad Como Filosofía de Gestión. [Online].; 2009 [cited 2017 abril 17. Available from: <http://www.pablogiugni.com.ar/william-edwards-deming/>.

¹⁶ Jimeno Bernal J. PDCA HOME. [Online].; 2013 [cited 2017 abril 17. Available from: <http://www.pdcahome.com/5202/ciclo-pdca/>.

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

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

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

Philip Crosby: Para Crosby la clave de la calidad es hacerlo a la primera vez, y que este principio, esta actitud hacia hacerlo bien, es la base del cambio hacia la calidad, es decir que sea posible ofrecer un producto o servicio que cumpla con requisitos del cliente y por lo tanto se debe crear un sistema para la prevención, cuyo estándar de desempeño sea cero defectos.

Crosby determina la calidad y la resume en cuatro principios absolutos:

- Calidad es cumplir con los requisitos del cliente
- El sistema de calidad es la prevención
- El estándar de desempeño es cero defectos
- La medición de la calidad es el precio del incumplimiento

Con respecto al término Cero Defectos Crosby expone algunos aspectos para poder trabajar sin defectos, los cuales se muestran a continuación:

- Una Decisión fuerte de implantación
- Cambio de Cultura o el entorno del trabajo
- Actitud de apoyo a la dirección

Crosby pone más atención a la motivación de los empleados y a la planificación que a las estadísticas que ponen en práctica Deming y Jurán. Crosby dice que la Calidad es gratis por que el modesto costo de la prevención siempre será menor que los gastos que originan la corrección del fracaso.¹⁷

Kaoru Ishikawa: La visión de Ishikawa se apoya en el control de aseguramiento de la calidad, por lo que podría considerarse tradicionalista y básica. Señala que la calidad

¹⁷ Ramirez K. Filosofía de la Calidad, Maestros de la Calidad. [Online].; 2012 [cited 2017 abril 19. Available from: <http://maestrosdelacalidadrc100312.blogspot.com/2012/09/maestros-de-la-calidad-philip-crosby-y.html>.

total es una nueva filosofía de la administración que se debe convertir en uno de los principales objetivos de la compañía, y para ello se deben fijar las metas a largo plazo y anteponer la calidad en todas las decisiones empezado por el área de compras.

Señala que el Control de Calidad es responsabilidad de todas las persona de todas las áreas de la empresa, es una labor en grupo, que debe orientar a eliminar las causas de la mala calidad, no lo síntomas

3.4.2. Control de Calidad para Ishikawa:

Desarrollar, diseñar, elaborar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, el más útil y siempre satisfactorio para el consumidor.¹⁸

Peter Senge: Dice que Una organización aprende, si una manera continua y sistematizada busca obtener el máximo provecho de sus experiencias y aprendiendo de ellas. De ésta manera se podrá detectar y corregir los errores y trampas más graves, por lo que estas organizaciones serán capaces de sobreponerse a las dificultades, reconocer amenazas y enfrentar nuevas oportunidades.

3.4.3. Definición De Organización Inteligente

Como aquellas en donde la gente expande continuamente su aptitud para crear los resultados que desean, donde se cultivan nuevos y expansivos patrones de pensamiento y donde la gente aprende a aprender, enfatizando que la capacidad de aprender con mayor rapidez que los competidores, quizá sea la única ventaja competitiva sostenible.

Propuesta De Senge

Para construir organizaciones inteligentes, es que se cultiven y dominen cinco disciplinas, que aunque su desarrollo se dio por separado, al practicarlas en conjunto, cada cual dará una dimensión vital para la construcción de organizaciones con

¹⁸ Ramirez K. Filosofía de la Calidad, Maestros de la Calidad. [Online].; 2012 [cited 2017 abril 19. Available from: <http://maestrosdelacalidadrc100312.blogspot.com/2012/09/maestros-de-la-calidad-philip-crosby-y.html>.

auténtica capacidad de aprendizaje, aptas para perfeccionar su habilidad y alcanzar sus mayores aspiraciones.

Todas estas definiciones de garantía de la calidad comparten varias características. Cada una de ellas se refiere a un proceso de evolución sistemático que se oriente hacia el mejoramiento del desempeño y la utilización de información en el proceso, ya sea en forma implícita o explícita.

Fundamentalmente la garantía de la calidad es el conjunto de actividades que se llevan a cabo para fijar normas, vigilar y mejorar el desempeño, de tal manera que la atención prestada sea lo más eficaz y segura posible.

3.4.4. El Principio de Pareto.

Vilfredo Pareto.

el principio de Pareto permite utilizar herramientas de gestión, como el diagrama de Pareto, que se usa ampliamente en cuestiones relacionadas con el control de calidad (el 20 % de los defectos afectan en el 80 % de los procesos). Así, de forma relativamente sencilla, aparecen los distintos elementos que participan en un fallo y se pueden identificar los problemas realmente relevantes, que acarrearán el mayor porcentaje de error. El principio de Pareto nos enseña que la mayoría de nuestros problemas (80%) vienen de una fuente pequeña (20%).¹⁹

Típicamente se relaciona al Pareto con la regla 80/20 (80% de los problemas provienen de 20% de las causas, el 80% de las ventas proviene de 20% de los productos, etc.) sin embargo la regla 80/20 es solamente una referencia que hace énfasis en lo que Joseph Juran llamaba los *pocos vitales y muchos triviales*, siempre habrá unas pocas categorías que acumularán la mayoría del porcentaje total.

¹⁹ Wikipedia Cd. Principio de Pareto.[Internet]. [Online].; 2017 [cited 2017 Junio 27. Available from: https://es.wikipedia.org/wiki/Principio_de_Pareto.

Juran cambió posteriormente la frase *pocos vitales y muchos triviales* a *pocos vitales y muchos útiles*, haciendo referencia a que todo colabora en la consecución de las metas.

Entre los principales usos del diagrama de Pareto están:

- Cuando se quiere descubrir cuáles son los principales problemas de calidad.
- Cuando se quiere descubrir cuáles son las principales causas de los problemas de calidad.
- Cuando se quiere estudiar cuáles son los mayores contribuyentes al costo de un producto o servicio.²⁰

3.5. La Calidad y el clima organizacional.

Todo diagnóstico sobre una organización requiere conocer no solo la estructura de esta sino también las características de las personas que las componen y la percepción que ellas tienen de organización; es decir, que no puede haber diagnóstico entre el conjunto de estímulos organizacionales y las respuestas de los individuos que trabajan en la organización. Esta percepción es influida por una variedad de factores, tales como procesos selectivos inherentes a la percepción, experiencias previas, disposición para responder del sujeto y otros.

Los autores más representativos de esta orientación son Litwin y Stringer (1968), Campbell y Beaty (1971), Pritchard y Karasich (1973) y Drexler (1977).

De las definiciones que han planteado estos autores surgen los siguientes elementos en común: El CLIMA se refiere a las características del medio ambiente de trabajo, las cuales son percibidas directa o indirectamente por los trabajadores que laboran en ese medio ambiente lo que conlleva a repercusiones en ese medio ambiente y por lo tanto

²⁰ Garro E. Herramientas básicas de la calidad, diagrama de Pareto.[Internet]. [Online]. [cited 2017 mayo 16]. Available from: <http://blog.pxsglobal.com/2017/01/02/siete-herramientas-basicas-de-la-calidad-diagrama-de-pareto-la-importancia-de-empezar-por-lo-importante/>.

en el comportamiento laboral siendo estas características permanentes en el tiempo; se diferencias de una organización a otra y de una sección a otra de la empresa.

También puede considerarse al clima como una variable interviniente, que media entre los factores del sistema organizacional y el comportamiento individual, que determinan diferentes medidas de efectividad.²¹

La satisfacción laboral, es decir, el estado emocional positivo que surge de la evaluación de la experiencia laboral de una persona es multicausado, décadas de investigaciones sobre este tópico han llevado a reconocer variados y complejos factores, uno de ellos, las relaciones interpersonales con la jefatura y con los colegas. Una de las más importantes teorías que aborda el tópico de la satisfacción, las relaciones interpersonales con supervisores y compañeros como factores que puede influir en experimentar insatisfacción laboral pero tendría escaso impacto en generar satisfacción laboral en los trabajadores.²²

Las tendencias de crecimiento inherentes a necesidades psicológicas innatas que son la base son la base de su auto-motivación y personalidad Integral, así como para las condiciones que fomentan se identifican tres necesidades: competencia, relaciones interpersonales y autonomía que son esenciales para facilitar el funcionamiento óptimo de las para el crecimiento individual, para la integración así como para el desarrollo social y bienestar personal.²³

²¹ Contreras Chavarria B, Matheson Vargas P. "Una herramienta para medir clima organizacion,Cuestionario de Litwin y Stringer". [Online].; 1984 [cited 2017 mayo 20. Available from: <https://repositorio.uc.cl/bitstream/handle/11534/6158/000378306.pdf?sequence=1>.

²² Yanez Gallardo R, Arenas Carmona MyRNM. El impacto de las relaciones interpersonales en la satisfacción laboral general. liber. [online]. [Online].; 2010, vol.16, n.2 [cited 2017 junio 4. Available from:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272010000200009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1729-4827.

²³ Deci E, Ryan R. Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. [Online].; 2000 [cited 2017 mayo 21. Available from: https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2000_RyanDeci_SDT.pdf.

3.6. Enfermedades Crónicas.

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad.²⁴

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en este momento, uno de cada tres adultos en el mundo sufre hipertensión y uno de cada diez, diabetes. En el mundo, uno de cada 10 adultos padece diabetes. Las enfermedades crónicas no transmisibles son actualmente la causa de dos terceras partes de las muertes en el mundo. La hipertensión es una condición que causa cerca de la mitad de todas las muertes por apoplejía y problemas cardíacos en el mundo.

Durante los últimos años se están produciendo importantes cambios demográficos en todo el mundo. En la Unión Europea el porcentaje de personas mayores de 65 años pasará de un 16,1 % en 2000 a un 27,5% en 2050. España, junto a Italia y Japón, encabeza este proceso de envejecimiento a nivel mundial estimándose que para esas fechas cerca del 35% de la población a nivel nacional superará los 65 años. La relación de la edad con las enfermedades crónicas y con la utilización de los servicios sanitarios está claramente establecida. Se estima que las enfermedades crónicas serán la principal causa de discapacidad en 2020 y que hacia 2030 se doblará la incidencia actual de enfermedades crónicas en mayores de 65 años. Se puede medir el impacto de las enfermedades crónicas en relación a la esperanza de vida evaluando la esperanza de vida libre de discapacidad, definida como el número de años de vida en los que las actividades de la vida diaria no están limitadas por una condición o

²⁴ OMS. [who.int/nmh/publications](http://www.who.int/nmh/publications). [Online].; 2010 [cited 2016 Enero 8. Available from: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf.

problema de salud. El aumento de la esperanza de vida en buen estado de salud tiene importantes implicaciones para la salud y los sistemas de atención sanitaria.

La prevalencia mundial de la diabetes en adultos (mayores de 18 años) ha aumentado del 4,7% en 1980 al 8,5% en 2014 con mayor rapidez en los países de ingresos medianos y bajos siendo una importante causa de ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores estimándose que en 2012 la diabetes fue la causa directa de 1,5 millones de muertes, y que otros 2,2 millones de muertes eran atribuibles a la hiperglucemia. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030.

En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes. La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular.²⁵

Si bien dichas enfermedades han alcanzado proporciones de epidemia, podrían reducirse de manera significativa combatiendo los factores de riesgo y aplicando la detección precoz y los tratamientos oportunos; Para lo cual, la integración como red de servicios de salud en la que se establezcan las estrategias de acción para garantizar la accesibilidad a medicamentos y garantizar su abastecimiento en el primer nivel de atención en salud y por supuesto la Calidad del servicio, con lo que se salvarían millones de vidas y se evitarían sufrimientos indecibles. El Informe del año 2014 de la Organización de la salud, sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles, es el primer informe mundial sobre el estado de estas enfermedades y los métodos para trazar el mapa de la epidemia, reducir sus principales factores de riesgo y fortalecer la atención sanitaria para aquellos que ya las padecen.

²⁵ Organización Mundial de la Salud. Causas de Muerte. [Online].; 2008 [cited 2017 ene 21. Available from: (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_2008_sources_methods.pdf).

De los 57 millones de muertes que tuvieron lugar en el mundo en 2008, 36 millones, es decir el 63%, se debieron a enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas. Con el aumento del impacto de las enfermedades crónicas no transmisibles y el envejecimiento de la población, se prevé que el número de muertes por enfermedades crónicas no transmisibles en el mundo seguirá creciendo cada año, y que el mayor crecimiento se producirá en regiones de ingresos bajos y medios.

Aunque suele pensarse que las enfermedades crónicas no transmisibles afectan principalmente a la población de ingresos altos, la evidencia disponible demuestra todo lo contrario. Estas enfermedades causan alrededor del 80% de las muertes en los países de ingresos bajos y medios y son la causa de muerte más frecuente en la mayoría de los países, excepto en África. Incluso en los países de este continente, las enfermedades crónicas no transmisibles están experimentando un rápido crecimiento. Se prevé que en 2030 superarán a las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales como principal causa de defunción. Los datos referentes a la mortalidad y a la morbilidad revelan el impacto creciente y desproporcionado de la epidemia en los entornos con recursos escasos. Más del 80% de las muertes causadas por enfermedades cardiovasculares y diabetes, y alrededor del 90% de las causadas por enfermedades pulmonares obstructivas, tienen lugar en países de ingresos bajos y medios.²⁶

3.6.1. Las Enfermedades Crónicas en las Diferentes Regiones Del Mundo.

La principal causa de muerte en Europa son las enfermedades cardiovasculares, tienen una alta incidencia y constituyen una fuente muy importante de discapacidad. En España por ejemplo, donde 40 % aproximadamente de la población padece hipertensión arterial, ocasionan 35 % de todas las defunciones y causan cerca de 125,

²⁶ Organización Mundial de la Salud. Causas de Muerte. [Online].; 2008 [cited 2017 ene 21. Available from: (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_2008_sources_methods.pdf).

000 muertes cada año; 8 para la diabetes mellitus la situación no es menos preocupante, pues el porcentaje de la población afectada se estima en 6 % para los grupos de 30-65 años y de 10 % para los de 30-89.

En el continente asiático se destacan China, donde 80 % de las muertes y 70 % de los años de vida perdidos por discapacidad se deben a las enfermedades crónicas, y Singapur, un pequeño país con más de 60 % de todas las muertes ocasionadas por cáncer y las enfermedades cardiovasculares.

La prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, aumenta rápidamente, sobre todo en las zonas urbanas de África. Los datos epidemiológicos de 2 países sugieren que el predominio de estas afecciones ha ascendido notablemente en los últimos 5 a 10 años. Las estimaciones recientes indican que entre 5 y 8 % de la población urbana adulta en Tanzania y en municipios de Sudáfrica sufren diabetes mellitus y entre 20 y 33 %, hipertensión arterial.

Hay 30 millones de personas con diabetes en las Américas, de las cuales 13 millones habitan en América Latina y el Caribe y se previeron 20 millones para 2010. En esta región, las enfermedades crónicas no transmisibles (en adelante ENT) representan 57,9 % de la mortalidad general, entre las cuales figuran: las cardiovasculares (45,4 %), las neoplasias malignas (19,7 %) y la diabetes mellitus (4,9 %), para un total de 70 %.²⁷

La carga de la enfermedad crónica en América Latina y el Caribe es significativa y va en aumento. Las cuatro principales enfermedades crónicas no transmisibles, es decir, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades pulmonares crónicas y la diabetes, provocan la muerte de tres de cada cinco personas en todo el mundo. Los países de América Latina y el Caribe (ALC) enfrentan actualmente el doble de la carga de ENT, lo que se suma a la carga continua de enfermedades transmisibles y reproductivas, desnutrición infantil y anemia, en especial en las comunidades más

²⁷ Jova Morel R, Rodríguez Salva A, Díaz Piñera A. Modelos de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en Cuba y el mundo. MEDISAN. 2011 Nov; 15(11).

pobres. La acelerada transición demográfica y epidemiológica de la región ha traído consigo una mayor prevalencia de ENT, en particular enfermedades cardiovasculares (ECV), infartos y cáncer. Por otra parte, también han aumentado los problemas de salud mental, como es el caso de la depresión. Las enfermedades crónicas son hoy la principal causa de muerte y enfermedad en América Latina y el Caribe, dado que representan el 68 por ciento de las muertes y el 60 por ciento de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en la región. Sólo las enfermedades cardiovasculares son responsables del 35% de las muertes en ALC, mientras que en su conjunto, el SIDA, la tuberculosis, el paludismo, y todas demás las enfermedades infecciosas son responsables del 10% de las muertes.²⁸

3.6.2. Costos de la enfermedad crónica no transmisible.

Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles son un problema mundial de salud pública que impactan a las poblaciones con debilidad económica y social, Sánchez et al., en su artículo, plantean que el costo incluye la evaluación de las consecuencias adversas reales o potenciales que se presentan en los cuidadores. Estas consecuencias corresponden al costo económico y a los costos sobre la salud física y emocional, las restricciones sociales y personales y la inversión de valor en el dar cuidado.

La evolución lenta de la enfermedad demanda gastos regulares tanto directos como indirectos, y en sus etapas avanzadas exige disponer de recursos económicos aún mayores para el manejo de las complicaciones macro vasculares, las que requieren del uso de instrumentos de alta complejidad técnica.

Los gastos directos son todos aquellos relacionados con la atención médica propiamente dicha, la cual se circunscribe solo al ámbito clínico, por ejemplo, el tratamiento farmacológico, medicamentos hipoglucemiantes orales y la insulino terapia, hospitalizaciones, consultas con especialistas y atención de las complicaciones

²⁸ Pan American Health Organization. Health in the Americas 2007. Washington, DC: PAHO/WHO.; 2007.

asociadas directamente con la enfermedad, como la hipoglucemia y la hiperglucemia severas, la retinopatía, la nefropatía, la neuropatía y las complicaciones cardíacas, coronarias y cerebrovasculares.

En relación con los costos indirectos, son todos aquellos que se generan a partir del concepto de “capital humano” y su cálculo incluye la estimación de la pérdida en productividad y en ingresos, debida a la mortalidad y a la discapacidad generada por la enfermedad. En otras palabras, los costos indirectos son el resultado de la relación entre la productividad estimada y los años perdidos para el trabajo por discapacidad permanente o temporal o por muerte.²⁹

3.7. Situación de las Enfermedades Crónicas No transmisibles en El Salvador.

3.7.1. Enfermedades Crónicas No Transmisibles

El 72.2% de todas las muertes reportadas en el 2010 corresponde al grupo de enfermedades no trasmisibles. Las lesiones de causa externa (agresiones) ocupan el primer lugar de mortalidad, seguidas por enfermedades cardiovasculares, cáncer, insuficiencia renal. Existe la necesidad para la creación de un programa nacional para la vigilancia, prevención y control de estas enfermedades basándose en la mejora de la calidad de atención de los diferentes niveles de servicios de salud.

Según el estudio NEFROLEMPA 2009³⁰, la enfermedad renal crónica (ERC) se ha convertido en un problema de salud pública de alta prioridad por el alto costo de los tratamientos dialíticos y la saturación de los hospitales de tercer nivel. (representando hasta un 50% del presupuesto de los hospitales), se estima que en áreas de alta

²⁹ Gallardo-Solarte K, Benavides-Acosta F, Rosales-Jiménez R. Costos de la enfermedad crónica no transmisible: la realidad colombiana.. Rev Ciencia Salud. 2016; 14(1:103-114).

³⁰ Orantes C, Herrera R, Almaguer, M, Brizuela E, Hernandez C, Bayarre H, et al. Enfermedad Renal Crónica y Factores de Riesgo Asociados en el Bajo Lempa, El Salvador. Estudio Nefrolempa, 2009. MEDICC Review. 2011 Octubre; 13(4)

prevalencia como en la zona del Bajo Lempa hay una prevalencia de hasta un 18% en población mayor de 18 años, con un perfil epidemiológico característico de ser habitantes de zonas rurales costeras agricultores, prevalencia del 25.7% en el sexo masculino y edades entre los 20 a 50 años, con riesgos comunes como altos niveles de exposición a productos agroquímicos, acceso a agua de mala calidad para el consumo, consumo de bebidas alcohólicas artesanales, entre otros. Por ello se habla de una doble carga de factores de riesgo para ERC, aquellos que son comunes a las enfermedades crónicas no transmisibles y las tóxico-ambientales como riesgos ocupacionales por ello constituye ser una enfermedad trazadora de las ECNT.

En cuanto a Diabetes se tiene una prevalencia a nivel nacional de un 11% y existe un carente acceso a medicamentos esenciales como insulina y otros como antihipertensivos así como un sistema de referencia y retorno poco eficiente... Situación similar acontece con las enfermedades cardiovasculares que constituyen la segunda causa de muerte en población mayor de 25 años a nivel nacional y que urge la sistematización de la atención en el primer y segundo nivel a través de lineamientos y guías que favorezcan la atención de estos pacientes en red de manera estandarizada.

Con respecto a cáncer dando énfasis al cérvico-uterino por ser la primera causa de muerte por todos los tipos de cánceres a nivel nacional se está tratando de implementar nuevas tecnologías como lo son la inspección visual con ácido acético y la detección del virus del papiloma humano para mejorar el tamizaje y llevarlo por lo menos al 50% de la población en riesgo dado que la cobertura actual con el PAP a nivel nacional es únicamente del 17%.

Es importante mencionar que la mayor carga de factores de riesgo para el surgimiento de las enfermedades crónicas no transmisibles como el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias nocivas constituyen un enorme problema en el país y necesitan un abordaje integral. De acuerdo a las encuestas realizadas el tabaquismo en adolescentes es de un 27%. No se cuenta en el país con regulaciones sobre la

producción de alimentos libres de grasas trans. La obesidad y sobrepeso en niños menores de cinco años y sus madres ya se manifiestan como un problema que merece la atención de las autoridades sanitarias. Entre 2003 y el 2008 se dio un incremento de 3.6% a 4.2% en el sobrepeso de los niños menores de 5 años al nivel nacional. El sobrepeso en los niños menores de 5 años en el área urbana es 4.9%, esto es 1.4 veces más la prevalencia de sobrepeso que en el área rural. Para el año 2010 en zonas rurales como el Bajo Lempa la prevalencia del Sobrepeso es de un 34%; Obesidad: 22.4% y Síndrome Metabólico: 28.8%.

El comportamiento de las patologías crónicas en El Salvador, haciendo énfasis en diabetes e hipertensión arterial presentan un comportamiento similar con el resto del mundo, factores como el sedentarismo, la obesidad y el tabaco son factores que nos afectan.

En el año 2016 según datos del Ministerio de Salud se reportan 39,536 nuevos casos de hipertensión arterial lo que representa una tasa de 606.32 y se reportaron 703.100 consultas subsecuentes a nivel nacional.³¹

En cuanto a Diabetes mellitus en El Salvador en los últimos tres años se ha visto una disminución de los casos reportados para el año 2016, con un total de 29,985 lo que representa una tasa de 459.5 x 100,000 habitantes.

3.8. Suministro de Medicamentos en el Ministerio de Salud de El Salvador.

El acceso a medicamentos se define como la capacidad del individuo de demandar y obtener medicamentos para la satisfacción de sus necesidades percibidas de salud (OPS/OMS)

3.8.1. Dimensiones del acceso:

La disponibilidad física, definida por la relación entre el tipo y cantidad de productos y servicios que se necesitan frente al tipo y cantidad ofrecidos.

³¹ Sistema de Morbimortalidad en línea, MINSAL, 2016. Disponible: <http://simmow.salud.gob.sv/>

Asequibilidad, definida por la relación existente entre el precio de los productos y los servicios y la capacidad del usuario de pagar por ellos.

Accesibilidad geográfica, definida por la relación entre la localización de los productos y servicios y la localización del usuario que los requiere.

Aceptabilidad, referida al ajuste entre las características de los productos y los servicios frente a las expectativas y necesidades de los usuarios.

3.8.2. Barreras del acceso:

Sistema de provisión de los medicamentos: disponibilidad física relacionada a la demanda.

Económicas: precio de los medicamentos, su cobertura por parte del sistema de seguro y la capacidad de pago.

Geográficas: distribución de los puntos de servicios de salud y la provisión de los medicamentos y su relación con la localización de los usuarios.

Organización del modelo de provisión de los servicios de salud y las características culturales y personales de los usuarios: determinan la aceptabilidad del medicamento por parte del usuario.

Las barreras del sistema de provisión de los medicamentos tanto económicas como de organización del modelo de provisión de los servicios de salud, pueden romperse con la implementación de sistemas de suministro de medicamentos e insumos esenciales caracterizados por:

1. Integración al sistema de salud,
2. Procesos oportunos y eficientes.
3. Talento humano idóneo y suficiente.
4. Sistema de información confiable y oportuna.
5. Infraestructura y dotación adecuada.³²

³² El Salvador. Ministerio de Salud. Modelo de gestión integral de suministro de medicamentos e insumos de salud. 1st ed. San Salvador: OPS; 2012.

3.8.3. Desabastecimiento de Medicamentos.

Los desabastecimientos de medicamentos son reconocidos como un problema global por la Organización Mundial de la Salud. Los desabastecimientos generan un retraso en el acceso de los ciudadanos a los medicamentos, e incluso en algunos casos lo impiden, y tienen un impacto significativo tanto en los pacientes como en los profesionales de la salud.

El problema de los desabastecimientos de medicamentos ha sido principalmente analizado en Estados Unidos (EEUU), donde esta problemática se viene arrastrando desde hace mucho tiempo, si bien desde el año 2011 la situación ha mejorado por las medidas adoptadas por la FDA.

En Europa no existen registros tan exhaustivos y centralizados de desabastecimientos, pero el emergente número de notificaciones en los últimos años pone de manifiesto que este problema también es relevante en nuestro continente.

Una encuesta realizada por European Association of hospital pharmacist en el 2014 sobre el tema de escasez recibió más de 300 Respuestas de 27 países. Los resultados principales incluyeron:

99% de los farmacéuticos de hospitales en Europa han experimentado problemas de escasez en el año, 63% de los farmacéuticos de los hospitales informan que la escasez de medicamentos es semanal o diaria en algunas ocasiones y el 77% considera que el problema se ha agravado durante el último año.³³

Cualquier incumplimiento en la cadena de suministro conlleva un impacto directo en la salud de los pacientes cuando se trata de medicamentos que son únicos en el mercado para una determinada patología, es decir, que no existe alternativa terapéutica

³³ European Association of Hospital Pharmacists. Medicine shortages in European Hospital, Results of the largest pan-European survey on medicines supply shortages in the hospital sector, its prevalence, nature and impact on patient care. [Online].; 2014 [cited 2017 Mayo 29. Available from: <http://www.eahp.eu/practice-and-policy/medicines-shortages>.

Aun cuando existan alternativas terapéuticas disponibles, el cambio a éstas puede contribuir a generar errores de medicación a los profesionales sanitarios implicados en la prescripción, dispensación y administración de medicamentos

A pesar de que en Europa no está constatado, en EEUU incluso se han registrado casos de muerte debido al uso de alternativas inadecuadas o a errores de medicación relacionados con los medicamentos alternativos.

En cualquier caso, el desabastecimiento de medicamentos desvía a los profesionales sanitarios de su actividad asistencial y, en ocasiones, les obliga a tomar decisiones comprometidas, como emplear alternativas menos adecuadas, con menor experiencia de uso.

Aunque no se ha cuantificado, los desabastecimientos implican un incremento de los costes para el sistema sanitario y para el paciente (tiempo invertido, utilización de alternativas más caras o no financiadas).

Las principales causas del suministro irregular de medicamentos se relacionan, entre otras, con problemas en el proceso de fabricación y distribución, así como con aspectos económicos.³⁴

3.9. La Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus en el Departamento de Morazán.

El departamento de Morazán se encuentra en la zona oriental del país la Cabecera departamental es San Francisco Gotera. Su altura: 245 m.s.n.m. Con una extensión territorial de 1,447.43 Km² y está constituido por 3 distritos que agrupa a 26 municipios.

El departamento ha sido ampliamente intervenido con la Reforma de Salud, impulsada en el quinquenio 2009 -2014. La población del área geográfica de influencia es de 203,753 habitantes, proyección de la DIGESTYC para el año 2017. El 47.25 son del

³⁴ Infac. Desabastecimiento de medicamentos: Un problema sin resolver. Información Farmacoterapeutica de la Comarca. 2015; 23(7).

sexo masculino, la distribución por áreas corresponde a un 71.9% que vive en la zona rural, con una densidad poblacional aproximada de 118 habitantes por Km². La tasa de crecimiento geométrico: 0.5 %. Tasa global de fecundidad: 4.6 Hijos por mujer. Tasa de mortalidad infantil: 7.5. En el año 2016 Razón de mortalidad materna de cero x 100,00 nacidos vivos, Esperanza de vida al nacer: 65.2 años. Saldo neto migratorio: - 3.5 miles.³⁵

La pirámide poblacional representa la típica curva en pagoda, con una base predominantemente joven (aproximadamente el 40% de la población es menor de 19 años). Para el último quinquenio, el promedio de la esperanza de vida al nacer era de 65.2 años.

El perfil epidemiológico de Morazán es un perfil en transición, donde todavía persisten enfermedades infecciosas principalmente de los aparatos respiratorio y digestivo, sin embargo, en el último decenio aparecen enfermedades como la hipertensión arterial y los trastornos hipertensivos asociados al embarazo. También, es de resaltar que en los últimos años, han tomado relevancia las lesiones de causa externa como resultado de la violencia en el país. Existen otras enfermedades que igualmente son relevantes para la vigilancia epidemiológica debido a su alta transmisibilidad como dengue, neumonía, tuberculosis y VIH/SIDA.

En el departamento de Morazán la consulta de primera vez en el año 2016 vez para hipertensión arterial se reportaron 1278 casos de primera vez lo que representa una tasa de 634.64 y la consulta subsecuente fueron 27,478 atenciones.

3.10. Situación de la consulta subsecuente de pacientes con patología crónica en el Hospital Nacional de San Francisco Gotera.

La hipertensión arterial y la diabetes mellitus se encuentran entre las 10 primeras causas de morbilidad, representando un 27.9% del total de atenciones en la consulta

³⁵ DIGESTYC. Dirección General de Estadísticas y Censos. [Online].; 2007 [cited 2016 diciembre 17. Available from: <http://www.digestyc.gob.sv/index.php/temas/des/poblacion-y-estadisticas-demograficas/censo-de-poblacion-y-vivienda/poblacion-censos.html>.

externa de todas las especialidades médicas, demandando la mayor utilización de recurso humano en todo el proceso de atención directa e indirecta, así como la mayor disposición de recursos como medicamentos, exámenes de laboratorio y gabinete, por lo tanto la asignación presupuestaria para la atención de estas patologías en el hospital genera déficit para la atención de otras áreas críticas del hospital, pudiéndose brindar la atención en el primer nivel de atención.

En el hospital, durante el año 2016 del total de consulta subsecuente vista en la especialidad de medicina interna en la consulta externa, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial representaron el 47.9% de las atenciones.

Así mismo, las atenciones subsecuente de medicina general en la consulta externa, para hipertensión arterial y diabetes mellitus, correspondió al 61.1% del total de consultas, encontrándose como la primeras causas de morbilidades.³⁶

3.11. Enfoque de Atención del Paciente Crónico.

Actualmente disponemos de un buen nivel de evidencia sobre algunos modelos de gestión y estrategias concretas de atención dirigidas al paciente crónico. Los estudios que han evaluado diversos modelos de gestión diseñados para organizar los sistemas sanitarios de una manera más integrada y proactiva para mejorar la salud de los pacientes crónicos apuntan resultados beneficiosos en términos de calidad de vida, mejora del estado de salud, satisfacción con los servicios y con su utilización, nivel de conocimiento del paciente de su enfermedad, adherencia a los tratamientos y disminución de ingresos hospitalarios innecesarios. Un elemento básico dentro de las estrategias de abordaje a los pacientes crónicos es la implantación de un sistema de estratificación de la población en base a modelos predictivos unido al establecimiento de intervenciones efectivas. No todos los pacientes crónicos son iguales y no todos los pacientes necesitan lo mismo; la correcta identificación de los pacientes más

³⁶ Sistema de Morbimortalidad en línea, MINSAL, 2016. Disponible: <http://simmow.salud.gob.sv/>

complejos resulta fundamental para lograr satisfacer sus necesidades socio sanitarias.³⁷

Para la atención integrada en red de los pacientes diabetes e hipertensos, actualmente en el departamento de Morazán, se realiza por medio de un sistema de referencia y retorno, el cual no garantiza la integración, no se cuenta con un sistema de planeación estratégica que se proyecte a futuro y sea sostenible para garantizar la atención integrada en la red de servicios, la identificación de los factores determinantes como elementos necesarios a tomar como base para el planteamiento de un plan estratégico.

En cuanto al papel de los nuevos servicios orientados a pacientes crónicos, la cooperación entre los profesionales de Atención Hospitalaria y Primaria en la planificación del alta facilita la continuidad del proceso asistencial y el seguimiento de los pacientes. La planificación del alta hospitalaria podría reducir en un 18% los reingresos hospitalarios según una revisión Cochrane³⁸ y aumentar el tiempo hasta el reingreso según datos de un trabajo realizado en la Comunidad de Madrid. En los modelos de abordaje de la cronicidad, la potenciación de la atención domiciliaria y la hospitalización a domicilio aparecen como una alternativa asistencial, capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados médicos y de enfermería a los pacientes en su domicilio cuando no precisan la infraestructura hospitalaria, pero sí necesitan todavía vigilancia activa y asistencia compleja. Una revisión sistemática³⁹ que aborda la eficacia de la hospitalización a domicilio para evitar los ingresos hospitalarios frente a la asistencia urgente hospitalaria tradicional concluye que este tipo de servicio reduce de manera significativa la mortalidad en los primeros seis meses, reduce la estancia media hospitalaria entre 5 y 13 días en caso de ingreso y los pacientes muestran mayor satisfacción.

³⁷ Consejería de Sanidad. Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid. Primera ed. Ministerio de Sanidad SSeI, editor. Madrid: Salud Madri; 2013.

³⁸ Shepperd S, Lannin N, Clemson L, McCluskey A, Cameron I, Barras S. Cochrane Database Syst. [Online].; 2013 [cited 2017 feb 20. Available from: <http://www.cochranelibrary.com/cochrane-database-of-systematic-reviews/>.

³⁹ Shepperd S, Doll H, Angus R, Clarke M, Kalra L. Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: a systematic review and metaanalysis of individual patient data. CMAJ. 2009; 175(82).

Las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs), se han ido incorporando progresivamente en los últimos años a los sistemas de salud facilitando las intervenciones realizadas a distancia entre profesional sanitario y paciente. La tele asistencia y la tele monitorización domiciliaria, los sistemas de ayuda a la prescripción, los recursos web, la historia clínica informatizada y la receta electrónica son algunos ejemplos de herramientas de ayuda al seguimiento en este tipo de pacientes.

Una reciente revisión sistemática que incluye 141 estudios sobre la efectividad del uso de estas herramientas muestra reducción de la mortalidad en pacientes con insuficiencia cardiaca, disminución del número de visitas a urgencias y mejoría en la calidad de vida en pacientes con EPOC, así como reducción de la hospitalización en todas las patologías crónicas estudiadas (Asma, EPOC e IC), excepto en diabetes.

Para prestar atención efectiva y eficiente a las enfermedades crónicas se requiere de una reorientación de los servicios de salud, usualmente fragmentados y diseñados para responder a la demanda de las enfermedades agudas y a los problemas relacionados con la salud materno infantil. En esta perspectiva de reorientación de los servicios de salud, la OPS propone un enfoque de Redes Integradas de Servicios de Salud, (RISS). Este enfoque de redes se basa en la necesidad de superar la fragmentación actual de los servicios de salud, la cual dificulta el acceso, ofrece servicios de baja calidad técnica y económicamente insostenibles e ineficientes, con un incremento innecesario de los costos de producción, y una baja satisfacción de los usuarios, entre otras insuficiencias.⁴⁰

La atención a las enfermedades crónicas requiere un primer nivel de atención sólido y articulado, que trabaje en estrecha coordinación con servicios más especializados, a veces situados en el segundo o tercer nivel de atención, apoyado por recursos

⁴⁰ Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas OPS/OMS :MR, editor. Washington DC: OPS/OMS; 2010.

comunitarios. En la atención de las enfermedades crónicas deben utilizarse estrategias de mejora de calidad técnica, fortalecida por el incremento del acceso a la atención y la adopción de esquemas financieros adecuados.

3.12. Modelo de Cuidados del Paciente Crónico,

El desarrollo de un Modelo de Cuidados del Paciente Crónico (MCC) es un marco apropiado para describir los elementos que, de manera articulada y armónica, necesita un sistema que pretende proveer atención de alta calidad.

A las personas que padecen enfermedades crónicas a la vez que hace hincapié en la importancia de los cuidados con base poblacional, los principios básicos para la mejora de la atención y en la seguridad y atención centrada en el paciente.

Los seis componentes del MCC son los siguientes:

- a) Organización de Atención a la Salud: una organización o institución que promueva una atención planificada, continua, segura, y de alta calidad. A la vez, la organización debe favorecer las estrategias de mejora, y permitir a los pacientes transitar por todos los niveles del sistema y entre distintos proveedores según se requiera.
- b) Diseño del sistema de atención: asegurar una atención clínica efectiva y eficiente, que fomente y apoye el autocuidado del paciente, asignando roles y tareas al personal sanitario y facilitando las interacciones planificadas entre el personal sanitario y los pacientes, con un abordaje culturalmente apropiado.
- c) Apoyo técnico asistencial: las guías de práctica clínica, basadas en evidencia deben estar incorporadas en la práctica cotidiana. El personal sanitario comparte dicha información con el paciente y alienta su participación activa.
- d) Sistemas de información clínica: organizar los datos clínicos de los pacientes y de la población de referencia para proveer atención eficiente y efectiva, facilitando la planificación, la identificación de sub poblaciones con necesidades especiales, y la coordinación de la atención clínica integral. Genera recordatorios oportunos para los

pacientes y los proveedores y con ello apoya al cumplimiento de las directrices clínicas y las estrategias de mejora. Mejora de los Cuidados Crónicos.⁴¹

e) Apoyo al automanejo: empodera y prepara a los pacientes para jugar un rol Principal, activo e informado, en el cuidado de su propia salud. Para esto, se emplean estrategias de apoyo al paciente en su automanejo que incluyen planificación de las acciones, resolución de problemas, seguimiento, y evaluación de las metas.

f) Recursos y políticas de la comunidad: se trata de movilizar los recursos comunitarios para apoyar la satisfacción de las necesidades de los pacientes que participan en programas comunitarios efectivos. Las organizaciones de salud pueden formar alianzas con organizaciones comunitarias que suplen los vacíos de servicios y abogan por políticas que mejoren la atención a la salud.

El resultado final del modelo es una interacción productiva entre el paciente bien Informado y el equipo de salud bien preparado que produce mejores resultados.

3.13. La Red Integrada de Servicios de Salud y La Enfermedad Crónica No Transmisible.

El enfoque de redes integradas de servicios de salud propone avanzar progresivamente hacia la superación de la fragmentación y la escasa coordinación entre los servicios, actuando sobre algunas categorías claves denominadas atributos de RISS. Se entiende por redes integradas de servicios de salud a un grupo de organizaciones que prestan, o hacen los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrados a una población definida. Estas organizaciones están dispuestas a rendir cuentas tanto por los resultados clínicos y económicos como por el estado de salud de la población a que sirven. Las RISS también son integrales, lo que significa que prestan servicios que cubren todos los niveles de prevención, y que lo hacen de manera coordinada e integrada con todos los niveles y sitios de atención, incluyendo los servicios socio-sanitarios. Dichos servicios tienen la característica de

⁴¹ Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas OPS/OMS :MR, editor. Washington DC: OPS/OMS; 2010.

ser continuos en el tiempo, es decir, servicios que se prestan a lo largo del ciclo de vida.

Los atributos claves de las RISS se estructuran en torno a 4 categorías generales:

1) Modelo asistencial, 2), gobernanza y estrategia, 3) organización y gestión y, 4) asignación e incentivos. Al interior de cada una de estas categorías generales, se listan los atributos particulares que caracterizarían a las RISS.

1. Una población y territorio de referencia bien definidos y con amplios conocimientos de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud. Esta base poblacional permite el reconocimiento y el abordaje de inequidades de cobertura, acceso y resultados en salud.

2. Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud de las personas y los servicios de salud pública

3. Un primer nivel de atención multidisciplinario que abarca a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.

4. Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen, de preferencia, en entornos extra hospitalarios.

5. Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.

6. Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.

7. Un sistema de gobernanza único para toda la red de servicios de salud.

8. Participación social amplia

9. Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud
10. Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico
11. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red
12. Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes
13. Gestión basada en resultados
14. Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red de servicios.⁴² (Organización Panamericana de la Salud, 2010)

La organización de los cuidados para las enfermedades crónicas en una población o área geográfica definida y con personal entrenado y en cantidad suficiente en el primer nivel de atención contribuirá a un uso más racional de los recursos humanos, evitando la sobrecarga de trabajo del personal más especializado. Asimismo, contribuiría a la disminución del uso inapropiado de servicios del segundo y tercer nivel por parte de pacientes que pueden recibir seguimiento en el primer nivel de atención. A su vez, un seguimiento efectivo puede disminuir la frecuencia de episodios críticos y el número de hospitalizaciones resultantes. El uso de hospitales complejos para tratar enfermedades crónicas no sólo puede resultar en un uso inadecuado de recursos financieros, sino que puede indicar que los pacientes no han recibido los cuidados óptimos durante el seguimiento. En otras palabras, las admisiones no planificadas al hospital por parte de personas que padecen afecciones crónicas son en muchos casos un signo de la falla del sistema de cuidados.⁴³ Otra ventaja del enfoque poblacional

⁴² Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas OPS/OMS :MR, editor. Washington DC: OPS/OMS; 2010.

⁴³ Organización Panamericana de la Salud. Mejora de los Cuidados Crónicos a través de las redes integradas de los servicios de Salud. 2012..

para la atención a las enfermedades crónicas es facilitar una atención personalizada. Cuando un equipo de salud está a cargo de una comunidad y de sus familias, se hace conocedor de sus problemas y necesidades. Este tipo de atención facilita la comunicación efectiva entre el equipo bien preparado y el paciente activado, que es el resultado esperado del MCC. Un ejemplo de este tipo de interacción es el enfoque de los "medical homes" u hogares médicos⁴⁴ que consiste en un servicio de salud caracterizado por el fácil acceso del paciente al equipo médico con contactos por vía telefónica, un equipo de atención conocedor de los problemas del paciente y su historia clínica capaz de coordinar los cuidados con efectividad. Los hogares médicos o "medical homes" han sido evaluados satisfactoriamente por pacientes de siete países. El abordaje poblacional posibilita el conocimiento de las características específicas de la población a cargo, en un territorio definido, a la vez que permite la creación de registros y sistemas de información de casos que fortalecen el manejo y el seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas. Los registros de casos permiten a los miembros del equipo de salud un mejor conocimiento de los pacientes y de sus familias ayudando a un mejor manejo clínico y pudiendo así ofrecer servicios en forma proactiva y no reactiva.

Los registros de enfermedades con base poblacional o geográfica permiten conocer la prevalencia de enfermedades y sus complicaciones y así como la mortalidad asociada, facilitando la vigilancia epidemiológica, por ejemplo, la incidencia de diferentes tipos de cánceres, la letalidad y supervivencia así como la efectividad de diferentes opciones terapéuticas.

3.14. Mejora de los Cuidados de Pacientes Crónicos.

Un ejemplo del uso de la atención con base poblacional para la vigilancia de enfermedades crónicas es el sistema recientemente creado en Costa Rica,⁴⁵ un país con cobertura de atención médica universal. Cada año, una encuesta nacional sobre

⁴⁴ Curry N, Ham C. Clinical and service integration : the route to improved outcomes. [Online].; 2010 [cited 2017 feb 10. Available from: <http://kingsfund.koha-ptfs.eu/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=96801>.

⁴⁵ Caja costarricense de seguro social. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Subárea de.. Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular. 2011. San José, Costa Rica.

enfermedades crónicas y factores de riesgo, que incluye un cuestionario y exámenes de laboratorio, es aplicada a una muestra con base poblacional por personal calificado que ya labora en las comunidades y que recibe un entrenamiento especial. Este sistema de vigilancia ya publicó su primer informe mostrando estimados de la prevalencia nacional de diabetes, hipertensión, obesidad, tabaquismo y falta de actividad física así como indicadores de calidad de la atención a las enfermedades crónicas.

3.14.1. Servicios especializados, coordinación e integración.

Los mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud son necesarios para normalizar las prestaciones de servicio y asegurar la integración con los otros niveles de atención. La atención a las enfermedades crónicas requiere de la utilización de recursos, que por su complejidad técnica, nivel de especialización y otros asuntos relacionados con la seguridad del paciente, no están ubicados en el primer nivel de atención. Tal es el caso de determinados medios diagnósticos y tratamiento, o de procedimientos terapéuticos como las derivaciones cardíacas, la diálisis o los cuidados paliativos. El acceso desde el primer nivel de atención debe ser efectivo y también la coordinación con los niveles de mayor complejidad técnica del sistema. Para esto, se debe garantizar la coordinación e integración efectiva y continua de los cuidados a las enfermedades crónicas a través de todos los niveles del sistema de salud.

La red de servicios deberá estar en condiciones de permitir, a quienes padecen de enfermedades crónicas, orientarse y desenvolverse entre los distintos niveles del sistema, teniendo acceso a servicios generales, especializados, de apoyo para el autocuidado.⁴⁶ Al apoyo de organizaciones comunitarias, pudiendo obtener de este modo los cuidados continuos y diversos que estos pacientes requieren. La complejidad de los cuidados que requieren los enfermos crónicos muchas veces necesita de un coordinador de cuidados que ayude al paciente a orientarse y a conducirse por el sistema para que este pueda recibir la atención necesaria para su enfermedad. La

⁴⁶ McWilliams, MD M, Meara, PhD E, Zaslavsky, PhD AM, Ayanian, MD, MPP JZ. Health of Previously Uninsured Adults. JAMA. 2007 Diciembre 26; 298(24).

Sociedad Norteamericana del Cáncer (ACS, del inglés American Cancer Society) aporta un ejemplo de coordinación efectiva de los cuidados con su programa denominado Programa de Navegación.²⁸ Cuando una persona recibe el diagnóstico de cáncer, la ASC le brinda la opción de tener un navegador. Un navegador es una persona entrenada y conocedora del sistema de atención que actúa como coordinador de cuidados. El navegador ayuda a coordinar el tratamiento, los procedimientos y los exámenes a la vez que brinda apoyo psicológico al paciente y a la familia. Aunque hay maneras diferentes de expresar este concepto, para los propósitos de este documento, la integración ²⁹ se define como un conjunto coherente de modelos y métodos, utilizados por los diferentes niveles organizacionales, clínicos y de entrega de servicios para crear conectividad, alineamiento y colaboración al interior de y entre los componentes de la atención. El propósito de estos métodos y modelos es mejorar la calidad de atención y la calidad de vida, la satisfacción y la eficiencia del sistema para los pacientes con problemas complejos, de largo plazo, relacionando múltiples servicios, proveedores y entornos.

Se puede distinguir entre integración clínica e integración de servicios: La integración clínica se produce cuando la atención ofrecida por profesionales y proveedores está ordenada de manera coherente y forma parte de un mismo proceso, por ejemplo a través del empleo de guías y protocolos comunes. La integración de los servicios se produce cuando los servicios clínicos están integrados a un nivel organizacional, por ejemplo, a través de equipos profesionales multidisciplinarios.

En la integración de servicios, pueden existir diversos niveles, tales como:

- Integración horizontal: fusión de dos o más organizaciones de salud que prestan servicios a un nivel similar, por ejemplo, hospitales de atención aguda, o fundaciones que brindan conjuntamente atención de salud y social.
- Integración vertical: cuando se unen dos o más organizaciones que brindan servicios a distintos niveles, por ejemplo, hospitales de atención aguda con servicios de salud comunitaria, o servicios terciarios trabajando junto con aquellos del nivel secundario.

A la vez, la integración horizontal o vertical puede establecerse de modo real, tales como fusiones entre organizaciones, o por medios virtuales, tales como alianzas, asociaciones y redes.

La integración clínica puede también cumplir con el rol de entrenamiento de la fuerza de trabajo. Las interconsultas con especialistas han sido señaladas como una estrategia efectiva de entrenamiento del personal del primer nivel de atención.^{47,48,49}

Es por eso que muchas organizaciones han incorporado el concepto de integración de la atención del primer nivel con especialistas para ofrecer una atención más completa. Tal es el caso de la Fundación Kaiser Permanente y de la Administración Federal de Veteranos de los Estados Unidos, que son dos ejemplos de integración efectiva de todo el espectro de servicios que necesita la población que atiende.

En síntesis, en términos de red y fortalecimiento de los servicios, para organizar la atención a las enfermedades crónicas se requerirá de una adecuada articulación entre el primer y el segundo nivel de atención, así como reorientar la práctica del personal de salud entregándole la capacitación adecuada

3.14.2 Atención Centrada en el Paciente.

La prevención y el control de las afecciones crónicas se puede abordar mejor ofreciendo una atención centrada en el paciente, como se señala a continuación, en lugar de meramente atención focalizada a una enfermedad en particular.⁵⁰

La atención centrada en el paciente se caracteriza por:

- Garantizar acceso y continuidad de los cuidados
- Fortalecer la participación del paciente en los cuidados, haciendo más fácil para estos expresar sus preocupaciones, y más fácil para los proveedores de salud el respetar

⁴⁷Kodner D, Spreeuwenberg C. Integrated Care: meaning logic, applications and implications a discussion paper. International Journal of Integrated Care. 2002 febrero; 12.

⁴⁸ McCulloch D, Glasgow R, Hampson S, Wagner E. A systematic approach to diabetes management in the post DCCT era. Diabetes Care. 1994 Jul.; 17 (7)(765-9).

⁴⁹McCulloch DK, Price M, Hindmarsh M, Wagner E. A population based approach to diabetes management in a primary setting early results an lesson learned. Effective Clinical Practices. 1998 enero; 12(22).

⁵⁰ Bergson S. A Systems Approach to patient centered-Care. Commentary. JAMA. .

los valores, preferencias y necesidades de los pacientes y proveerles de apoyo emocional, particularmente para el alivio de la ansiedad y el temor.

- Apoyar el automanejo a través de todos los niveles del sistema de salud, facilitar el establecimiento de objetivos terapéuticos e incrementar la confianza del paciente y de su familia en el automanejo
- Establecer mecanismos más eficientes de coordinación e integración entre unidades.

Asimismo, la atención centrada en el paciente implica que el personal de la red de salud esté consciente de estos principios, y adecuadamente capacitado para ofrecer este tipo de cuidados, pudiendo también integrar los recursos de la comunidad.

Para organizar cuidados centrados en el paciente es necesario realizar las siguientes acciones:

- Definir los roles y distribuir tareas entre los miembros de los equipos multidisciplinares;
- Usar interacciones planificadas para apoyar la atención basada en evidencia;
- Asegurar seguimiento regular a los pacientes
- Otorgar atención que los pacientes comprendan y que sea consistente con su cultura.

Otra medida que puede resultar en mejores resultados en la atención centrada en el paciente es el uso apropiado de tecnología avanzada para mejorar la comunicación con el mismo. El uso del correo electrónico para dar seguimiento a los problemas y requerimientos de los pacientes ha demostrado ser efectivo en disminuir el número de visita médicas así como a un incremento de los indicadores de calidad de la atención y satisfacción del paciente.⁵¹ Los pacientes que requieren cuidados crónicos a menudo requieren de la atención de una variedad de profesionales que no siempre están ubicados en el mismo lugar físico, haciendo que, entre otras molestias, se les solicite una y otra vez la misma información. Esto puede resolverse creando un rol de

⁵¹ Baer D. Patient-physician e-mail communication: the kaiser permanente experience..J Oncol. 2011 julio; 4(230-3).

coordinador de la atención, situado en el primer nivel, que le permita reducir estos problemas de comunicación y que apoyen al paciente a navegar en el sistema. Otras herramientas de ayuda son los formularios para referencia y contrareferencia, impresos y tarjetas manejadas por los propios pacientes, el expediente electrónico y el sistema de información clínica.

El proveedor de salud, a su vez, deberá convenir o acordar con el paciente los objetivos de su plan de cuidados. Las guías y protocolos de atención de dicho plan deben ser compartidas con el paciente. Las metas de automanejo establecidas para cada paciente, deben tener en consideración sus antecedentes y contexto de vida, así como las barreras potenciales. Es apropiado emplear modalidades de consejería colaborativa y no directiva, que efectivamente involucren al paciente en su plan de cuidado. De este modo, el paciente se vuelve un consumidor informado; un paciente activado, un coproductor de su tratamiento y un colaborador de las estrategias de mejora de calidad.⁵² Pero para ello, cada visita del paciente necesita estar planificada y preparada con anticipación, con toda la información pertinente al día y disponible en la visita.

3.14.3. Sistema de gobernanza único para toda la red

La fragmentación de la atención es un problema frecuente de la atención médica y particularmente de la atención a las afecciones crónicas. La fragmentación de los sistemas, caracterizada por niveles diferentes de acceso y cobertura de servicios, medicamentos, y procedimientos diagnósticos y terapéuticos esenciales afecta muy fuertemente el manejo de las afecciones crónicas, ya que estas requieren de atención coordinada y continua.

En algunos países se observa una dualidad de sistemas compuesto por una asistencia social subsidiada y un sistema de seguro social. Esto hace que a veces coexisten diferentes guías y protocolos, diseños de entrega de servicios, sistemas de información y programas de automanejo, en diferentes sistemas como los de protección y seguro

⁵² Instituto for Health Improvement. New Health Partnerships: improving health by engaging patients. [Online].; s.f. [cited 2017 feb 26. Available from: <http://www.ihl.org/programs/satragicilniatives/NewHealthPartnerships.htm>.

social. Estas diferencias a veces son una verdadera duplicación de servicios que generan un uso irracional de recursos, una falta de coordinación y una dilapidación de esfuerzos. Esta falta de conexión entre la asistencia social y la seguridad social tiene raíces que exceden las fronteras de la salud, pero le afectan directamente en términos de beneficios.

La falta de conexión surge por la forma en que financia cada sistema. Así, la seguridad social se mantiene a través de cotizaciones de los trabajadores del sector formal y de sus empleadores lo que les permite el acceso a determinados beneficios sociales. Aquellos fuera del mercado formal del trabajo, se benefician de la asistencia social, financiada por el Estado. Aunque los niveles de los beneficios de los trabajadores del mercado formal siguen siendo en promedio, muy superiores, los mecanismos de financiación que se han puesto en marcha constituyen, en efecto, un impuesto sobre el sector formal del empleo, junto con un subsidio en el sector informal.

En otros países, sin embargo, se ha organizado un sistema único de salud con mecanismos de pago también único. Un sistema de gobernanza único permite que las guías y protocolos se implementen a través de todo el sistema de atención, involucrando, además del personal de atención, a los pacientes. De este modo, se provee atención consistente a través de todo el sistema, a la vez que se mantiene concentrada la atención en el paciente y en los resultados de la atención.

Así, un sistema de gobernanza único para toda la red de atención es un aspecto crítico para mejorar la atención a las enfermedades crónicas.

La responsabilidad de la gobernanza de la red incluye:

- Definición de objetivos (visión, misión y objetivos estratégicos de la red); la calidad de la atención y el compromiso con las estrategias de mejora de calidad debe estar reflejada en la visión, misión y objetivos de la red.
- Coordinación entre los diferentes órganos de gobierno de las entidades que componen la red para garantizar la orientación preventiva del sistema de atención que cubre los problemas de salud más apremiantes como son la mejoría de los servicios

maternos infantiles o el control de la tuberculosis o el SIDA. En el caso de las enfermedades crónicas, incluye desde la promoción de la salud en las escuelas, la creación de espacios adecuados para la actividad física y las políticas de accesibilidad y asequibilidad a la alimentación saludable y la desestimulación del consumo de alcohol y tabaco, empleando regulación de precios y de lugares de consumo.

– Asegurar que la visión, misión, objetivos y estrategias sean consistentes a través de toda la red; los objetivos de la red deben apoyar los cuidados crónicos a través de los subsistemas o componentes de servicios de modo que los pacientes puedan transitar fácilmente entre niveles y servicios durante el proceso de cuidados.

– Asegurar que la red alcance un nivel de desempeño óptimo a través del monitoreo y evaluación de los procesos y los resultados; la información proveniente de la atención clínica debe garantizar el monitoreo adecuado de las acciones para contribuir a la mejoría constante del sistema de cuidados.

– Normalizar las funciones clínicas y administrativas de la red; los integrantes de los equipos multidisciplinarios dedicados a la atención crónica deben tener roles definidos, de forma tal en que se optimicen los recursos y todas las funciones sean asumidas en forma coherente.

– Asegurar una financiación adecuada para la red; los sistemas de pagos de servicios y medicamentosa deben ser asegurados en forma continua durante la atención crónica. La cobertura universal es la modalidad ideal para la obtención de atención médica continua de larga duración.

– Asumir la efectividad del desempeño propio como órgano de gobierno, incorporando la mejora de calidad de modo permanente.

– Incluir la capacidad de conducir y alinear la cooperación internacional al sistema. Son frecuentes los proyectos financiados por donantes en países de medianos y bajos ingresos que concentran la atención en una enfermedad específica como diabetes o

cáncer. La red debe integrar la cooperación internacional al sistema, de modo que esta sea más efectiva y se disminuyan los costos de ejecución.⁵³

Participación social amplia

La participación social entendida como uno de los elementos de gobernanza y estrategia de las RISS es clave para la prevención y control de enfermedades crónicas. Al menos tres modalidades de participación resultan relevantes para este propósito:

a) la participación social y comunitaria para promover políticas públicas y la asignación de recursos para la prevención de enfermedades crónicas. Este tipo de modalidad de participación social es especialmente importante en países de ingresos bajos y medianos, donde aún existe el mito de que este tipo de enfermedades son más bien problemas de países ricos, o que sólo afectan a las personas de mucha edad. Estos mitos dificultan el actuar sobre los factores de riesgo y la detección temprana de enfermedades en los países que más lo requieren, pues, como se señalara, la carga de este tipo de enfermedad les afecta fuertemente, y en particular entre las poblaciones desfavorecidas.

b) organizaciones y grupos de pacientes y de apoyo. Dado el carácter crónico de estas enfermedades y la necesidad de cuidados continuos a lo largo de la vida resulta importante que los pacientes se agrupen en organizaciones voluntarias que les ayude a sobrellevar la enfermedad, a aprender a vivir con la misma y a apoyarse mutuamente. Por ejemplo, existen numerosos clubes de personas con diabetes, con enfermedades del corazón y de sobrevivientes del cáncer, así como organizaciones no gubernamentales dedicadas a fomentar el apoyo para la educación, el apoyo entre pares, tales como "Peers for Progress", entre otras.

c) organizaciones no gubernamentales o fundaciones privadas, religiosas o caritativas que ofrecen servicios que no están disponibles en el sistema público, tales como las Sociedades del Cáncer, que ofrecen servicios a los pacientes, detección temprana,

⁵³ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: Atención Primaria en Salud. [Online].; 2008 [cited 2017 enero 27. Available from: http://www.who.int/2008/08_repor_es.pdtUH.

tratamiento y educación, o las clínicas especializadas que reciben financiamiento externo al sistema de salud para ofrecer una atención gratuita. Un ejemplo de esto es la clínica de diabetes de Homestead, Estados Unidos, que provee atención gratuita, educación nutricional y acceso a especialistas en ejercicio, entre otras.

3.14.4. Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y

equidad en Salud

Dada la alta prevalencia de las enfermedades crónicas en los países de ingresos medios y bajos, así como la existencia de factores de riesgo comunes, es necesario abordar las principales determinantes de la salud. Es particularmente importante mejorar las condiciones de vida y abordar las inequidades, actuando sobre los entornos sociales y medioambientales que faciliten la adopción de decisiones saludables.

Una de las iniciativas para la acción intersectorial y el abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud es la red latinoamericana CARMEN.⁵⁴ La finalidad de CARMEN es mejorar la salud de las poblaciones en las Américas mediante la reducción de los factores de riesgo asociados a las enfermedades no transmisibles a través del desarrollo, la implementación y la evaluación de políticas públicas, la movilización social, las intervenciones comunitarias, la vigilancia epidemiológica de las condiciones de riesgo y los servicios preventivos de salud. Las intervenciones que se desarrollan en el marco de CARMEN implican la definición de un espacio poblacional (local, provincial, nacional) y las acciones tienen como características básicas la integración de las mismas, la búsqueda de la promoción de equidad en salud y el efecto demostrativo. Existen redes similares en otras regiones de la Organización Mundial de la Salud.

Destaca también la experiencia de Brasil que ha implementado un programa de atención primaria basado en la comunidad. En los centros de salud presta atención un equipo formado por al menos un médico, una enfermera, un asistente médico y entre

⁵⁴ Organización Panamericana de la Salud. www.paho.org. [Online]. [cited 2007 feb 20]. Available from: http://www.paho.org/spanish/ad/dpcn/nc/carmen_info.htm.

4 a 6 agentes de salud comunitarios que han sido entrenados para este fin. Además de las prestaciones clínicas tradicionales, este equipo realiza visitas domiciliarias y actividades de promoción de salud en los barrios. Este programa fue, iniciado en 1994, y ha permitido reducir de manera significativa las hospitalizaciones por enfermedades susceptibles de atención ambulatoria tales como enfermedades cardiovasculares, accidente cerebro vascular, y asma. En una evaluación reciente, en los municipios brasileros con alta cobertura del Programa de Salud Familiar, las tasas de hospitalización por enfermedades crónicas fueron 13% menores que en aquellas con baja cobertura.⁵⁵ (Macinko, y otros, 2011)

3.14.5. Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.

Además de los elementos de modelo asistencial que es preciso implementar en los servicios de salud para una atención crónica de alta calidad, existen elementos relativos a la organización y gestión de las redes integradas que es necesario tomar en cuenta con el objetivo de asegurar que el modelo asistencial opere adecuadamente. Entre estos destacan: la coordinación y la gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico; la instalación y uso apropiado de sistemas de información; y una gestión basada en resultados.

Los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico, incluyendo las farmacias, necesitan gestionarse de forma también integrada a través de equipos multidisciplinarios responsables de gestionar servicios específicos tendiendo hacia líneas de servicio clínico. Se puede distinguir entre integración contractual, tal como aquella que se produce con los proveedores, o integración organizacional.

Esta última puede incluir grupos de especialistas, incentivos alineados, uso de tecnología de la información, guías, responsabilidad por el desempeño, poblaciones definidas, alianzas entre los médicos y la administración, liderazgo efectivo y una

⁵⁵ Macinko J, Hde Oliveira V, H Turci M, HGuanis F, HBonolo P, HLima-Costa M. The Influence of the Primary Care and Hospital Supply on ambulatory Care. Sensitive Hospitalization Among Adults in Brazil. *Ham J Public Health*. 2011; 10(101).

cultura colaborativa. Todos estos elementos de los sistemas integrados contribuyen a su buen desempeño. Pero la integración organizacional únicamente, no garantiza la integración clínica y de los servicios.

En los Estados Unidos se han creado recientemente las Organización Responsable de la Atención (Accountable Care Organizations) como una nueva forma de coordinación que reúne grupos de prestadores de servicios y cuidados para fomentar la competencia, balancear el presupuesto a la vez que combaten el fraude, y el abuso del sistema. Los sistemas de referencia y contrareferencia son de particular importancia en el caso de los cuidados crónicos. Los sistemas de atención deben garantizar que los pacientes que requieran cuidados que no están al alcance del primer nivel de atención puedan ser atendidos oportunamente en los niveles secundario o terciario según corresponda, como se ha señalado anteriormente.

A su vez los servicios del primer nivel de atención deberían recibir a los pacientes después de haber acudido a servicios de mayor complejidad y ser informados de los resultados y las recomendaciones ofrecidas en ese nivel.

2. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red
El enfoque de las RISS enfatiza en la necesidad de recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red. A la vez, la red asistencial necesita contar con personal técnico especializado en enfermedades crónicas.

El equipo de atención del primer nivel debe servir como puerta de entrada al sistema, integrando y coordinando la atención y el acceso a los servicios más especializados. Al respecto, la OMS⁵⁶ ofrece las siguientes orientaciones basadas en la identificación de cinco competencias básicas que debieran crearse y desarrollarse en la fuerza de trabajo de atención al paciente crónico:

- Ofrecer atención centrada en el paciente crónico, que involucra: entrevistar y comunicar efectivamente; ayudar en los cambios de comportamiento relativos a la

⁵⁶ Organización Mundial de la Salud. Preparin a health care workforce or the 21st century chalnge of chronic conditions. [Online].; 2005 [cited 2017 ene 20. Available from: [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/workforce eport/en/index.html](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/workforce%20eport/en/index.html).

salud; apoyo al automanejo; empleo de un enfoque proactivo, con acompañamiento, que involucra a los pacientes, los proveedores y las comunidades.

- Estrategias de mejora de calidad, es decir: medir la atención de salud y sus resultados; aprender y adaptarse al cambio; traducir la evidencia a la práctica.
- utilización de tecnologías de información y comunicación, es decir: diseñar y emplear registros de pacientes y establecer comunicación con los socios.
- perspectiva de salud pública: proveer atención poblacional; pensamiento sistémico; trabajo a través de todo el continuo de atención; trabajar en sistemas liderados por la atención primaria. Una red asistencial necesita de personal de salud con competencias específicas de gestión y dirección. Se requiere pues entrenar a los recursos humanos en estas nuevas competencias. Por ejemplo, abordaje sistémico, negociación y resolución de conflictos, mejoramiento continuo, gestión de redes, trabajo en equipo, y además es posible sea necesario crear nuevos puestos, tales como directores de integración clínica, planeación y desarrollo de red.

El modelo de atención de salud actual no ha resultado eficaz para la prevención y el tratamiento de las afecciones crónicas. Los programas exitosos contra las enfermedades crónicas requieren un abordaje intersectorial y una reorientación del sistema de atención de salud. Es necesario mejorar la accesibilidad y la disponibilidad de los servicios y el acceso a los medicamentos esenciales, además de tener equipos de salud multidisciplinarios con la combinación apropiada de aptitudes para la prestación de servicios. Hay que focalizarse en la calidad de atención para reducir las barreras relacionadas con los factores sociales, económicos y culturales y para mejorar la protección social de la salud, en particular entre las poblaciones vulnerables.⁵⁷

⁵⁷ Rodríguez Pérez M, Grande Armesto M. Calidad asistencial: Concepto, dimensiones y desarrollo. [internet] Madrid: Escuela Nacional de Sanidad. [Online].; 2014 [cited 2017 mayo 22. Available from: http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500957/n14-1_Calidad_asistencial.pdf.

3.14.6. Sistema de Información

Los servicios que brindan cuidados crónicos necesitan disponer de sistemas de información integrados, que vinculen a todos los miembros de la red; que incluyan información de planificación y de procesos para la evaluación y monitoreo, así como de herramientas de apoyo para la toma de decisiones clínica, y que permita agregar datos para orientar la mejora continua de calidad. Estos sistemas deberían estar integrados a los sistemas de vigilancia o información epidemiológica tradicionalmente dedicados a la morbilidad por enfermedades transmisibles y a la mortalidad.

En particular, los sistemas de información clínica para la atención crónica se usan para:

- Proveer recordatorios oportunos tanto para los proveedores como para los pacientes
- identificación de subpoblaciones tal de proveer atención proactiva
- Facilitar la planificación de la atención individual
- Compartir información con los pacientes y con los proveedores para coordinar la atención.
- Monitorear el desempeño de los equipos clínicos y de cuidados.

3.14.7. Gestión basada en resultados y mejora continua de calidad.

Una red integrada de salud requiere de una gestión basada en resultados, asegurando una planificación y gestión estratégicas en todos los niveles de la misma, y orientando los servicios prestados hacia resultados medibles e incorporando la mejoría continua de calidad.

Instalar modelos de atención crónica de alta calidad con una perspectiva de redes integradas supone un liderazgo efectivo y constante para producir los cambios necesarios e identificar los resultados buscados. Si bien estos liderazgos pueden ser múltiples y a distintos niveles, es preciso un alineamiento con la dirección superior y con un estilo de gestión- tal como aquel basado en resultados- que permita efectivamente hacer coherentes y medibles los cambios.

El modelo de mejora de calidad más frecuentemente utilizado para mejorar la atención de enfermedades crónicas es la Serie de Avance Innovador (Breakthrough Series, o BTS), desarrollado por el Institute for Health Care Improvement (IHI). Una serie colaborativa de Avance Innovador es un sistema de aprendizaje de corta duración (6-15 meses), con ciclos sucesivos de planificar- hacer- estudiar- actuar (ciclos plan, do, study, act, PDSA), con mediciones periódicas para conocer los efectos de los cambios y si el cambio constituye una mejora.

El desarrollo de RISS favorece altamente la implementación de cuidados crónicos integrales tal como se ha descrito en este documento. En particular, una red integrada de servicios de salud facilita la labor preventiva y de control a la población de referencia, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud ayudado por el conocimiento que adquieren los equipos de salud acerca de la población de cobertura. Asimismo, una RISS permite a las personas afectadas por enfermedades crónicas un acceso más amplio a la red de servicios, a través de la puerta de entrada al sistema- el primer nivel de atención y, a la vez, transitar entre los otros niveles de complejidad que requieren como parte de una oferta integrada. La orientación al paciente y sus necesidades y preferencias es también un punto de convergencia entre el enfoque de RISS y el MCC. Los esfuerzos de las RISS hacia sistemas de financiamiento más equitativos y accesibles para las poblaciones de menores recursos es un elemento que permitirá a los enfermos crónicos acceder a servicios que muchas veces suelen ser onerosos. A la vez, disponer de protocolos de atención comunes y basados en evidencia tal como lo propone el MCC puede contribuir al fortalecimiento de las RISS y fomentar una cultura de mejoramiento de la atención para todas las atenciones de salud que las RISS deben prestar, mejorando también su rendimiento y la propia satisfacción de los usuarios y del personal de salud.

3.15. Calidad de Atención en los Servicios de Salud.

La Real Academia Española define calidad como la “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie”. Entendida así, calidad de la asistencia sanitaria es el conjunto de propiedades inherentes a un servicio asistencial, que permiten apreciarlo como igual, mejor o peor que los restantes servicios del mismo tipo.

3.15.1. Componentes, Determinantes y Atributos de la Calidad Asistencial.

Los profesionales sanitarios tienden a definir la calidad desde la perspectiva de los cuidados que prestan al paciente. Esta visión enfatiza en el primero de los componentes, la excelencia científico-técnica, en la que se proveen los cuidados y, en menor grado, en la interacción, o calidad de la relación entre los profesionales como proveedores de la asistencia y el paciente como receptor. Con mayor frecuencia es el paciente quien hace énfasis en este último componente.

Los determinantes claves de la calidad técnica son básicamente: la adecuación de los cuidados que se dan y la habilidad con la que esos cuidados se prestan. Algunos autores lo describen como “hacer bien lo que se debe hacer”. Depende de la habilidad, conocimiento, competencia, interés, tiempo y recursos disponibles. En definitiva, de la toma de decisiones de los profesionales sanitarios y en su capacidad e interés para llevarlas a la práctica.

La calidad de relación entre profesionales y pacientes depende también de varios elementos: comunicación, la capacidad de ganar su confianza y la habilidad para tratar al paciente con empatía, honestidad, tacto y sensibilidad, así como atender las preferencias y valores de cada paciente. En esta línea debe ser interpretada la definición del Instituto de Medicina Estadounidense *“Grado en el cual los servicios de salud para un individuo o una población son capaces de incrementar u obtener los resultados deseados y éstos son consistentes con los conocimientos actuales de la ciencia”* cuando se refiere a los resultados deseados y las expectativas de los pacientes.

El tercer componente de la atención sanitaria es el económico organizativo. Incluye el punto de vista de las instituciones u organizaciones, que deben procurar, en una situación de recursos limitados, la accesibilidad de los usuarios, la capacidad de respuesta y optimizar su utilización.

Métodos de evaluación. Ciclo de Evaluación.

Donabedian desarrolla la estrategia para evaluar la calidad asistencial, basada en:

- Análisis de la estructura, recursos: - humanos - materiales - financiación
- Análisis del proceso o valoración de los métodos empleados.
- Análisis de los resultados como un estudio del producto obtenido.

Aunque parece lógico pensar que si el análisis de la estructura y del proceso son buenos también lo serán los de resultado, esto no siempre es así. Lo que sí hay que tener en cuenta es que si uno de los dos, la estructura o el proceso, falla, el análisis del resultado con gran probabilidad alojara resultados negativos.⁵⁸

Las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención, del modelo desarrollado por Donabedian, el cual propone un análisis de la calidad a partir de tres dimensiones: estructura, procesos y resultados-.

Este esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fácil y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa y unívocamente de la estructura. Con base en lo anterior, se desprende el análisis de la satisfacción de los usuarios, vista como un indicador de la dimensión de resultado, a partir del cual se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), el proceso (procedimientos y

⁵⁸ Rodríguez Pérez M, Grande Armesto M. Calidad asistencial: Concepto, dimensiones y desarrollo. [internet] Madrid: Escuela Nacional de Sanidad. [Online].; 2014 [cited 2017 mayo 22. Available from: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500957/n14-1_Calidad_asistencial.pdf.

acciones realizadas en la consulta y en los trámites) y el resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida).

3.16. Enfoques de la Calidad.

Los enfoques conceptuales de Donabedian y Williams, en los que se reconoce que la satisfacción del usuario deber ser incluida en las evaluaciones del aseguramiento de la calidad, como un atributo de un cuidado de calidad; como un legítimo y deseable resultado, dado que la atención en salud no puede ser de alta calidad a menos que el usuario esté satisfecho. Por tanto, la satisfacción del usuario se entiende como uno de los atributos de la calidad.

El concepto de calidad engloba dos grandes enfoques, como son, la calidad objetiva y la calidad percibida: la primera se centra en la oferta y mide las características objetivas y verificables de los servicios; la segunda sin embargo, parte del lado de la demanda y hace referencia a la apreciación de los clientes o usuarios sobre dichas características.

Los modelos conceptuales de calidad, basados en las percepciones del cliente, los cuales presentan una serie de características comunes que logran una complementariedad entre los mismos. El primero, sería el Modelo de la Imagen, formulado por Grönroos, el cual indica que la calidad experimentada es evaluada por el cliente atendiendo a dos dimensiones de la misma: una técnica o de resultado, que coincide con la prestación efectiva que el cliente recibe cuando el proceso productivo y las interacciones comprador-vendedor han concluido; y una dimensión funcional de los procesos, que se identifica como la forma en que se recibe el servicio así como el modo en que el cliente experimenta el proceso simultáneo de producción y consumo. También es preciso considerar la influencia que tienen en las evaluaciones pos consumo, las expectativas que los clientes se habían hecho respecto al servicio que iban a recibir. Surge así el concepto de calidad esperada en cuya formación inciden factores como la estrategia de comunicación de la organización de servicios, los

procesos de comunicación "boca-a-oreja" entre los clientes, las necesidades de los mismos, así como la imagen corporativa. La buena calidad percibida se obtendrá cuando la calidad experimentada iguale o supere la calidad esperada. El segundo enfoque, denominado Modelo de las Deficiencias, pretende analizar el vínculo que existe entre las deficiencias que los clientes perciben en la calidad -diferencia entre sus expectativas y percepciones- con las deficiencias internas que existen en las empresas, identificando cuatro deficiencias que se traducen en un mal servicio al cliente. Sin embargo, también se concluye que la satisfacción con los servicios sanitarios es un concepto complejo que está relacionado con una gran variedad de factores como son el estilo de vida, las experiencias previas, las expectativas de futuro y los valores del individuo y de la sociedad. Los resultados de la revisión de literatura muestran la falta de consenso en la definición y determinación de las dimensiones constitutivas de la calidad de los servicios de salud.

La calidad desde el punto de vista de la satisfacción radica justamente en la indeterminación de este concepto, que procede, por una parte, de una naturaleza subjetiva, por otra, de una contextual, lo que hace difícil su medición, .Carr-Hill probó que la satisfacción con la atención en salud está influenciada por el grado en que la actuación de los profesionales asistenciales se corresponde con la expectativa del paciente. El concepto de satisfacción se basa en la diferencia entre las expectativas del paciente y la percepción de los servicios que ha recibido.

La calidad es un concepto que depende de las características de los pacientes, varía con la edad, el sexo, el nivel educativo y socioeconómico y los cambios del estado de salud. Se reconoce que la percepción de ésta varía considerablemente cuando está grave o cuando está en vías de recuperación. Además, las características de los pacientes influyen en la actitud de los profesionales, lo cual repercute en la satisfacción de la población.

La satisfacción es un fenómeno que está determinado por los hábitos culturales de los diferentes grupos sociales, por lo tanto, la definición de satisfacción varía según el contexto social. El concepto de satisfacción se basa en la diferencia entre las

expectativas del paciente y la percepción de los servicios que ha recibido. La satisfacción del usuario depende de la resolución de sus problemas, del resultado del cuidado según sus expectativas, del trato personal que recibió, y del grado de oportunidad y amabilidad con el cual el servicio fue brindado.⁵⁹

3.17. Adherencia a Medicamentos en el Paciente Crónico.

La adherencia terapéutica o cumplimiento ha sido definida por la OMS¹ como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación a la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida, se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”. Más concretamente, la International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR), Medication Compliance and Persistence Workgroup², la define como “la medida en que el paciente toma la medicación tal y como le ha sido prescrita (en dosis e intervalo posológico)”. La falta de la adherencia en los tratamientos crónicos es un problema universal y real que compromete la efectividad de los mismos y se traduce en unos peores resultados en salud con un impacto negativo en el gasto sanitario. Según la OMS, se estima que la adherencia media a tratamientos crónicos en países desarrollados ronda el 50%; aunque si no medimos la adherencia de forma continuada desconocemos la magnitud “real” del problema en nuestro entorno.

3.17.1. Modelos sobre la Adherencia Terapéutica.

Se han descrito diversos modelos que explican la adherencia terapéutica. Se destaca el papel de los modelos cognitivos conductuales,⁶⁰ entre ellos el de las *creencias en salud* y el de la *teoría de la acción razonada*.

⁵⁹ Del Salto Mariño E. Evaluación de la calidad de atención y satisfacción del usuario que asiste a la consulta en departamento médico del Instituto Nacional Mejía en el periodo 2012. [Tesis] Quito: Universidad Central de Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas. 2012. Disponible: www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4665/1/T-UCE-0006-12.pdf.

⁶⁰ Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: OMS. [Online].; 2004 [cited 2017 abril 18. Available from: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>.

El primer modelo se basa en la motivación del paciente y la información de que dispone, percibirse en riesgo de enfermar y ver la enfermedad como algo grave, reconocer la eficacia de la intervención a seguir para evitar la enfermedad y percibir sencillas las medidas a practicar.

En el caso del segundo modelo, se priorizan los determinantes de la conducta y la intención como el determinante más inmediato, por lo que se trabaja con aquellos factores que la determinan: la actitud de la persona hacia la acción y aquello que la modifica, como son las creencias en relación con los resultados probables de esa conducta, la valoración realizada de esos resultados, la valoración que hacen otras personas de lo que creen debería hacer el sujeto y la propia motivación del sujeto a cumplir con las expectativas de esas personas o grupos.

Otros modelos recogidos en el informe de la OMS son el de la *autorregulación*, que tiene como esencia la importancia de la conceptualización que haga una persona sobre una amenaza para su salud o una enfermedad. Considera que las ideas o representaciones que tienen los pacientes sobre las enfermedades que sufren y sobre el tratamiento guían su toma de decisiones y su comportamiento. De manera que la adherencia requiere de representaciones de la enfermedad y su tratamiento apropiadas y “la creencia de que uno puede administrar su propio ambiente y comportamiento, aptitudes específicas para hacer frente y creer que el tema requiere atención y modificación de su comportamiento”.

Por su parte, el modelo de aptitudes de *información-motivación-comportamiento*, (Organización Mundial de la Salud, 2004) más reciente, toma de otros modelos anteriores. En él se demuestra que si bien la información es un requisito previo para el cambio de comportamiento, es en sí insuficiente para lograrlo. En este modelo los determinantes fundamentales son realmente la motivación y las aptitudes comportamentales. De manera que la información y la motivación aumentan la probabilidad de la adherencia, por lo que se debe asegurar que el paciente cuente con estas herramientas de comportamiento.

Otro modelo, el de las *etapas de cambio*, identifica cinco etapas en las que los individuos progresan según modifican sus comportamientos y estrategias de forma ajustada con cada una de las etapas, lo que predice el progreso de la etapa posterior. Este modelo es útil como indicador de motivación y para comprender y predecir cambios comportamentales voluntarios, muy importante, pues delimita el error involuntario, por olvido o mal entendido, de la falta de adherencia intencional.

Desde las perspectivas de la comunicación, se ha enfatizado en la importancia de desarrollar la relación médico-paciente optimizando las habilidades comunicacionales y la educación a los pacientes, y se recalca la conveniencia de una relación más horizontal entre el profesional de la salud y el paciente. Aunque es menester adoptar un estilo cálido al interactuar con un paciente esto es insuficiente en sí para producir cambios en los comportamientos de adherencia de los pacientes. Este enfoque influye sobre la satisfacción con la atención médica, pero los datos convincentes respecto de sus efectos positivos sobre el seguimiento son escasos.

Partiendo de los modelos teóricos se pueden interpretar resultados como los publicados por *Marchant Olivares*⁶¹ en un estudio con pacientes epilépticos, en el que demuestra que aquellos pacientes que tienen una mejor percepción de su enfermedad son más adherentes; por otro lado, los resultados de *Torresani M* y otros,⁶² que en un diseño experimental de seguimiento en mujeres adultas con sobrepeso u obesidad encuentran relación directa entre la pérdida de peso semanal y la percepción de la adherencia. Cuanto mayor es la percepción de adherencia al tratamiento, mayor la pérdida de peso semanal, sin asociación con la edad, el índice de masa corporal o el tiempo transcurrido hasta el primer control.

⁶¹ Olivares SC. Adherencia a tratamiento y percepción de enfermedad en pacientes con epilepsia no refractaria [tesis]. Chile: Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales. [Online].; 2013 [cited 2017 abril 17. Available from: <http://tesis.uchile.cl/bitstream/handle/2250/115635/TESIS.Adherencia%20y%20percepcion%20de%20enfermedad%20%20%281%29.pdf?sequence=1>.

⁶² Torresani M, Maffei L, Squillace C, Belén L, Alorda B. Percepción de la adherencia al tratamiento y descenso del peso corporal en mujeres adultas con sobrepeso y obesidad. *Diaeta*. [Online].; 2011 [cited 2017 abril 17. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372011000400004&lng=es&nrm=iso.

Flores Torres,⁶³ en su estudio, adherencia al tratamiento en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, en sus resultados encuentra que los factores que favorecen la adherencia son la disponibilidad de los recursos económicos para satisfacer las necesidades básicas, redes de apoyo familiares y un sistema de equipo de salud organizado.

El riesgo moderado de no adherencia, se relaciona con las intervenciones del equipo de salud, entre estos falta de orientación sobre las formas de ajustar horarios de los medicamentos, carencia de recomendaciones escritas sobre el tratamiento, confusión por los cambios del medicamento y percepción de gravedad de la enfermedad.

Los pacientes mienten acerca de la toma de medicamentos por varias razones: no les importa si se mejoran, se sienten bien y no perciben la necesidad de tomarlos, o no quieren decepcionar a su médico y que les dé una reprimenda.

3.17.2. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento.

Información del propio paciente de su adherencia o comportamiento.

Una adherencia baja a los fármacos produce disminución de la efectividad del fármaco en la población general. La medición de la adherencia no es fácil y en muchas ocasiones se precisa de varios métodos para evitar la sobreestimación,⁶⁴. Es de considerar que las respuestas pueden estar condicionadas por temor a represalias por el olvido, ya que algunos pacientes pueden responder que toman el medicamento y en realidad no lo hacen, de las tomas o no tomarlo adecuadamente como fue prescrito.

El paciente puede proporcionar directamente los datos de su comportamiento en cuanto la adherencia mediante diversas fórmulas.

⁶³ Flores Torres I. Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Avances en Enfermería. 2009 julio; 22(2; Disponible en URL:<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v27n2/v27n2a04.pdf>).

⁶⁴ Nogués Solán X. SRML,VGJ. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. An. Med. Interna (Madrid). 2007 marzo; 24((3) 138-141. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000300009&lng=es.

La información proporcionada por el propio paciente o *patient-self-report*⁶⁵ que combina dos tipos de preguntas referidas a la dificultad y a los comprimidos olvidados en el último mes.

Tabla 1 CUESTIONARIO DE AUTOCUMPLIMIENTO.

¿Tiene alguna dificultad para tomar las pastillas?

¿Cuántas pastillas ha olvidado en el último mes?

Fuente: Anales de Medicina Interna 2007. Noguez Solan

El cuestionario de forma autorreferida más utilizado es el de Morisky-Green⁶⁶ validado en su versión española por Val Jiménez y cols.⁶⁷ Este cuestionario se ha utilizado en numerosos estudios de adherencia de fármacos antihipertensivos y antirretrovirales para SIDA. En osteoporosis también algunos estudios lo han utilizado para demostrar la efectividad de diversos métodos para incrementar la adherencia al tratamiento⁶⁸

Tabla 2 CUESTIONARIO DE MORISKY-GREEN (TRADUCIDO)

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento?
2. ¿Toma la medicación a la hora indicada?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?
4. Si alguna vez se siente mal, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?

Fuente: Med Care. 1986, Morisky DE GLLD

⁶⁵ Haynes RB SDGEea. Improvement of medication compliance in uncontrolled hypertension.. Lancet. 1976; 1(1265-8).

⁶⁶ Morisky DE GLLD. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986; 24(67 -74).

⁶⁷ Val Jiménez A AGMPFMLM. Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test Morisky y Green.. Atenc Primaria. 1992; 10(767).

⁶⁸ Nogués Solán X. SRML,VGJ. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. An. Med. Interna (Madrid). 2007 marzo; 24((3) 138-141. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000300009&lng=es.

3.18. PLANIFICACION ESTRATÉGICA EN SALUD.

En toda sociedad, los medios y los recursos para alcanzar mejores niveles de vida son escasos y las aspiraciones y necesidades de la población son muchas. Esto lleva a decidir con precisión y con detenimiento que se va a hacer para hacer eficientes los recursos y lograr los objetivos del desarrollo de la sociedad.

Esta necesidad impostergable abre una nueva concepción de la administración pública que considera que la gestión del Estado o el municipio debe ser manejada bajo criterios similares a los de la gerencia privada. Esto es como cualquier otro negocio, siendo el propósito último la satisfacción del cliente, manejando elementos como gestión por resultados, participación ciudadana, descentralización y gestión estratégica.

Toda empresa diseña planes estratégicos para el logro de sus objetivos y metas planteadas, esto planes pueden ser a corto, mediano y largo plazo, según la amplitud y magnitud de la empresa. Es decir, su tamaño, ya que esto implica que cantidad de planes y actividades debe ejecutar cada unidad operativa, ya sea de niveles superiores o niveles inferiores.⁶⁹

La Dirección estratégica para los servicios de salud incluye un conjunto de planes conceptuales, operativos e indicativos desarrollados por los altos directores de los distintos servicios de salud para sus organizaciones y, por lo tanto, a menudo forma parte del currículo de carreras de pregrado y posgrado para proveedores y administradores de la salud.⁷⁰ La estrategia a seguir suele tener vigencia en el medio plazo, usualmente no más de 5 años. En muchos países, la planificación estratégica es una herramienta administrativa valorada por las organizaciones proveedoras de salud y, por lo general, los modelos usados difieren de los de las fábricas y otras empresas.

Por lo general y en su forma más simplista, el plan estratégico para los servicios de salud incluye los criterios para la toma de decisiones cotidianas de la organización y,

⁶⁹ Stoner J. Orientaciones Universitarias: Capitulo 3. 1st ed. Bogota: Pontifica Universidad Javeriana.; Julio 2007.

⁷⁰ Allison M, Kaye J. Admnsitración de Servicios de Salud. 2nd ed.: Corporacion para Investigaciones Biologicas.; 2005.

a diferencia de la planificación tradicional, provee el patrón usado para la evaluación de los procedimientos y operaciones necesarias para alcanzar decisiones acertadas. El proceso de desarrollo de la planificación estratégica está fundamentado en la visión del estado futuro de la organización y su ápice estratégico es su coordinación o su dirección.

Poco se sabe, aún en términos de la lógica empírica, en qué medida las organizaciones sanitarias realizan una planificación estratégica formal o en qué medida la planificación estratégica afecta el desempeño en gerencia de salud. En lo que respecta tanto a la contingencia estructural como a la ciencia de la complejidad, el valor de la planificación estratégica se bifurca en diferentes interpretaciones. La teoría de la contingencia hace hincapié en la adaptación para lograr que la organización se ajuste a un entorno cambiante y, sobre la base de ello, aprecia a la planificación estratégica como una forma de trazar el camino de la organización. La ciencia de la complejidad sostiene que la planificación es en gran medida inútil en entornos cambiantes.

En tal sentido, la planificación en salud es un proceso administrativo y no puramente epidemiológico cuyo propósito es decidir lo qué se quiere, a dónde se quiere llegar en un tiempo determinado, las acciones que se tomarán, los medios que se utilizarán y los individuos que serán los responsables de llegar hasta donde se desea y alcanzar en una forma más efectiva los objetivos organizacionales del futuro.⁷¹ Se hace hincapié en la necesidad de actualizar constantemente los planes estratégicos, lograr la participación de los médicos y el consejo administrativo de la organización, e integrar los planes estratégicos con otros planes de la organización, utilizando elementos protocolares que corresponden al «deber ser» así como elementos estratégicos como el «poder ser», en una actitud expectativa y anticipativa que permitan la creación de situaciones futuras, intermedias y finales que corresponderían con los objetivos deseables para la organización.

⁷¹ Vargas JL. «Planificación en los servicios de salud». Costa Rica: Universidad de Costa Rica, Curso especial de posgrado en gestión local de salud.; 2005.

3.18.1. Estrategia de Calidad.

La calidad como estrategia es un imperativo prioritario en la gestión de salud actual. La calidad en el resultado es enfocado tanto en lo eficiente del servicio como en un cambio favorable en la historia natural de una enfermedad al ser atendido por los sistemas y servicios de salud.⁷²

El logro de la calidad de la atención es un imperativo prioritario en la gestión de salud actual. Para nuestro propósito definimos calidad de la atención como sinónimo de resultado. A su vez, definimos resultado al “cambio positivo en la historia natural de una enfermedad, riesgo, condición de salud atribuible a la acción de las ciencias de la salud a través de los sistemas y servicios de salud”. Aceptamos además que el resultado se mide también a través de la satisfacción del usuario tanto externo como interno, la satisfacción de los profesionales de la salud en esta definición, habida cuenta de que “la satisfacción de los profesionales de la salud con su trabajo es decisiva para la construcción de la satisfacción del paciente”. Donabedian señalaba que “la sensación de satisfacción puede favorecer el mejor desempeño del profesional” y resaltaba que “las organizaciones médicas también deben servir a los intereses de los prestadores de servicios”. La insatisfacción, relacionada con: salarios bajos, espacio físico inadecuado, excesiva carga de trabajo, excesiva demanda de los pacientes, falta de realización de trabajos de investigación, falta de participación en la toma de decisiones en lo que compromete al servicio en el que trabajan, aunque se encuentre satisfacción en algunos aspectos, se deben considerar aquellos que generen mayor conflicto.⁷³

Dentro de este esquema el análisis de las estructuras así como de la capacidad instalada considerada como La disponibilidad de infraestructura necesaria para producir determinados bienes o servicios cuya magnitud es una función directa de la cantidad de producción que puede suministrarse. En todo sistema de producción o de

⁷² José María Paganini. Las estrategias para la calidad y eficiencia en salud. Centro Interdisciplinario para la Salud; Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata Argentina.

⁷³ Bonadeo M, Marengi M, Bassi F, et. al.. Evaluación del grado de satisfacción del personal médico en un hospital de pediatría. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2005 Dic; 103(6 491-496. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752005000600005&lng=es.)

prestación de servicios se requiere de una dotación de recursos físicos, humanos, tecnológicos, bienes raíces, máquinas equipos, para poder procesar la materia prima e insumos relacionados hasta transformarla en un producto determinado o servicios prestados esa cantidad de infraestructura constituye la capacidad instalada⁷⁴; así también deben analizarse los procesos de los sistemas y servicios son de gran importancia ya que permiten conocer de qué forma y con qué eficiencia se logran los resultados de la atención.

Luego de haber desarrollado los conceptos básicos del enfoque sistémico y del enfoque estratégico y el liderazgo institucional se puede intentar una definición de la Gestión Integral de Calidad. Constituye una propuesta moderna para la gestión de salud que requiere:

- A) Una visión integral del establecimiento de salud y el análisis permanente y objetivo de sus resultados, procesos y estructuras.
- B) Una conducción en equipo con una visión estratégica y amplia de la realidad y del contexto de la institución.
- C) El desarrollo de sistemas de información para la gestión estratégica.
- D) La capacitación continua de todo el personal.
- E) El uso y actualización de normas, estándares, protocolos basados en la evidencia.⁷⁵

3.19. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

De conformidad al Art. 1 de la Constitución, El Salvador reconoce a la persona humana desde el momento de la concepción.

Que conforme al Art. 65 de la Constitución, la salud de los habitantes constituye un bien público, correspondiendo al Estado y a las personas velar por su conservación y

⁷⁴ Mejía Cañas CA. El concepto de la capacidad instalada. Planning Consultores Gerenciales. [Online].; 2013 [cited 2017 mayo 14. Available from: <http://www.planning.com.co/bd/archivos/Julio2013.pdf>.

⁷⁵ José María Paganini. Las estrategias para la calidad y eficiencia en salud. Centro Interdisciplinario para la Salud; Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata Argentina.

restablecimiento. El Estado determinará la política nacional de salud y que además controlará y supervisará, su ejecución.

Que de conformidad al Art. 66 de la Constitución, el Estado dará asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos y a los habitantes en general, cuando el tratamiento constituya un medio eficaz para prevenir la diseminación de una enfermedad transmisible. En este caso, toda persona está obligada a someterse a dicho tratamiento; Además: De acuerdo con el artículo 40 del Código de Salud de la República, el Ministerio de Salud es el Organismo encargado de determinar, planificar y ejecutar la política nacional en materia de Salud; dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la Salud.

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

- Orientar la política gubernamental en materia de Salud.
- Establecer y mantener colaboración con los demás Ministerios, Instituciones Públicas y Privadas y Agrupaciones Profesionales o de Servicio que desarrollen actividades relacionadas con la salud;
- Elaborar los Proyectos de Ley y Reglamentos de acuerdo a este Código que fueren necesarios; Organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y las atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias;
- Intervenir en el estudio y aprobación de los tratados, convenios y cualquier acuerdo internacional relacionado con la salud;
- Sostener y fomentar los programas de salud de carácter regional centroamericano aprobados por los organismos correspondientes;
- Velar por el desarrollo y mejoramiento de las normas de enseñanza de las profesiones relacionadas con la salud y promover el adiestramiento técnico y especialización del personal encargado de las secciones de salud;

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

Para el cumplimiento de dichas funciones el Ministerio de Salud se encuentra organizado en tres niveles que son:

- Nivel superior; está conformado por el MINSAL en sus áreas directivas.
- Nivel regional: conformado por las 5 direcciones regionales de salud y por los hospitales de tercer nivel de atención de salud.
- Nivel local: conformado por los hospitales nacionales generales y regionales, así como las unidades, puestos y casas de salud.

3.19.1. Niveles de Organización del Ministerio De Salud.

Entre las principales funciones de estos niveles están:

Nivel Superior.

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

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

Nivel Regional

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

Las Direcciones Regionales de Salud son:

- Dirección Regional de Salud Occidental (Santa Ana, Ahuachapán y Sonsonate)
- Dirección Regional de Salud Central (La Libertad y Chalatenango)
- Dirección Regional de Salud Metropolitana (San Salvador)
- Dirección Regional de Salud Paracentral (Cuscatlán, Cabañas, San Vicente y La Paz)
- Dirección Regional de Salud Oriental (Usulután, San Miguel, Morazán y La Unión)

Nivel Local

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

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

Organizados en micro redes de atención, en las cuales se encuentran las unidades de salud comunitaria familiar, especializadas, intermedia y básicas y tienen áreas poblacionales asignadas para brindarles atención primaria en salud, en las unidades comunitarias de salud especializadas se cuenta con especialidades médicas como ginecología, medicina interna, medicina familiar, psicología, nutricionista, fisioterapia y en unidades específicas se cuenta con atención psicológica.

3.19.2. Clasificación de Los Servicios de Atención En Salud

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

Primer Nivel de Atención

El Primer Nivel de Atención está constituido por las 369 Unidades de Salud, 167 Casas de la Salud y los 50 Centros Rurales de Nutrición diseminados en el territorio nacional⁶. Un aspecto importante de mencionar es que 170 unidades de salud están siendo beneficiadas por el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), el cual amplía la atención hospitalaria a 24 horas, a diferencia de las demás unidades de salud, casas de salud y centros rurales de salud, que laboran en horarios de 8 a 12 horas al día.

Segundo Nivel de Atención.

El Segundo Nivel de Atención está constituido por los Hospitales Nacionales Generales y los Hospitales Nacionales Regionales, los cuales dependen jerárquicamente de la Dirección Regional correspondiente. Existen un total de 27 hospitales nacionales que conforman este nivel de atención.

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

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

Los Hospitales Nacionales Regionales son los siguientes:

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

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

Hospitales de Segundo Nivel que atienden sub especialidades Médicas, además de las especialidades básicas.

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

Tercer Nivel de Atención

El Tercer Nivel de Atención está constituido por los Hospitales Nacionales Especializados de alta complejidad, orientados a brindar servicios ambulatorios, de emergencia e internamiento, para dar respuesta a la demanda de la población, son hospitales de referencia nacional y además se constituyen como hospitales escuela de pre- grado y post- grado en la formación de recursos médicos tanto de especialidad como sub especialidades médicas y quirúrgicas, en el caso del hospital de la mujer para las especialidades tanto obstétricas como ginecológicas; los cuales dependen jerárquicamente del Titular del Ramo, siendo éstos los siguientes:

- Hospital Nacional Especializado "Rosales", San Salvador.
- Hospital Nacional Especializado de Niños "Benjamín Bloom", San Salvador.
- Hospital Nacional Especializado de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez", San Salvador.
-

La Red de Establecimientos del Ministerio de Salud de El Salvador, esta compuesta en su totalidad por 815 establecimientos en los diferentes niveles de atención distribuidos en los 14 departamentos del país. (Tabla 3)

Tabla 3: Red Nacional de establecimientos del MINSAL.

Establecimiento		Nivel de Atención
UCSF Básicas	419	primer
UCSF Intermedias	291	
UCSF Especializadas	39	
Casas de Espera Materna	21	
Oficina Sanitaria Internacional	10	
Centro Integral de Salud Materno Infantil y de Nutrición (camino)	1	
Clínica de Empleados	1	
Hospitales Básicos	11	Segundo
Hospitales Departamentales	14	
Hospitales Regionales	2	
Hospitales de Referencia Nacional	3	Tercer
TOTAL	815	

Fuente. Memoria de Labores MINSAL 2016,

Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud en El Salvador

Redes: Es la forma espontánea como las personas se organizan, donde el vínculo entre dos o más personas constituye la unidad de red. Estos vínculos pueden ser de reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación y asociación.

Entenderemos en este documento por redes los vínculos entre las instituciones y los sujetos dentro de un sistema abierto “desterritorializado” donde los vínculos son más importantes que los límites, cuya autonomía deviene de la riqueza de sus interconexiones y no de su aislamiento tradicional de las redes de sistemas cerrados, de tal forma que sus bordes difusos permiten el ensamblaje de redes sociales con las redes institucionales, constituyéndose así en red de redes.

Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS): Son redes conformadas por las diferentes dependencias de los diferentes niveles de atención del MINSAL, instituciones del sistema nacional de salud, y otros prestadores de servicios de salud, que se incorporan gradualmente y cuya finalidad es la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, desarrollando su trabajo en una población definida, a la cual rinden cuentas por sus resultados y por el estado de salud de la población de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida y que además trabajan articuladamente para incidir en la modificación de las determinantes de la salud.

Servicios de salud integrales: se refiere a la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos a través de los diferentes niveles de atención del SNS y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del ciclo de la vida.

3.20. Organización de Los Servicios de Salud El MINSAL.

Se organiza administrativamente en tres niveles: El Nivel Superior, el Nivel Regional y el Nivel Local, conformado por los SIBASI y las UCSF. Estas instancias facilitan el funcionamiento de las RIISS, conformando en cada Nivel las instancias siguientes:

- En el Nivel Superior, el Consejo de Gestión de RIISS Nacional.
- En las cinco Regiones de Salud conforman los Consejos de Gestión de RIISS Regionales.
- Los 14 SIBASI, se integran en el Gabinete de Gestión Departamental, en el caso de la Región Metropolitana de Salud los cuatro SIBASI se integran al Gabinete de Gestión Departamental.

Los SIBASI así como los hospitales regionales, departamentales y municipales de segundo nivel de atención, pertenecen a una región de salud.

El Ministerio de Salud de El Salvador, organiza los establecimientos y servicios de salud en tres niveles de atención, de la siguiente manera:

Primer Nivel de Atención:

Ecos Familiares

Constituyen el componente básico y la puerta de entrada a las RISS para la implementación del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, garantizando la continuidad de la atención integral, a través de la red de servicios de atención en el ciclo de vida en la persona, familia y comunidad, favoreciendo la participación comunitaria, la investigación y el abordaje intersectorial de los determinantes que afecten la equidad en salud.

De cara al funcionamiento en red el Ecos Familiar tiene las responsabilidades siguientes:

- Mantener actualizado la dispensarización, que permita la adecuada atención en cada comunidad.
- Desarrollar procesos de elaboración participativa de los análisis de salud integral, de tal forma que se constituya en herramienta útil para la toma de decisiones.
- Impactar en los indicadores de muerte materna e infantil.
- Desarrollar procesos permanentes para potenciar la participación social en salud, que permita organizativamente contar con Comités de Salud y Consejos Locales de Salud para que ejerzan la contraloría.

Ecos Especializados:

El trabajo de atención coordinado tanto con los Ecos Familiares de su área de responsabilidad como la adecuada articulación del trabajo con la UCSF respectiva, permitirá que el trabajo en red con el segundo y tercer nivel cumpla con la atención continuada de las personas en cada comunidad; la capacidad diagnóstica y terapéutica especializada de cara al funcionamiento en red, permite lo siguiente:

- Que se atienda con eficiencia los casos de referencia, retorno e interconsulta.

- Que se facilite la provisión de medicamento especializado.
- La actualización de los análisis de salud de salud integral, vinculados con los Ecos Familiares cercanos (de una misma área de responsabilidad).
- Contar con información actualizada y pertinente que se requiera del área de responsabilidad.
- El impulso de la investigación científica a partir de la realidad propia de las comunidades de su área de responsabilidad.

Unidades Comunitarias de Salud Familiar

Unidades Comunitarias de Salud Familiar en adelante UCSF: son los establecimientos donde se prestan servicios de salud integrales, con diferente complejidad y capacidad resolutive.

UCSF Básica:

Es la infraestructura técnica y administrativa, sede de los Ecos Familiares o donde se proveen servicios básicos integrales de salud, cuya oferta es de: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y salud ambiental; y procedimientos de: pequeña cirugía, inyecciones, curaciones y vacunación. Su horario de servicio es de ocho horas diarias.

UCSF Intermedia:

Es la infraestructura técnica y administrativa, que puede ser sede de los Ecos Familiares y cuya oferta incluye además de la identificada en 30 UCSF Básica, presta servicios de odontología, laboratorio clínico, salud ambiental, entre otros.

UCSF Especializada

Es la infraestructura técnica y administrativa, sede de los Ecos Familiares y Especializados, cuya oferta de servicios incluye los prestados por las UCSF Básica e Intermedia, servicios de apoyo, consulta y atenciones especializadas de medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, así como nutrición, fisioterapia, psicología, entre otros. La UCSF Intermedia y UCSF Especializada, tienen servicios de extensión

horaria los fines de semana y días festivos, y dependiendo de la demanda tienen servicios de veinticuatro horas con apoyo de FOSALUD. Los Ecos Familiares y Ecos Especializados respectivamente, dependen técnica y administrativamente del Director de la UCSF a la que han sido adscritos.

3.21. Segundo y Tercer Nivel de Atención Funcionando en RIISS.

El segundo y tercer nivel de atención en salud son brindados por la red pública de hospitales del país, lo cual permite la continuidad de la atención médico quirúrgica especializada a los pacientes que así lo requieran, sean referidos o no, por el primer nivel de atención. Los establecimientos de salud del primer nivel de atención, se tiene previsto dar respuesta, en promedio al ochenta por ciento de los problemas de salud de la población; en el segundo nivel de atención del quince al veinte por ciento y tercer nivel del uno al tres por ciento restantes, pues son problemas complejos que requieren un mayor nivel de resolución.

En el año 2011, dentro del impulso de la Reforma de Salud, el MINSAL categoriza la red de hospitales de acuerdo a la capacidad instalada, perfil epidemiológico, área de responsabilidad y conjunto de prestaciones, en:

- Centros de Atención de Emergencia.
- Hospitales Básicos de segundo nivel.
- Hospitales Departamentales de segundo nivel.
- Hospitales Regionales de segundo nivel.
- Hospitales Especializados de tercer nivel.

El Nivel Regional está conformado por cinco Direcciones Regionales de Salud, establecidas para un área geográfica de influencia, teniendo bajo su cargo la gestión y control de los recursos asignados al primer nivel de atención y el control de la gestión del segundo nivel de atención. Occidental, Central, Metropolitana, Paracentral, y la Oriental.

3.22. Red de Servicios de Salud del Departamento de Morazán

En el departamento de Morazán está constituida la RIISS con la articulación de las unidades operativas en todos los niveles territoriales que se articulan a través de un sistema de referencia y retorno⁷⁶, siendo un flujo bidireccional del primer al segundo nivel y viceversa. Esta red de servicios de salud del departamento está constituida por el Hospital Nacional de San Francisco Gotera, siendo este un hospital departamental considerado como de segundo nivel de atención. Brinda atención en las cuatro especialidades básicas como son Cirugía General, Pediatría, Medicina Interna y Gineco-Obstetricia y cuenta además con sub-especialidades como Ortopedia, urología, Dermatología y Neonatología.

Es el centro de referencia para cubrir la demanda de atención de segundo nivel en el departamento de Morazán. Atiende una población de 203,753 habitantes del área geográfica de influencia que corresponde al departamento de Morazán (26 municipios)⁷⁷ y además pacientes provenientes de Honduras.

La RIISS Morazán cuenta con 19 municipios intervenidos y está constituida por 6 micro-redes: Semsembra, Corinto, Osicala, Perquín, Gotera y Jocoro. Con 46 equipos familiares y cinco especializados los cuales se encuentran en cada una de las sedes de la micro-red.

Las unidades comunitarias de salud familiar están divididas en básicas, intermedias y especializadas distribuidas en 32 Básicas, 16 intermedias, 5 Especializadas, 7 casas de la salud, 2 casas de espera materna, 3 centros rurales de nutrición y 1 Hospital Departamental de segundo nivel de atención que atiende las cuatro especialidades básicas y es el principal centro de referencia de todos los establecimientos del primer nivel de atención, 13 de las UCSF cuentan con FOSALUD.

⁷⁶ Ministerio de Salud de El Salvador. lineamientos_tecnicos_referencia_retorno_interconsulta_riiss. [Online].; 2017 [cited 2017 marzo 12. Available from: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_tecnicos_referencia_retorno_interconsulta_riiss_v2.pdf.

⁷⁷ Población DIGESTYC 2017.

3.23. Hospital Nacional “Dr. Héctor Antonio Hernández Flores” de San Francisco Gotera.

El hospital de San Francisco Gotera es un hospital departamental considerado como de segundo nivel de atención. Brindamos atención en las cuatro especialidades básicas como son Cirugía General, Pediatría, Medicina Interna y Gineco-Obstetricia y sub-especialidades como Ortopedia, urología, Dermatología y Neonatología.⁷⁸

Es el centro de referencia con que cuenta la región oriental para cubrir la demanda de atención de segundo nivel en el departamento de Morazán. Atiende una población de 203,753 habitantes del área geográfica de influencia que corresponde al departamento de Morazán (26 municipios) y además pacientes provenientes de Honduras.

Con la reforma de salud se han intervenido 19 de los 26 municipios del Departamento lo que ha permitido la integración en RIIS.

3.23.1. Condiciones de La Planta Física

El hospital nacional de San Francisco Gotera está ubicado en Final Avenida Thomson Norte, Barrio La Cruz, en el municipio de San Francisco Gotera, departamento de Morazán, a 168 kilómetros de la ciudad capital. El área total del hospital es de aproximadamente 1.62 manzanas. El hospital está conformado por 6 módulos en su infraestructura, dividiéndose en 3 grandes áreas: modulo A consulta externa y área administrativa; modulo B, C, D y E Hospitalización y modulo F arsenal, mantenimiento y cocina.

- Modulo A: Consulta externa, vacunación, Documentos médicos y área administrativa.
- Modulo B: Emergencia, observación, pequeña cirugía, Sala séptica, farmacia, rayos x, Ultrasonografía y laboratorio clínico.

⁷⁸ Hospital Nac. "Dr. Hector A. Hernandez F." de San Francisco Gotera, Morazan El Salvador. Prgramacion Anual Operativa. [Online].; 2016 [cited 2017 febrero 14. Available from: http://publica.gobiernoabierto.gob.sv/institutions/hospital-nacional-general-dr-hector-antonio-hernandez-flores-san-francisco-gotera/information_standards/plan-operativo-anual.

- Modulo C: sala de operaciones, sala de trabajo y atención de partos, auditorium, fisioterapia, psicología y UACI
- Módulo D: Servicio de Gineco-obstetricia y pediatría.
- Modulo E: Servicio de medicina interna y cirugía general.
- Modulo F: área de mantenimiento, lavandería, centro de esterilizaciones, central de equipo, almacén y departamento de alimentación y dietas.

3.23.2. Atenciones Brindadas en la Consulta Externa.

Para el año 2016 se brindaron 13,927 atenciones de las cuales el 37.9% correspondió a Medicina Interna y de estas casi el 80% a patologías subsecuentes de pacientes con patología crónica no transmisible siendo sus principales causas de consulta la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.

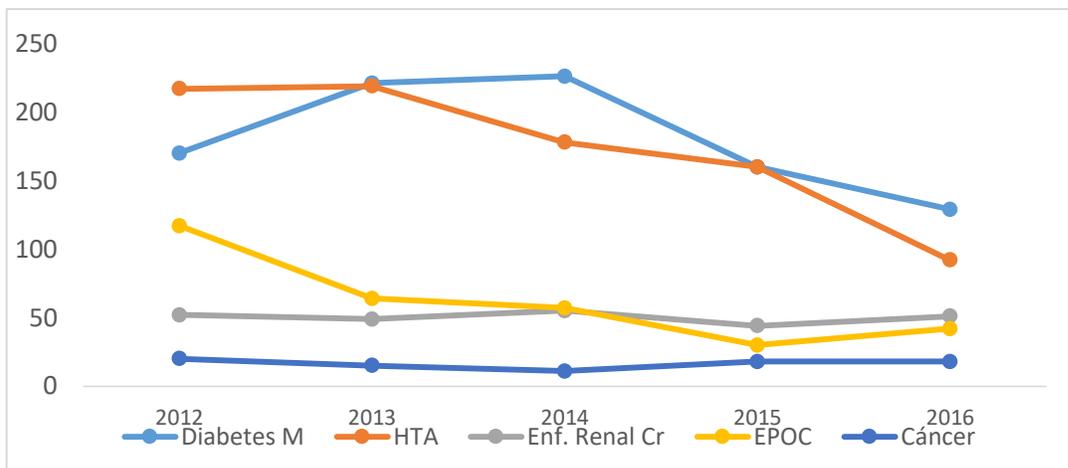
Tabla 4: Primeras diez causas de morbilidad en consulta externa del Hospital Nacional de San Francisco Gotera, 2016

Grupo de Causas	Masc.	Tasa	femenina	Tasa	Total	Tasa
Diabetes Mellitus	383	12.48	1,062	30.78	1,445	22.16
Hipertensión Arterial	213	6.94	747	21.65	960	14.72
investigación y exámenes	180	5.86	386	11.19	566	8.68
Insuficiencia renal	233	7.59	141	4.09	374	5.74
VIH	103	3.35	63	1.83	166	2.55
Epilepsia	65	2.12	98	2.84	163	2.50
Otras enfermedades cardíacas	64	2.08	71	2.06	135	2.07
Migraña y otros sínдр cefalea	11	0.36	101	2.93	112	1.72
Artritis reumatoide.	13	0.42	87	2.52	100	1.53
EPOC	26	0.85	69	2.00	95	1.46
Demás causas	361	0.00	794	0.00	1,155	17.71
Totales	1,652	53.81	3,619	104.88	5,271	80.84

Fuente: <http://simmow.salud.gob.sv/>

La diabetes Mellitus y la hipertensión arterial constituye dentro de las 10 causas más frecuentes de atención en la consulta externa con las tasas de 22.16 para diabetes y 14.72 de la hipertensión.

Grafico 1 Enfermedades Crónica, No Transmisibles Últimos 5 Años Hospital Nacional de San Francisco Gotera.



Fuente: POA, Hospital Nac. San Fco. Gotera, 2016

La diabetes mellitus y la hipertensión arterial en los últimos cinco años han sido las patologías crónicas no transmisibles con mayor frecuencia en la consulta externa del hospital. (Grafico 1)

Tabla 5: Oferta de Servicios del Hospital Nacional de San Francisco Gotera.

Hospitalización	Consulta Externa	Servicios de apoyo
Medicina Interna	Medicina General	Fisioterapia
Cirugía General	Medicina Interna	Colposcopia y crioterapia
Ginecología	Cirugía General	Electrocardiograma
Obstetricia	Ginecología	Ultrasonografía
Pediatría	Obstetricia	Radiología
Neonatología	Pediatría	Laboratorio
Ortopedia	Ortopedia	Farmacia
Urología	Dermatología	Central de esterilizaciones
Bienestar Magisterial		Trabajo social
		Psicología
		Nutrición

Fuente: POA, Hospital Nac. San Fco. Gotera, 2016

Tabla 6: Distribución de Camas Censables Hospital Nac. San Fco. Gotera.

Servicio	Camas
Medicina	15
Cirugía	10
Neonatología	8
Pediatría	13
Ginecología	1
Obstetricia	30
Total	78

Fuente: POA, Hospital Nac. San Fco. Gotera, 2016

El Hospital cuenta con 78 camas censables distribuidas en los servicios de hospitalización para las cuatro especialidades básicas. (Tabla 6)

Tabla 7: Recursos Humanos del Hospital Nacional de San Francisco Gotera.

Disciplina	No. de Plazas
Médicos Especialistas	24
Médicos Residentes	14
Enfermera supervisoras	3
Enfermeras Hospitalarias	23
Auxiliares de enfermería	49
Servicios Generales	36
Administrativos	40
Servicios de Apoyo	65
Total	254

Fuente: POA, Hospital Nac. San Fco. Gotera, 2016

IV. DISEÑO METODOLOGICO

4.1. Tipo de Estudio.

La presente investigación fue de tipo descriptivo, correlacional, cuantitativo, orientada a determinar los factores que inciden en la Calidad de atención integral en red de los pacientes hipertensos y diabéticos del departamento de Morazán desde la perspectiva de la percepción de los usuarios; Evaluando la estructura, El proceso y los resultados; Además, simultáneamente se evalúa la percepción de los empleados como prestadores y usuarios del sistema de salud.

4.2. Lugar y Periodo de Realización.

El estudio se realizó en La Unidad de Consulta Externa del Hospital departamental de San Francisco Gotera, en el periodo de febrero a mayo del 2017.

4.3. Unidad de Análisis

Todos los procesos de atención de los pacientes Diabéticos e Hipertensos que se encuentran en control en la consulta externa del hospital y que cumplen con los criterios de inclusión así como al personal de salud que atiende a esta población.

4.4. Población.

Personal de salud que participa en la atención de los pacientes Diabéticos e Hipertensos de la consulta externa del Hospital de San Francisco Gotera. Además; Los pacientes diabéticos e hipertensos en control en la consulta externa del hospital nacional de San Francisco Gotera.

4.5. Muestra.

Para la selección de la muestra se tomaron a los pacientes diabéticos e hipertensos subsecuentes de medicina interna y medicina general agendados en la consulta externa del Hospital de San Francisco Gotera durante los meses de febrero a mayo, que cumplieran con los criterios de inclusión para el estudio, se utilizó el sistema SIAP para la selección de los pacientes agendados y Epi Info 7.2.1.0, utilizando un índice de frecuencia de 50% y un nivel de confianza del 95%, se hizo la selección por método aleatorio simple utilizando Excel 2013.

Tabla 8: Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N):	153
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	50%+/-
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/--%)(d):	5
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):	1
Tamaño de la muestra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$	
Muestra: 110 pacientes.	

Resultados de EPI INFO versión 7.2.1.0,

Los usuarios internos se tomó el total del personal que atiende en forma directa o indirecta a los pacientes en la consulta externa siendo un total de 29 recursos humanos.

4.6. Caracterización del Área de Estudio.

El presente estudio se realizó en la consulta externa del Hospital Nacional de San Francisco Gotera, categorizado como hospital de segundo nivel que cuenta con área ambulatoria que corresponde a la consulta externa, área de hospitalización y área quirúrgica.

El Hospital tiene la responsabilidad de responder como Hospital Departamental a las necesidades complementarias en salud requeridas dentro de la Red de servicios de salud en forma Integral e Integrada. El proceso de atención central a pacientes con patología crónica, diabéticos e hipertensos, que por medio de la identificación de los factores determinantes tanto positivos como negativos que influyen en el proceso de atención de calidad, basándonos en diferentes aspectos tales como: La comunicación efectiva, adherencia al tratamiento y satisfacción. Al brindar atención de calidad se obtendrá que los pacientes tengan un mejor control de su patología, disminuirán costos hospitalarios, disminución del gasto de bolsillo del paciente y sobre todo mejor calidad de vida.

4.7. Criterios de Inclusión.

- Asistencia a su control subsecuente a la consulta Externa del Hospital Nacional de San Francisco Gotera en el periodo de abril y mayo del 2017.
- Que los pacientes Residan en el departamento de Morazán
- Edad mayor de 18 años
- Que tengan más de 6 meses de estar en control en el hospital
- Que estén diagnosticados con diabetes mellitus e hipertensión arterial
- Pacientes sin complicaciones secundarias a su patología crónica de base.
- Que esté de acuerdo en participar en el estudio.
- Mujeres con Diagnóstico de Diabetes o Hipertensión Arterial que no se encuentren embarazadas.

4.8. Criterios de Exclusión.

- Pacientes en la edad pediátrica
- Pacientes con patología crónica que se encuentren embarazadas,
- Pacientes extranjeros.
- Pacientes de primera vez.

4.9. Descripción General de Los Instrumentos a Utilizar

Mediante observación directa con técnica de encuesta se aplicó un cuestionario de 38 preguntas, para medir satisfacción del usuario externo; el mismo que fue validado previamente en una prueba piloto a 20 sujetos.

La encuesta para personal interno se aplicó un cuestionario de 30 preguntas al personal médico, 29 preguntas a enfermería y 27 al resto del personal según competencias ya nivel de intervención con el paciente crónico.

4.10. Validez y Confiabilidad.

Luego de la aplicación de una prueba piloto a 20 individuos con un cuestionario de 38 preguntas que asistieron a la consulta externa, se encontró una confiabilidad, medida a través del Alfa de Cronbach de 0,93, no se excluyeron preguntas.

La encuesta para personal interno, se encontró una confiabilidad medida a través de Alfa de Chronbach de 0.82, se eliminaron preguntas según, el grupo de personal a la que se le aplico la encuesta, quedando al final 30 preguntas médicos, 29 enfermeras y servicios de apoyo diagnóstico y 27 preguntas a personal administrativo y servicios generales.

4.11. Procedimiento de Recolección de Datos.

Una vez que se habló con las autoridades a cerca de la prueba piloto en 30 sujetos para validar el instrumento, se procedió a realizar la impresión del cuestionario final para su inmediata ejecución.

Los datos recogidos en el cuestionario fueron procesados en una hoja electrónica (Hoja de cálculo Excel versión 2013) y posteriormente analizados en el paquete estadístico EPI-INFO versión libre 7.2.1.0; luego de realizar una validación de los datos se procedió a ingresarlos en el paquete estadístico.

4.12. Variables del Estudio.

ESTRUCTURA. Analizando su Capacidad Instalada, En sus variables:

- Disponibilidad
- Accesibilidad

PROCESO. Analizando el proceso de atención en sus variables:

- Integralidad
- Continuidad
- Relaciones Interpersonales.
- Comodidad.

RESULTADOS. Analizando la Eficacia en sus variables sus variables:

- satisfacción del usuario
- Adherencia del paciente al tratamiento.
- Tiempos de Espera.

4.13. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Tabla 9: ESTRUCTURA.

OBJETIVO. Analizar la estructura y funcionamiento de la consulta externa del Hospital Nac. de San Francisco Gotera.							
VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA	METODO	FUENTE DE INFORMACION	INSTRUMENTO	UNIDAD DE MEDIDA
Disponibilidad	Grado en el cual los servicios de salud que se brindan en la consulta externa son operativos y articulados.	Recursos humanos (Personal necesario para brindar la atención al usuario)	80% a más Menos del 80%	Análisis de contenido Encuesta	Informes de recursos humanos, Usuario Exter e Inter.	Guías de satisfacción de usuario Externo e interno.	Cualitativa
		Horarios de atención (Horarios de atención a usuarios en la consulta externa)	80% a más Menos del 80%	Análisis de contenido Encuesta	Planes de turno de personal. Usuario Externo Usuario interno	Guías de satisfacción de usuario Externo e interno.	Cualitativa
		Material y equipo Equipo necesario para brindar atención al paciente.	80% a más Menos del 80%	Encuesta Observación participativa	Usuario Externo Usuario interno Observación un Participante	Guías de satisfacción de usuario Externo e interno. Guía de observación	Cualitativa
		Medicamentos e Insumos médicos Disponibilidad de medicamentos e insumos para la atención del paciente	80% a más Menos del 80%	Encuesta Observación participativa	Usuario Externo Usuario interno Observación Participante	Guías de satisfacción de usuario Externo e interno. Guía de observación.	Cualitativa
Accesibilidad	Facilidad con que se obtienen los servicios médicos en cualquier momento o circunstancia. En la red de servicios de salud.	GEOGRAFICA Disponibilidad de transporte y tiempo en que tarda en llegar a su consulta al hospital	80% a más Menos del 80%	Encuesta	Usuario Externo	Guías de satisfacción de usuario Externo e interno.	Cualitativa
		ECONOMICA Costo generado en transporte y permanencia en la consulta externa del hospital	80% a más Menos del 80%	Encuesta	Usuario Externo	Guías de satisfacción de usuario Externo e inter.	Cualitativa
		CULTURAL Preferencia en lugar de consulta.	80% a más Menos del 80%	Encuesta	Usuario Externo	Guías de satisfacción de usuario Externo e interno.	Cualitativa

Tabla 10: PROCESO

OBJETIVO.							
Valorar el proceso de la calidad de atención a los usuarios que acuden a la consulta externa del Hospital Nacional De San Francisco Gotera.							
VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA	METODO	FUENTE DE INFORMACION	INSTRUMENTO	UNIDAD DE MEDIDA
CALIDAD TECNICA	Características técnicas de un bien o servicios que medidas o comparadas con la de otros, permiten establecer un juicio objetivo.	Integralidad (Aplicación de Leyes, Guías de manejo, protocolos)	80% a más Menos del 80%	Análisis de contenido Encuesta	Expediente clínico Usuario externo Usuario interno	Guías de satisfacción de usuario Externo e interno.	Cualitativa
		Continuidad (Cumplimiento de protocolos)	80% a más Menos del 80%	Análisis de contenido Encuesta	Guías de atención. Expedientes clínicos Usuario interno	Guías de satisfacción de usuario Externo e interno.	Cualitativa
CALIDAD PERCIBIDA	Impresión que los usuarios tienen sobre la idoneidad de un producto, servicio o bien, para satisfacer sus expectativas.	Relaciones interpersonales (Relaciones interpersonales entre usuario y personal de salud)	80% a más Menos del 80%	Encuesta	Usuario Externo Usuario interno	Guías de satisfacción de usuario Externo e interno.	Cualitativa
		Comodidad Atención Recibida (Evaluación de cuidados a pacientes crónicos por el equipo de salud, percibido por el paciente)	80% a más Menos del 80%	Encuesta	Usuario Externo	Guías de satisfacción de usuario Externo	Cualitativa

Tabla 11: RESULTADOS

OBJETIVO.							
Determinar la eficacia de atención brindada en la consulta externa del hospital							
VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA	METODO	FUENTE DE INFORMACION	INSTRUMENTO	UNIDAD DE MEDIDA
EFICACIA	Relación entre los objetivos propuestos / Resultados previstos y los alcanzados. Cumplir con las expectativas de los usuarios.	Satisfacción del usuario (Grado de aceptación del usuario en cuanto a atención brindada)	80% a más Menos del 80%	Encuesta	Usuario externo Usuario interno	Guías de satisfacción de usuario Externo e interno.	Cualitativa
		Mejora o Continuidad del Paciente Adherencia del paciente al tratamiento (Grado de cumplimiento de las indicaciones médicas en cuanto al medicamento y disminución de ingreso y complicaciones)	80% a más Menos del 80%	Encuesta	Usuario externo	Guías de satisfacción de usuario Externo	Cualitativa
		Tiempos de Espera. (Demoras del tiempo para recibir la atención).	80% a más Menos del 80%	Encuesta	Usuario Externo Usuario interno Observación Participante	Guías de satisfacción de usuario Externo e interno. Guía de Observación	Cualitativa

4.14. PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACION.

Los procedimientos utilizados fueron: Observación Participante, Entrevista y el Análisis de contenido (planes de trabajo, Revisión de expedientes clínicos y normas o protocolos). Los instrumentos y técnicas utilizados en la recolección de la información fueron:

Encuesta con preguntas abiertas y cerradas a los usuarios externos (paciente o acompañante del paciente) y preguntas cerradas para el personal del hospital). Las encuestas se elaboraron en base a la escala de Likert, debido a que esta nos permitió realizar un análisis interpretativo en base a una escala de valoración de la calidad, en concordancia con una ponderación de 80% a más como calidad adecuada y para la inadecuada menos del 80%.

Guía Observacional. La cual incluyo: observación de los diferentes procesos, verificación de materiales y equipos, insumos y la ambientación del área de consulta externa del Hospital de San Francisco Gotera.

4.15. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Una vez elaborado el instrumento de recolección de la información y realizar una prueba piloto con 10 pacientes, que permitió validarla, se procedió a su aplicación a los usuarios en control subsecuente en la consulta externa y que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos.

Las encuestas se realizaron en el área de consulta externa previo consentimiento informado, una vez que fueron atendidos.

Las encuestas de personal se hicieron con previo consentimiento de los mismos,

La naturaleza de los datos colectados fue cuantitativa que describió el nivel de satisfacción de los usuarios externos en los diferentes niveles de atención, grado de adherencia a su tratamiento así como factores determinantes para la atención integral, que se valorarán tanto en el usuario interno como en el externo.

Se pasó una guía de observación en las diferentes áreas del hospital relacionadas con la consulta externa y así se determinó la capacidad instalada para la atención integral de pacientes crónicos haciendo énfasis en diabéticos e hipertensos

4.16. PLAN DE ANÁLISIS:

1) Por objetivos: Estas variables fueron medidas a través de la satisfacción de usuarios internos y externos y de la Observación Participante, la cual tiene 2 categorías: Satisfacción e Insatisfacción.

2) Según el triple enfoque: Estructura, Proceso y Resultado siempre desde la percepción del usuario interno y externo, utilizando para ello el indicador más pertinente la Satisfacción. Las variables se agruparon según correspondan con:

-La Estructura: analizando la capacidad instalada en sus variables disponibilidad y accesibilidad.

-Proceso: analizando el área de calidad del proceso en cuanto a sus variables integralidad, continuidad, relaciones interpersonales y comodidad

-Resultado: en cuanto a las variables Satisfacción del usuario; Mejora o continuidad del paciente (Adherencia del paciente al tratamiento, mejor control y menos complicaciones e ingresos innecesarios); Tiempos de espera.

4) Agrupación de los porcentajes por nivel de satisfacción en:

Satisfacción: Porcentaje del 80%. O más en la valoración de las variables de cada uno de los enfoques.

Insatisfacción: Porcentaje del 80% o menos en la valoración de las variables de cada uno de los enfoques.

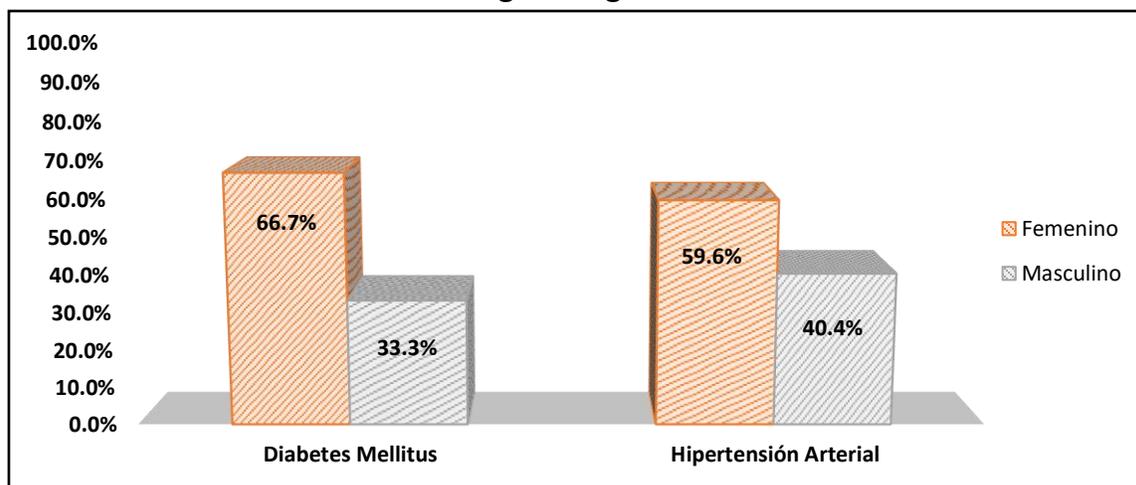
V. RESULTADOS

Se presentan los hallazgos relevantes de los indicadores correspondiente a cada subvariable, después se estableció el promedio alcanzado de cada una de ellas; los Promedios de cada variable y subvariable se compararon con el estándar de calidad establecido, para la presente investigación y establecer así, si hay Calidad o no en la atención que se brinda en la consulta externa del Hospital de Nacional de San Francisco Gotera al Paciente Crónico.

Perfil de los usuarios externos con patología crónica, encuestados.

Información sociodemográfica.

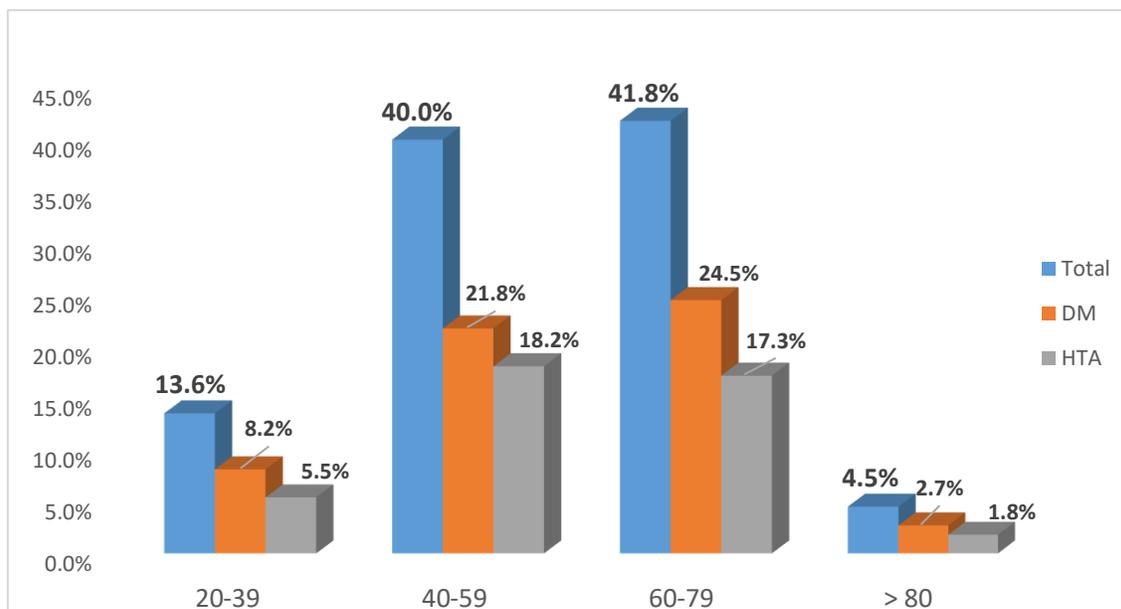
Grafico 2: Distribución de Patologías según Sexo.



Fuente: Encuesta Propia.

En cuanto al sexo de los pacientes la mayoría fueron mujeres (63.3%) y un 36.4% correspondió a población masculina, la distribución de las patologías crónicas en relación al sexo, corresponde en los pacientes con Diabetes Mellitus en un mayor porcentaje al sexo femenino con un 66.7 %, y un 33.3% al sexo masculino; en relación a la hipertensión arterial, el sexo femenino conlleva el mayor porcentaje con un 59.6% y el sexo masculino un 40.4%. (Grafico 2)

Grafico 3: Distribución por rango de Edad según Patología.



Fuente: Encuesta Propia.

En cuanto la Edad de los pacientes, el promedio es de 56 años (+/- 15) en ambos grupos de pacientes tanto en diabéticos como hipertensos, en un 81.8% se encuentran entre los 40 y 80 años de edad. (Grafico 3)

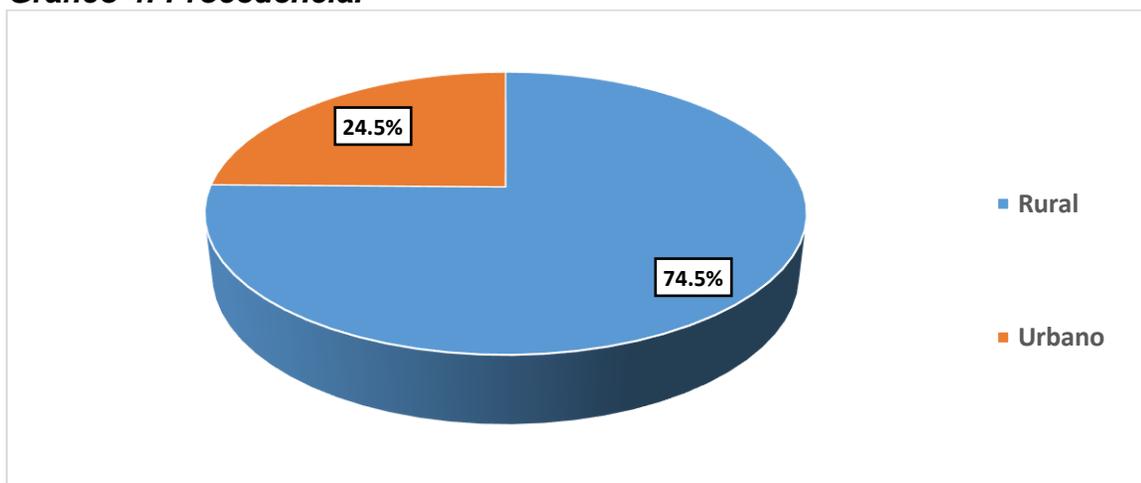
Tabla 12: Ocupación de los Usuarios Externos.

OCUPACION	Frecuencia Acumulada	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Ama de Casa	61	55.5%	55.5%
Desempleado	13	11.8%	67.3%
Trabajo Estable	10	9.1%	76.4%
Trabajo Temporal	26	23.6%	100.0%
Total	110	100.0%	

Fuente: Encuesta Propia.

En cuanto a la ocupación de los pacientes, el 9.09% % tiene un trabajo estable, el 11.82% % se encuentra desempleado, un 23.64 % tiene un trabajo temporal o realiza jornales de trabajo y un 55.5% son amas de casa. (Ver tabla 12).

Grafico 4: Procedencia.



Fuente: Encuesta propia.

En cuanto a la procedencia de los encuestados el 74.5% provienen del área rural y el 25.5% de área urbana. (Grafico 4)

Tabla 13: Rango de tiempo en años de haber sido diagnosticados.

Años de Diagnostico	Frecuencia Acumulada	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
1-5	44	40.0%	40.0%
6-10	21	19.1%	59.1%
11-15	23	20.9%	80.0%
16-20	10	9.1%	89.1%
21-25	5	4.5%	93.6%
26-30	5	4.5%	98.2%
31-35	2	1.8%	100.0%
Tota	110	100.0%	

Fuente: Encuesta propia.

En relación al tiempo que los pacientes tienen de haber sido diagnosticados de su patología, el promedio es de 10 (años +/- 8) el mayor porcentaje en un 40.0% tiene entre 6 a 10 años. (Ver tabla 13)

Tabla 14: Rango de tiempo en años de control en el hospital

Años de control en el hospital	Frecuencia Acumulada	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
1-5	61	55.5%	55.5%
6-10	21	19.1%	74.5%
11-15	15	13.6%	88.2%
16-20	5	4.5%	92.7%
21-25	5	4.5%	97.3%
26-30	1	0.9%	98.2%
31-35	2	1.8%	100.0%
Total general	110	100.0%	

Fuente: Encuesta Propia.

En cuanto al tiempo de estar en control por su patología crónica en el hospital el mayor porcentaje un 55.5% tienen de 1 a 5 años. Y un 45.5% de 6 hasta más de 30 años (Tabla 14)

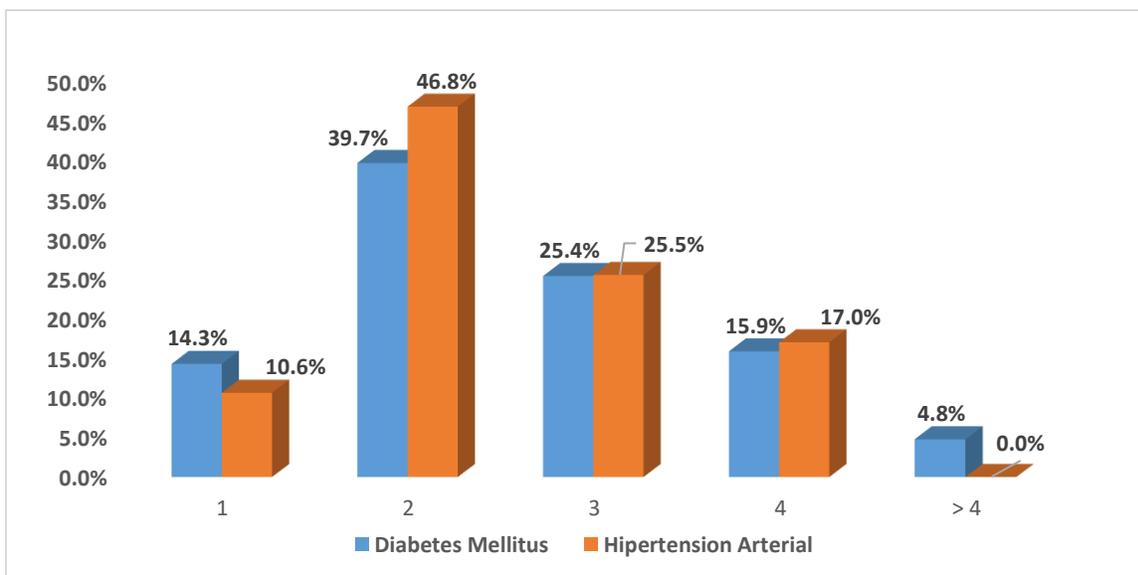
Tabla 15: Contingencia Grupo de Pacientes que padecen otras enfermedades y que toman otros medicamentos.

			Toma Otros Medicamentos para otras enfermedades		TOTAL
			SI	NO	
Padece otra enfermedad	SI	Recuento	29	10	39
		% de Grupo	74.36%	25.64%	100%
	NO	Recuento	5	66	71
		% individual	14.71%	86.84%	64.55%
TOTAL		Recuento	34	76	110
		% de Grupo	30.91%	69.09%	100%

Fuente: Encuesta Propia.

En cuanto a los pacientes que padecen otras patologías se relacionó el resultado con los pacientes que además de los medicamentos que toman por su patología crónica de base necesitan tomar otros medicamentos regularmente para otras patologías, de lo cual al cruzar ambas variables se obtuvieron los siguientes resultados: El número de pacientes que padecen otra enfermedad fue de 39 con una frecuencia relativa de 35.45%, relacionándolos con los que si toman otros medicamentos para otras enfermedades que y padecen de otra enfermedad este valor corresponde a un número de 29 representado esta relación un 74.36%. (Ver tabla 15)

Grafico 5: Medicamentos que toma o requiere al día según patología.



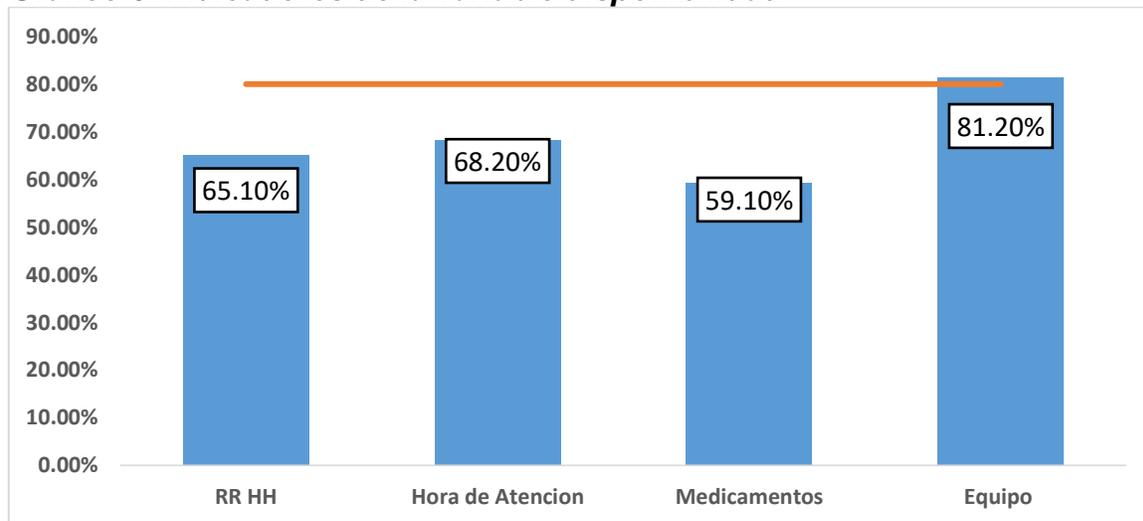
Fuente: Encuesta Propia.

En relación a cuantos medicamentos toman o requiere al día, se obtuvieron los resultados siguientes: El mayor porcentaje un 42.73% de los pacientes crónicos, tanto diabéticos como hipertensos, toman o requieren 2 medicamentos al día. (Gráfico 5)

En cuanto al personal encuestado que atiende en la consulta externa a pacientes con patologías crónicas, el 41.4% fueron médicos, 17.2% personal de enfermería, el 17.2% personal de servicios de apoyo diagnóstico (Laboratorio clínico, radiología, farmacia), el 20.7% corresponde a personal administrativo (documentos médicos, encargado de citas, promotor de salud) y el 3.5% personal de servicios generales.

El enfoque de estructura se valora a través de la capacidad instalada en sus variables Disponibilidad y Accesibilidad; En cuanto a la Disponibilidad se encontró

Grafico 6: Indicadores de la variable disponibilidad



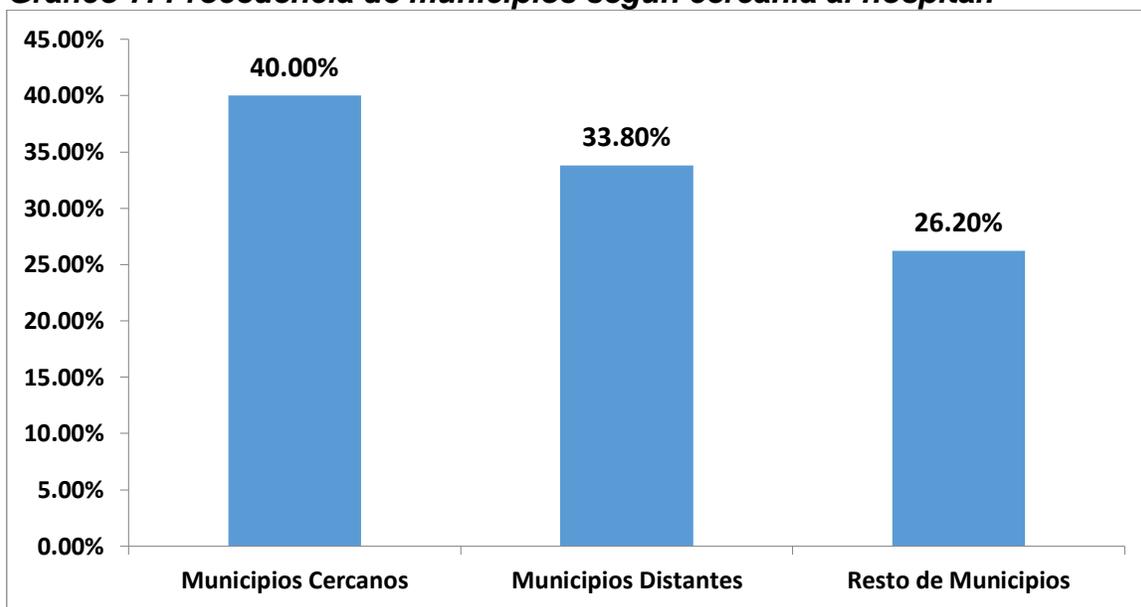
Fuente: Encuesta Propia.

:

En Recursos Humanos, la percepción de los pacientes respecto a la cantidad de médicos existentes en la consulta externa para atender al paciente crónico, un 65.5% consideran que el número de médicos para la atención del paciente crónico en la consulta externa es adecuada. En relación a la cantidad de personal de enfermería existente en la consulta externa un 64.6% lo consideran aceptable. Al evaluar la percepción de los pacientes sobre los Horarios de atención de los médicos para atender a los pacientes crónicos, un 68.2% de los pacientes consideraron que los horarios son aceptables. Respecto a la disponibilidad de medicamentos que son prescritos por el médico y despachados por la farmacia del hospital un 59.1 % encontraron sus medicamentos en la farmacia, contra un 40.9% que no encuentran todos los medicamentos prescritos o algunos pocos. Al verificar en el área de farmacia con la guía de observación, durante el periodo que se realizó la encuesta, se constató que se les despachó las recetas que le fueron indicadas por los médicos, en cuanto a medicamentos para la hipertensión y la diabetes, reportando para el periodo en que se realizó el estudio, un abastecimiento del hospital que correspondía a un 91.7% datos

oficiales del sistema nacional de abastecimientos. El 75.9% del personal refiere que se le proporcionan los recursos necesarios, herramientas e instrumentos suficientes para tener un buen desempeño en el puesto. El 86.4% del personal considera que el equipo es suficiente y se encuentra en buenas condiciones. (Grafico 6)

Grafico 7: Procedencia de municipios según cercanía al hospital.

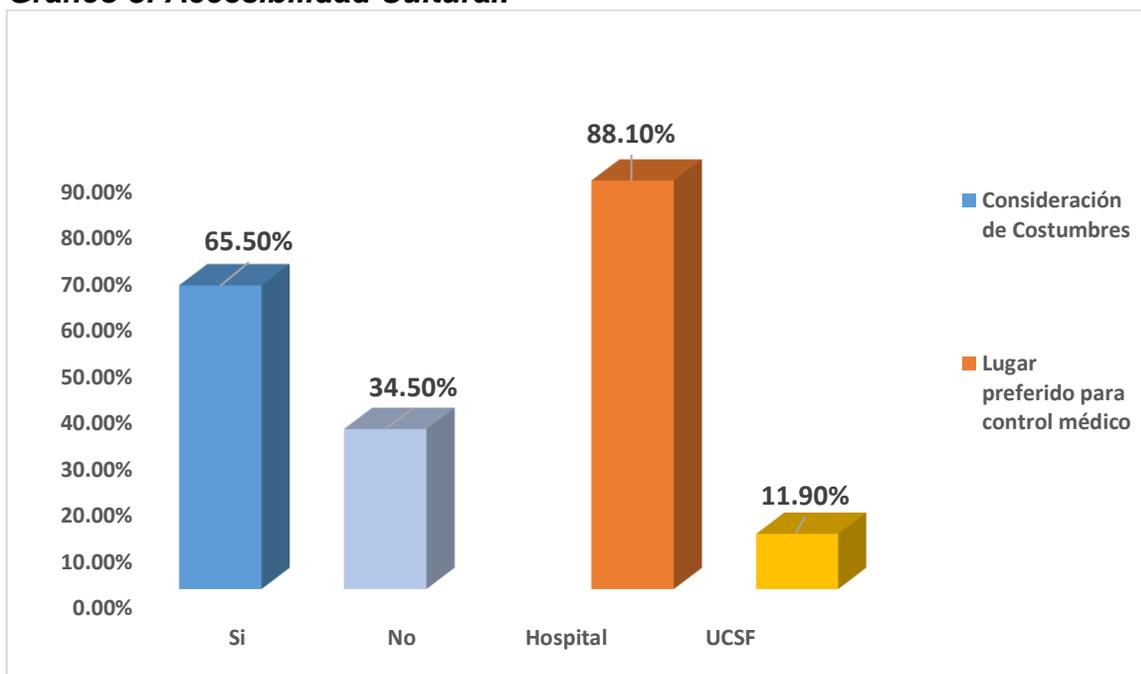


Fuente: Encuesta Propia.

Para valorar la variable Accesibilidad, para el indicador Geográfico, se tomó en cuenta área de procedencia y tiempo que los pacientes tardan en llegar al hospital desde su domicilio y se encontró que el 74.5% de pacientes crónicos que consultan en la consulta externa provienen del área rural y en relación al tiempo necesario para desplazarse desde su domicilio hacia el hospital el 71.6% de los pacientes tarda menos de 1 hora.

En cuanto a la procedencia por municipios de los pacientes crónicos que se encuentran en control en la consulta externa, un 40% provienen de municipios cercanos como: San Francisco Gotera, Chilanga, Sensembra, Osicala y Lolotiquillo; Un 33.8% provienen de los municipios distantes como: Corinto, Meanguera, Perquín, Jocoaitique, Cacaopera y Sociedad. El 26.2% del resto de municipios. (Gráfico 7)

Grafico 8: Accesibilidad Cultural.

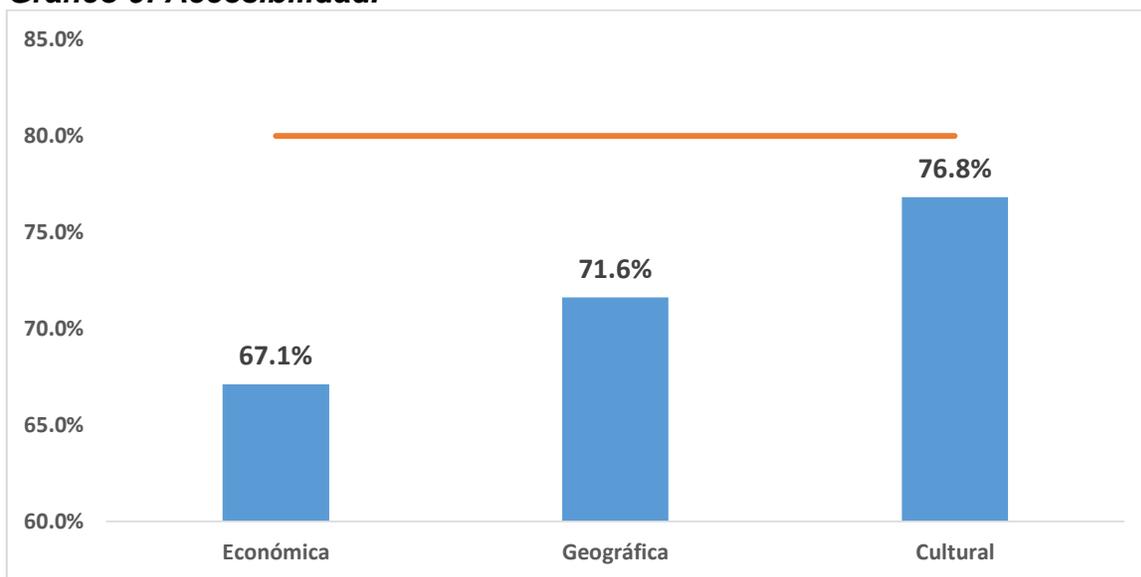


Fuente: Encuesta Propia.

En relación al aspecto Cultural se evaluó la preferencia del lugar de consulta el 88.1% prefieren llevar sus controles médicos en el hospital, al consultar porque motivo el 61.2% consideran que en el hospital se encuentran mejores médicos y solamente un 11.9% prefieren llevar sus controles en las UCSF el motivo que refieren fue en un 85.2% por la cercanía a su lugar de residencia.

En cuanto a si el médico y la enfermera tuvieron en consideración sus costumbres y valores cuando le diagnosticaron algún tratamiento el 65.5% de los pacientes manifestaron que siempre o la mayoría de las veces se les considero. (Grafico 8)

Grafico 9: Accesibilidad.



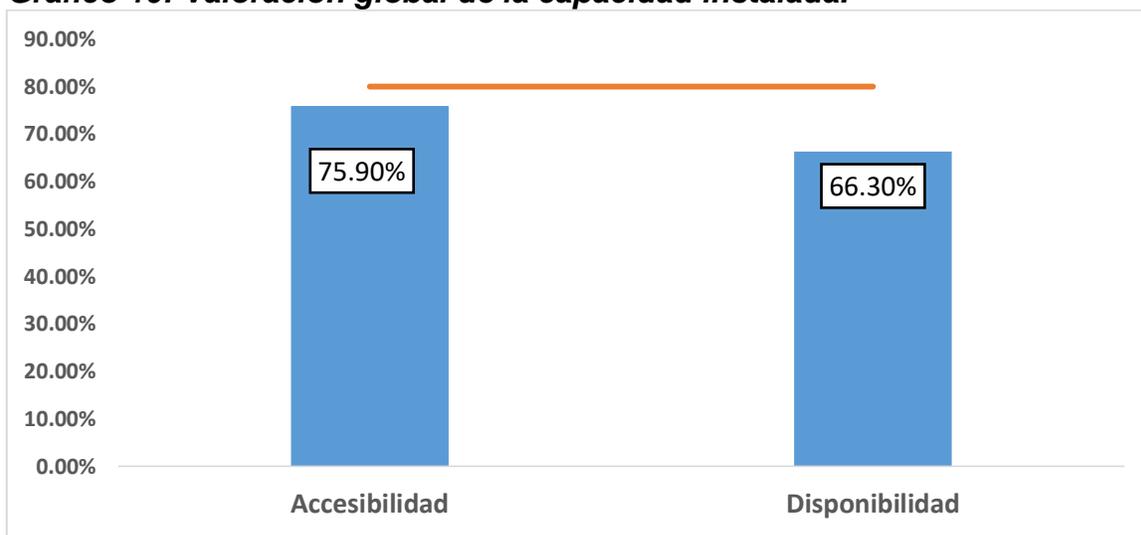
Fuente: Encuesta Propia.

En el aspecto económico, al consultarles si sobre la gratuidad de los servicios los pacientes refieren sentirse muy satisfechos en un 99.9% de los encuestados , ya que representa un ahorro en el gasto de bolsillo lo que contrasta además con la satisfacción en un 59.1% que manifestó que siempre o casi siempre en la farmacia le son entregados sus medicamentos, aunque es de hacer notar que un 40.9% refirieron muy pocas veces encuentran sus medicamentos, lo que para este porcentaje de la población ha representado afectación en su presupuesto familiar.

En relación en cuanto a cuánto dinero en USD gastan para asistir a sus controles en el hospital el 60.5% manifiesta que gasta de \$ 1.00 a \$5.00, el 32.3% gasta entre \$6.00 y \$10.00 y un 7.2% refieren gastar más de \$11.00

La valoración general de los diferentes ítems que evalúan la accesibilidad, nos dio como resultado un 67.1% de accesibilidad económica, 71.6% accesibilidad geográficas y un 75.8% de accesibilidad Cultura. (Grafico 9)

Grafico 10: Valoración global de la capacidad instalada.

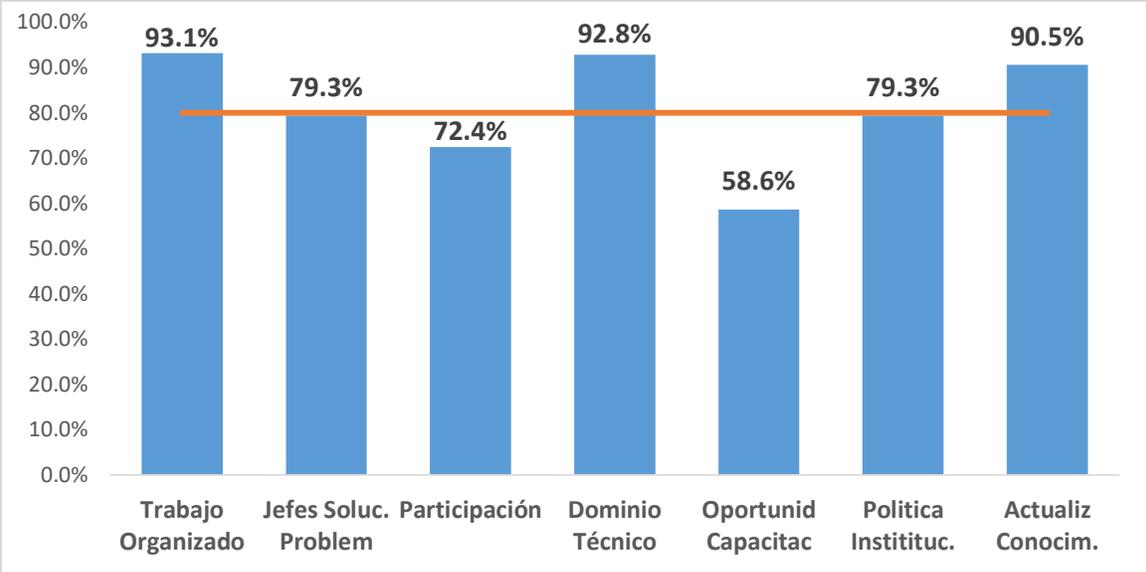


Fuente: Encuesta Propia.

En Resumen; En la evaluación global de la Variable estructura, se determinó que la capacidad instalada de la consulta externa del Hospital de san Francisco Gotera, considerando las variables Disponibilidad y Accesibilidad; nos da como resultado obtenido un 75.9% de Accesibilidad y un 66.3% de disponibilidad y en general cuenta con una capacidad instalada del 71.1% para atender la demanda de pacientes crónicos. (Grafico 10)

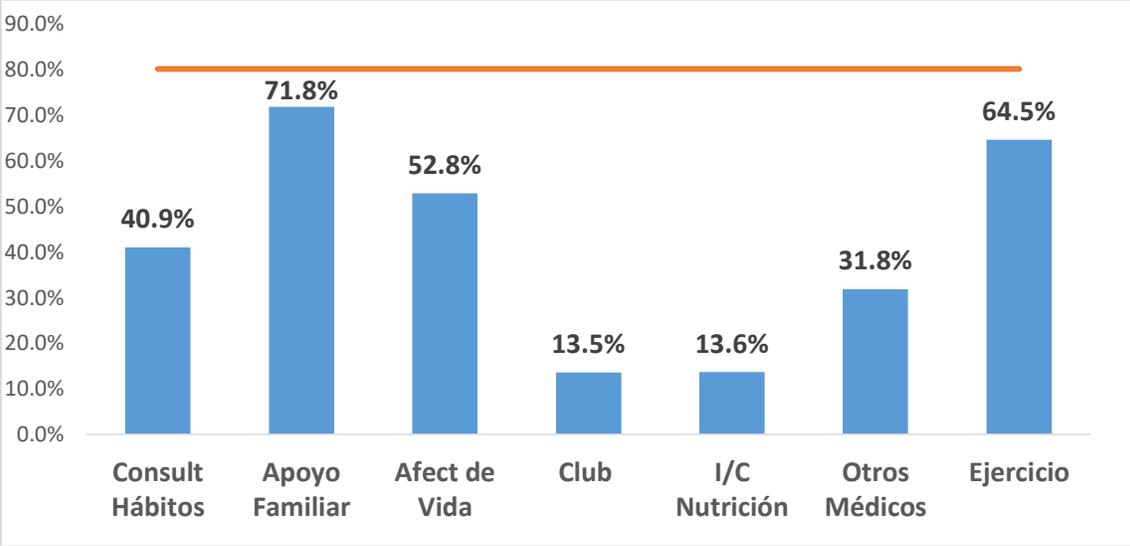
La Calidad Técnica y Humana se valoró por las variables: Integralidad, Continuidad, Relaciones Interpersonales y Comodidad; Así en valoración de la calidad técnica se hizo por medio de las subvariables, integralidad y continuidad y para la variable Calidad Percibida las subvariables relaciones interpersonales y comodidad.

Grafico 11: Integralidad. (Usuario Interno)



Fuente: Encuesta Propia.

Grafico 12: Integralidad. (Usuario Externo)



Fuente: Encuesta Propia.

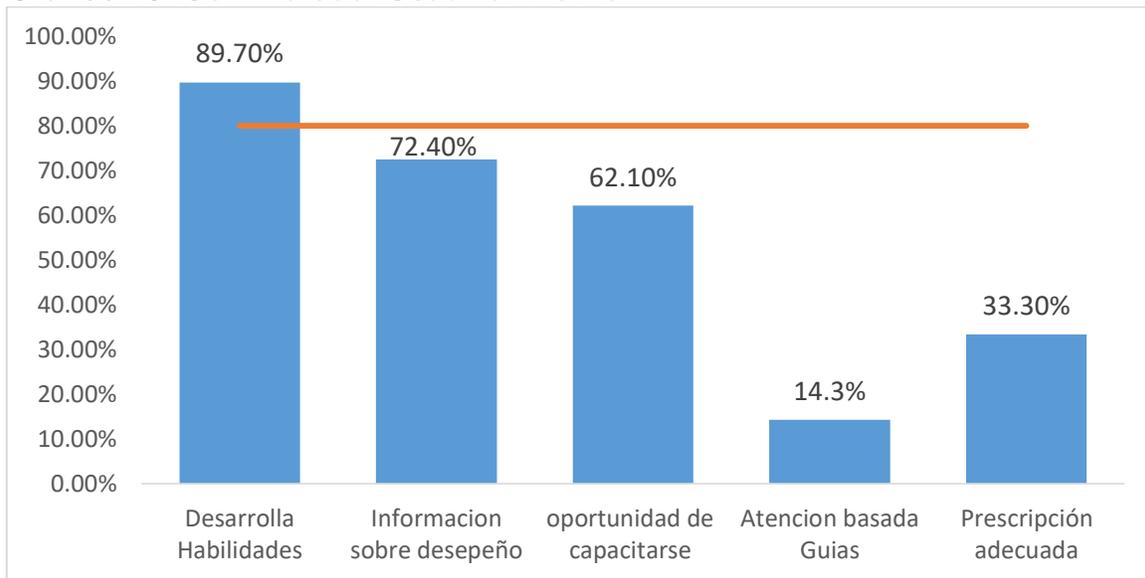
Al evaluar la integralidad como un conjunto de actividades y de sentidos articulados entre sí, comprendiendo acciones individuales y colectivas; así como las políticas en general en los servicios de salud, las prácticas y modelos asistenciales y sus respectivos agentes – gestores, profesionales y usuarios – en la atención que se brinda en la consulta externa, desde la óptica de los usuarios internos como externos se obtuvieron los siguientes resultados:

El 93.1% del personal que labora en el área de consulta externa consideran que el trabajo está bien organizado. El 79.3% del personal refiere que los directivos y jefes solucionan problemas de manera creativa y buscan constantemente la innovación y las mejoras. El 72.4% del personal considera que los directivos y jefes toman decisiones con la participación de los trabajadores. El 92.8% de los trabajadores refieren que los directivos y jefes demuestran un dominio técnico y conocimiento de sus funciones. El 58.6% del personal tiene la suficiente oportunidad para recibir capacitación que permita el desarrollo de sus conocimientos para el cargo que desempeñan. El 79.3% del personal refiere tener un conocimiento claro y transparente de las políticas y normas de personal de la institución. El 90.5% del personal asistencial médicos y enfermeras constantemente actualizan sus conocimientos para brindar atención de calidad a los pacientes. (Gráfico 11).

El 59.2% de los usuarios externos, manifestó que generalmente o muy pocas veces se les había preguntado sobre sus hábitos o costumbres relacionados a su salud. El 71.8% de pacientes recibe apoyo familiar para el control de su enfermedad. El 52.8% de los pacientes manifiestan que en la consulta y consejería se les aclaró sobre cómo su enfermedad crónica afecta su vida diaria. Al 86.5% no se les animó a participar en un grupo de apoyo como clubes de diabéticos o hipertensos que pudieran motivarle a cumplir el plan de tratamiento. El 86.4% algunas veces o nunca fueron enviados a la consulta del nutricionista. Un 68.2% de los pacientes no se les preguntó acerca de cómo iban sus consultas con otros especialistas a los cuales habían sido referidos. El 64.5% de los pacientes manifestó que le explicaron cómo las cosas que hace para controlar o mejorar su enfermedad (por ejemplo ejercicio) son importantes para su salud. (Gráfico 12)

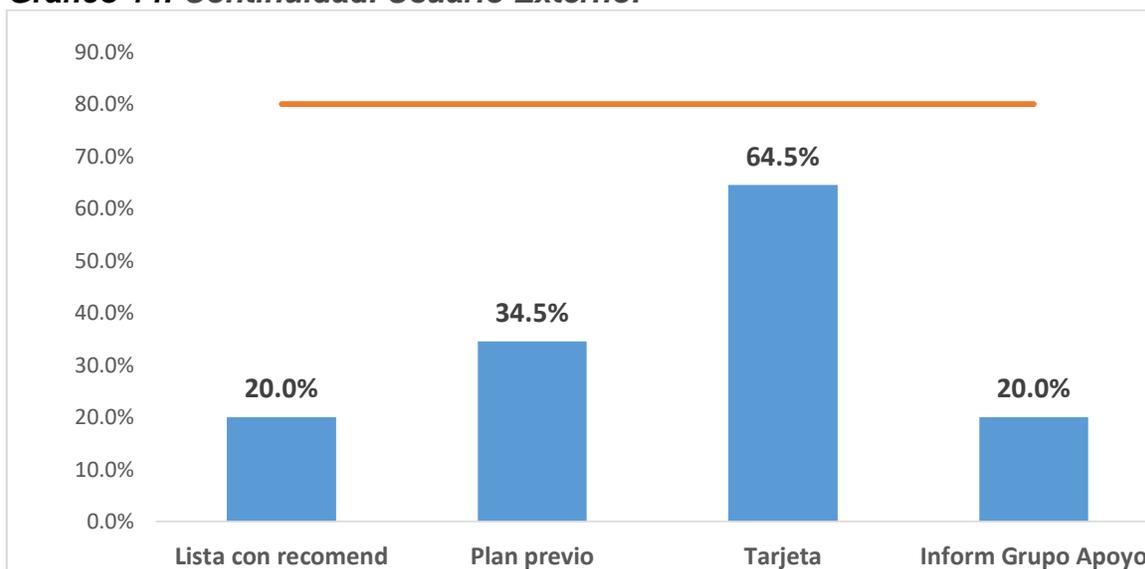
La Subvariable Continuidad considerada como la garantía que tanto los usuarios internos como externos reciben las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias, se obtuvieron los siguientes resultados:

Grafico 13: Continuidad. Usuario Interno



Fuente: Encuesta Propia.

Grafico 14: Continuidad. Usuario Externo.

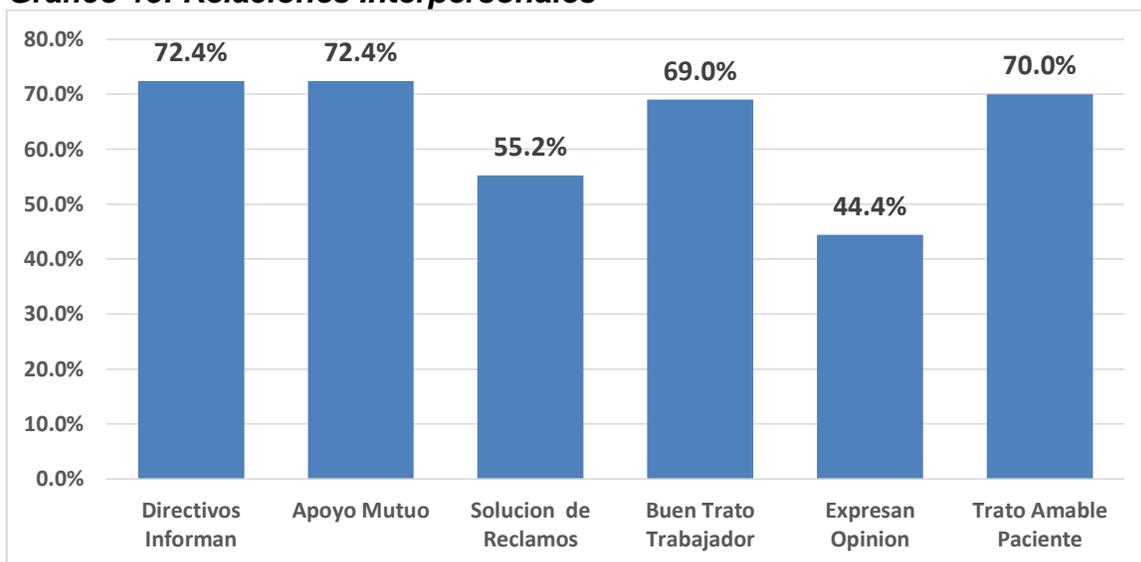


Fuente: Encuesta Propia.

El 89.7% del personal puede desarrollar o poner en juego sus habilidades. El 72.4% refiere que se le proporciona información oportuna y adecuada sobre su desempeño y los resultados que ha alcanzado. El 62.1% manifestó recibir suficiente oportunidad de capacitarse y que le permite el desarrollo de sus habilidades asistenciales para la atención integral. El 100% del personal médico y enfermería manifestaron que la atención de pacientes se basa en la aplicación de guías, normas y protocolos establecidos; El 85.7% refiere que la experiencia es más importante a la hora de decidir el manejo de un paciente que la aplicación de guías y protocolos. El 66.7% de los médicos consideraron que los medicamentos que se recetan a los pacientes están basados principalmente en la disponibilidad que tiene el hospital más que en la prescripción adecuada. El 33.3% manifestó prescribir adecuadamente. (Grafico 13)

El 20.0% de los pacientes refiere que le entregaron una lista de las cosas que podía hacer para mejorar su salud, .el 34.5% refieren que le ayudaron a preparar por adelantado un plan para poder cuidar de su enfermedad, incluso en momentos difíciles, el 20.0% refiere que se le brindo información acerca de grupos de apoyo para pacientes con enfermedades crónicas; El 64.5% manifestó que le dieron una tarjeta de control, en la que se anota el progreso que va teniendo. (Grafico 14)

Grafico 15: Relaciones Interpersonales



Fuente: Encuesta Propia.

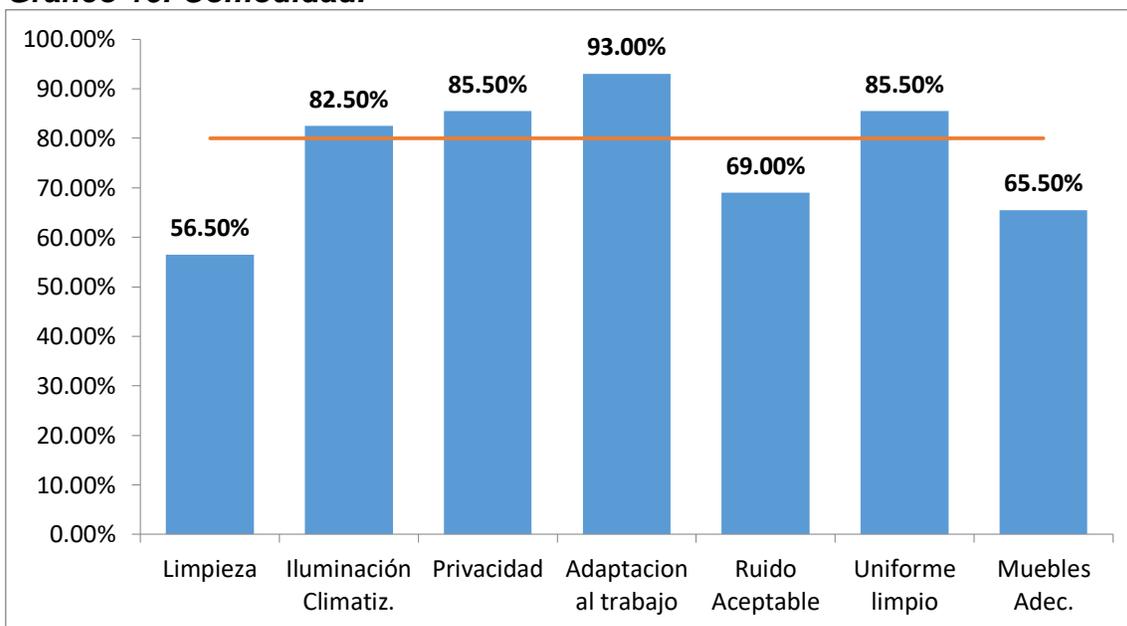
La Subvariable relaciones interpersonales, evalúa Los procesos de comunicación interpersonal donde se produce una relación directa e indirecta entre el personal con el paciente y las relaciones entre el mismo personal de las diferentes áreas de trabajo y la relación con las jefaturas.

El personal consideran en un 72.4% que los directivos del hospital hacen los esfuerzos necesarios para mantener informados oportunamente a los trabajadores sobre los asuntos que les afectan y les interesan, así como del rumbo del hospital. El 72.4% refieren estar dispuestos a ayudarse entre ellos mismos para completar las tareas, aunque eso les signifique un mayor esfuerzo. El 55.2% refiere sentirse satisfecho con los procedimientos disponibles para resolver los reclamos de los trabajadores. El 69.0% consideraron que han sido tratados bien, independientemente del cargo que ocupan. El 41.4% refiere que puede expresar opiniones con franqueza a todo nivel sin temor a represalias. (Grafico15)

El 70.0% de los pacientes refirió que durante su permanencia en el establecimiento el personal le brindo un trato cordial y amable. (Grafico15)

En la subvariable comodidad la cual se establece como un valor compuesto de la calidad de los servicios y facilidades físicas se evaluaron los elementos tangibles en las áreas físicas así como la dotación de todos los materiales y equipos necesarios para el desempeño de sus funciones.

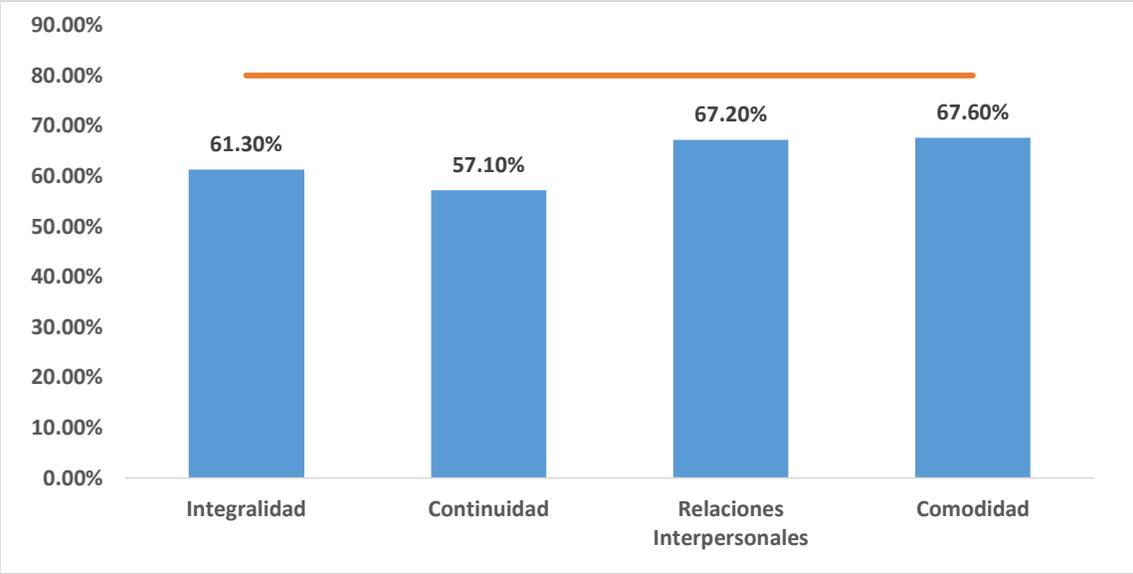
Grafico 16: Comodidad.



Fuente: Encuesta Propia.

El 91.8% de los pacientes consideran que el personal se encuentra correctamente uniformado y limpio. El 85.5% de refiere que el personal de salud respeta su privacidad durante sus atención. El 71.5% manifiesta que la sala de espera esta limpia. El 81.8% consideran que la sala de espera tiene buena iluminación y climatización. El 41.5% consideran que los baños se encuentran limpios. El 93.1% del personal siente que puede adaptarse a las condiciones que ofrece el medio laboral de su centro de trabajo. El 75.9% del personal manifestó que la climatización y la ventilación del área de consulta externa es adecuada. El 69.0% del personal considera que el nivel de ruido que se percibe en la consulta externa se encuentra en niveles aceptables. El 89.7% del personal manifestó que la iluminación en los consultorios le permite una buena visibilidad. El 65.5% del personal refiere que el mobiliario se encuentra en buenas condiciones. (Grafico16)

Grafico 17: Valoración global de la Variable Calidad Técnica y Calidad Percibida.

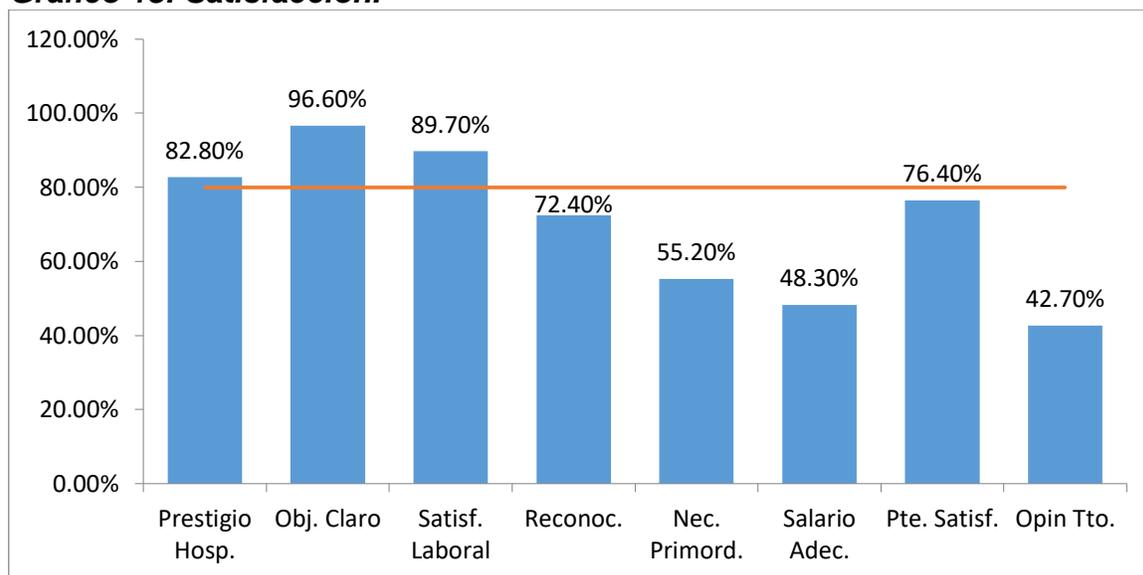


Fuente: Encuesta Propia.

Los resultados obtenidos en la valoración global de la variable calidad técnica y calidad percibida en cuanto a integralidad se obtuvo un 61.3%, en lo relacionado a la continuidad un 57.1%, en lo relacionado a relaciones interpersonales un 67.2% y en cuanto a la comodidad un 67.6%.(Grafico17)

Para la Variable eficacia se evaluaron las subvariables satisfacción del usuario, Mejora o continuidad del paciente y los tiempos de Espera para recibir atención.

Grafico 18: Satisfacción.



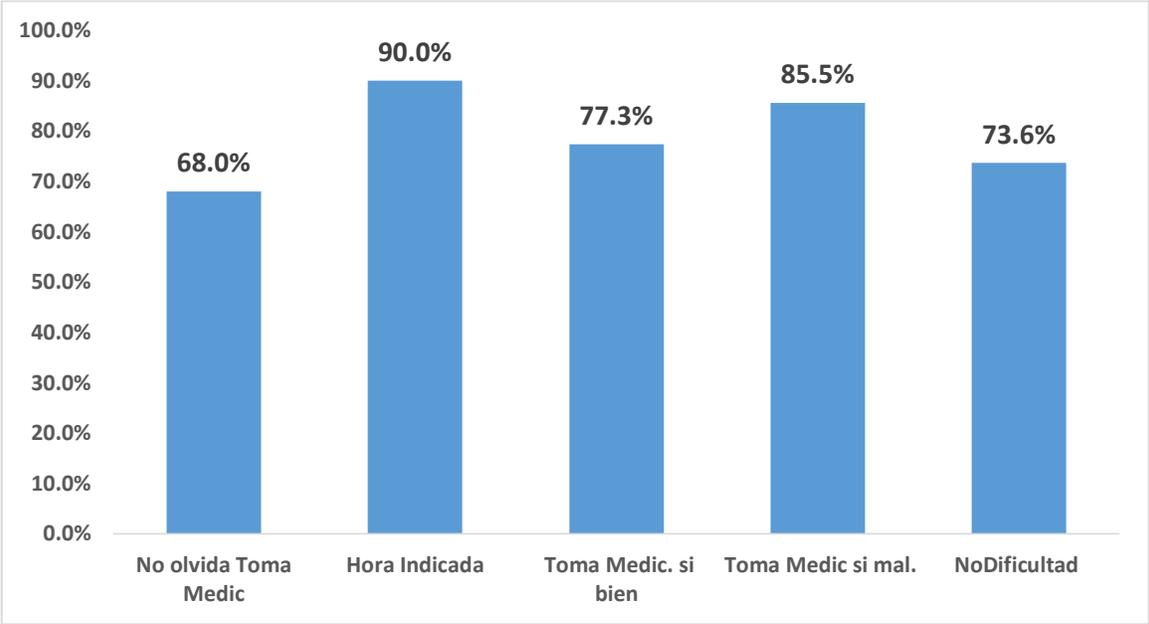
Fuente: Encuesta Propia.

En las subvariable satisfacción se obtuvieron los siguientes resultados:

El 82.8% del personal considera que el nombre y el prestigio del hospital son gratificantes para ellos. El 96.6% del personal refiere tener claridad sobre los objetivos y responsabilidades sobre su puesto de trabajo y saben lo que se espera de ellos. El 89.7% del personal manifestó que en términos generales se siente satisfecho con su centro laboral. El 72.4% del personal considero que los directivos y jefes generalmente les reconocen por un trabajo bien hecho. El 55.2% del personal refiere que la institución se preocupa por las necesidades primordiales del personal. El 48.3% del personal consideran que su salario es adecuada en relación al trabajo que realizan. El 76.4% de los pacientes refieren sentirse satisfechos porque la atención que recibió estaba bien organizada. El 42.7% manifestó que le preguntaron su opinión cuando fue preparado su plan de tratamiento. (Grafico18)

En la subvariable Mejora o Continuidad del paciente, valorando la adherencia al tratamiento y si presenta ingresos frecuentes por causa de su patología crónica, se obtuvieron los siguientes resultados.

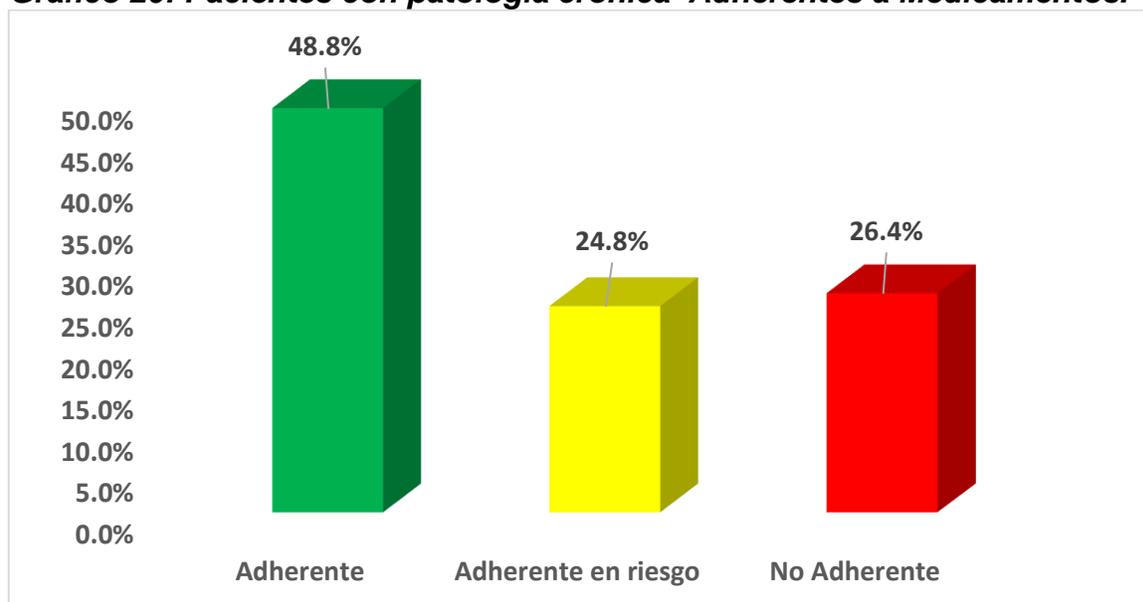
Grafico 19: Factores relacionados a adherencia



Fuente: Encuesta Propia.

Los pacientes en cuanto a los factores relacionados a la adherencia, un 73.6% refiere que muy pocas veces o nunca tienen dificultad para tomar sus medicamentos a diario, el 68.2% manifestó que nunca o muy pocas veces olvidan tomar sus medicamentos, el 90% refieren tomar sus medicamentos a la hora indicada por el médico, el 77.3% refieren que nunca o muy pocas veces dejan de tomar sus medicamentos cuando se sienten bien y el 85.5% refieren que nunca o muy pocas veces dejan de tomar sus medicamentos cuando se sienten mal. (Grafico19)

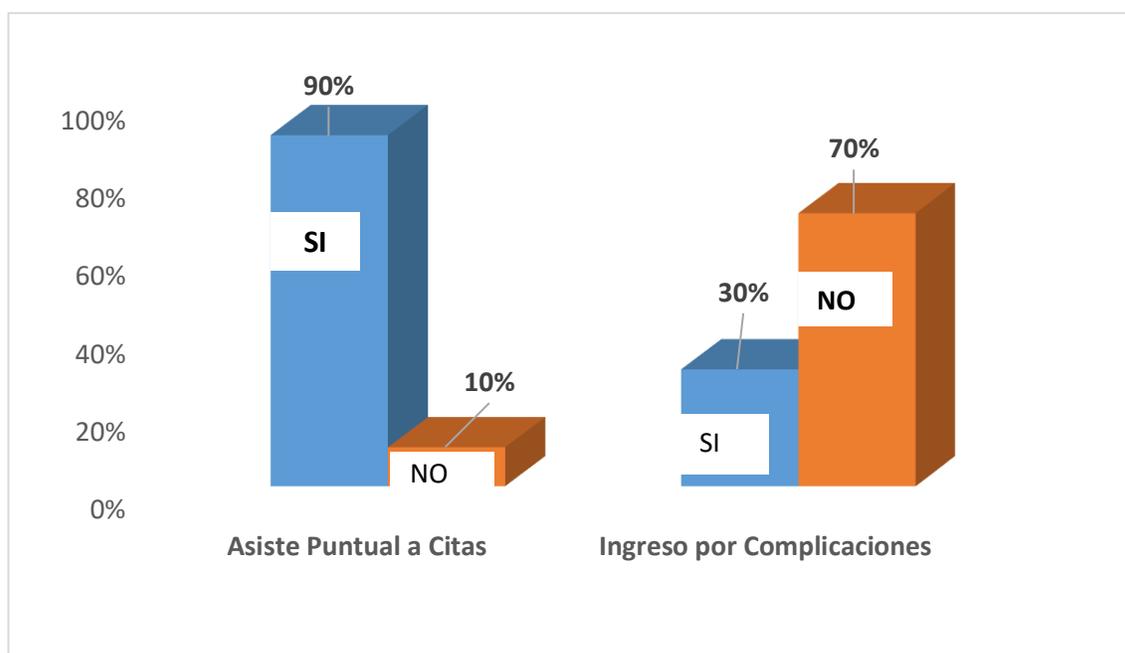
Grafico 20: Pacientes con patología crónica Adherentes a Medicamentos.



Fuente: Encuesta Propia.

De lo anterior se obtienen que: el 48.8% de los pacientes son adherentes; un 24.8% adherentes en riesgo de incumplimiento y un 26.4% no son adherentes (Grafico 20)

Grafico 21: Puntualidad a citas e Ingresos por complicaciones

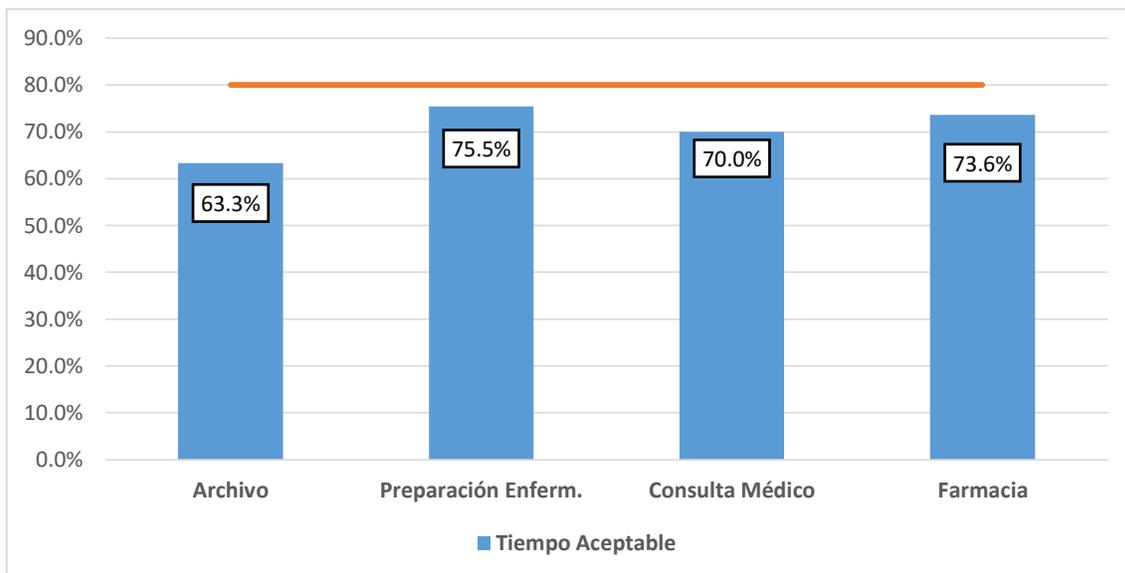


Fuente: Encuesta Propia.

El 90.0% de los pacientes manifiestan que asisten puntualmente a las citas indicadas. El 70.0% manifestó que nunca o muy pocas veces ha tenido ingresos por complicaciones de su enfermedad crónica. (Grafico 21).

En la relación a la subvariable tiempos de espera en las diferentes áreas de áreas del proceso de atención a pacientes con patología crónica. ,:

Grafico 22: Tiempos de Espera.



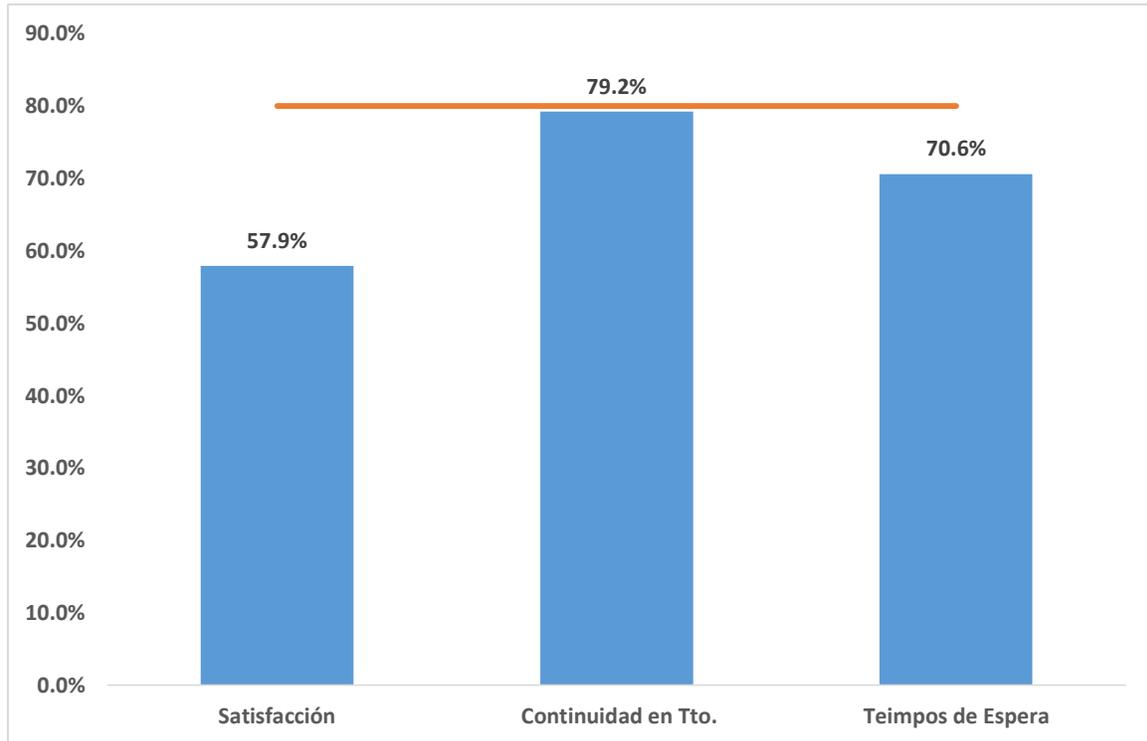
Fuente: Encuesta Propia.

Los resultados obtenidos de la encuesta a pacientes fueron los siguientes

El 63.3% de los pacientes considera que el tiempo de recepción y archivo fue aceptable, el 75.5% considera que el tiempo para ser preparado por enfermería para para pasar la consulta fue aceptable, el 70.0% de los pacientes refieren que el tiempo para pasar la consulta con el médico fue aceptable, el 73.6% considera que el tiempo para el despacho de medicamentos en farmacia fue aceptable. (Gráfico 22)

La valoración global de la variable eficacia, considerando sus descriptores: satisfacción, adherencia y tiempos de espera.

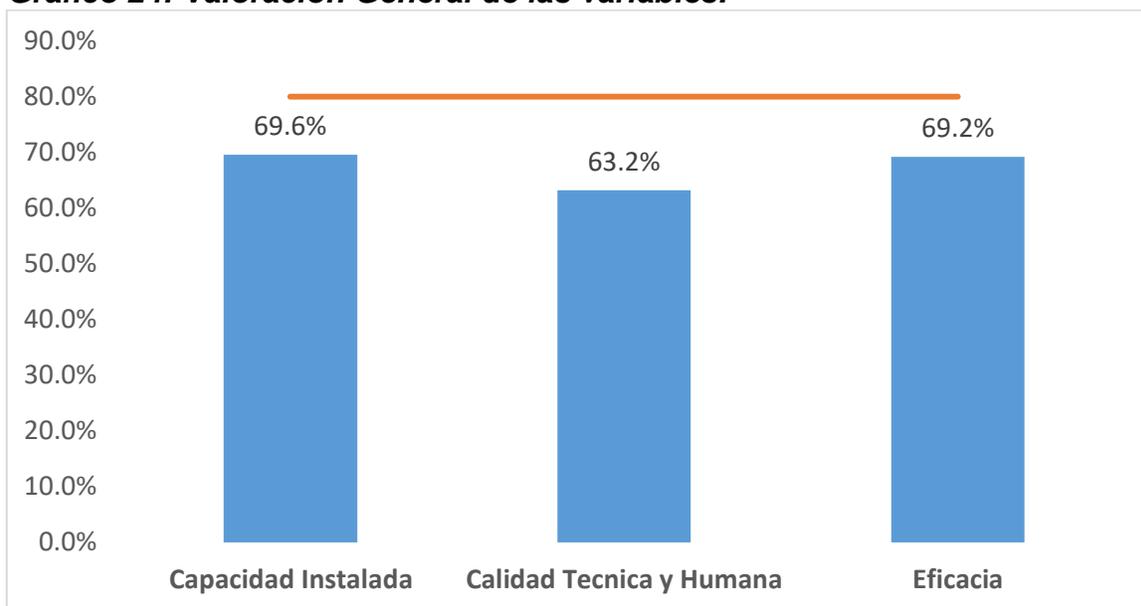
Grafico 23: Valoración Global de la Variable Eficacia.



Fuente: Encuesta Propia.

Se obtuvo como resultado un 69.2%, con una valoración individual de cada una de las subvariables para el caso la satisfacción de un represento un 57.9%, en relación a la continuidad del tratamiento reflejado como adherencia un 79.2% y para los tiempos de espera un 70.6%. (Grafico 23)

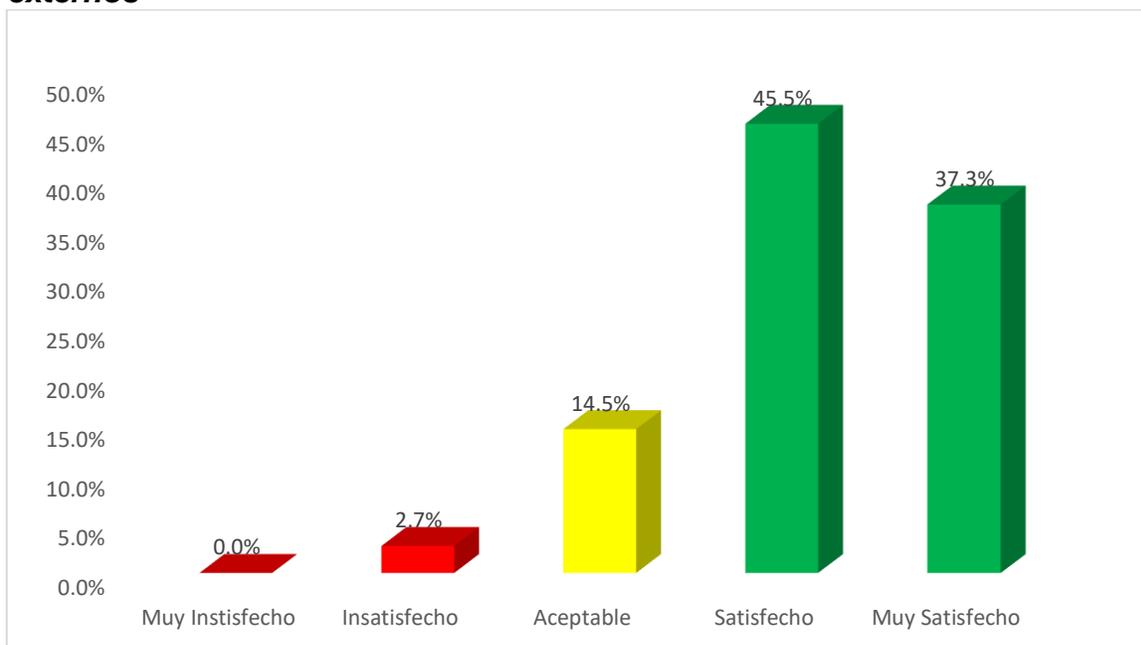
Grafico 24: Valoración General de las variables.



Fuente: Encuesta Propia.

El resultado general del estudio, sobre la evaluación de la calidad de atención a pacientes crónicos en la consulta externa del Hospital Nacional de San Francisco Gotera, en la cual se consideró la ponderación de cada una de las variables del estudio, se determina en base a los resultados obtenidos, que en cuanto a la capacidad instalada se obtuvo un 69.6 %; en lo relacionado a la Calidad Técnica y humana un 63.2, en relación a la eficacia un 69.2% con una valoración global del 67.3% en los componentes de la calidad evaluados. . (Grafico 24)

Grafico 25: Ponderación general de la satisfacción de atención de los usuarios externos

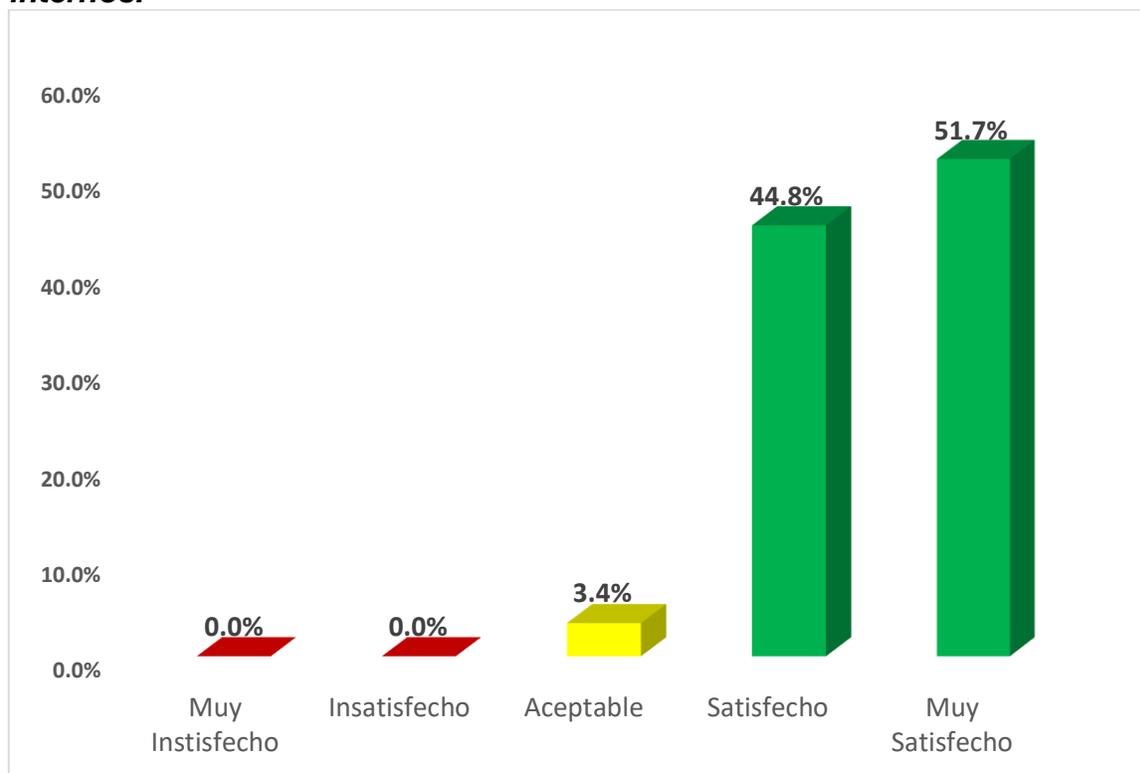


Fuente: Encuesta Propia.

Resultados en Base a la Escala de Likert

De acuerdo a la técnica de medición de la escala de Likert, establecidas en base a los datos de las encuestas, donde se registran las sumatorias de puntos por sujeto respecto a los parámetros analizados, para conocer el resultado acerca de la percepción de Satisfacción, se obtuvo que la mayoría de pacientes en un 82.7% se encuentra satisfechos o muy satisfechos con la atención que se les brinda en la consulta externa del hospital. (Grafico 25)

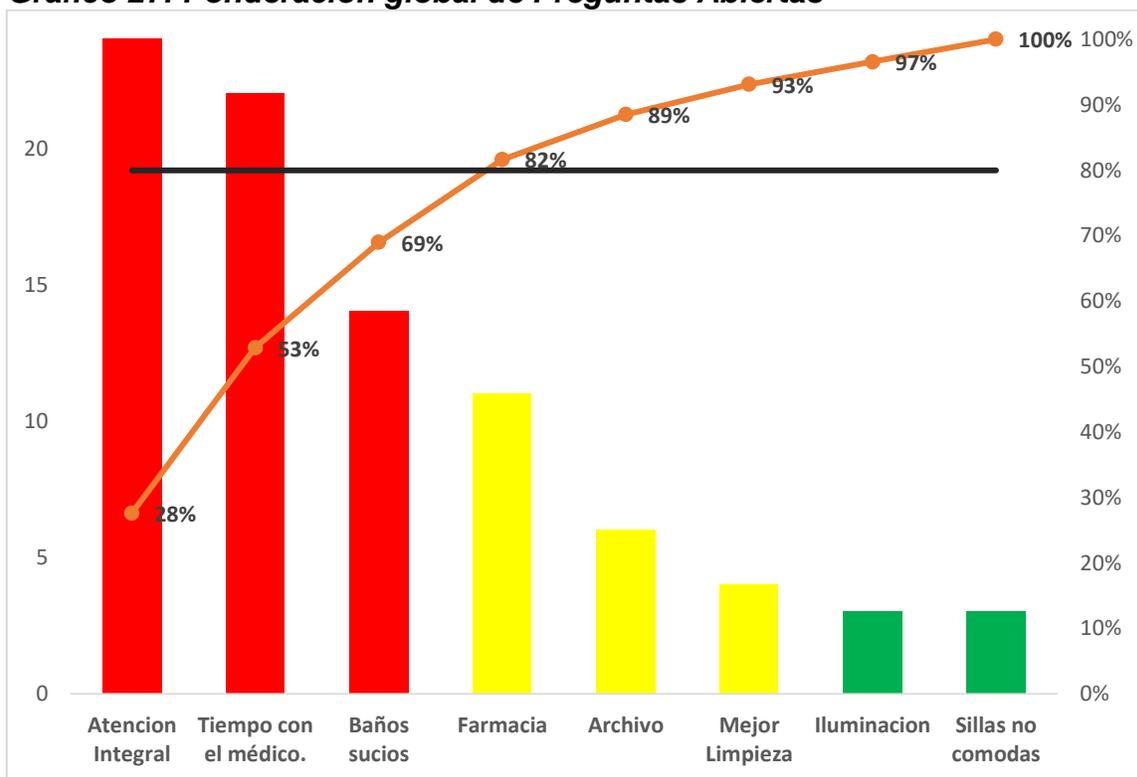
Grafico 26: Ponderación general de la satisfacción de atención de los usuarios internos.



Fuente: Encuesta Propia.

En relación a la percepción general del personal: médicos, enfermería, servicios de apoyo y servicios generales, relacionados con la atención de pacientes; en la ponderación de acuerdo a los parámetros analizados en las encuestas, la mayoría en un 82.8% manifiesta sentirse satisfecho o muy satisfecho. (Grafico 26)

Grafico 27: Ponderación global de Preguntas Abiertas



Fuente: Encuesta Propia.

La valoración de las opiniones a las preguntas abiertas, graficadas según Pareto, en cuanto a la pregunta que creen que se debe mejorar, nos demuestran que la mayoría de las respuestas un 21.8% se agruparon dentro del grupo de falta de una atención integral como un equipo multidisciplinario, un 20.0% en el grupo que consideran que el tiempo de atención que le brinda el médico y la enfermera no es suficiente, el 12.7% opinaron que el baño se encuentra sucios, un 10% emitieron opiniones desfavorables para el área de farmacia, un 5.5% de opiniones desfavorables para el área de archivo por que no encontraron su expediente clínico el día de la consulta. Es de considerar que un 21.0% no opino. En cuanto a la pregunta de su experiencia en la consulta externa un 47.3% considera que el la amabilidad de médicos y enfermeras, un 11.8% el orden para pasar la consulta, un 10.8% la climatización del área de espera de consulta externa, un 9% que le despacharon todos sus medicamentos, un 16.4% no opino. Los resultados generales sobre qué áreas los usuarios consideran se deben mejorar se presentan el siguiente gráfico. (Grafico 27)

VI. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En este trabajo se buscó conocer el grado de satisfacción de los pacientes crónicos, específicamente diabéticos e hipertensos, que se encuentran en control en la consulta externa del Hospital Nacional de San Francisco Gotera en periodo de febrero a mayo de 2017 y determinar su asociación con las dimensiones de la calidad, lo cual se evaluó en base a estructura, procesos y resultados; considerándose la disponibilidad, accesibilidad, la calidad técnica, la calidad percibida y la eficacia. Los resultados se obtuvieron de la opinión de los usuarios internos y externos, así como de la observación de la consulta externa, los resultados del estudio se consignaron según métodos evaluativos establecidos. Estos resultados nos permiten analizar su referencia con el marco teórico y estudios previos.

Con respecto a las variables sociodemográficas, se logró observar que los participantes de este estudio fueron principalmente del sexo femenino, y la edad promedio es de 56 años (+/- 15), en cuanto a los resultados referente al sexo es coincidente con el segundo "Informe sobre Salud y Género" elaborado por el Observatorio de Salud de la Mujer, perteneciente al Ministerio de Sanidad y Consumo Español donde indican que los hombres se muestran más reticentes a acudir a las consultas médicas, por lo que la atención sanitaria se realiza muchas veces cuando la enfermedad ya está en un estado muy avanzado. Este mayor porcentaje de población femenina, guarda relación con datos de población DYGESTIC, en la cual el porcentaje de mujeres es mayor que la población masculina en el departamento de Morazán.

La diabetes mellitus se constituyó en el estudio como la patología crónica con la mayor frecuencia de atención en la consulta externa, como se ha observado en los datos epidemiológicos oficiales de los últimos cinco años del hospital reportados en su programación anual operativa, así como en las principales diez principales morbilidades de la consulta externa.

En la evaluación de la variable disponibilidad, relacionada con la capacidad instalada, en cuanto a los recursos humanos, los médicos constituyen casi la mitad, enfermería

y grupos de apoyo diagnóstico una cuarta parte y administrativos y servicios generales el resto; más de la mitad de los usuarios se sienten satisfechos referente a considerar que el personal médico y de enfermería para atender la demanda es suficiente, así mismo la disponibilidad de horarios de los médicos para atención. La tercera parte del personal considera que se le proporcionan los recursos, herramientas e instrumentos necesarios para realizar su trabajo y además refieren que se encuentran en buenas condiciones.

La disponibilidad de medicamentos prescritos y que fueron encontrados en farmacia correspondió a un 59.1%, valorado como satisfecho, para el periodo evaluado se observó que en el área de farmacia fueron despachados todos los medicamentos prescritos; en la percepción general de los usuarios, el 41.9% mayoritariamente, en el grupo que tienen más de 5 años de estar en control en el hospital, refirieron que casi siempre o nunca encontraban sus medicamentos; en lo que refiere a la prescripción por parte de los médicos un 66.7% manifestó que recetan los medicamentos basándose principalmente en la disponibilidad que tiene el hospital más que en la prescripción adecuada: lo que se constata con el informe de la revista Infac desabastecimiento de medicamentos conlleva un impacto directo en la salud de los pacientes, puede conducir a errores en la prescripción inadecuada de los medicamentos al utilizar medicamentos alternativos, implican un incremento de los costos para el sistema sanitario y para el paciente.

En la variable accesibilidad, en cuanto a la procedencia la mayoría un proviene del área rural, además se observa que un 40% provienen de municipios cercanos al hospital, por lo tanto tardan menos de una hora para desplazarse desde su domicilio hacia el hospital; aunado a esto, como aspecto cultural casi en su totalidad prefieren llevar sus controles médicos en el hospital, percibiéndose que en el hospital hay mejores médicos y medicamentos, Analizando la accesibilidad geográfica, no hubo inconvenientes para la llegada al hospital. La mayoría necesitó abordar un solo medio de transporte público; generándoles un gasto (económico) para transportarse entre uno y cinco dólares.

La accesibilidad en términos económicos, La gratuidad de los servicios de salud se refleja en que casi la totalidad de los entrevistados se encontraban muy satisfechos, debe tenerse en cuenta que un porcentaje importante de los entrevistados (55.5%) eran amas de casas y muchos estaban desempleados. Aunque debe de considerarse lo manifestado en cuanto a que una parte de los pacientes (40.9%) han percibido desabastecimiento, en algún periodo de tiempo, desde que asisten a sus controles en el hospital como consecuencia se genera incremento en el gasto de bolsillo. En concordancia, en su estudio del 2014 la European Association of Hospital Pharmacists, encontró desabastecimiento en 99% de los hospitales en el año y un 66% de desabastecimiento en promedio semanal. La Infac (2015) en su informe refiere que el desabastecimiento de medicamentos conlleva por lo tanto a una interrupción en el continuo de la atención, incremento del gasto de bolsillo y mayores complicaciones médicas con detrimento en la calidad de atención y de vida del paciente

El análisis de la estructura y funcionamiento de la consulta externa, indica que los resultados globales en cuanto a la disponibilidad son de 66% y en cuanto a accesibilidad arriba del 75%, por lo que la capacidad instalada alcanza un porcentaje de funcionamiento para atender la demanda de pacientes con patología crónica de un 71%. Mejía Cañas (2015) considera que la capacidad instalada se refiere a la disponibilidad de infraestructura necesaria para producir determinados bienes o servicios su magnitud es una función directa de la cantidad de producción que puede suministrarse.

La valoración de la variable integralidad, nos da como resultados valores porcentuales arriba del 70%, en los cuales se considera que el personal se encuentra satisfecho con la organización del trabajo, la forma como los directivos demuestran su dominio técnico, solucionan los problemas con participación del personal, conocen las normas de recursos humanos y constantemente se actualizan, aunque solamente un 60% considera que tiene oportunidad para recibir capacitaciones. Debe considerarse siempre los resultados de aquellos ítems que se encuentren con resultados que

generaron mayor conflicto. En comparación con los resultados del estudio de Bonadeo M.(2005) donde encontró un 50% de satisfacción y un 35% de insatisfacción relacionada con excesiva carga laboral, falta de participación en la toma de decisiones y de realización de trabajos de investigación entre otros.

La valoración de la continuidad de atención en base a los resultados obtenidos se considera que se garantiza tanto para los usuarios internos como externos que reciben las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias, en este sentido más del 70% del personal siente que puede desarrollarse y poner en práctica sus habilidades, conocen las evaluaciones de su desempeño laboral, un 100% manifiesta que la atención se basa en guías y normativas para el manejo de pacientes lo que contrata a la hora de su aplicación ya que más del 80% considera que más importante a la hora de decidir el manejo de un paciente que la aplicación de la guía clínica, en este mismo orden la prescripción de medicamentos, 67% se basa en la disponibilidad en farmacia. Estos resultados están en concordancia con Paganini y los elementos que conlleva una atención integral de la calidad.

En la atención que se les brinda a los usuarios relacionada con la variable continuidad se encuentra que se da en menos de la tercera parte (35%) de los encuestados, en relación a falta de preparación de un plan de tratamiento, falta de información adecuada y sobre la motivación a participar en grupos de apoyo como clubes. La falta de continuidad en la atención según lo establece Donabedian (1991) a la inestabilidad de los objetivos y métodos de tratamiento, lo que influye en la calidad de atención.

En lo que respecta a la variable relaciones interpersonales, en promedio el 67% del personal percibe que en el trabajo que pueden contar con sus compañeros de trabajo y jefe para resolver los problemas ya que sus opiniones son tomadas en cuenta, consideran que han sido tratados bien sin importar el cargo que desempeñen, así mismo un 41% manifiesta que pueden expresar sus opiniones sin temor a represalias. Estos resultados guardan relación con lo que sostienen en sus estudios Contreras Chavarría (1984), Yanes Gallardo (2010) las relaciones interpersonales en el trabajo tienen un impacto significativo en la satisfacción laboral general, especialmente, las

relaciones con jefaturas. Así mismo (Deci & Ryan, 2000), consideran que una necesidad psicológica básica es tener las relaciones interpersonales significativas con otros y si estas se satisfacen genera en las personas motivación intrínseca y satisfacción. En este estudio encontramos que el personal se encuentra satisfecho lo que se refleja en la opinión de más del 70% de los usuarios externos referente a durante su permanencia en el establecimiento el personal le brindo un trato digno y amable.

Para el presente estudio, en cuanto a la comodidad, encontramos satisfacción en un 68%, considerada como un valor compuesto de los servicios y facilidades físicas tangibles así como la dotación al personal de todos los materiales y equipos necesarios para el desempeño de sus funciones, los resultados referente a la adaptabilidad a su medio laboral son superiores al 90%, en los aspectos físicos como climatización, limpieza y niveles de ruido, tanto el personal como los usuarios externos se sienten satisfechos, no obstante, la limpieza y accesibilidad a los servicios sanitarios es un aspecto importante con el cual los usuarios externos expresan sus opiniones desfavorables y más del 60% los encuentran sucios. Aunque personal y pacientes perciben satisfacción en referencia con la comodidad en general es de considerar que todavía existe una brecha que cubrir y como lo expresa Donabedian (1996) Que Al considerar la estructura, debemos tomar en cuenta el supuesto de que la calidad de los medios puestos a disposición de la prestación del servicio condiciona la calidad del mismo. En este mismo orden el **principio de Pareto** nos enseña que la mayoría de nuestro problemas (80%) vienen de una fuente pequeña (20%). Ello es acorde con lo que en estudio se halla.

En el enfoque de resultados, considerando la eficacia por medio de sus indicadores: Satisfacción, manejo o recuperación de pacientes y tiempos de espera, los resultados obtenidos del estudio determinan en promedio el 85% del personal se sienten satisfechos de laborar en la institución ya que prestigio del hospital son gratificantes para ellos, así mismo tienen claridad sobre los objetivos de la institución y perciben que las jefaturas les reconocen por un trabajo bien hecho, pero consideran un 55% que no se preocupan por sus necesidades primordiales y un 48% el salario no es

adecuado para su puesto de trabajo, en lo que respecta a los pacientes un 76% percibe orden en la consulta externa, pero a un más de la mitad de los pacientes no consideraron su opinión cuando le prescribieron un tratamiento. La incorporación activa del paciente en todo su plan de tratamiento es referenciado por (Mira et al, 1992). (Dickens, 1994) Habría que considerar que no sólo se miden resultados técnicos también es importante saber si el paciente queda satisfecho de forma tal que procure no sólo el bienestar del paciente, sino que sea compatible con sus preferencias y expectativas. Así mismo la empatía de los profesionales en su trato con los pacientes, tipo y cantidad de información que se le presta al paciente.

El estudio en lo que respecta a la variable, Mejora y continuidad del paciente en la que fue valorada la adherencia a medicamentos se obtuvo como resultado en cuanto a la adherencia el 49% son adherentes y si cumplen con el tratamiento, y un 51% no son adherentes, la mayoría asisten a sus citas de control y un 30% ha tenido ingresos por complicaciones de su enfermedad crónica. Los valores encontrados en relación a la adherencia están en relación con los datos de la Organización Mundial de la Salud donde se estima que la adherencia media a tratamientos crónicos en países desarrollados ronda el 50%; En estudios realizado por Marchant Olivares, Torresani M, Flores Torres, concuerdan que los factores relacionados para lograr que el paciente sea adherente se debe tomar en cuenta, la percepción del paciente sobre su enfermedad, la disponibilidad de recursos, económicos, humanos y apoyo familiar, en este sentido los pacientes que se encuentran en riesgo de no adherencia se relacionan con la falta de orientaciones claras por parte del personal de salud así como la falta de entrega por escrito de las recomendaciones referente al tratamiento. Con lo que se concuerda con los hallazgos del presente estudio.

Los resultados del estudio obtenidos, en relación a la variable tiempos de espera determinan que hay satisfacción en el 71% de los usuarios externos en lo que respecta al tiempo de espera para pasar consulta y para despacho de medicamentos en el área de farmacia. Estos resultados están en base a percepción del usuario y no a la utilización de una herramienta que midiera específicamente los tiempos en cada paso del proceso de atención.

Para finalizar se realiza un análisis enfocado en los resultados obtenidos de las diferentes variables, en concordancia con los diferentes estudios encontramos un 67% de satisfacción pero no supero el 80% para ser considerada como atención de calidad a los pacientes crónicos.

Deben realizarse nuevos estudios a futuro sobre calidad de atención sobre todo haciendo énfasis en aquellos aspectos principales que resultaron mayormente desfavorables, así mismo es importante dar seguimiento con mayor profundidad a la adherencia de pacientes a medicamentos, además sería importante realizar estudios en base a un factor que se encontró sobre la preferencia para llevar los controles médicos, ya que con la reforma de salud se ha ampliado la cobertura en el primer nivel de atención. Por otra parte los resultados obtenidos sirvan de base para la formulación de un plan estratégico de atención integral de pacientes crónicos, entre el primer y segundo nivel de atención de salud.

VII. CONCLUSIONES

Según la información en este estudio se puede concluir lo siguiente.

- Con respecto a las variables biogeográficas, se concluye que los participantes de este estudio fueron principalmente de sexo femenino, con un promedio de edad de 56 años (+/- 15) y principalmente fueron amas de casa con residencia en el área urbana.
- La Diabetes Mellitus se constituye como la primera causa de morbilidad en la consulta externa, patología que debe ser abordada en forma integral con un equipo multidisciplinario y no solamente desde la óptica del Médico Internista.
- Hay déficit en la capacidad instalada principalmente en personal de servicios de apoyo y de enfermería, lo cual es percibido por los usuarios, este déficit afecta el tiempo necesario que los pacientes requieren en las diferentes áreas de atención y que conlleva a no brindar calidad en la atención.
- La gratuidad de los servicios que brinda el hospital es altamente satisfactoria para la población; pero se encuentra un porcentaje de desabastecimiento de medicamentos, lo que conlleva a la población a gastos en salud.
- El personal de la consulta externa goza de oportunidades de capacitación, hay organización en el trabajo, los jefes están capacitados, lo que permite un mejor desempeño para la atención de los pacientes.
- El manejo clínico de los pacientes se basa en la experiencia de los profesionales y no en la aplicación de las guías clínicas lo que conlleva a variabilidad en la forma de abordar las diferentes patologías.
- Hay déficit en la continuidad de atención al no prepararse un plan de tratamiento integral donde se tome en cuenta la opinión del paciente y la motivación para participar en grupos de apoyo.
- Aunque existen buenas relaciones entre el personal así como con las jefaturas, hay temor a represalias por expresar sus comentarios.

- Existe comodidad en las salas de espera por la limpieza y la climatización, más sin embargo, mayoritariamente hay insatisfacción por la limpieza de los servicios sanitarios que los usuarios los encuentran sucios.
- No hay adherencia a los medicamentos. Por diferentes factores como falta de tiempo para explicarles a los usuarios, falta de atención integral como equipos multidisciplinarios, desabastecimientos de medicamentos y la variabilidad clínica en el manejo de las patologías crónicas.
- Existe orden en para pasar la consulta médica por lo que los tiempos de espera son aceptables.

VIII. RECOMENDACIONES

Al nivel rector del Ministerio de Salud.

- Hacer cumplir las políticas de calidad del Ministerio de Salud, emitidas en los lineamientos de la estrategia para la mejora continua de la calidad de los servicios hospitalarios.
- Monitorizar el cumplimiento de la estrategia para la mejora continua de la calidad en los servicios hospitalarios.
- Perfeccionar en los hospitales nacionales, la Gestión de la Calidad, desarrollándola de forma consciente y que permita aportar una atención integral en la población manteniendo una comunicación efectiva en la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud.

Al Hospital Nacional de San Francisco Gotera.

- Sistematizar la implementación e implantación de la Estrategia de mejoramiento continuo de la calidad en los servicios de Salud
- Convertir a la Calidad, por medio de los departamentos de recursos humanos en un principio de conducta cotidiana, expresada en el desempeño laboral, con un compromiso de la prestación de los servicios de salud en la Consulta externa entre Dirección, jefaturas, personal operativo y administrativo.
- Fortalecer las Unidades Organizativas de la Calidad.
- Dotación de los recursos necesarios para garantizar la implementación del programa de calidad.

- Implementar la formulación de un plan estratégico para la atención integral e integrada de los pacientes con patología crónica, que garantice el continuo de atención entre ambos niveles.

IX. PROPUESTA TECNICA

PROPUESTA TECNICA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD QUE SE BRINDAN PARA LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON PATOLOGIA CRONICA DEL HOSPITAL.

INTRODUCCIÓN

El estudio realizado en el Hospital Nacional de San Francisco Gotera, sobre la atención de calidad que se brinda en la consulta externa a pacientes crónicos, permite por medio de la identificación de los principales factores que afectan la calidad de atención, ya sean estos de estructura, procesos o resultado, lo que permite realizar una propuesta técnica que se encamine a realizar acciones a corto, mediano y largo plazo para obtener calidad en la atención que se brinda a los usuarios externos y en el mismo sentido a los usuarios externos.

Considerando que los parámetros de la calidad en el campo de la atención a la salud serán diferentes, dependiendo de la posición funcional que las personas guarden dentro del sistema de cuidado de la salud. Por consiguiente, el concepto de calidad para el médico, el paciente, el administrador, el político, el empleado, el empresario, etc. no es el mismo, propiciando que haya una gran diversidad de parámetros de la calidad, con la consecuente dificultad teórica y metodológica para compararlos o complementarlos para lograr un índice único y válido, lo que constituye un reto y como lo manifiesta Deming es un ciclo continuo, por lo que esta propuesta técnica se constituya en la base para futuros estudios.

OBJETIVO

Lograr que el Hospital Nacional de San Francisco Gotera, brinde calidad de atención a los pacientes con patología crónica en control en la consulta externa.

RESULTADOS ESPERADOS

- Asegurar de una forma eficaz y eficiente la operación y control de los procesos de atención en salud, así como de las medidas para garantizar el desempeño satisfactorio del personal dentro de la institución.
- Lograr el involucramiento, comprensión y motivación de los empleados hacia las metas y objetivos de la institución, así como participación en la mejora continua, de la calidad.
- Mejorar las aptitudes del personal y potenciar sus esfuerzos, a través de la integración de los diferentes profesionales para lograr atención como equipos de trabajo.
- Cambiar la cultura organizacional, pasando de un pensamiento simplista solo centrado en la atención en salud, a uno que vea al usuario interno como externo, en forma integral.

ESTRATEGIAS

- Auditar el proceso de atención a pacientes crónicos y el de la competencia. Conocimiento de la valoración y expectativas del usuario interno como externo en torno al servicio de atención prestado por el hospital. Detectar áreas de mejora y estudiar la posibilidad de ofrecer nuevos servicios.
- Diseñar indicadores que permitan establecer objetivos cuantificables para la mejora continua de la calidad del proceso de atención a pacientes crónicos.
- Socializar a todo el personal las áreas de mejora y los objetivos a corto, medio y largo plazo.
- Potenciar una concienciación del personal de la institución, sobre todo las de contacto con el usuario externo, en la necesidad de mejora continua con el paciente y de la gestión de la experiencia del mismo.
- Realizar periódicamente reuniones con todo el equipo de evaluación de la calidad y promover propuestas de áreas de mejora
- Formular un plan estratégico de atención, integrado entre el primer y segundo nivel de atención en salud del departamento de Morazán.

EJES DE IMPLEMENTACIÓN

- Fortalecimiento de la Unidad Organizativa de la Calidad Institucional.
- Elaboración y evaluación de propuestas de mejora en base a las brechas encontradas.
- Evaluación de los indicadores de calidad hospitalarios ya existentes y diseño de indicadores de calidad del proceso de atención a pacientes crónicos.
- Benchmarking.
- Gestión por indicadores / Cuadros de Mando: definición, control y actualización
- Gestión del proceso de atención al cliente
- Detección de áreas de mejora en todo el proceso de atención
- Conocimiento de la valoración y expectativas del usuario actual y potencial, en torno al servicio de atención prestado por el hospital.
- Plan de capacitaciones continuas sobre calidad.
- Análisis de la competencia, obtener lo que otros hospitales están haciendo bien.
- Diagnóstico de necesidades de formación y capacitación en el personal.
- Mejorar el desempeño colectivo e individual del recurso humano a través de capacitaciones continuas y mejorar las relaciones personales a través de motivación con el apoyo de otras instituciones.
- Fomentar a través de actividades de integración la motivación y comunicación bidireccional para brindar una mejor atención al usuario externo.

BIBLIOGRAFIA

- Allison, M., & Kaye, J. (2005). *Administración de Servicios de Salud* (2da. ed.). Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Baer, D. (julio de 2011). Patient-physician e-mail communication: the kaiser permanente experience. *J Oncol*, 4(230-3).
- Bergson, S. (s.f.). A Systems Approach to patient centered-Care. Commentary. *JAMA*.
- Bonadeo, M., Marengi, M., Bassi, F., & et. al. (Dic de 2005). Evaluación del grado de satisfacción del personal médico en un hospital de pediatría. *Arch. argent. pediatr. [Internet].*, 103(6 491-496. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752005000600005&lng=es).
- Caja costarricense de seguro social. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Subárea de. (2011). . Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular.
- Consejería de Sanidad. (2013). *Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid* (Primera ed.). (S. S. Ministerio de Sanidad, Ed.) Madrid: Salud Madri.
- Contreras Chavarria, B., & Matheson Vargas, P. (1984). Recuperado el 20 de mayo de 2017, de "Una herramienta para medir clima organizacion,Cuestionario de Litwin y Stringer": <https://repositorio.uc.cl/bitstream/handle/11534/6158/000378306.pdf?sequence=1>
- Curry, N., & Ham, C. (2010). Recuperado el 10 de feb de 2017, de Clinical and service integration : the route to improved outcomes.: <http://kingsfund.koha-ptfs.eu/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=96801>
- Deci, E., & Ryan, R. (2000). Recuperado el 21 de mayo de 2017, de Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being: https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2000_RyanDeci_SDT.pdf
- Del Salto Mariño, E. (2012). Evaluación de la calidad de atención y satisfacción del usuario que asiste a la consulta en departamento médico del Instituto Nacional Mejía en el periodo 2012. [Tesis] Quito: Universidad Central de Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas.
- DIGESTYC. (2007). Recuperado el 17 de diciembre de 2016, de Dirección General de Estadísticas y Censos: <http://www.digestyc.gob.sv/index.php/temas/des/poblacion-y-estadisticas-demograficas/censo-de-poblacion-y-vivienda/poblacion-censos.html>
- Donabedian, A. (Mexico D.F. 1984). La Calidad de Atención Médica. *La Prensa Médica Mexicana*.
- Donabedian, A. (Junio de 1995). "Calidad de la atención a la salud. Continuidad y Cambio en la Búsqueda de La Calidad. *Revista ITAES*(2).

- European Association of Hospital Pharmacists. (2014). Recuperado el 29 de Mayo de 2017, de Medicine shortages in European Hospital, Results of the largest pan-European survey on medicines supply shortages in the hospital sector, its prevalence, nature and impacts for patient care.: <http://www.eahp.eu/practice-and-policy/medicines-shortages>
- Flores Torres, I. (julio de 2009). Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Avances en Enfermería*, 22(2; Disponible en URL:<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v27n2/v27n2a04.pdf>).
- Gallardo-Solarte , K., Benavides-Acosta, F., & Rosales-Jiménez, R. (2016). Costos de la enfermedad crónica no transmisible: la realidad colombiana. . *Rev Ciencia Salud*, 14(1:103-114).
- García, V., Viniegras, C., & Rodríguez L, G. (2007). Calidad de Vida en Pacientes Crónicos. *Revhabancienméd* , 7(4 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2007000400002&lng=es. (consultado 24 de mayo 2017)).
- Garro, E. (s.f.). Recuperado el 16 de mayo de 2017, de Herramientas básicas de la calidad, diagrama de Pareto.[Internet]: <http://blog.pxsglobal.com/2017/01/02/siete-herramientas-basicas-de-la-calidad-diagrama-de-pareto-la-importancia-de-empezar-por-lo-importante/>
- Giugni, P. (2009). Recuperado el 17 de abril de 2017, de La Calidad Como Filosofía de Gestión: <http://www.pablogiugni.com.ar/william-edwards-deming/>
- Haynes RB, S. D. (1976). Improvement of medication compliance in uncontrolled hypertension. . *Lancet*, 1(1265-8).
- Hospital Nac. "Dr. Hector A. Hernandez F." de San Francisco Gotera, Morazan El Salvador. (2016). Recuperado el 14 de febrero de 2017, de Programación Anual Operativa: http://publica.gobiernoabierto.gob.sv/institutions/hospital-nacional-general-dr-hector-antonio-hernandez-flores-san-francisco-gotera/information_standards/plan-operativo-anual
- Infac. (2015). Desabastecimiento de medicamentos: Un problema sin resolver. *Información Farmacoterapéutica de la Comarca*, 23(7).
- Instituto for Health Improvement. (s.f.). Recuperado el 26 de feb de 2017, de New Health Partnerships: improving health by engaging patients: <http://www.ihl.org/programs/satragiciniatives/NewHealthPartnerships.htm>
- Jimeno Bernal, J. (2013). Recuperado el 17 de abril de 2017, de PDCA HOME: <http://www.pdcahome.com/5202/ciclo-pdca/>
- Jova Morel, R., Rodríguez Salva, A., & Díaz Piñera, A. (Nov de 2011). Modelos de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en Cuba y el mundo. *MEDISAN*, 15(11).
- Kodner, D., & Spreuwenberg, C. (febrero de 2002). Integrated Care: meaning logic, applications and implications a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 12.

- Macinko, J., Hde Oliveira, V., H Turci, M., H Guanís, F., H Bonolo, P., & H Lima-Costa, M. (2011). The Influence of the Primary Care and Hospital Supply on ambulatory Care. Sensitive Hospitalization Among Adults in Brazil. *Ham J Public Healt*, 10(101).
- McCulloch, D., Glasgow, R., Hampson, S., & Wagner, E. (Jul. de 1994). A systematic approach to diabetes management in the post DCCT era. *Diabetes Care*, 17 (7)(765-9).
- Mcculloch, D., Price, M., Hindmarsh, M., & Wagner, E. (enero de 1998). A population based approach to diabetes management in a primary setting early results an lesson learned. *Effective Clinical Practices*, 12(22).
- McWilliams, MD, M., Meara, PhD, E., Zaslavsky, PhD, A. M., & Ayanian, MD, MPP, J. Z. (Diciembre 26 de 2007). Health of Previously Uninsured Adults. *JAMA*, 298(24).
- Mejía Cañas, C. (2013). Recuperado el 14 de mayo de 2017, de El concepto de la capacidad instalada. Planning Consultores Gerenciales: <http://www.planning.com.co/bd/archivos/Julio2013.pdf>
- Ministerio de Salud de El Salvador. (2017). Recuperado el 12 de marzo de 2017, de lineamientos_tecnicos_referencia_retorno_interconsulta_riiss: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_tecnicos_referencia_retorno_interconsulta_riiss_v2.pdf
- Ministerio de Salud el Salvador. (2012). *Modelo de gestión integral de suministro de medicamentos e insumos de salud*. (1a. Ed. ed.). San Salvador: OPS.
- Mira JJ, A. J. (s.f.). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med*.
- Mira, J. J. (2003,14(4), 291-). ¿Qué opinan los pacientes de los hospitales públicos? Análisis de los niveles de calidad percibida en cinco hospitales. *Gaceta Sanitaria*, 14(4).
- Morales, V., & Hernández, A. (Junio de 2004). Calidad y satisfacción en los servicios; conceptualizacion. *Revista Digital*, 73. Obtenido de Calidad y satisfacción en los servicios; conceptualización. *Revista Digital*; 73: <http://www.efdeportes.com>
- Morisky DE, G. L. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*, 24(67 -74).
- Nogués Solán X., S. R. (marzo de 2007). Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *An. Med. Interna (Madrid)*, 24((3) 138-141. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000300009&lng=es.
- Olivares SC, M. (2013). Recuperado el 17 de abril de 2017, de Adherencia a tratamiento y percepción de enfermedad en pacientes con epilepsia no refractaria [tesis]. Chile: Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales: <http://tesis.uchile.cl/bitstream/handle/2250/115635/TESIS.Adherencia%20y%20percepcion%20de%20enfermedad%20%20%281%29.pdf?sequence=1>

- OMS. (2010). Recuperado el 8 de Enero de 2016, de [who.int/nmh/publications:
http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf)
- Orantes, C., Herrera, R., Almaguer, M., Brizuela, E., Hernandez, C., Bayarre, H., & et al., (Octubre de 2011). Enfermedad Renal Crónica y Factores de Riesgo Asociados en el Bajo Lempa, El Salvador. Estudio Nefrolempa, 2009. *MEDICC Review*, 13(4).
- Organización de la Salud/ OMS. (2017). Recuperado el 24 de abril de 2017, de Manejo integrado de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo.:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1543%3A2012-integrated-disease-management&catid=1415%3Aintegrated-disease-management&Itemid=1353&lang=es
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Recuperado el 18 de abril de 2017, de Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: OMS:
<http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Recuperado el 20 de ene de 2017, de Preparin a health care workforce or the 21st century challenge of chronic conditions:
http://www.who.int/chp/knowledge/publications/workforce_eport/en/index.html
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Recuperado el 21 de ene de 2017, de Causas de Muerte: (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_2008_sources_methods.pdf).
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Recuperado el 27 de enero de 2017, de Informe sobre la salud en el mundo: Atención Primaria en Salud: http://www.who.int/2008/08_repor_es.pdtUH
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Recuperado el 20 de feb de 20017, de www.paho.org:
http://www.paho.org/spanish/ad/dpcn/nc/carmen_info.htm.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas*. (:. M. OPS/OMS, Ed.) Washington DC: OPS/OMS. Recuperado el 12 de Feb de 2017, de www.paho.org:
http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&Itemid=307
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). Mejora de los Cuidados Crónicos a través de las redes integradas de los servicios de Salud.
- Pan American Health Organization. (2007). *Health in the Americas 2007*. PAHO/WHO., Washington, DC.
- Ramirez, K. (2012). Recuperado el 19 de abril de 2017, de Filosofía de la Calidad, Maestros de la Calidad: <http://maestrosdelacalidadrc100312.blogspot.com/2012/09/maestros-de-la-calidad-philip-crosby-y.html>
- Riveros S, J., & Berné M, C. (Jul de 2007). Análisis de la opinión de usuarios sobre calidad percibida y satisfacción con hospitales públicos: Estudio de caso desde la perspectiva de la aplicación del

- marketing. *Revista médica. Chile*, 135(7). Recuperado el 13 de mayo de 2017, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000700006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000700006>.
- Rodríguez Pérez, M., & Grande Armesto, M. (2014). Recuperado el 22 de mayo de 2017, de Calidad asistencial: Concepto, dimensiones y desarrollo. [internet] Madrid: Escuela Nacional de Sanidad: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500957/n14-1_Calidad_asistencial.pdf
- Rodriguez, J. (s/f). Recuperado el 12 de abril de 2017, de Monografias: <http://www.monografias.com/trabajos76/joseph-juran/joseph-juran2.shtml>
- Salinas Rodríguez, J. L. (2006). Recuperado el 25 de mayo de 2017, de Evaluación de la calidad en servicios de atención y orientación psicológica: conceptos e indicadores. *Psicología para América Latina*.: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000400014&lng=pt&tlng=es.
- Shepperd, S., Lannin, N., Clemson, L., McCluskey, A., Cameron, I., & Barras, S. (2013). *Discharge planning from hospital to home* *Cochrane Database Syst*. Recuperado el 20 de feb de 2017, de Cochrane Database Syst: <http://www.cochranelibrary.com/cochrane-database-of-systematic-reviews/>
- Shepperd, S., Doll, H., Angus, R., Clarke, M., & Kalra, L. (2009). Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: a systematic review and metaanalysis of individual patient data. *CMAJ*, 175(82). Recuperado el 20 de feb de 2017, de ademadrid: <https://ademadrid.files.wordpress.com/2014/03/estrategia-de-cronicos.pdf>
- Stoner, J. (Julio 2007). *Orientaciones Universitarias: Capitulo 3* (1a. ed.). Bogota: Pontifica Universidad Javeriana.
- Torresani, M., Maffei, L., Squillace, C., Belén, L., & Alorda, B. (2011). Recuperado el 17 de abril de 2017, de Percepción de la adherencia al tratamiento y descenso del peso corporal en mujeres adultas con sobrepeso y obesidad. *Diaeta*: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372011000400004&lng=es&nrm=iso
- Turrado, M., Garrido Pérez, L., & Dominguez, C. (2016). Recuperado el 22 de mayo de 2017, de Factores que influyen en la satisfacción del paciente de diálisis con enfermería.: http://scielo.isciii.es/pdf/enfro/v20n1/09_original8.pdf
- Urroz Torres, O., & Allen Flores, P. (2004). *INTRODUCCIÓN A LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD* (Primera Edición ed.). (A. Sales Chávez, & et. al, Edits.) San Jose, Costa Rica: Caja costarricense del Seguro Social. Obtenido de *INTRODUCCIÓN A LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD* .
- Val Jiménez A, A. G. (1992). Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test Morisky y Green. . *Atenc Primaria*, 10(767).
- Vargas, J. L. (2005). «*Planificación en los servicios de salud*». Universidad de Costa Rica, Curso especial de posgrado en gestión local de salud., Costa Rica.

Wikipedia, C. d. (2017). Recuperado el 27 de Junio de 2017, de Principio de Pareto.[Internet]:
https://es.wikipedia.org/wiki/Principio_de_Pareto

YANEZ GALLARDO, R., & ARENAS CARMONA, M. y. (2010, vol.16, n.2). Recuperado el 4 de junio de 2017, de El impacto de las relaciones interpersonales en la satisfacción laboral general. liber. [online].: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272010000200009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1729-4827

ANEXOS



GUIA DE OBSERVACION SOBRE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS EN LA RED DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE MORAZAN.

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

Categorización del Establecimiento: _____

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

PROCESO

ADECUACION FISICA Y EQUIPAMIENTO DEL AREA DE ATENCION A PACIENTE AMBULATORIOS.

I.AREA DE RECEPCION Y ESPERA DE PACIENTES.

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

II.CONSULTORIOS.

- AMPLITUD E () B () R () M ()
- FUNCIONABILIDAD E () B () R () M ()
- MOBILIARIO E () B () R () M ()

ORDEN Y LIMPIEZA	E () B () R () M ()
ILUMINACION	E () B () R () M ()
VENTILACION	E () B () R () M ()
DISTRIBUCION DE ESPACIOS FISICO	E () B () R () M ()
EQUIPAMIENTO	E () B () R () M ()

IV.BAÑOS.

ACCESIBILIDAD	E () B () R () M ()
AMPLITUD	E () B () R () M ()
FUNCIONABILIDAD	E () B () R () M ()
ORDEN Y LIMPIEZA	E () B () R () M ()
ILUMINACION	E () B () R () M ()
DISTRIBUCION	E () B () R () M ()
SUMINISTRO DE INSUMOS DE HIGIENE	E () B () R () M ()

V.FARMACIA.

ORDEN	E () B () R () M ()
RAPIDEZ EN LA ENTREGA	E () B () R () M ()
ENTREGA COMPLETA DE MEDICAMENTOS	E () B () R () M ()
EQUIPO	E () B () R () M ()
CLIMATIZACION	E () B () R () M ()

IX.DOCUMENTOS MEDICOS

AMPLITUD	E () B () R () M ()
COMODIDAD	E () B () R () M ()
EQUIPO INFORMATICO	E () B () R () M ()
ILUMINACION	E () B () R () M ()
DISTRIBUCION	E () B () R () M ()



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MEDICINA



MAESTRIA EN GESTION HOSPITALARIA.

Encuesta de opinión sobre la calidad de atención para Pacientes Crónicos.

Sentirse saludable puede ser difícil cuando uno tiene una enfermedad crónica. Por favor cuéntenos sobre la atención que usted recibe de su equipo de salud (personal médico, de enfermería así como otro personal de salud). Sus respuestas son confidenciales y no serán informadas a su centro de salud

Piense acerca de la atención que usted recibió por su enfermedad crónica durante los últimos seis meses (si hace más de seis meses que usted fue atendido por su médico o enfermera, piense en su última consulta).

I. Datos Generales:

Edad: _____ Sexo: Femenino Masculino

Enfermedad por la que está en control: Diabetes Hipertensión Arterial

Procedencia: Urbano Rural Municipio _____

Ocupación: Trabajo Estable Temporal (Jornal) Ama de Casa Jubilado

Desempleado

En qué año le diagnosticaron su enfermedad: _____

En qué año inicio su tratamiento en el hospital: _____

Padece otra enfermedad: SI NO

Toma otros medicamentos para otras enfermedades si () NO ()

Cuantos medicamentos toma al día para su enfermedad: 1 () 2 () 3 () 4 () más de 4 ()

Donde prefiere llevar sus controles: Hospital Unidad de Salud

Porque: 1. Mejores Médicos 2- Mejor Atención.

3. Más Cerca 4. Siempre he ido allí

El tiempo que tarda desde su domicilio hasta el hospital

15 a 30 min 30min a 1 hora 1 a 2 horas más de 2 horas

¿Cuánto gasta de dinero para asistir a consulta? [1 – 5] [6 – 10] [11 – 15] [>16] \$

Disponibilidad; Recursos Humanos					
1. Le parece aceptable la cantidad de personal médico existente en la consulta externa.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Le parece aceptable la cantidad de personal de enfermería existente en la consulta externa.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. El tiempo que le brindo el médico durante su consulta fue aceptable.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. El tiempo que le brindo la enfermera para su atención fue aceptable.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Disponibilidad: Horarios de Atención					
5. Los horarios de atención que tiene los médicos en la consulta externa son favorables para Usted	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Disponibilidad: Medicamentos disponibles					
6. Los medicamentos que el médico le indica los encuentra en la farmacia del hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Accesibilidad: cultural					
	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
7. El médico o la enfermera tuvieron en consideración sus valores y costumbres cuando le recomendaron algún tratamiento	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Calidad Técnica: Integralidad					
	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
8. Le preguntaron sobre sus hábitos o costumbres relacionadas a la salud de manera directa o a través de una encuesta	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Recibe apoyo de su familia para el control de su enfermedad.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Le preguntaron sobre cómo su enfermedad crónica afecta su vida diaria	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Le animaron o alentaron a participar en actividades en un grupo de apoyo, como club de diabéticos o hipertensos que pudieran motivarle a cumplir el plan de tratamiento establecido.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Le enviaron a la consulta de un nutricionista o dietista	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. ¿Le preguntaron cómo iban sus consultas con otros médicos a los cuales fue referido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Le explicaron como las cosas que hace para cuidar su enfermedad (por ejemplo el ejercicio) son importantes para su salud.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Calidad Percibida: Relaciones Interpersonales

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
15. Durante la permanencia en el establecimiento el personal le brindo un trato cordial y amable	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Calidad Percibida: Comodidad

16. Considera que el personal se encuentra correctamente uniformado y limpio.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Considera que el personal de salud respeta su privacidad durante su atención.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Considera que la sala de espera está limpia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19. Considera que la sala de espera tiene buena iluminación.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. Considera que los baños se encuentran limpios.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Eficacia: Satisfacción del Usuario					
21. El tiempo para recibir su atención fue el adecuado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22. Se sintió satisfecho porque la atención que recibió estaba bien organizada.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23. le preguntaron alguna idea u opinión cuando fue preparado su plan de tratamiento	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Eficacia: continuidad					
24. Le entregaron por escrito una lista de cosas que podía hacer para mejorar su salud	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
25. Le ayudaron a preparar por adelantado un plan para poder cuidar de su enfermedad incluso en momentos difíciles	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
26. Le informaron acerca de grupos de apoyo para pacientes con enfermedades crónicas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
27. Le dieron una tarjeta de control, en la que se anota el progreso que va teniendo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Eficacia: Mejora o continuidad del paciente (Adherencia)					
28. Tiene alguna dificultad para tomar sus medicamentos todos los días	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
29. Se le olvida alguna vez de tomar sus medicamentos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
30. Toma los medicamentos a la hora que le indica el medico	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
31. Cuando se siente bien deja de tomar los medicamentos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
32. Cuando se siente mal deja de tomar sus medicamentos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
33. Asiste puntualmente a las citas que el personal de salud le indica	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
34. Ha tenido ingresos por alguna complicación por su enfermedad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Eficacia: Tiempos de Espera					
1. Tiene alguna dificultad para tomar sus medicamentos todos los días	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _5
2. Se le olvida alguna vez de tomar sus medicamentos	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _5
3. Toma los medicamentos a la hora que le indica el medico	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _5
4. Cuando se siente bien deja de tomar los medicamentos	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _5

¿Qué parte de su experiencia en la consulta externa lo ha dejado más satisfecho?

¿Qué áreas cree que deben mejorar?

Muchas Gracias



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MEDICINA
MAESTRIA EN GESTION HOSPITALARIA



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE CONSULTA EXTERNA

Instrucciones Generales

Esta encuesta de opinión sobre la organización es absolutamente anónima, no escriba su nombre, código o cualquier otro tipo de identificación ya que se busca que usted responda con la más amplia libertad y veracidad posible.

La encuesta está dividida en 2 partes:

Parte I: Está dedicada a la información de carácter general acerca de su situación actual como trabajador del Hospital y que brinda atención a pacientes crónicos.

(Preguntas 1 a la 4).

Parte II: Está dedicada a medir la apreciación que tiene Ud. como trabajador acerca del Proceso de Gestión empleado en la organización Hospitalaria.

Parte I

Información General

En las siguientes preguntas marque la alternativa que más se acerque a su situación Actual como trabajador del Hospital Nacional de San Francisco Gotera.

1. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor su puesto de trabajo dentro de la Organización?

- a) Jefe de servicio.
- b) Personal Administrativo
- c) Personal asistencial
- d) Personal de servicio
- e) Otros (especifique)

2. ¿A qué grupo ocupacional pertenece?

- a) Médico
- b) enfermería
- c) Administrativo
- d) Servicios de apoyo
- e) Otro

3. ¿Cuál es su condición laboral en el MINSAL?

- a) Ley de salarios
- b) Contrato GOES
- c) Compra de servicios profesionales
- d) Ad honorem

4. ¿Cuál es su tiempo de servicios en el MINSAL?

- a) Menos de 1 año
- b) De 1 a 4 años
- c) más de 5 años

Parte II

APRECIACIONES SOBRE SU CENTRO DE LABORES

A continuación tiene usted una lista de afirmaciones o puntos de vista relacionados con el trabajo, cargo o puesto que Usted desempeña.

Sírvase calificar cada una de las frases usando una escala de puntuación del 1 al 5, de tal manera que el puntaje que asigne denote su conformidad con lo que ha declarado.

El puntaje y la clave de respuesta a cada afirmación se asignarán de acuerdo a la siguiente tabla:

CODIGO	Estoy;
1	TOTALMENTE EN DESACUERDO CON LA OPINIÓN
2	EN DESACUERDO DE ACUERDO CON LA OPINIÓN
3	INDIFERENTE A LA OPINIÓN
4	DE ACUERDO CON LA OPINIÓN
5	TOTALMENTE DE ACUERDO CON LA OPINIÓN

Relaciones interpersonales					
1. Los Directivos del Hospital hacen los esfuerzos necesarios para mantener informados oportunamente a los trabajadores sobre los asuntos que nos afectan e interesan, así como del rumbo de la Hospital.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Los compañeros de trabajo, en general, estamos dispuestos a ayudarnos entre nosotros para completar las tareas, aunque eso signifique un mayor esfuerzo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Estoy satisfecho con los procedimientos disponibles para resolver los reclamos de los trabajadores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Creo que los trabajadores son tratados bien, independientemente del cargo que ocupan.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. El ambiente de la institución permite expresar opiniones con franqueza, a todo nivel sin temor a represalias.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
continuidad					
6. En mi trabajo siento que puedo poner en juego y desarrollar mis habilidades	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Se me proporciona información oportuna y adecuada de mi desempeño y resultados alcanzados	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Tengo suficiente oportunidad para recibir capacitación que permita el desarrollo de mis habilidades asistenciales para la atención integral	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. La atención de los pacientes se basa en la aplicación de guías, normas y protocolos establecidos.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. La experiencia personal es más importante a la hora de decidir el manejo de un paciente que la aplicación de guías y protocolos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Los medicamentos que se recetan a los pacientes están basados principalmente en la disponibilidad que tiene el hospital más que en la prescripción adecuada.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
comodidad					
12. La institución me proporciona los recursos necesarios, herramientas e instrumentos suficientes para tener un buen desempeño en el puesto.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Siento que puedo adaptarme a las condiciones que ofrece el medio laboral de mi centro de trabajo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. La climatización y ventilación del área de consulta externa es adecuada	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. El nivel de ruido que se percibe en la consulta externa se encuentra en niveles aceptables	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. La iluminación en los consultorios permite una buena visibilidad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Disponibilidad					
17. El mobiliario y equipo es suficiente y se encuentra en buenas condiciones	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Integralidad					
18. El trabajo en el área de consulta externa está bien organizado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19. Los Directivos y Jefes solucionan problemas de manera creativa y buscan constantemente las innovaciones y las mejoras	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. Los Directivos y Jefes toman decisiones con la participación de los trabajadores del establecimiento.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21. Los directivos y Jefes demuestran un dominio técnico y conocimiento de sus funciones	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22. Tengo oportunidad para recibir capacitación que permita el desarrollo de mi conocimiento para el cargo que desempeño	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23. Tengo un conocimiento claro y transparente de las políticas y normas de personal de la institución.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24. Constantemente actualizo mis conocimientos para brindar atención de calidad a mis pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Satisfacción					
25. El nombre y prestigio del hospital es gratificante para mí.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
26. Los objetivos y responsabilidades de mi puesto de trabajo son claros, por tanto se lo que se espera de mí.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
27. En términos generales me siento satisfecho con mi centro laboral	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
28. Los Directivos y Jefes generalmente me reconocen por un trabajo bien hecho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
29. La institución se preocupa por las necesidades primordiales del personal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
30. Mi sueldo o remuneración es adecuada en relación al trabajo que realizo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MEDICINA
MAESTRIA EN GESTION HOSPITALARIA.



CONSENTIMIENTO INFORMADO.

La presente investigación tiene como objetivo principal, analizar la calidad de atención que se brinda a los pacientes con patologías crónicas, Diabéticos e Hipertensos, en la Red de Servicios de Salud del Departamento de Morazán, en base a estructura, procesos y resultados. En este sentido La universidad de El Salvador, por medio de la Maestría En Gestión Hospitalaria, lleva a cabo dicha investigación para la cual usted ha sido seleccionado.

La información que se genere, servirá para establecer planes de intervención y de mejora en base a los resultados obtenidos.

La información es confidencial y los resultados serán presentados en pleno sin dar a conocer los nombres de los participantes, por lo que solicitamos su colaboración en llenar las encuestas respectivas que se le entregaran.

De antemano se agradece su participación.

Cualquier duda o comentario puede avocarse a la Dirección del Hospital Nacional de San Francisco Gotera, o contactase al teléfono 2645-2203

Por medio de la presente doy fe que he leído con exactitud el presente documento y se me ha explicado de forma concreta objetivos y procedimientos a realizar, por lo tanto firmo de consentimiento de participar en la investigación.

Nombre: _____

Firma: _____