



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MEDICINA
MAESTRIA EN GESTION HOSPITALARIA.



**LA CALIDAD DE ATENCION EN UNIDAD DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
NACIONAL DE NUEVA CONCEPCION EN EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL
DE 2017.**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRO EN GESTIÓN HOSPITALARIA

RESPONSABLES

Dr. Oscar Humberto Castaneda Campos.

Dr. Miguel Ángel Landaverde Solórzano.

ASESOR

Dr. Mgh. Boanerge Antonio Valencia

SAN SALVADOR AGOSTO DE 2017

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

**LIC. ROGER ARMANDO ARIAS
RECTOR UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**DRA. MSP. MARITZA MERCEDES BONILLA
DECANA DE LA FACULTAD DE MEDICINA**

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

JURADO

**LICDA. MSP REINA ARACELI PADILLA MENDOZA
DR. MGH BOANERGES ANTONIO VALENCIA
DRA. MGH GUADALUPE MARTÍNEZ DE MARTÍNEZ**

AGRADECIMIENTOS.

En primer lugar a Dios todo poderoso, que ha permitido desarrollar y llevar a cabo esta actividad, con sacrificio y esfuerzo.

A mi esposa que siempre ha estado apoyándome y brindando fuerzas en momentos de flaqueza.

A mi familia por brindarme su apoyo incondicional y estar a mi lado en todas las situaciones.

A mis compañeros de trabajo que me apoyaron para la realización de esta Maestría, brindándome su tiempo y paciencia.

Oscar Humberto Castaneda Campos

AGRADECIMIENTOS.

En primer lugar a Dios por haberme permitido la vida y lograr este esfuerzo.

A mi hermana Elia Margarita Landaverde Solórzano, que desde el cielo estoy seguro que me ha estado apoyando en todo.

A mi padre y mi madre que al igual desde el cielo estoy seguro abogan por mí.

A mi esposa y mis dos hijas por alentarme a siempre a continuar en lucha.

Miguel Ángel Landaverde Solórzano.

RESUMEN.

Título: La Calidad de atención en la unidad de emergencia del Hospital Nacional de Nueva Concepción en el período de febrero a abril de 2017.

Propósito: Elaborar una propuesta de Mejora Continua de la Calidad encaminada al desarrollo de una cultura de Empoderamiento y trabajo en equipo con visión de futuro.

Material y métodos: la investigación es de tipo descriptiva, con metodología cuantitativa; se realizaron encuestas a 15 usuarios internos, y a 70 usuarios externos, desde un enfoque analítico de la información. La información fue procesada con el método de tablas y gráficos dinámicos en Excel. El estudio se realizó durante el periodo de febrero a abril del año 2017, en la Unidad de Emergencia del Hospital de Nueva Concepción Chalatenango.

Resultados: Los resultados encontrados dan a conocer que existe amplias brechas de disparidades en la valoración de las tres variables de la calidad respecto al nivel de calidad establecido como adecuado para la presente investigación, que es del 80% o más, y que sustenta la teoría de la calidad de autores pioneros de la calidad. Ninguno de los tres enfoques evaluados superó el 80% de lo esperado para considerarlo como calidad, esto se convierte en oportunidades de mejora para la implementación de proyectos de mejora de la calidad no solo en la Unidad de Emergencia, sino en otras unidades hospitalarias.

Conclusiones: Las conclusiones se convierten en las aseveraciones generales de la valoración de la calidad encontrada; Así la Unidad de Emergencia cuenta con: La Capacidad Instalada de 39.5%, La Calidad Técnica y Humana 64.28% y la Eficacia con el 68.42%

Recomendaciones: Establecer un compromiso con la Gestión y Calidad de la prestación de servicios de Salud en la Unidad de Emergencia entre Dirección, Jefaturas y personal operativo.

CONTENIDO.

Capítulo	Página.
I. INTRODUCCION.....	1
II. OBJETIVOS.....	3
III. MARCO DE REFERENCIA.....	4
IV. DISEÑO METODOLOGICO.....	60
V. RESULTADOS.....	68
VI. DISCUSION DE LOS RESULTADOS.....	84
VII. CONCLUSIONES.....	93
VIII. RECOMENDACIONES.....	95
IX. PROPUESTA TÉCNICA.....	96
X. BIBLIOGRAFIA.....	99
ANEXOS.....	101

I. INTRODUCCION.

Los sistemas de salud en América Latina, tienen el reto constante de modernizar y renovar estrategias encaminadas a mejorar la calidad de atención a los usuarios, por medio de planes de mejora enfatizados en la optimización de sus recursos, obteniendo de esa manera la satisfacción del usuario.

En relación a la calidad en los servicios de salud, este concepto hace referencia a la capacidad que con distinto grado, puede tener una organización o un acto específico de asistencia sanitaria para satisfacer las necesidades del paciente.

La calidad en los servicios de salud está configurada por un conjunto de atributos, agrupados por Donadegan² en tres categorías; referida al nivel científico técnico, a la relación interpersonal y al entorno.

Las intervenciones para reducir la utilización inadecuada de las urgencias hospitalarias ha mostrado una escasa efectividad, por lo que es útil indagar en los motivos por los cuales los pacientes prefieren consultar en el Servicio de Urgencia Hospitalario evitando el primer nivel de complejidad que corresponde a los establecimientos de salud correspondiente, con el fin de plantear nuevas estrategias enfocadas a la reducción de la inadecuación de las consultas y elevación de la eficiencia de la atención de Urgencia.

El estudio de la calidad de atención en la Unidad de Emergencia se ha estructurado siguiendo los criterios de la evaluación normativa, basada en el enfoque de Estructura, Proceso y Resultado. Para 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, 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.

Por lo antes expuesto se enuncia lo siguiente.

¿Cómo es la calidad de atención en la Unidad de emergencia del hospital Nacional de Nueva Concepción en el período de Febrero a Abril de 2017?

II. OBJETIVOS.

Objetivo General.

Evaluar la calidad de atención brindada en el área de emergencia del Hospital Nacional de Nueva Concepción, durante el periodo de febrero a abril de 2017.

Objetivos específicos.

1. Analizar la capacidad instalada de la unidad de emergencia del Hospital Nacional de Nueva Concepción.
2. Valorar el proceso de la calidad de atención a los usuarios que acuden a la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Nueva Concepción.
3. Determinar la eficacia del servicio de salud que reciben los usuarios que consultan en la Unidad de emergencia del Hospital Nacional de Nueva Concepción.

III. MARCO DE REFERENCIA.

3.1 DEFINICION DE CALIDAD¹.

La calidad puede referirse a diferentes aspectos de la actividad de una organización: el producto o servicio, el proceso, la producción o sistema de prestación del servicio o bien, entenderse como una corriente de pensamiento que impregna toda la empresa. Sin embargo, tanto en el ámbito general como en el sanitario, existen unos criterios erróneos acerca de la calidad y de su control que suponen un obstáculo al necesario entendimiento entre quienes la brindan y los que deben conseguirla. El concepto de calidad ha evolucionado a lo largo de los años y dado lugar a que tanto lo referente a su función como a su ámbito y objeto de control hayan variado hasta nuestros días, cuando la calidad se configura como un modelo de gestión y un estilo de dirección implantado en las empresas líderes. El objetivo fundamental de la calidad, como filosofía empresarial, es satisfacer las necesidades del consumidor, aunque Éste es un concepto controvertido. Las necesidades pueden estudiarse según diversos puntos de vista de la teoría económica, del marketing, de la psicología y de la economía de la salud, no siempre coincidentes. Desde todos ellos se han aportado contribuciones al conocimiento de las necesidades que deben considerarse al planificar los recursos sanitarios.

El diccionario de la Real Academia Española define el concepto de calidad como “La propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie”. Esta definición muestra las dos características esenciales del término. De una parte, la subjetividad de su valoración; de otra, su relatividad. No es una cualidad absoluta que se posee o no se posee, sino un atributo relativo: se tiene más o menos calidad. Centrados en el producto, el término calidad se entiende como un concepto relativo no ligado solamente a aquel, sino más bien al binomio producto/cliente. Reúne un conjunto de cualidades relacionadas entre sí que todos los bienes y servicios poseen en mayor o

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

menor medida. Constituye un modo de ser del bien o servicio; en consecuencia, es subjetivo y distinto según el punto de vista de quien la ofrece y de quien la consume. En la literatura especializada hay numerosas definiciones. Todas ellas se han formulado en función tanto de las características del bien o servicio como de la satisfacción de las necesidades y exigencias del consumidor.

La calidad es:

- ✓ El grado de satisfacción que ofrecen las características del producto con relación a las exigencias del consumidor.
- ✓ El conjunto de especificaciones y características de un producto o servicio referidas a su capacidad de satisfacer las necesidades que se conocen o presuponen.
- ✓ El conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren la aptitud para satisfacer unas necesidades manifiestas o implícitas.
- ✓ El conjunto de todas las propiedades y características de un producto que son apropiadas para cumplir las exigencias del mercado al que va destinado.
- ✓ El cumplimiento de las especificaciones, los requisitos del diseño del producto o servicio.
- ✓ El grado de adecuación de un determinado producto o servicio a las expectativas del usuario o a ciertos parámetros tecnológicos o científicos expresados mediante normas concretas.

3.2 REFERENTES DE LA CALIDAD².

Kaoru Ishikawa.

Teórico de la administración de empresas japonés, experto en el control de calidad. Educado en una familia con extensa tradición industrial, Ishikawa se licenció en Químicas por la Universidad de Tokio en 1939.

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

A partir de 1949 participó en la promoción del control de calidad, y desde entonces trabajó como consultor de numerosas empresas e instituciones comprometidas con las estrategias de desarrollo del Japón de la posguerra. Ishikawa explicó el interés y el éxito de los japoneses en la calidad basándose en la filosofía del kanji (escritura de letras chinas), puesto que la dificultad de su aprendizaje favorece los hábitos de trabajo preciso. Ishikawa intentaba conseguir el compromiso de los obreros como personas: solamente así los trabajadores tendrían interés en mejorar la calidad y la producción.

De entre las muchas aportaciones que contienen sus numerosos libros sobre el control de calidad, destaca su conocido Diagrama causa-efecto (también llamado "Diagrama de espina de pescado" por su forma) como herramienta para el estudio de las causas de los problemas. Se fundamenta en la idea de que los problemas relacionados con la calidad raramente tienen causas únicas, sino que suele haber implicados en ellos, de acuerdo con su experiencia.

Los pasos que siguió Ishikawa fueron los siguientes en su camino hacia el control de la calidad:

1. Crea un curso titulado "como utilizar datos experimentales".
2. El Japón tiene que esforzarse por hacer productos de alta calidad y bajo costo.
3. Me pareció que la aplicación del Control de la Calidad podría lograr la revitalización de la industria y efectuar una revolución conceptual en la gerencia.

Dentro de sus publicaciones aparecieron cuando la UCIJ publicó la revista Hinshitsu Kanri (Statycal Quality Control). La publicación promovió la idea de que las empresas y trabajadores unieran sus esfuerzos y se ayudaran mutuamente. A partir de 1962, se publicó la revista Gemba to QC (Quality Control for the Foreman). De allí surgieron diversas actividades de círculos de control de calidad. Cabe señalar con satisfacción, El hecho de que sin ellas no habría el éxito en el control de calidad y el control de calidad total en el Japón.

La carrera de Kaoru Ishikawa en algunas formas, es paralela a la historia económica del Japón contemporáneo. Ishikawa, como el Japón entero, aprendieron las bases del control de calidad estadístico que los Americanos desarrollaron. Pero justo como los logros económicos del Japón no son limitados a imitar productos extranjeros, los logros de calidad del Japón e Ishikawa en particular van más allá de la aplicación eficiente de ideas importadas.

Uno de los logros más importantes de la vida de Kaoru Ishikawa fue contribuir al éxito de los círculos de calidad.

El diagrama de causa – efecto, posiblemente es el diagrama que lo hizo mayormente conocido. Este diagrama ha demostrado ser una herramienta muy poderosa que puede ser fácilmente utilizada para analizar y resolver problemas, es tan simple que cualquier persona lo puede aplicar.

A pesar que los círculos de calidad se desarrollaron primero en Japón, se expandieron a más de 50 países, una expansión que Ishikawa jamás se hubiera imaginado. Originalmente, Ishikawa creía que los círculos dependían de factores únicos que se encontraban en la sociedad japonesa. Pero después de ver círculos creándose en Taiwán y Corea del Sur, el teorizo que los círculos de calidad pueden desarrollarse en cualquier país del mundo siempre y cuando dicho país utilizara el alfabeto Chino, El razonamiento de Ishikawa era que el alfabeto Chino, uno de los sistemas de escritura más difíciles pueden ser aprendidos solo con mucho estudio, en esa época el trabajo duro y el deseo de la educación se hicieron sumamente importantes en esos países.

Edward Deming.

Un pionero y profeta de la Calidad Total (TQM - Total Quality Management). Deming, un estadista, profesor y fundador de la Calidad Total. Ignorado por las corporaciones americanas, Deming fue a Japón en 1950 a la edad de 49 y enseñó a los administradores, ingenieros y científicos Japoneses como producir calidad.

Ampliamente solicitado luego que Deming compartió sus ahora famosos "14 puntos" y "7 pecados mortales" con algunas de las corporaciones más grandes.

Durante la Segunda Guerra Mundial, Deming enseñó a los técnicos e ingenieros americanos estadísticas que pudieran mejorar la calidad de los materiales de guerra. Fue este trabajo el que atrajo la atención de los japoneses. Después de la guerra, la Unión Japonesa de Científicos e Ingenieros buscó a Deming. En Julio de 1950. Durante los próximos treinta años, Deming dedicaría su tiempo y esfuerzo a la enseñanza de los Japoneses y "transformo su reputación en la producción de un motivo de risa a un motivo de admiración y elogio".

Deming se enfatizó mucho en que la 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 calidad con referencia al consumidor consiste en redefinir constantemente los requerimientos.

La productividad aumenta mientras la variabilidad disminuye. El control de calidad es necesario, ya que todas las cosas varían. El control estadístico no significa la ausencia de productos o servicios defectuosos, sino que más bien permite predecir los límites de las variaciones. Hay dos tipos de variación: fortuitas e imputables. Es inútil tratar de erradicar los defectos causados por el azar. Pero puede resultar muy difícil distinguir entre los dos, o determinar las causas imputables. No basta con responder a las especificaciones; también es necesario reducir la variación.

Los 14 Puntos de Deming

- 1. Crea una constancia del propósito para el mejoramiento del producto y del servicio.**

La visión debe orientar la cultura empresarial y proporcionar un objetivo a la organización. Esta visión le da a la organización una perspectiva a largo plazo. Evalúa el compromiso de la dirección, y determina cómo está actuando la organización en relación con otras empresas.

- 2. Adopte la nueva filosofía.**

El sector directivo de Occidente debe despertar el desafío, y asumir un nuevo papel en el liderazgo. La revolución de la calidad es comparable en importancia económica a la Revolución industrial. Es concurrente con la globalización de la economía.

- 3. Deje de depender de la inspección para lograr calidad.**

Introduzco herramientas modernas de calidad, como el control estadístico de procesos, las operaciones evolutivas, el diseño de experiencias y el despliegue de la función de la calidad. La inspección sólo sirve para evaluar un problema, y no permite ninguna corrección. A menudo se dice que no se puede “inspeccionar la calidad”.

- 4. Minimice el coste total operando con un solo proveedor; termine con la práctica de asignar operaciones sólo sobre la base del precio.**

No haga acuerdos comerciales a tontas y a ciegas con el más bajo oferente. En lugar de eso, reduzca al mínimo el coste total.

- 5. Mejore constantemente y para siempre cada proceso.**

Yo no basta simplemente con resolver los problemas. El mejoramiento continuo de la calidad y de la productividad reduce constantemente los costes.

6. Instituya la capacitación en la función.

La capacitación se aplica a todos los niveles de la organización, desde el más bajo hasta el más alto. No desestime la posibilidad de que los mejores instructores puedan ser sus propios empleados.

7. Adopte e instituya el liderazgo.

El liderazgo surge de los conocimientos, la pericia y las habilidades interpersonales, no de la autoridad. Todos pueden y deberían ser líderes.

8. Elimine el temor. El temor nace del liderazgo inseguro que se respalda en las normas laborales, en la autoridad, en el castigo y en una cultura empresarial que promueve la competencia interna fuera de lugar en una empresa eficiente.

9. Derribe las barreras entre las áreas del personal. Todos deben trabajar como un equipo, en pos de una meta común. El trabajo en equipo es un imperativo en la administración moderna. Pueden ser necesarias nuevas estructuras organizativas.

10. Elimine los eslóganes, las exhortaciones y los objetivos para la plantilla. Los programas o campañas que imponen una tarea pero dejan al trabajador sin poder como para lograr un objetivo representan una administración por medio del temor.

11. Elimine las cuotas numéricas para los trabajadores y las metas numéricas para la dirección. Deje de lado la administración por objetivos o, más precisamente, la administración por números.

12. Elimine las barreras que impiden que el personal experimente orgullo por la tarea. Elimine el sistema de calificación anual. Elimine todo aquello que prive al trabajador del orgullo por su trabajo. La responsabilidad de los supervisores debe pasar del volumen y el resultado final a la calidad.

13. **Instituya un vigoroso programa de capacitación y auto superación para todo el personal.** La capacitación produce un cambio inmediato de conducta. Los resultados de la formación pueden no manifestarse de inmediato, pero suelen tener efectos importantes en el largo plazo.
14. **Haga trabajar a todo el personal de la compañía para lograr la transformación.** Es necesario un compromiso de los altos niveles directivos a fin de lograr el esfuerzo necesario para la transformación. La transformación es tarea de todos.

LAS SIETE ENFERMEDADES MORTALES

1. **Falta de constancia en el propósito.** La falta de visión da por resultado una ausencia de objetivos y una falta de disciplina que puede conducir al deterioro del ambiente laboral y de la organización.
2. **Énfasis sobre las ganancias a corto plazo; un pensamiento de corto alcance.** Esto es lo mismo que se ha dicho arriba, pero se ve con tanta frecuencia en las empresas norteamericanas que merece una mención especial.
3. **Evaluaciones anuales de performance.** Los efectos de las evaluaciones de performance son devastadores.
4. **Movilidad de los puestos ejecutivos; cambio de empleo.** En la sociedad occidental se asigna poca importancia al hecho de permanecer en el empleo durante años y de rendir al máximo.
5. **Utilice cifras tangibles sólo para los ejecutivos.** Si la información fuera relevante para su trabajo, ellos necesitan estar informados.
6. **Los excesivos costes por salud.** Los libros sobre el estrés abundan. La razón es la gran insatisfacción que se experimenta en el ámbito laboral de las

empresas actuales; un corolario de esto es el auge de los trabajadores independientes.

7. **Los excesivos costes por responsabilidad civil.** Esto es alentado por los abogados que trabajan sobre la base de honorarios eventuales, en una sociedad que cotiza muy alto una profesión que brinda escaso o ningún valor agregado.

LOS OBSTACULOS DE DEMING

1. Descuidar la planificación y la transformación de largo plazo.
2. La idea de que los problemas se resuelven con la automatización, dispositivos y otros “elementos”.
3. Adoptar una variedad de recetas para implementar el mejoramiento de la calidad sin seguir los principios básicos resultará desastroso.
4. La actitud “nuestros problemas son diferentes” lleva a ignorar los principios básicos.
5. La desactualización en la enseñanza, tanto en los colegios como en las escuelas para graduados, tiene que ser superada.
6. Basarse en los departamentos de control de calidad para “resolver todos nuestros problemas de calidad”. La calidad debe llegar a ser parte de la tarea de todos.
7. Responsabilizar al personal por los problemas. Debe haber un mejoramiento del sistema así como del producto. Un producto libre de defectos no significa nada si se fabrica el producto inadecuado.
8. Calidad por inspección. La calidad no se puede “inspeccionar”. Responder a las especificaciones no significa lograr calidad; eso no es todo.

9. Los fracasos pueden ser el resultado de la capacitación masiva con escasa orientación a la implementación. Otros fracasos ocurren cuando la idea a ser implementada requerirá años de transformación cultural. Deming remite al ejemplo de los círculos de control de calidad que han sido escasamente implementados en Estados Unidos, a causa de la falta de comprensión y de acción por parte de la dirección.

10. Las computadoras sin personal. Las computadoras pueden eliminar lo tedioso de los cálculos, pero no la necesidad de interpretación. Los sistemas no han evolucionado hasta el punto de una fábrica de robots, y es bastante probable que esto no ocurra por un largo tiempo.

11. Las pruebas inadecuadas. Los prototipos son mucho menos costosos que un fracaso masivo en la producción. La fabricación asistida por la computación permite producir prototipos "simples" que son fáciles de modificar y hacen un buen trabajo a la hora de imitar la realidad. Un modelo "complejo" se puede construir después de experimentar con diferentes prototipos simples.

12. "Cualquiera que venga a asesorarnos debe comprender todo acerca de nuestra empresa", esta es una actitud arrogante que conduce al fracaso. Las respuestas se pueden encontrar dentro de la organización, provenir de los consultores externos y de otras fuentes.

Deming se hizo disponible a la América corporativa en términos de consulta y a individuales a través de sus escritos y tours de seminarios por los próximos trece años de su vida. Aunque murió en 1993, su trabajo aún vive. Slogans de misión, tales como el de Ford " Calidad es el primer trabajo", son reconocidos en la industria; cursos empresariales son dictados usando sus principios como partes integrales del curriculum; y la abreviación TQM (Total Quality Management) es ampliamente conocido y comúnmente utilizado a través de la América corporativa.

Joseph M. Juran.

El Dr. Joseph M. Juran nació el 24 de diciembre de 1904 en la ciudad de Braila, ahora parte de Rumania.

En 1909, su padre Jakob dejó Rumania, después toda la familia se reunió en 1912 en Minnesota. Joseph manejó una cuadrilla de caballos y trabajó como obrero, fue vendedor de zapatos, limpiabotas, empleado abarrotero y tenedor de libros en la fábrica de hielo local.

Juran, hizo un aporte muy significado en la administración de la calidad con lo que fue la “trilogía de juran” la cual nos dice lo siguiente:

“Que para la gestión para la calidad se hace por medio del uso de los tres mismos procesos de gestión de planificación, control y mejora. Ahora los nombres se cambian.

Planificación de la calidad: Esta actividad implica una serie de pasos universales, que son en esencia de:

1. Determinar quiénes son los clientes.
2. Determinar las necesidades de los clientes.
3. Desarrollar las características del producto que responden a las necesidades de los clientes.
4. Desarrollar los procesos que sean capaces de producir aquellas características del producto.
5. Transferir los planes resultantes a las fuerzas operativas.

Control de calidad. Este proceso consta de:

1. Evaluar el comportamiento real de la calidad.
2. Comparar el comportamiento real con los objetivos de la calidad.
3. Actuar sobre las diferencias.

Mejora de la calidad. Este proceso es el medio de elevar las costas de la calidad a niveles sin precedente. La metodología consta de:

1. Establecer la infraestructura necesaria para conseguir una mejora de calidad anualmente.
2. Identificar las necesidades concretas para mejorar los proyectos de mejora.
3. Establecer un equipo de personas para cada proyecto con una responsabilidad clara de llevar el proyecto a buen fin.
4. Proporcionar los recursos, la motivación y la formación necesaria para los equipos.”

Cada uno de estos procesos es universal y se lleva a cabo con una secuencia uniforme de actividades.

El punto de arranque es la planeación de la calidad, es decir, crear un proceso que será capaz de cumplir con metas establecidas, y hacerlo, obviamente, bajo las condiciones de operación. El asunto que requiera la planeación de la calidad puede ser cualquiera: un proceso de oficina, un proceso de ingeniería para diseñar productos nuevos, un proceso de planta para producir bienes o un proceso de servicio para los clientes de acuerdo con sus requerimientos.

En seguida de la planeación, el proceso se lleva hacia la fuerza operativa. Su responsabilidad es vigilar que el proceso opere con efectividad óptima. Debido a que las deficiencias se originan en la operación inicial, los procesos pueden con un alto nivel de gasto de desperdicio crónico.

Sin llegar a empeorar, lo que son los picos esporádicos mostrados, se establece un equipo apagafuegos y se le lleva a determinar cuáles son las causas de esta variación anormal.

Para lo cual se puede realizar la descripción acerca de la trilogía:
Proceso: Planeación de la calidad. Es aquel proceso en el que se hacen las preparaciones para cumplir con las metas de calidad.

Resultado final:

Es un proceso capaz de lograr las metas de calidad bajo las condiciones de operación.

Proceso:

Control de la calidad. Es el que permite comparar las metas de calidad con la realización de las operaciones.

Resultado final:

Conducir las operaciones de acuerdo con el plan de calidad.

Proceso:

Mejoría de la calidad. Es el que rompe con los niveles anteriores de rendimiento y desempeño.

Resultado Final: Conduce las operaciones a niveles de calidad marcadamente mejores de aquellos que se han planteado para las operaciones.

Philip Crosby.

Philip Crosby nació en Wheeling, Virginia el 18 de junio de 1926. Entre su participación en la Segunda Guerra Mundial y Corea, Philip Crosby comenzó su trabajo como profesional de la calidad en 1952 en una escuela médica.

La carrera de Philip Crosby comenzó en una planta de fabricación en línea donde decidió que su meta sería enseñar administración en la cual previniendo problemas sería más provechoso que ser bueno en solucionarlos. Trabajó como encargado de calidad para Martin-Marietta, creó el concepto de cero defectos.

En 1979 fundó Philip Crosby Associates, Inc. (PCA), y durante los diez años siguientes la convirtió en una organización con 300 empleados alrededor del mundo y con \$80 millones de dólares en ganancias. PCA enseñó a la gerencia cómo establecer una cultura preventiva para lograr realizar las cosas bien y a la primera.

Menciona que la calidad es gratis, definiéndola como "conformancia a los requerimientos " e indicando que el 100% de la conformancia es igual a cero defectos.

Establece que en las organizaciones que no se trabaja con un plan que contemple la calidad, los re trabajos y desperdicios alcanzan del 20 al 40%. Promueve sus 14 pasos para administrar la calidad en otro libro denominado " Calidad sin Lágrimas".

Autor del libro " La Calidad es Gratis ", se le conoce por su lema de CERO DEFECTOS.

Philip Crosby introdujo el programa de mejora tratando de concienciar a las empresas para que centraran sus esfuerzos en la necesidad de obtener calidad. El objetivo consistía en suprimir gran parte de las inspecciones haciendo las cosas bien a la primera. "Calidad total es el cumplimiento de los requerimientos, donde el sistema es la prevención, es estándar es cero defectos y la medida es el precio del incumplimiento".

Las conferencias y lecturas de Philip Crosby proporcionan una discusión pensativa y estimulante sobre el papel que los ejecutivos deben desempeñar para hacer exitosos a sus empleados, proveedores, empresas y a ellos mismos. Utilizando casos

verdaderos, ilustradas con anécdotas aplicables, proporciona un contexto real. Él goza de la oportunidad de responder a las preguntas y comentarios de la audiencia.

PARA CROSBY, LOS CUATRO ABSOLUTOS DE LA CALIDAD SON:

La definición.

Sistema.

Estándar de desempeño.

La medición.

CATORCE PASOS DE LA ADMINISTRACIÓN POR CALIDAD DE CROSBY

1. Establecer el compromiso en la dirección o en la calidad
2. Formar el equipo para la mejora de la calidad
3. Capacitar al personal de la calidad
4. Establecer mediciones de calidad
5. Evaluar los costos de la calidad
6. Crear conciencia de la calidad
7. Tomar acciones correctivas
8. Planificar el día cero defectos
9. Festejar el día cero defectos
10. Establecer metas
11. Eliminar las causas del error
12. Dar reconocimientos

13. Formar consejos de calidad

14. Repetir el proceso

LAS SEIS “C” DE CROSBY:

Comprensión

Competencia

Compromiso

Corrección

Continuidad

LAS TRES “T” DE CROSBY

Tiempo

Talento

Tesoro

3.3 EVOLUCION DE LA CALIDAD EN SALUD

Las actividades relacionadas con la Calidad de los servicios sanitarios se centraron, en una primera etapa (desde finales del último siglo hasta la década de los años 60), en la evaluación de los servicios sanitarios. Las primeras experiencias consistieron en la acreditación de centros sanitarios e instituciones docentes, evaluando los aspectos estructurales en los que se desarrollaban estas actividades. Posteriormente, y de forma paralela al crecimiento del sistema de acreditación de centros sanitarios, se desarrolló la metodología necesaria para evaluar la práctica clínica observando directamente el proceso mediante el empleo de criterios implícitos o bien aplicando métodos estructurados como el audit médico en el que se utilizó, por primera vez, criterios explícitos, que permitían, además de establecer estándares asistenciales, comparar la Calidad entre diversos centros. La evaluación del proceso asistencial protagonizada por los proveedores de la asistencia (evaluación interna)

cobró un fuerte impulso como consecuencia de que la acreditación, además del prestigio que suponía, fue una vía importante para acceder a fuentes de financiación pública que establecía, entre sus requisitos, la realización de auditorías médicas. Así tenemos precursores en salud:

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

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

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

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

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

Alrededor de los años sesenta nacen los audits médicos como método de control interno de la institución, esto con el fin de verificar y mejorar aspectos concretos de la

práctica asistencial. Posteriormente la JCAH los incorporo a sus programas de control de calidad y los exigió como condición de acreditación del centro.

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

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

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

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

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

3.4 EVALUACION Y MEDICION DE LA CALIDAD³

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

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

Oportunidad:

³ Acosta Z. Percepción de la calidad de atención en los consultorios externos de medicina desde la perspectiva de la satisfacción de los usuarios del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2002. [Tesis de Maestría] Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, 2002.

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

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

Suficiencia e Integralidad.

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

Racionalidad Lógico – Científica.

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

Satisfacción del usuario y del proveedor.

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

Efectividad.

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

Eficiencia.

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

Optimización.

Balance entre los costos y los beneficios de la atención.

Aceptabilidad.

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

Legitimidad.

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

Equidad.

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

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

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

1. **Asignar responsabilidades** El médico que dirige el servicio, es decir, el coordinador de urgencias, es el responsable de la ejecución de todo el proceso de

evaluación y monitorización, y participa de forma activa en él. Asigna responsabilidades entre los miembros del servicio para todas las actividades específicas relacionadas con el proceso de evaluación.

Es muy importante que la dirección del hospital dote al coordinador de urgencias de capacidad ejecutiva para la resolución de problemas detectados en la organización. En este sentido, es conveniente decir que la calidad no es necesariamente cara; sin embargo, en la transición hacia un sistema de MCCA será preciso con seguridad redistribuir recursos, materiales y humanos, dentro del servicio. La viabilidad del programa de calidad depende de este punto, ya que supone para todo el personal del servicio la prueba real de que la organización hospitalaria está realmente comprometida, y por lo tanto no se pierden los esfuerzos invertidos en mejorar la organización para la calidad.

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

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

3. Identificar aspectos importantes de la asistencia

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

- Aspectos de la asistencia que se producen con frecuencia o afectan a un volumen importante de pacientes.
- Los aspectos que están relacionados con el riesgo para los pacientes porque no se produzcan, o bien se realicen de forma incorrecta.

- Aspectos de la asistencia que ha mostrado previamente tendencia a producir problemas para el personal o los pacientes. De esta forma puede iniciarse el proceso de evaluación y monitorización de los aspectos de la asistencia que se han considerado prioritarios debido a su mayor impacto sobre los pacientes.

4. Diseño y desarrollo de indicadores de calidad

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

Para la medición de la calidad tradicionalmente se han usado dos modelos: El primero desarrollado por Donabedian en el cual los indicadores pueden hacer referencia a la estructura, al proceso o a los resultados de la asistencia. Los primeros, indicadores de estructura, miden los aspectos de inversión en la asistencia, que se refieren a la organización de la institución, los recursos físicos o materiales, los recursos humanos y financieros.

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

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

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

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

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

5. Establecer umbrales de evaluación. Comparación con el estándar

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

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

6. Reunir datos y organizar la información

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

7. Evaluar los cuidados

Cuando los datos acumulativos que hacen referencia a un indicador de calidad alcanzan el umbral de evaluación, debe determinarse primero si existe realmente un

problema y analizar luego porqué se ha producido la desviación con respecto al estándar.

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

8. Iniciar acciones para resolver los problemas detectados

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

9. Evaluar las acciones y documentar las mejoras

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

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

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

En la actualidad disponemos de herramientas que nos permiten medir la calidad asistencial con eficiencia, pero la detección precoz de problemas no consigue por sí misma ninguna mejora. Es preciso que los servicios de urgencias se organicen para proporcionar asistencia de calidad, y en este proceso deben participar todos sus profesionales.

Cualquier cambio futuro en la atención urgente y en la organización de los servicios de urgencias debe sustentarse en criterios de calidad asistencial. No podemos abstenernos.³

3.5 QUE SON LOS HOSPITALES⁴.

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

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

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

⁴ Concenjo C. La calidad asistencial en los servicios de urgencias - Emergencia. España. 1997 Feb.; 9.

Cuidados Críticos, y luego al mejorar (salir de su estado crítico), se trasladará a Cuidados Intermedios, luego a Mínimos y así sucesivamente hasta dar el alta médica.

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

- Sistema Asistencial.
- Sistema Administrativo Contable.
- Sistema Gerencial.
- Sistema de Información (Informático)
- Sistema Técnico
- Sistema de Docencia e Investigación.

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

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

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

Un hospital: es una fuente de generación de iniciativas; Un centro de investigación; Institución ideal para la formación de recursos humanos en salud; es una organización con la máxima responsabilidad moral, social, legal, científica y administrativa. Según la teoría de sistemas el hospital está incorporado a los sistemas integrales de salud y se comporta como un centro de referencia, articulado a políticas generales de un país, una región y una localidad; Forma parte de un

esquema general de atención, dentro del cual la educación a la comunidad para aspectos de fomento, prevención y la rehabilitación son insustituibles.

Por su alta complejidad, un hospital se considera una organización burocrática porque está sometida a múltiples normas internas y externas reguladoras de su comportamiento, de los trabajadores y directivos; Por lo tanto utiliza como principal mecanismo de coordinación la normalización del comportamiento; dentro de la cual, se han definido tres dimensiones relacionadas entre sí que forman un único factor denominado Estructuración de las actividades o formalización del comportamiento⁴.

3.6 QUE ES LA GESTION DE LOS HOSPITALES⁵.

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

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

El proceso de gestión se considera integrado por las funciones de planificar, organizar y controlar que se vinculan entre sí con la función de liderar, esta última llamada de dirección o de motivación y supone influir en los miembros de la organización para que actúen de tal modo que puedan lograrse los objetivos establecidos. Según Deming, los gestores han de ser los líderes que marcan el camino para mejorar la calidad de los productos o servicios mediante el esfuerzo de los trabajadores². Es imprescindible para el desarrollo de los hospitales, que los gerentes o gestores no encaminen su dirección enmarcados en el cuadrado administrativo de Planificar, Organizar, Dirigir y Controlar; Sino, lo realicen por el

⁵ Cucalón J. A. Tesis "Modelo tipo para Centros de Salud en el área Metropolitana de San Salvador". 1987, Oct.

mundo trascendente de la gestión, liderando las instituciones hospitalarias, influyendo en las personas para realizar el mejor esfuerzo en cada una de las actividades de los procesos hospitalarios y con ello alcanzar la calidad objetiva, técnica o intrínseca y la percibida.

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

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

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

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

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

Dimensión de la organización.

- Orientarse para conocer a fondo la misión socioeconómica del hospital.
- Conocer bien los objetivos de la organización.
- Orientarse siempre hacia el futuro.
- Estudiar los objetivos de la organización para lograr sus propósitos.

Dimensión interpersonal.

- Comunicarse con el personal para establecer un significado colectivo.
- Ejercitarse en la búsqueda de nuevas soluciones e identificar nuevos problemas.
- Analizar de forma crítica los procesos, técnicas y tradiciones del hospital para crear nuevos métodos.
- Comunicar ideas y formas de comprensión de los fenómenos de la organización.

Dimensión individual.

- Reconocer el valor de las personas.
- No idealizar a las personas.

- Valorara las relaciones personales estrechas.
- Se debe confiar en la gente y permitir que desarrollen sus propios métodos de trabajo.

El verdadero líder es un individuo capaz de invertir tiempo y energía en el futuro de su organización y de sus trabajadores, la esencia del liderazgo no es obtener poder sino brindarle poder a otros y así realizar sus intenciones manteniéndolas por largo tiempo⁵.

3.7 IMPORTANCIA DE LA CALIDAD EN LOS HOSPITALES⁶.

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

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

- Seguridad y rapidez en toda acción destinada al cuidado de la salud de los pacientes, familiares y personas.
- Mejor utilización de los recursos disponibles para la prestación de los servicios en salud.
- Empoderamiento de los empleados del hospital en la realización de las tareas.
- Mayor motivación de los empleados para realizar las diversas actividades de los procesos de atención.
- Satisfacción de los pacientes con la atención recibida en el hospital.

- Mejor posicionamiento y prestigio como hospital en comparación con otros de la misma categoría o complejidad.
- Mejores resultados en la atención prestada a un costo razonable.

3.8 UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALARIA⁷

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

Su misión es: “Proporcionar atención de salud de calidad a la demanda de nuestros usuarios y acorde a sus complejidades, manteniendo siempre un ambiente de respeto y dignidad, alcanzando la satisfacción del paciente y su entorno”.

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

3.9 LA CALIDAD DE LAS UNIDADES DE EMERGENCIA⁸

Existen al menos dos formas de orientar las actividades de calidad asistencial. En la primera de éstas, a la que nos referimos con la expresión Garantía de Calidad, lo que se busca es inspeccionar la actividad asistencial para comprobar que se cumplen o no estándares que previamente se han establecido como nivel de calidad deseable.

⁷ Malagón Londoño G, Galán Morera R, Ponto Landaverde G, Arredondo Pérez L G. Administración Hospitalaria, 1a Edición, Colombia: Editorial Médica Panamericana; 1996.

⁸ Lori Diprete B, Franco L M, Rateh N, Hatzell T. Garantía de la Calidad en Salud en los Países en Desarrollo. USAID. 2000; 2a Edición. pp. 212 – 220

Si no se alcanza el objetivo, habrá que buscar al responsable. Con este método se trata de localizar dentro del sistema la manzana podrida y eliminarla.

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

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

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

- 1) Debe participar el personal de todos los niveles de la organización en el proceso de identificación y resolución de los problemas asistenciales.
- 2) Los problemas y sus soluciones deben orientarse hacia la satisfacción de los pacientes, que son los beneficiarios finales de la asistencia.
- 3) Deben utilizarse herramientas y metodología específicas, como la estadística, para cuantificar los problemas y el grado de resolución de los mismos tras aplicar las medidas correctoras.
- 4) Se debe entrenar en metodología de calidad al personal que participará de forma activa en el proceso. El resultado a largo plazo de la puesta en marcha de un programa MCCA es nada menos que una transformación cultural en la organización, que afectará a cómo se realizan todos los procedimientos, así como al pensamiento y la conducta de las personas que participan en el proceso asistencial.

El Servicio de Urgencias (SU) hospitalario es sólo una estación en la historia del proceso asistencial urgente. Este generalmente comienza en el medio extra

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

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

Los médicos de urgencias se encuentran en una posición de máxima visibilidad y vulnerabilidad. No es suficiente la voluntad de trabajar «lo mejor posible y todo lo que pueda». No suele haber una segunda oportunidad. Sus decisiones son evaluadas tanto por los pacientes como por otros profesionales encargados de su seguimiento posterior. El riesgo de verse implicados en procesos judiciales por mala práctica médica es muy elevado. Todos estos factores hacen que los servicios de urgencias sean terrenos abonados para la implantación de programas de MCCA.

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

- 1) Debe evaluar básicamente los aspectos más relevantes del proceso asistencial.

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

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

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

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

3.10 EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD⁹

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

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

⁹ Decreto Legislativo N° 442. Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud. El Salvador. 2007. Nov.

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.

NIVELES DE ORGANIZACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD¹⁰

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

¹⁰ Decreto Legislativo N° 442. Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud. El Salvador. 2007. Nov.

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.

CLASIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD¹¹

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

Primer Nivel de Atención

¹¹ Ministerio de salud El Salvador. Reglamento General de Hospitales. 2017.

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)⁷, el cual amplía la atención hospitalaria a 24 horas, a diferencia de las demás unidades de salud, casas de salud y centros rurales de salud, que laboran en horarios de 8 a 12 horas al día.

Segundo Nivel de Atención

El Segundo Nivel de Atención está constituido por los Hospitales Nacionales Generales y los Hospitales Nacionales Regionales, los cuales dependen jerárquicamente de la Dirección Regional correspondiente. Existen un total de 25 hospitales nacionales⁶ que conforman este nivel de atención.

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

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

Los Hospitales Nacionales Regionales son los siguientes:

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

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

Tercer Nivel de Atención

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

- Hospital Nacional Especializado "Rosales", San Salvador.
- Hospital Nacional Especializado de Niños "Benjamín Bloom", San Salvador.
- Hospital Nacional Especializado de Maternidad "Dra Maria Isabel Rodriguez", San Salvador.
- Hospital Nacional General de Neumología y Medicina Familiar, "Dr. José Antonio Saldaña"; San Salvador.
- Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. José Molina M.; San Salvador

HOSPITALES GENERALES E INSTANCIAS RELACIONADAS.

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

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

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

- Proveer servicios de salud permanentes e integrales de tipo ambulatorio, emergencia e internamiento en las especialidades médicas según su complejidad.
- Proveer servicios de salud en forma eficiente, equitativa, con calidad, calidez, contando con la participación de la población y diferentes sectores sociales;

- Proponer y apoyar técnicamente la formulación, evaluación y supervisión de normas, guías y protocolos de atención médica;
- Desarrollar la provisión y gestión de los servicios de salud en función de los compromisos, acuerdos, convenios y contratos;
- Desarrollar los procesos de planificación organización, ejecución y control de las acciones de salud;
- Establecer e implementar planes de desarrollo de los recursos humanos;
- Desarrollar procesos de investigación médica de acuerdo a criterios legales, éticos, epidemiológicos y de interés nacional;
- Coordinar con los diferentes hospitales nacionales el sistema de referencia y referencia de retorno, apoyo e intercambio de recursos, capacitaciones y soporte técnico;
- Ejercer una gestión administrativa y financiera eficiente y transparente; y,
- Las demás establecidas por otros cuerpos normativos.

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

Marco Legal en la Administración de los Hospitales Generales¹².

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

¹² Ministerio de salud El Salvador. Reglamento General de Hospitales. 2017.

cuanto está comprendido en los programas y planes de Gobierno a través del Ministerio de Salud.

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

Ley General de Presupuestos: contiene los lineamientos y criterios generales para orientar el proceso de Formulación del Presupuesto, en función de la política presupuestaria vigente, la cual se realiza en cumplimiento a lo establecido en los artículos 28 y 29 de la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado, y artículo 40 de su Reglamento siendo su ámbito de aplicación es el Sector Público No Financiero de conformidad con el artículo 2 de la Ley antes citada.

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

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

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

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

Estarán sujetos a esta ley, de acuerdo con el artículo 2, los funcionarios y empleados de la administración pública y de la municipalidad y los de los organismos descentralizados de las mismas que no gocen de autonomía económica o administrativa. Esta norma también regula los procesos de creación y supresión de empleos. “Toda plaza, cargo o empleo público sólo podrá ser creado o suprimido por la ley; y para tomar posesión o entrar a desempeñar el cargo o empleo el funcionario o empleado deberá ser nombrado de conformidad con la misma...” (Art.3), Selección de Personal y Llamamiento de aspirantes (Art.20 y 21). Además se estipulan los derechos, deberes y prohibiciones de los empleados y funcionarios.

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

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

LEY DE CREACION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Por decreto legislativo número 442 de fecha 16 de noviembre del 2007, se crea el Sistema Nacional de Salud que estará constituido por un conjunto de instituciones

que forman parte de la administración pública interrelacionadas e integradas en su funcionamiento, de manera armónica y sistematizada y cuya finalidad es elaborar y ejecutar políticas públicas que garanticen el derecho a la salud de la población.

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

El sistema está conformado por:

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

Metas y características del sistema:

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

subsidiaridad, accesibilidad, calidad, integralidad, eficacia, eficiencia, oportunidad y participación social.

Los Objetivos del Sistema Nacional de Salud:

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

- a) Desarrollar un modelo de atención basado en un enfoque de salud familiar que enfatice la promoción de la salud, la prevención del riesgo y del daño en el individuo, la familia y la comunidad; asimismo, que promueva el mejoramiento del medio ambiente, sin perjuicio de las actividades curativas y de rehabilitación tradicionales;
- b) Alcanzar una mayor cobertura y mayores niveles de atención en salud a toda la población salvadoreña, en condiciones de eficacia, eficiencia y equidad en la provisión de los servicios y en función de las necesidades de la población;
- c) Reducir al mínimo desigualdades de los niveles de salud que persisten en diferentes regiones y grupos sociales del país;
- d) Destinar prioritariamente en cada ejercicio fiscal de acuerdo a las disponibilidades financieras, y fiscales del Estado, los recursos económicos necesarios para que la asignación presupuestaria en salud sea adecuada a las necesidades de la población, mejorando la infraestructura, recursos humanos, equipo médico, suministro de medicamentos; y en general, todos aquellos aspectos que permitan ampliar la cobertura y la calidad en la prestación de los servicios de salud a la población;
- e) Promover que el acceso a los servicios de salud se base en los principios de equidad y solidaridad;
- f) Lograr la satisfacción de los usuarios, respetando sus derechos y valores;
- g) Generar oportunidades de desarrollo para los trabajadores de salud;
- h) Lograr la cohesión y el trabajo coordinado entre los diferentes actores;
- i) Trabajar conjuntamente en la consecución de objetivos comunes al Sistema, optimizando los recursos que sean necesarios en beneficio de la población.

LA POLITICA NACIONAL DE SALUD.

De acuerdo al decreto 442 de noviembre del 2007 se refiere en el Art. 6.- El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en adelante el Ministerio, en su función de rectoría, coordinará la formulación de la Política Nacional de Salud de manera conjunta con los miembros del Sistema Nacional de Salud.

Las directrices emitidas por el ente rector en aplicación de la política aprobada tendrán carácter obligatorio, pero no podrán transgredir las limitaciones y objetivos específicos de cada institución integrante del sistema, según lo establecido en los cuerpos legales que rigen a dichas instituciones.

Corresponderá al Ministerio la planificación, organización, ejecución, supervisión y evaluación de dicha política y sus directrices.

La Política Nacional de Salud deberá ser evaluada por lo menos una vez al año de manera conjunta por el Ministerio y los miembros, los que aprobarán las respectivas modificaciones o ajustes. También determinará el grado de cumplimiento de la política por parte de los miembros del sistema.

Elementos de la Política Nacional de Salud

Art. 7.- La Política Nacional de Salud, contendrá al menos, los siguientes elementos:

- a) Promoción de la salud,
- b) Vigilancia epidemiológica y sanitaria,
- c) Salud ambiental,
- d) Salud laboral,
- e) Investigación en salud y desarrollo científico- tecnológico,
- f) Acceso igualitario a los servicios de salud de los individuos, las familias y las comunidades,

- g) Regulación de la gestión institucional,
- h) Participación Social en Salud,
- i) Acciones intersectoriales,
- j) Emergencias y catástrofes,
- k) Inversiones en salud,
- l) Tecnología médica y de apoyo,
- m) Medicamentos e insumos médicos y no médicos,
- n) Recursos humanos en salud,
- o) Modelo de atención,
- p) Modelo de provisión,
- q) Modelo de gestión,
- r) Modernización y fortalecimiento institucional.

En desarrollo de estos elementos, el rector podrá emitir políticas específicas derivadas de la política nacional, como una política de participación social, política de recursos humanos; entre otras.

Rectoría

Art. 8.- Para hacer efectiva la adecuada ejecución de la Política Nacional de Salud, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ejercerá la rectoría del Sistema Nacional de Salud, en virtud de lo cual le compete coordinar, conducir y controlar el Sistema.

Podrá coordinar directamente con las entidades que integran el Sistema y colaboradores del mismo, para la correcta ejecución de la política.

MODELO DE ATENCIÓN DEL SISTEMA

Salud Familiar

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

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

Equipos de Salud Familiar

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

Adscripción familiar

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

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

Acciones conjuntas

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

Red de atención:

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

Primer nivel de atención.

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

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

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

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

Segundo y tercer nivel.

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

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

correspondientes, actuarán en coordinación con los otros sistemas mediante el uso de la referencia y retorno.

POLITICA NACIONAL DE SALUD

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

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

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

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

Principios y Valores:

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

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

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

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

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

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

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

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

EJES TRANSVERSALES

Enfoque de género en salud: Proceso mediante el cual se reconocen las diferencias y particularidades biológicas y sociales entre mujeres y hombres en términos de sus necesidades y problemas de salud, aplicado a la planificación en salud, ejecución, vigilancia y evaluación con el fin de avanzar hacia el logro de la igualdad y equidad. De esta manera se estaría logrando la transversalización de la perspectiva de género en el proceso salud–enfermedad y en el desarrollo sanitario del país.

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

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

POLITICAS ESPECÍFICAS:

Desarrollar la capacidad rectora en salud del MSPAS.

Desarrollar y fortalecer la capacidad rectora en salud para la coordinación, conducción y control del Sistema Nacional de Salud.

Desarrollar un sistema integrado de información en salud.

Establecer un sistema de información que provea la información y datos estadísticos sanitarios para la adecuada y oportuna toma de decisiones que incidan en los factores determinantes en la salud, así como de las actividades y estrategias

desarrolladas por los Miembros del Sistema, para el control de las mismas, y de las otras instituciones responsables de la vigilancia de estas determinantes.

Lograr cobertura universal de la atención en salud.

Lograr la cobertura universal de la atención en salud, con énfasis en poblaciones con difícil acceso geográfico y menores ingresos económicos, con enfoque de género y en función de las necesidades en salud.

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

Implementar un modelo de atención basado en la salud de la familia y su entorno, a fin de mejorar la situación de salud de la población salvadoreña, en las diferentes fases de la vida y entornos.

Desarrollar la Promoción de la Salud.

Desarrollar la promoción de la salud para actuar sobre las determinantes y los estilos de vida individuales y colectivos, aunando esfuerzos sectoriales e intersectoriales en conjunto con la comunidad para preservar, mantener y mejorar la salud de la población.

Proteger la salud mental y fomentar estilos de vida saludables.

Promover, fomentar y proteger la salud mental y estilos de vida saludables en la población, con énfasis en la práctica de la actividad física, deporte, recreación en espacios seguros y accesibles, así como el desarrollo de habilidades y destrezas.

Contribuir a garantizar la seguridad y calidad nutricional.

Contribuir a garantizar la seguridad y calidad nutricional, orientando las acciones entre el Estado y los diferentes sectores de la sociedad salvadoreña mediante procesos integrales, intersectoriales e interinstitucionales orientados a:

Fortalecer y mejorar la calidad de la atención en salud

Promover y fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad de la prestación de los servicios de salud, mediante el desarrollo del Programa Nacional de Garantía de la Calidad y sus ejes de intervención.

Promover el desarrollo de los Recursos Humanos en salud.

Promover el desarrollo de los recursos humanos en salud en función de las necesidades reales en salud, a fin de ampliar la cobertura de los servicios, mejorar la calidad de atención, la equidad y el acceso de la población a los servicios de salud.

Implementar la Participación Social en Salud.

Garantizar la implementación de la participación social en el Sistema Nacional de Salud, como un derecho sujeto de ejercicio y reconocimiento.

Mejorar el acceso a medicamentos esenciales e insumos médicos.

Mejorar el acceso a medicamentos esenciales e insumos médicos de calidad, seguros y eficaces, promoviendo la disponibilidad, uso racional e investigación en las instituciones miembros del Sistema.

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

Fortalecer la organización de los servicios de salud a fin de mejorar la capacidad de la gestión del riesgo para el manejo efectivo y oportuno de las emergencias, epidemias y desastres mediante la integración del Sistema Nacional de Salud con actores, sectores y la comunidad.

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

Desarrollar la capacidad de investigación y el desarrollo científico-tecnológico en el campo de la salud para apoyar la toma de decisiones y la implementación de soluciones innovadoras, respetando los principios éticos, bioéticos y científicos de manera que se contribuya a la producción en salud.

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

Garantizar la financiación en salud, asegurando que la inversión y el gasto público estén orientados hacia la satisfacción de las necesidades reales de la población, a fin de dar cumplimiento al mandato constitucional que establece la salud como bien público.

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

Fortalecer la capacidad de dirección, planificación, ejecución, control y evaluación de las intervenciones de vigilancia en Salud Pública, sobre los factores determinantes de la salud en el marco del Reglamento Sanitario Internacional y de las regulaciones nacionales vigentes.

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

Contribuir a mejorar la Salud Ambiental, asegurando los mecanismos de coordinación interinstitucional e intersectorial, el fortalecimiento de la capacidad instalada en los establecimientos de salud y el fortalecimiento de la gestión ambiental.

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

Mejorar los servicios de protección de la salud y seguridad de las personas en su ambiente laboral, mediante acciones de cooperación intersectorial e interinstitucional, que contribuya a la reducción del riesgo y el daño.

HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA CONCEPCIÓN.

Aspectos generales

El Hospital considerado como establecimiento de Segundo Nivel de Atención, cuenta con un total de 176 empleados, su capacidad instalada es de 60 camas, y un índice de ocupación de enero a septiembre del 2016 de 82%. La atención ambulatoria para el 2016, es en promedio de 135 consultas por día. La emergencia funciona las 24 horas y durante los 365 días del año. El promedio de atenciones en emergencia 54 pacientes/día. Los egresos aproximadamente de 14 pacientes diarios.

Características de la población.

- **Ubicación Geográfica**

Colinda al norte con el país de Honduras, al sur con los departamentos de San Salvador, La Libertad y Cuscatlán, al este con el departamento de Cabañas y al oeste con el departamento de Santa Ana. De acuerdo al accidente geográfico la altura varía, Las Pilas 2.800 metros sobre el nivel del mar (msnm) y Nueva Concepción a 325 metros msnm.

- **Clima**

La temperatura alta promedio es de 36°C en la zona baja y un promedio de 7°C para la zona alta.

- **Transporte**

Las vías de acceso en el departamento se encuentran en diferentes estados principalmente en el área rural, debido a la fragilidad de su red de infraestructura vial: gruesas capas de polvo en verano, barrizales en invierno, peligrosos cauces y ríos permanentes, elevadas pendientes, etc. Las calles principales cuentan con infraestructura de reciente mejoras debido a la construcción de la carretera longitudinal del Norte y el paso a desnivel a la altura del desvío de Amayo en el Ctón Aguaje Escondido (Tejutla), facilitando con ello la movilidad de usuarios al establecimiento.

- **Productividad**

Las actividades mayores del departamento de Chalatenango se centran en la agricultura y ganadería.

- **Organización Comunitaria**

Las comunidades en los diferentes municipios están organizadas en su mayoría en asociaciones de desarrollo comunal (ADESCOS) en el área rural y en la zona urbana comités intersectorial, además de diferentes organizaciones como clubes de Adultos Mayores, Adolescentes, grupos religiosos y deportivos

Capacidad instalada unidad de Emergencia

3 cubículos de atención médica

Área de cuidados mínimos

Área para observación de pacientes

Área de pequeña cirugía: 1

Área de preparación de pacientes

Área de rehidratación ambulatoria

IV. DISEÑO METODOLOGICO.

- **Tipo de estudio.**

Es un estudio descriptivo de carácter cuantitativo, porque el objetivo fue evaluar la calidad de atención brindada en el Área de Emergencia del Hospital Nacional de Nueva Concepción, a partir de la percepción que tienen los usuarios internos (empleados) y usuarios externos (Pacientes).

- **Lugar y periodo de realización.**

El estudio se realizó en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Nueva Concepción, en el Departamento de Chalatenango durante el periodo de febrero a abril de 2017.

- **Unidad de análisis.**

Proceso de atención en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Nueva Concepción.

- **Población.**

Corresponde al personal asignado a la unidad de emergencia y los usuarios que asisten de forma espontánea a la unidad de Emergencia Del Hospital Nacional de Nueva Concepción, en el periodo de febrero a abril del 2017.

- **La muestra.**

Se utilizó la fórmula para cálculo de poblaciones finitas.

Tomando en cuenta la población total atendida durante el periodo de febrero a abril de 2017 según fuentes de información en salud SIMMOW se reportan 1790 consultas brindadas en la unidad de emergencia, de las cuales dichas atenciones corresponden a las áreas básicas de Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía y Pediatría.

La fórmula a utilizar es:

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

Donde N: Total de población.

Z: 1.96 (Seguridad del 95%)

p: Proporción esperada 5% (0.05)

q: 1 – p (1- 0.05 = 0.95)

D: Precisión, este caso 5% (0.05)

Sustituyendo:

$$n = \frac{1790 * (1,96)^2 * (0.05) * (0.95)}{(0.05)^2 * (1789) + (1,96)^2 * (0.05) * (0.95)}$$

n = 70.

Se tomó como muestra 70 usuarios.

En relación al personal de salud que labora en la unidad de emergencia, se obtiene el siguiente dato.

Se tomó para este estudio el 100% del personal de salud ya que es una cantidad manejable para el presente estudio.

Personal de salud	Total
Médicos	5
Personal de enfermería	5
Personal de archivo	3
Personal de vigilancia.	2
TOTAL	15

- **Caracterización de área de estudio.**

La investigación se desarrolló en la unidad de emergencia con los pacientes que acuden de manera espontánea y que cumplen con todo el proceso de atención que se describe a continuación.

PROCESO DE ATENCIÓN.

- ADMISIÓN DEL PACIENTE: Paciente quien es evaluado por médico en área de Triage y es enviado a archivo para la captura de datos y elaboración de expediente clínico.
- AREA DE PREPARACION. Paciente a quien se le toman medidas antropométricas y signos vitales por enfermería.
- AREA DE CONSULTA MÉDICA. Paciente quien recibe consulta médica
- AREA DE FARMACIA. Paciente quien posterior a reevaluación con resultado de exámenes es dado de alta y se dirige a farmacia.

- **Criterios de inclusión.**

- Personal de salud asignado al área de emergencia en turnos diurnos y nocturnos.

- Usuario que acude a la unidad de emergencia de forma espontánea, para atención médica en las especialidades básicas de Medicina Interna, Cirugía, Ginecología y Obstetricia y Pediatría y que utilizan servicios del proceso de atención (Archivo, consulta, Farmacia.)
- Acompañantes de pacientes en condiciones como: Paciente Pediátrico, Inconsciente o con dificultades para comprensión y expresión.

- **Criterios de Exclusión.**

- Personal de salud que no esté asignado al área de emergencia, durante el periodo de estudio.
- Usuarios que no transcurrieron por las áreas del proceso de atención.
- Pacientes que por estado de salud crítica que tienen plan de referencia.

- **VARIABLES.**

ESTRUCTURA.

Sus variables: Disponibilidad y Accesibilidad (servicios a los pacientes y área del paciente)

PROCESO.

Analizando sus variables: Calidad Técnica y Calidad Humana en sus indicadores: Integralidad, continuidad, Relaciones interpersonales y comodidad.

RESULTADOS.

Analizando su variable: Eficacia en sus indicadores: Tiempos de espera, satisfacción del usuario, Mejora o recuperación del paciente.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

ESTRUCTURA.

OBJETIVO.								
1. <i>Analizar la Capacidad Instalada de la unidad de emergencia del Hospital Nacional de Nueva Concepción.</i>								
VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	VALORES	ESCALA	TÉCNICA	FUENTE DE INFORMACION	INSTRUMENTO	UNIDAD DE MEDIDA
Disponibilidad	Grado en el cual los servicios que se brindan en unidad de emergencia se encuentran operativos.	Recursos humanos (personal necesario para brindar la atención al usuario)	Adecuado Inadecuado	80% a más menos del 80%	Análisis de contenido Encuesta	Informes de recursos humanos Usuario externo Usuario interno	Guías de satisfacción de usuario Externo e interno.	Cualitativa
		Horarios de atención (<i>Horarios de atención a usuarios</i>)	Adecuado Inadecuado	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.	Cuantitativa
		Material y equipo <i>Equipo necesario para brindar la atención al paciente.</i>	Adecuado Inadecuado	80% a más Menos del	Encuesta Observación participativa	Usuario Externo Usuario interno Investigador	Guías de satisfacción de usuario Externo e interno.	Cuantitativa
		Medicamentos e Insumos médicos <i>Disponibilidad de medicamentos e insumos para la atención del paciente</i>	Adecuado Inadecuado	80% a más Menos del 80%	Encuesta Observación participativa	Usuario Externo Usuario interno	Guías de satisfacción de usuario Externo e interno.	Cuantitativa
Accesibilidad	Facilidad con que se obtienen los servicios médicos en cualquier momento o circunstancia.	GEOGRAFICA <i>Tiempo en que tarda en llegar a hospital. Lugar de residencia.</i>	Adecuado Inadecuado	80% a más Menos del 80%	Encuesta	Usuario Externo	Guías de satisfacción de usuario Externo e interno.	Cuantitativa
		ECONOMICA. Gastos incurridos por el usuario para recibir atención médica.	Adecuado Inadecuado	80% a más Menos del 80%	Encuesta	Usuario Externo	Guías de satisfacción de usuario Externo e interno.	Cuantitativa
		CULTURAL Preferencia en lugar de consulta	Adecuado Inadecuado	80% a más Menos del 80%	Encuesta	Usuario Externo	Guías de satisfacción de usuario Externo e interno.	Cuantitativa

PROCESO

OBJETIVO.

2. Valorar el proceso de la calidad de atención a los usuarios que acuden a la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Nueva Concepción.

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	VALORES	ESCALA	TÉCNICA	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 normas, Guías de manejo, protocolos)	Adecuado Inadecuado	80% a más Menos del 80%	Encuesta	Usuario externo Usuario interno	Guías de satisfacción de usuario Externo e interno	Cuantitativa
		Continuidad (Cumplimiento de protocolos)	Adecuado Inadecuado	80% a más Menos del 80%	Encuesta	Guías de atención. Usuario interno	Guías de satisfacción de usuario Externo e interno.	Cuantitativa
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)	Adecuado Inadecuado	80% a más Menos del 80%	Encuesta	Usuario Externo Usuario interno	Guías de satisfacción de usuario Externo e interno.	Cuantitativa
		Comodidades (condiciones de confort que se ofrece en unidad de emergencia)	Adecuado Inadecuado	80% a más Menos del 80%	Encuesta	Usuario Externo Usuario interno	Guías de satisfacción de usuario Externo e interno.	Cuantitativa

RESULTADOS

OBJETIVO.

3. Determinar la eficacia de la atención de servicios de salud brindados en la Unidad de emergencia del Hospital Nacional de Nueva Concepción.

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	VALORES	ESCALA	TÉCNICA	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)	Adecuado Inadecuado	80% a más Menos del 80%	Encuesta	Usuario externo Usuario interno	Guías de satisfacción de usuario Externo e interno.	Cuantitativa
		Mejora o recuperación de los pacientes. (Recuperación y mejoría de los síntomas por los cuales usuario consulta)	Adecuado Inadecuado	80% a más Menos del 80%	Encuesta	Usuario Externo Usuario interno	Guías de satisfacción de usuario Externo e interno.	Cuantitativa
		Tiempos de espera (Demora en la atención, atraso en el cumplimiento de indicaciones médicas, entrega de medicamentos)	Adecuado Inadecuado	80% a más Menos del 80%	Encuesta Observación participativa	Usuario Externo Usuario interno	Guías de satisfacción de usuario Externo e interno.	Cuantitativa

RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN.

Los instrumentos utilizados para la recolección de los datos fueron: la guía de encuesta para usuarios externos e internos. Las encuestas se realizaron con el consentimiento informado de cada paciente o en su defecto de su acompañante que fué firmado previamente.

Las encuestas que se realizaron al personal de salud, también se realizaron posterior a la firma del consentimiento informado.

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

Estructura	Guía De satisfacción de usuario interno y externo (Anexo)
Proceso	Guía De satisfacción de usuario interno y externo (Anexo)
Resultados	Guía De satisfacción de usuario interno y externo (Anexo)

- **PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN.**

Posterior a la recolección de la información, los datos se organizaron en tablas de frecuencias y gráficos para su mayor comprensión.

- **ASPECTOS ETICOS**

Se contó con una hoja de consentimiento informado tanto para el personal de salud del Hospital como para los usuarios que acuden a la Unidad de Emergencia, con el objetivo de dar a conocer los objetivos de la investigación y que de forma voluntaria acepte la participación.

PLAN DE ANÁLISIS:

1) Según el triple enfoque: Estructura, Proceso y Resultado siempre desde la percepción del usuario interno y externo, utilizando para ello el indicador más pertinente como la Satisfacción. Las variables se agruparon según las que se 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 de satisfacción, mejora o recuperación de los pacientes, tiempo de espera.

- **3) Agrupación de los porcentajes por nivel de satisfacción en:**
Adecuado: Porcentaje del 80%. O más en la valoración de las variables de cada uno de los enfoques.
Inadecuado: Porcentaje del 80% o menos en la valoración de las variables de cada uno de los enfoques.

V. RESULTADOS.

La presentación de los resultados de la presente investigación se basa en el marco de: Estructura, Proceso y Resultados.

Se presenta en primer lugar los porcentajes de los indicadores correspondientes a cada variable, estableciendo el promedio alcanzado de cada una de ellos; y posteriormente se establece el promedio alcanzado de cada variable; Los Promedios de cada variable se comparan con el estándar de calidad establecido para la presente investigación que corresponde al 80%, para establecer si en el Hospital Nacional de Nueva Concepción se brinda atención médica de calidad, en la Unidad de Emergencia.

Los resultados encontrados son los siguientes:

La edad promedio de los usuarios externos entrevistados para el sexo femenino es de 45 años y para el sexo masculino es de 48 años.

El 74% de los usuarios externos corresponde a sexo femenino, mientras que el 26% son del sexo masculino.

En cuanto a la ocupación de los pacientes, el 19% poseen un empleo formal, el 64% refieren ser amas de casa, mientras que el 11% refiere ser Agricultor y solo un 2 % refiere ser Estudiante.

En relación a la ocupación del personal interno que labora en la unidad de emergencia, el 33.3% corresponde a personal médico, un 26.6% corresponde a personal de enfermería, un 13.33% a personal Auxiliar de enfermería y un 26.67% a personal administrativo.

En cuanto al tiempo de laborar en la institución, el 20% refirió tener menos de un año de laborar; El 33.33% refirió tener de 1 a 4 años y el 46.66% expreso tener de 5 años o más de laborar en la institución.

En relación a la valoración de la capacidad instalada, esta se divide en las subvariable, Accesibilidad y Disponibilidad.

La subvariable disponibilidad se divide en los indicadores, Recurso humano, Horarios de atención, Medicamentos, Materiales y equipos.

En el gráfico 1 se muestran los porcentajes obtenidos por cada indicador en relación a las respuestas de los entrevistados, tanto de usuario externo como interno.

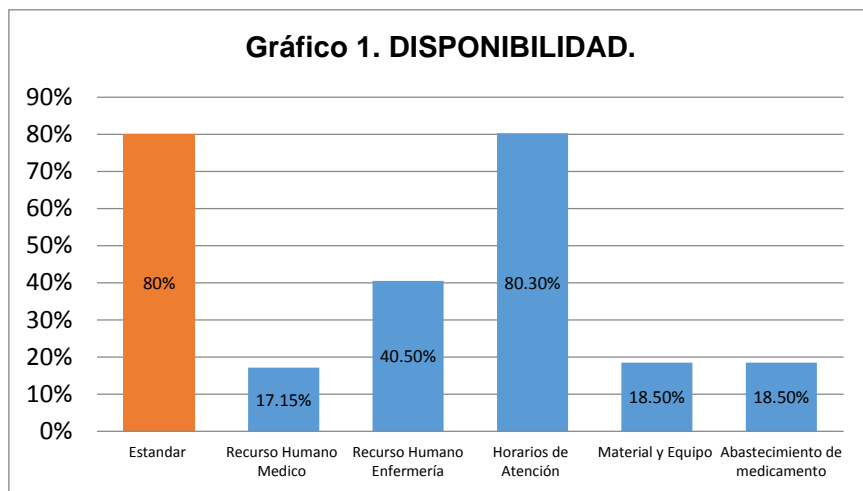
En relación al indicador de Recurso Humano, el 79% de los pacientes refirió que cantidad de médicos asignados a la unidad de emergencia no es adecuado, mientras que un 39% refirió que el personal de enfermería asignado no es adecuado para la Unidad de emergencia.

El personal que labora en la unidad de emergencia al consultare sobre la disponibilidad de recurso humano, el 86.7% considera que la Unidad de emergencia no cuenta con el personal médico y el 80% considera que la cantidad de personal de enfermería no es adecuada para suplir las demandas de los pacientes.

Un 86.6% del personal de la Unidad de Emergencia considera que los horarios de atención son adecuados; un 20% considera que la Unidad de emergencia cuenta con los materiales y equipo y un 20% percibe que la cantidad de medicamento en la unidad de emergencia es la adecuada.

En cuanto a los horarios de atención, un 74% de los pacientes considera que son adecuados, y en relación a la percepción sobre la disponibilidad de: Materiales y equipos, solo un 17 % consideran que es adecuado, al igual que un 17% considera que el abastecimiento de medicamentos es el adecuado.

En forma general, al sumar las opiniones del usuario externo como del personal que labora en la unidad de emergencia, en cuanto a la variable disponibilidad, solo el 17.15% considera que la Unidad de emergencia cuenta la cantidad de personal médico adecuado; El 40.5% consideran que la cantidad de personal de enfermería es adecuado el 80.3% considera que los horarios de atención son adecuados; un 18.5% consideran que el abastecimiento de medicamentos es adecuado y un 18.5% considera que la cantidad de material y equipo de la unidad de emergencia es el adecuado.



Fuente: Datos de investigación Calidad de Atención unidad de Emergencia HNNC.

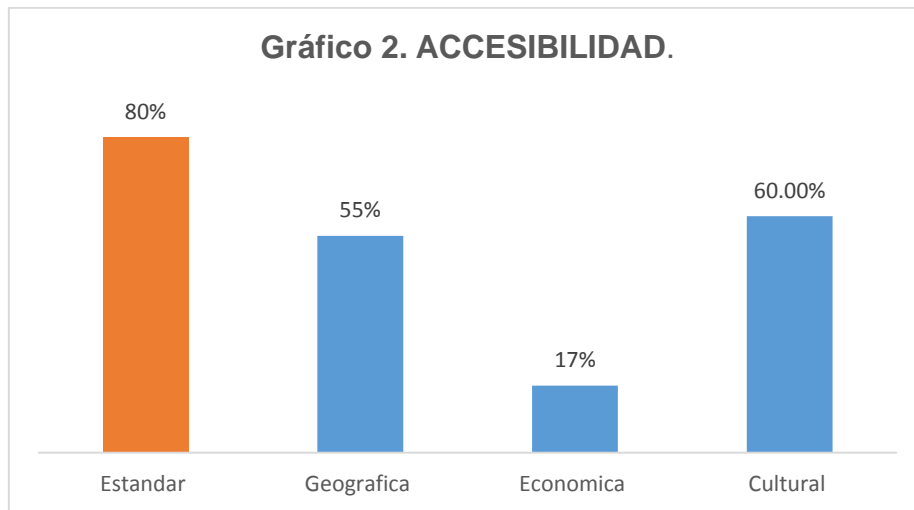
En relación a la variable accesibilidad, se tomaron en cuenta los indicadores, Accesibilidad Geográfica, Económica y cultural.

Para el indicador geográfico se tomó en cuenta la procedencia de los entrevistados, obteniendo que el mayor porcentaje provienen del área Rural de Nueva Concepción (47%), mientras que un 18% provienen del área urbana y el 35% restante provienen de otros municipios fuera de Nueva Concepción.

En cuanto al tiempo que tarda en llegar al hospital para pasar consulta, se obtuvo: El 34% de usuarios tardan entre 30 minutos a 1 hora; un 29% de 15 a 30 minutos; un 27% más de dos horas y solo un 10% entre una y dos horas.

En cuanto al indicador de accesibilidad económica, se observa que el 100% de los entrevistados se encuentra satisfecho por la gratuidad de los servicios de salud, pero un 83% refieren que tienen que incurrir en gastos de bolsillo por no encontrar todos sus medicamentos en farmacia, lo que conlleva un detrimento de su ahorro familiar.

En cuanto a la accesibilidad cultural, al preguntar la preferencia de consulta por enfermedad a la Unidad de Emergencia, un 60% de usuarios externos expresa que en el hospital y no en otro centro. Al preguntarles sobre los motivos, un 60% de usuarios expresa sentirse cómodo y seguro, un 27% considera que en el hospital están los mejores médicos y un 13% refiere que es por la confianza de curarse.



Fuente: Datos de investigación Calidad de Atención unidad de Emergencia HNNC.

En resumen, en la valoración de las variables accesibilidad y disponibilidad, se obtuvo que en la Unidad de emergencia del hospital Nacional de Nueva Concepción cuenta con un 34.99% de disponibilidad y un 44% de Accesibilidad.

De forma concluyente se puede afirmar que la Unidad de emergencia del Hospital Nacional de Nueva Concepción, tiene una capacidad instalada de 39.49% para atender la demanda de pacientes.

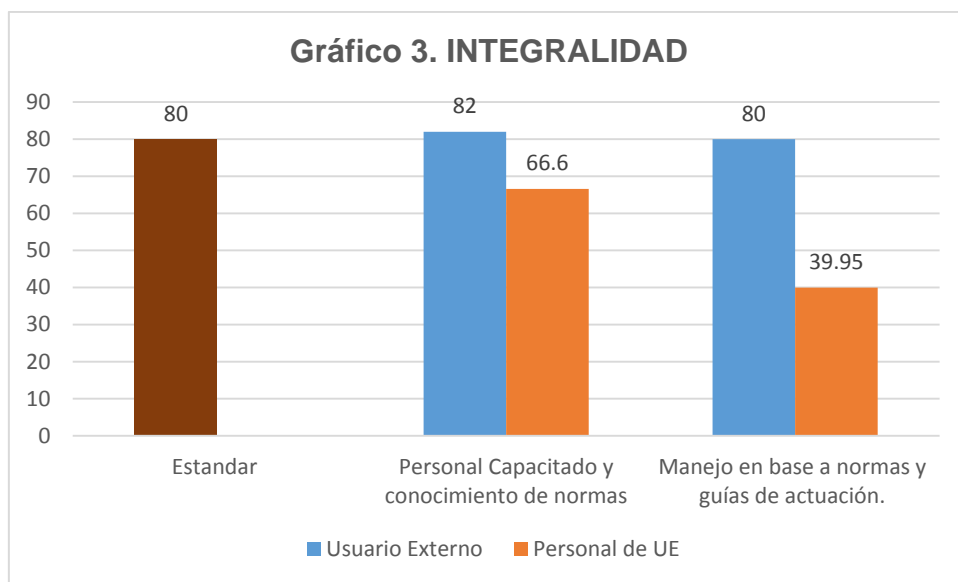
La Calidad del Proceso de atención, se evaluó en base variables Calidad técnica y Calidad Humana. En la calidad técnica se describen los indicadores Integralidad y continuidad, obteniéndose los siguientes resultados:

En relación a la subvariable o indicador integralidad, definida como la aplicación de guías y protocolos de manejo, el 82% de los pacientes considera que el personal de salud de la unidad de emergencia se encuentra capacitado para resolver los problemas.

El 80% de los pacientes considera adecuado el manejo que el personal médico brinda a los pacientes el cual se basa en guías y protocolos.

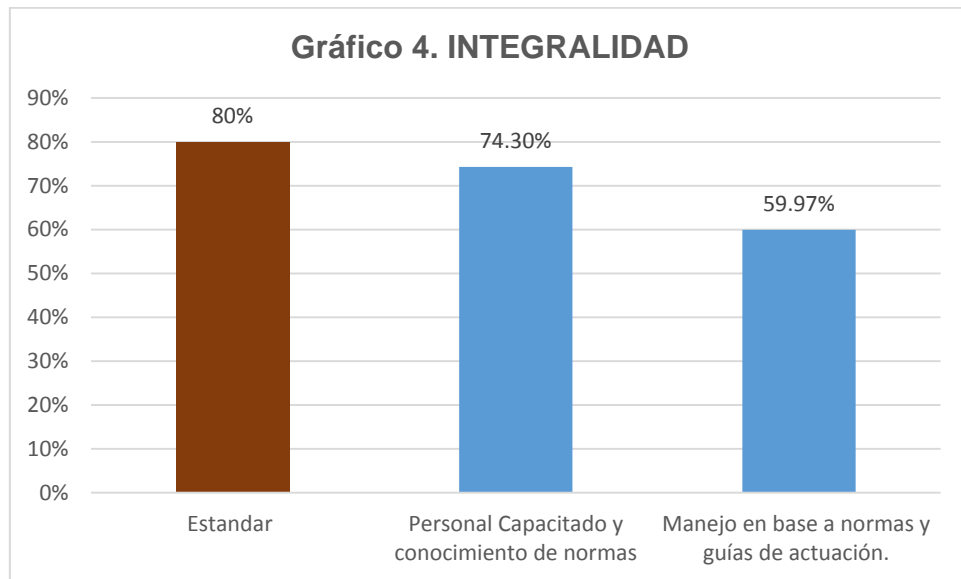
En cuanto al personal que labora en la Unidad de emergencia el 66.6% de ellos refiere que poseen los conocimientos de funcionamiento de la unidad de emergencia

que se basa en normas y guías de actuación; el 26.6% refirió que reciben capacitaciones continuas que permiten mejorar sus habilidades en su trabajo y el 53.3% manifestó que las jefaturas del área cuentan con dominio técnico y conocimientos del funcionamiento de la Unidad de emergencia.



Fuente: Datos de investigación Calidad de Atención unidad de Emergencia HNNC.

En cuanto a la valoración global tanto del usuario externo como del usuario interno se obtuvo un 74.30% de opiniones favorables en cuanto a la percepción que el personal se encuentra capacitado y con conocimiento de normas y un 59.97% que refiere que el manejo se realiza en base a normas y guías de actuación.

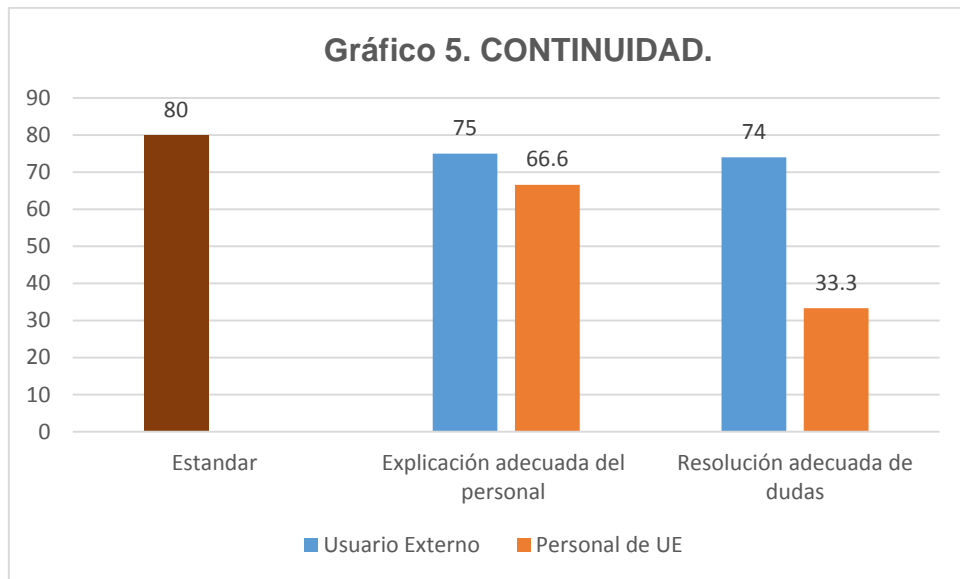


Fuente: Datos de investigación Calidad de Atención unidad de Emergencia HNNC.

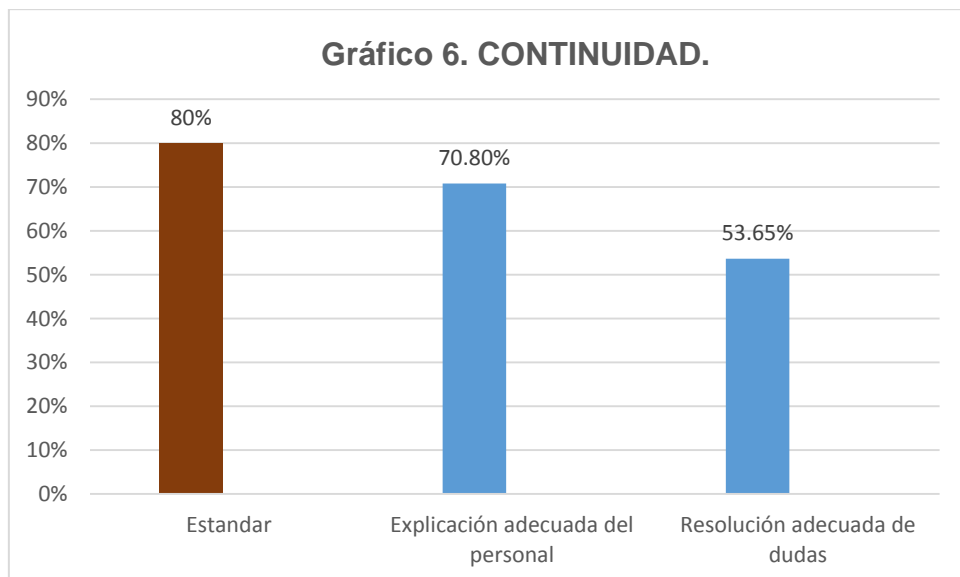
En relación a la variable continuidad, definida como el cumplimiento de protocolos de actuación por parte del personal médico y de enfermería, el 75% de los pacientes considera que la información recibida por parte del personal de salud relacionada a su enfermedad es adecuada.

Así mismo el 74% de los usuarios externos refirió que el personal médico y de enfermería mostro interés y preocupación por brindar orientación y resolución de dudas.

En cuanto a las repuestas del personal que labora en la unidad de emergencia, el 66.6 %% manifestó que la atención de los pacientes es en base a protocolos y guías de atención, el 33.3% refiere que se realiza un monitoreo continuo de la aplicación de normas y guías de atención, y un 53.3 % manifiesta que en la Unidad de emergencia se aplican normas y guías de atención.



En relación a la valoración global tanto del usuario externo como del usuario interno la se obtuvo un 70.8% de opiniones favorables en cuanto a la percepción que el personal explica de forma adecuada al paciente y el 53.65% refirió que la resolución de dudas es favorable por parte del personal al usuario externo.



Fuente: Datos de investigación Calidad de Atención unidad de Emergencia HNNC.

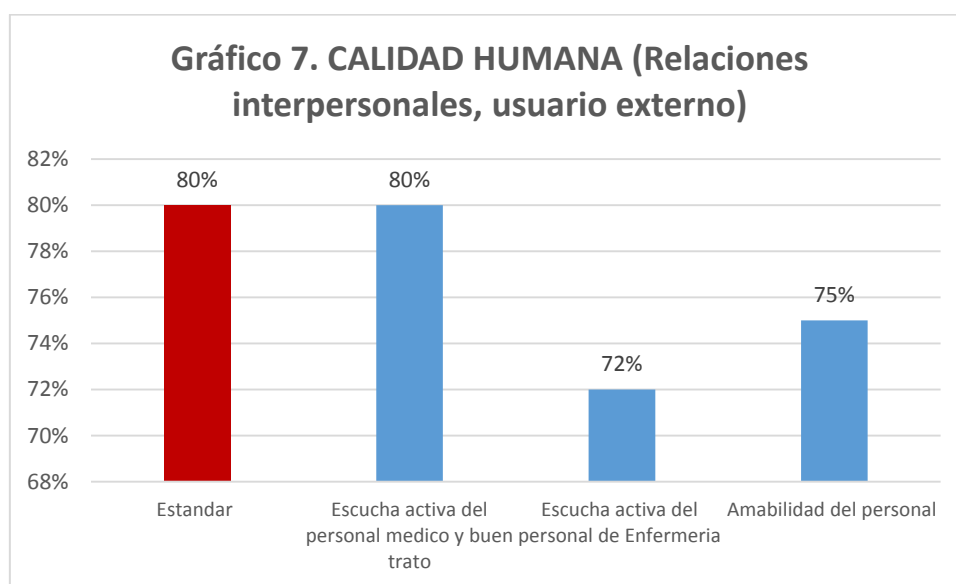
En resumen, la valoración global en cuanto a la calidad técnica, valorando la integralidad se obtuvo un porcentaje de 67.13% y un 62.22% en Continuidad. Para una valoración global de 64.96% para Calidad Técnica.

En cuanto a la variable calidad humana, se desglosa en los indicadores; relaciones interpersonales y comodidad, obteniendo lo siguiente:

Respecto al indicador Relaciones interpersonales, el 80% de los usuarios externos, refiere que el personal médico presenta una escucha activa e interés en el padecimiento de la enfermedad.

El 72% de los usuarios externos, considera que personal de enfermería presenta un interés y una escucha activa de su padecimiento.

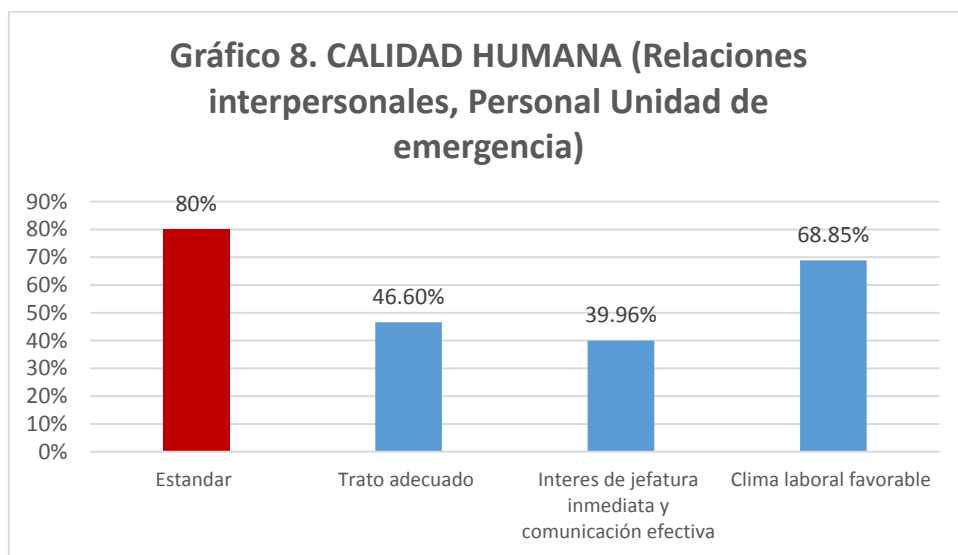
El 75% considera que el trato recibido fue de amabilidad.



Fuente: Datos de investigación Calidad de Atención unidad de Emergencia HNNC.

En relación a las respuestas del personal que labora en la unidad de emergencia, en cuanto a relaciones interpersonales se obtuvo que un 46.6% considera que recibe un trato adecuado; el 39.96% refiere que la jefatura se preocupa por mantener actualizado, informa sobre su desempeño laboral al personal bajo su cargo y toma en cuenta las opiniones y sugerencias; El 68.85% del personal de Unidad de

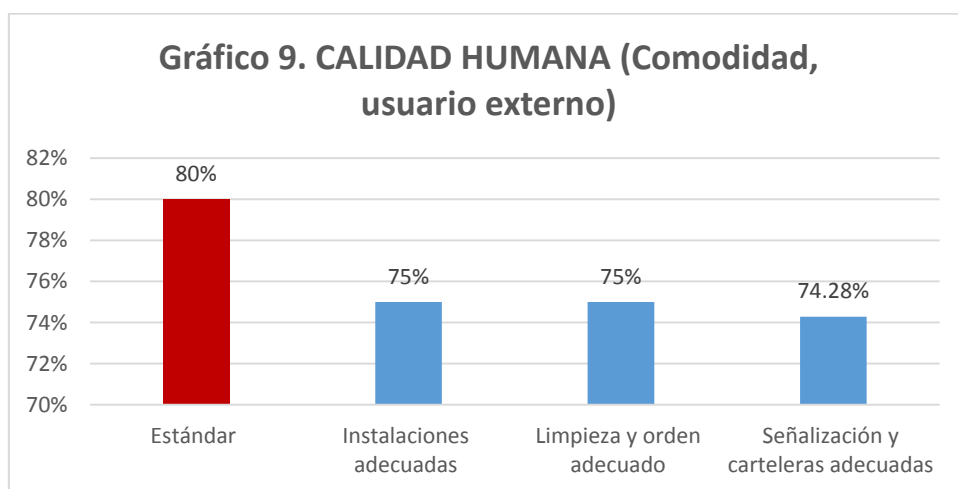
Emergencia considera que el clima laboral, así como las relaciones entre compañeros es adecuada y favorable



Fuente: Datos de investigación Calidad de Atención unidad de Emergencia HNNC.

En relación al indicador comodidad, el 75% de los usuarios externos considera que las instalaciones de la unidad de emergencia son las adecuadas.

El 75% considera que la limpieza del área es aceptable y el 74% considera adecuada las carteleras, banners, y la señalización de la unidad de emergencia, tal como lo muestra el grafico siguiente.



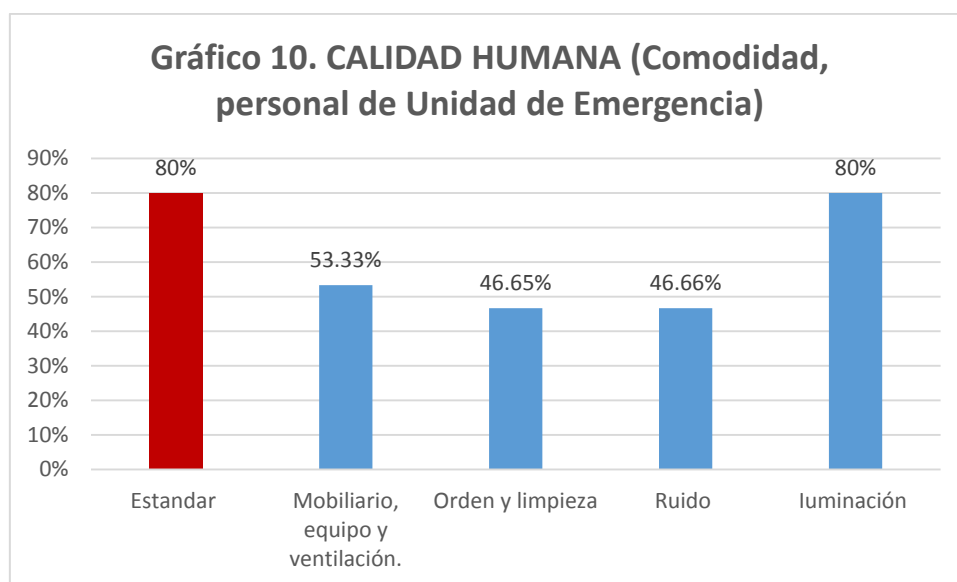
Fuente: Datos de investigación Calidad de Atención unidad de Emergencia HNNC.

En cuanto a las respuestas por parte del personal de la Unidad de emergencia, se obtuvo lo siguiente:

El 53.3% refiere que las condiciones ambientales en relación al mobiliario y equipo y ventilación es adecuado.

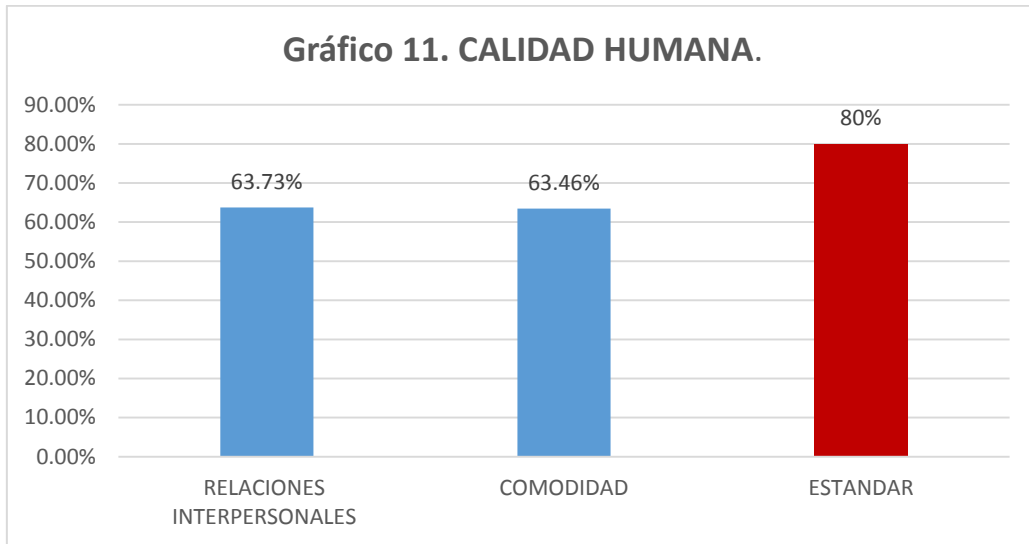
El 40% manifestó que las condiciones ambientales en relación a orden y limpieza son adecuadas.

El 46.66% refirió que las condiciones ambientales en relación a ruido son adecuadas y el 80% refirió que las condiciones ambientales en relación a iluminación son adecuadas.



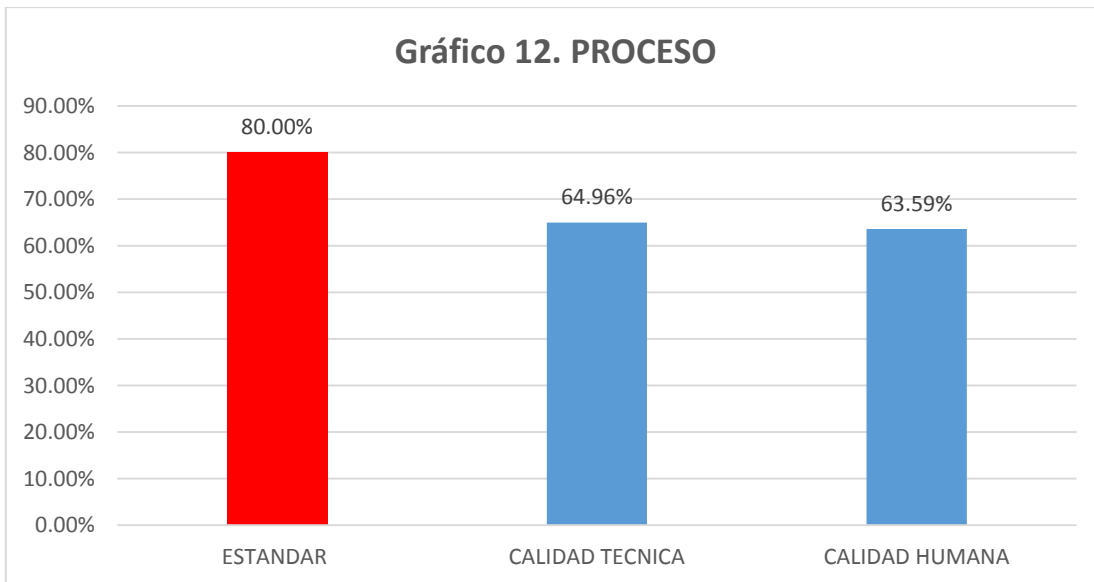
Fuente: Datos de investigación Calidad de Atención unidad de Emergencia HNNC.

En resumen, la valoración de la calidad humana, valorando relaciones interpersonales se obtuvo un porcentaje de 63.73% y un 63.46% en Comodidad, para una valoración global de 63.59%.



Fuente: Datos de investigación Calidad de Atención unidad de Emergencia HNNC.

La valoración de la calidad técnica y humana es del 64.96% para la calidad técnica y del 63.59% para la calidad humana.



Fuente: Datos de investigación Calidad de Atención unidad de Emergencia HNNC.

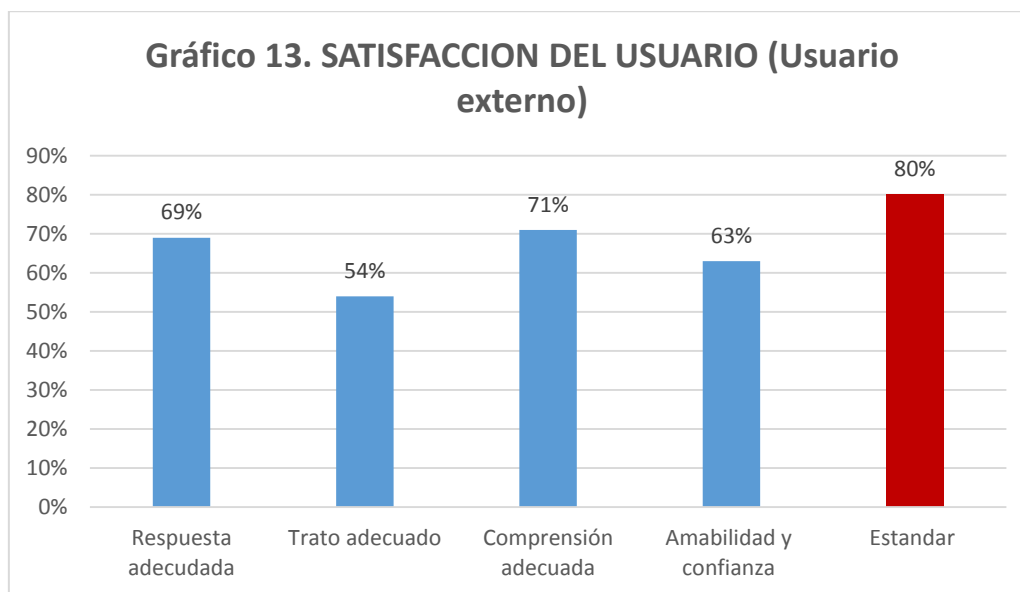
En general, La Calidad Técnica y Humana del proceso de atención en la unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Nueva Concepción es del 64.27%.

En relación a los Resultados, se evaluó en base a la variable Eficacia, cuyos indicadores estudiados fueron; Satisfacción de usuario, mejora o recuperación de paciente y tiempo de espera.

En relación al indicador satisfacción de usuario, se obtuvo los siguientes resultados por parte de los pacientes entrevistados.

El 69% refiere que las respuestas del personal a sus inquietudes son adecuadas; El 54% expreso que el personal de salud agiliza su trabajo para satisfacer las necesidades de los pacientes.

El 71% de los pacientes refirió que el trato recibido por parte del personal es el adecuado; El 63% manifestó que la comprensión de su enfermedad fue adecuada y el 76% refirió que el médico que brindó la atención se presentó de forma amable que generó confianza.



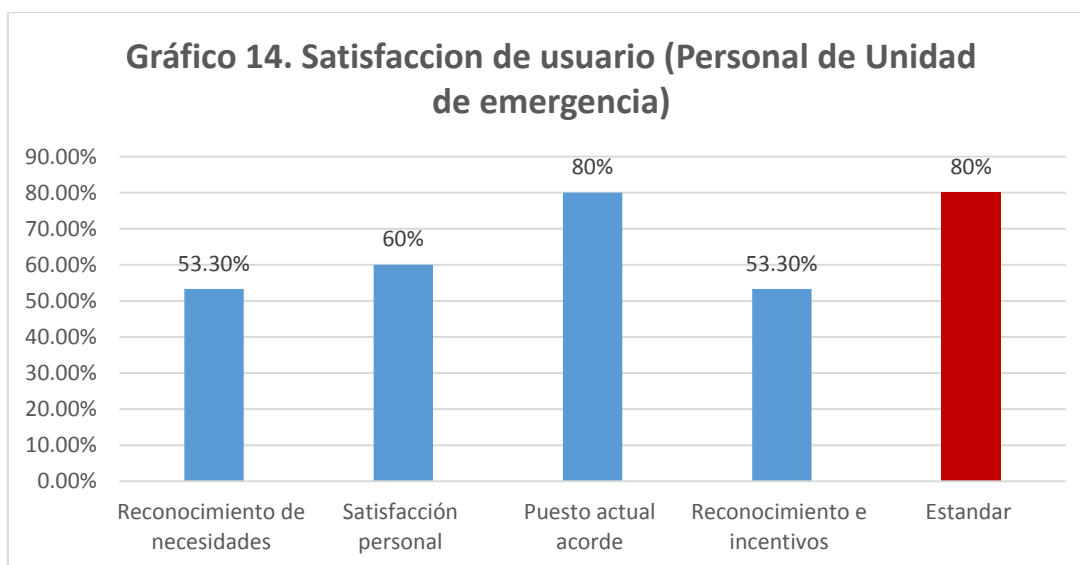
Fuente: Datos de investigación Calidad de Atención unidad de Emergencia HNNC.

En relación a las respuestas por parte del personal que labora en la unidad de emergencia se obtuvo lo siguiente:

El 53.3% refiere que la jefatura inmediata se preocupa por las necesidad del personal

El 60% del personal expresa que se siente satisfecho de laborar en la unidad de emergencia; el 80% refiere que su puesto actual es acorde a su formación.

El 53.3% refiere que se reconoce su trabajo y recibe incentivos para continuar.



Fuente: Datos de investigación Calidad de Atención unidad de Emergencia HNNC.

Al realizar la valoración de la satisfacción, para el usuario externo es del 64.25% y el usuario interno del 61.65% Para global en términos de satisfacción de 62.95%

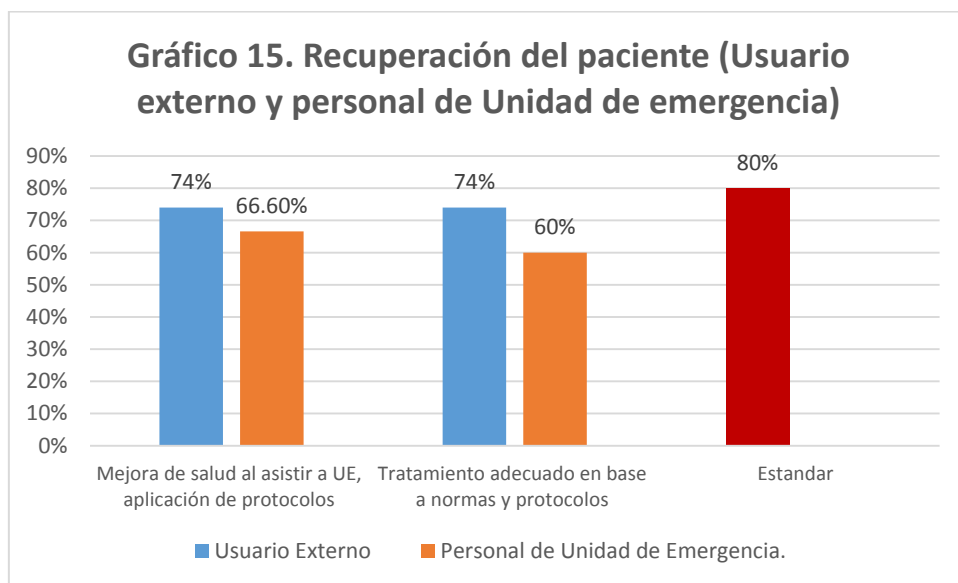
En relación al indicador mejora o recuperación del paciente, se obtuvo los siguientes resultados:

El 74% de los usuarios externos refiere que al asistir a la unidad de emergencia y recibir en tratamiento, este contribuyo a la mejora del estado de salud.

El 74% de los usuarios externos refiere que el tratamiento indicado fue el adecuado para mejorar el estado de salud.

En relación a las respuestas brindadas por el personal de salud, se obtuvo que; El 66.6 % refiere que la aplicación de protocolos y normas de atención permite la recuperación del paciente; el 60% del personal refiere que la mejora en la salud de

los pacientes se debe a la atención brindada por el personal basado en guía y normas de atención.



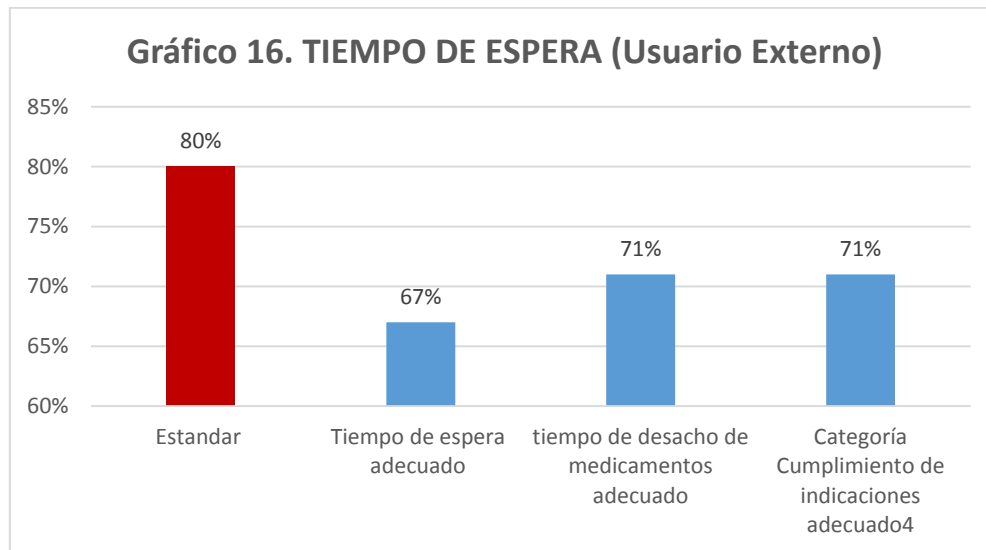
Fuente: Datos de investigación Calidad de Atención unidad de Emergencia HNNC.

En general, el estudio reveló que un 70.3% de usuarios refieren que la mejora de salud al asistir a la Unidad de Emergencia se debe a la aplicación de protocolos y el 67% refiere que los tratamientos son adecuados porque se hacen en base a protocolos. Llegando a un total de 68.65%

En cuanto al indicador tiempos de espera, las respuestas obtenidas de los pacientes entrevistados son las siguientes:

El 67% de los usuarios externos considera adecuado el tiempo de espera desde su llegada hasta recibir atención médica.

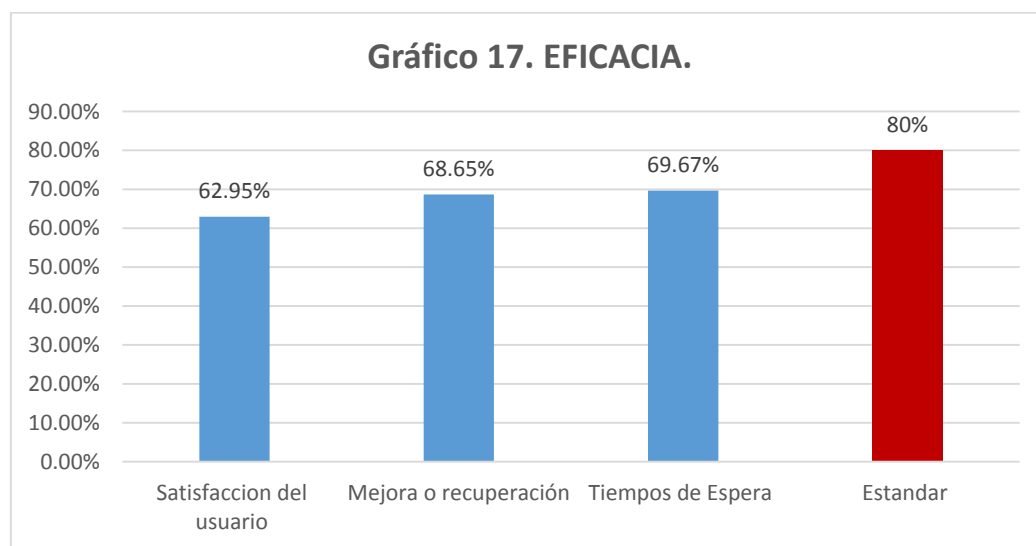
El 71% de los usuarios externos entrevistados refiere que el tiempo de espera para el cumplimiento de las indicaciones médicas fue adecuado, y el 71% de los usuarios, también considera adecuado el tiempo de espera desde la llegada a la unidad de emergencia hasta el despacho de los medicamentos.



Fuente: Datos de investigación Calidad de Atención unidad de Emergencia HNNC.

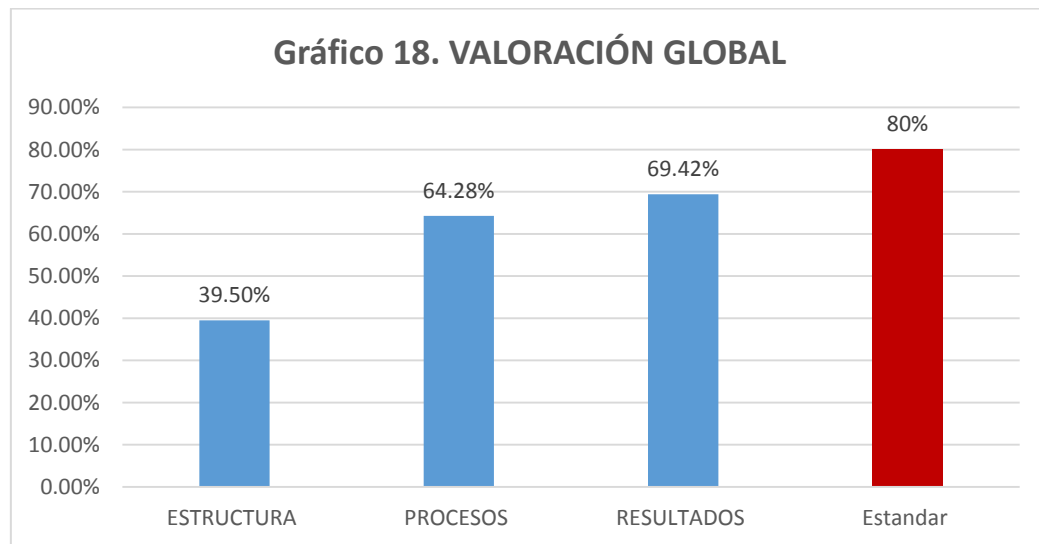
En resumen, el resultado global en término de eficacia es: en Relación al indicador Satisfacción de usuario un porcentaje total de 62.95%; Para el indicador mejora y recuperación del paciente un porcentaje total de: 68.65% y para el indicador tiempos de espera, un porcentaje de: 69.67%

Para obtener una valoración global de la subvariable eficacia de: 69.42%



Fuente: Datos de investigación Calidad de Atención unidad de Emergencia HNNC.

En general, la ponderación global para cada subvariable se obtuvieron los resultados para, Estructura 39.5%, Proceso: 64.28% y para la subvariable Eficacia: 69.42%



Fuente: Datos de investigación Calidad de Atención unidad de Emergencia HNNC.

VI. DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

La investigación realizada en el Hospital Nacional de Nueva Concepción, en relación a la calidad de atención que se brinda en la unidad de emergencia proporcionó resultados importantes que se convierten en oportunidades de mejora para la institución y el personal involucrado.

Los resultados que se obtuvieron son resultado de la opinión de pacientes y del personal de Unidad de Emergencia.

Se determinó que los pacientes en mayor porcentaje fueron del sexo femenino con un 74%, así mismo se determinó que el mayor porcentaje de pacientes son amas de casa con un 64% y solo 2% refirió ser estudiante.

En cuanto al personal que labora en la Unidad de Emergencia, el 46.6% refirió tener más de 5 años de laborar en la institución y el 33.3% correspondió a personal médico.

Respecto a esto, es importante recalcar que en las emergencias hospitalarias debe predominar personal con conocimiento y experiencia que garanticen el funcionamiento, y en concordancia con lo expuesto por Joseph Juran (1951) respecto al principio de Pareto o ley 20-80; “El 80% de las consecuencias se debe al 20% de causas”; análogicamente, no se debe tener más del 20% del personal nuevo en una emergencia hospitalaria, porque esto generaría deterioro de la calidad.

Al evaluar la capacidad instalada de la Unidad de Emergencia, se determinó que únicamente el 17.5% de los usuarios externos, expreso que la cantidad de Recurso médico es adecuado para resolver los problemas y el 40.5% determinaron que la cantidad de personal de enfermería es adecuado.

Esto contrastado con la opinión de los usuarios externos en relación a los horarios de atención, el 80.3% de los usuarios tanto internos como externos refirieron que son adecuados, sin embargo la cantidad de personal no es la adecuada.

En relación a la percepción de equipo y material, solo el 18.5% refirieron que la unidad de emergencia cuenta con los materiales y equipos adecuados, al igual que los medicamentos suministrados.

Los resultados indican de forma global que la disponibilidad del Hospital Nacional de Nueva Concepción es de 34.99%, lo que indica que el hospital no cuenta con la cantidad de personal médico ni de enfermería adecuado, así como insumos no medicamentos para suplir la demanda al 100% de los pacientes, generando así mismo insatisfacción al usuario externo y Fatiga en el personal.

Por ello en base a lo planteado por Morcillo P. y Fernández J. en su libro Dirección estratégica y Sector Público en el cual refiere que el objetivo principal de la Dirección estratégica es racionalizar la estructura y redimensionar los recursos, lo cual debe de haber concordancia entre la productividad y gasto, mejorando así la calidad de los servicios de la asistencia sanitaria, se debe redistribuir al personal o contratación de nuevos recursos, así como analizar y determinar las prioridades de Gastos, para redistribuir o gestionar insumos, equipos y medicamentos.

En relación a la accesibilidad en forma global, según los resultados, se determinó que la mayor parte de los pacientes provenían del área rural de Nueva Concepción con un porcentaje de 47%.

En relación al tiempo que tarda en acudir al hospital se obtuvo que el 34% demora entre 30 minutos y una hora lo que concuerda con la procedencia.

En relación a la accesibilidad económica y cultural, el 100% de los usuarios externos están totalmente de acuerdo con la gratuidad de los servicios, sin embargo un 83% refirieron recurrir a gastos por no recibir el total de medicamentos prescritos.

En forma global, la valoración global de la accesibilidad es de 44%.

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

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

Al evaluar la variable Integralidad, las respuestas obtenidas por parte del paciente refleja que el 82% de personal conoce las normas, guías y protocolos de manejo, que hay un dominio técnico y de conocimiento de las actividades y que existe oportunidad de capacitación para mejorar las habilidades en el trabajo, en contraste con el 66.6% de las opiniones brindadas por el personal de la Unidad de emergencia que opina que poseen conocimientos de guías, normas y protocolos de manejos.

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

En relación a la variable continuidad, esta se describe como la atención brindada cumpliendo los protocolos y normas que permite estandarizar los procesos hospitalarios y la calidad de los mismos que estará ligada a su ejecución y control ejercido por los trabajadores, en la misma permitirá la corrección de las desviaciones y la prestación será personalizada. En concordancia con lo anterior Jaime Varo², describe que los protocolos formalizan la atención científica y técnica, disminuyen la incertidumbre y ayudan a actualizar los conocimientos; el papel que juegan en la asistencia es ser el prototipo de la asistencia; las modificaciones del proceso, según las circunstancia propias de cada paciente.

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

En forma global se obtuvo un porcentaje de 67.13% para Integralidad y un 62.22% para integralidad.

Los resultados de la evaluación obtenidos en cuanto a las relaciones interpersonales demostraron que el 80% de los pacientes perciben que el personal médico presento

una actitud de escucha activa, e interés, mientras que el 72% refirió que personal de enfermería presento interés y actitud de apoyo hacia el paciente.

En contraste con las respuestas obtenidas por parte del personal, el cual el 46.6% expreso que reciben un trato adecuado y un 36.6% refirieron que la jefatura respectiva se preocupa por mantener actualizado, informa oportunamente y toma en cuenta sugerencias y recomendaciones.

Toda empresa funciona debido a las relaciones personales que se generan en ella; para lo cual debe de existir un clima laboral favorable, sin embargo en áreas de emergencia, por ser una área de choque continuo, el clima laboral puede no ser favorable, puede ser estresante frustrante, extenuante, sin embargo, la aceptabilidad del mismo y la sensación de pertenencia dependerá de las relaciones interpersonales que se llevan entre el personal por lo tanto puede considerarse entonces, que las organizaciones sean estas de productos o servicio son un conjunto de interrelaciones personales que se organizan bajo determinadas circunstancias para lograr ciertos objetivos y si estas fallan o no son productivas la organización no es exitosa según lo expresado por Jacques Horovitz.

Para que una organización como el Hospital tenga éxito, es necesario establecer una comunicación eficaz entre los individuos, una actitud de apoyo y de pertenencia.

Los resultados obtenidos demostraron que no existe adecuada relación interpersonal entre el personal y entre estos con los pacientes y que solo se cumple con la comunicación descendente y cuando los trabajadores brindan opiniones y sugerencias de mejora en el 60.04% no son tomadas en cuenta.

Asi mismo Cuando en una organización existe actitud positiva por el empleado para adaptarse al puesto de trabajo y el resto del personal le brinda las condiciones para brindarle la acogida; entonces predominan las condiciones para desarrollar equipos de trabajo que se esfuercen por alcanzar los objetivos institucionales.

En forma global se obtuvo un 63.73% en relaciones interpersonales.

Respecto a los indicadores que responden a la variable Comodidad, cuando se evaluó si las instalaciones de la Unidad de Emergencia son adecuadas un 75% de los pacientes, refirió que son aceptables y que la limpieza, señalización también es aceptable.

El 53.3% refieren las condiciones ambientales en relación al mobiliario son adecuadas, así mismo el 40% refirió que las condiciones ambientales en relación a orden y limpieza también son adecuadas, y solo un 46.66% refirió que las condiciones ambientales en relación a ruido es aceptable.

En general, la sumatoria de los indicadores para valorar la comodidad que brinda el servicio de emergencia es de 63.46% poniendo en evidencia que hay oportunidad de mejora en materia de comodidad en el proceso de prestación de atención en salud.

Las comodidades se refieren “a las características propias de los servicios de salud que no están directamente relacionadas en la eficacia clínica, pero acrecientan la satisfacción de los clientes; a menudo se relacionan con el aspecto físico del establecimiento, el personal, los materiales, comodidades físicas, la limpieza y la privacidad, música, videos, revistas, etc.

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

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

El estudio determinó que el 60% del personal se siente satisfecho de laborar en la Unidad de Emergencia, el 80% refiere que sus tareas van acorde a su formación y experiencia y el 53.3% tienen la percepción que las jefaturas se preocupan por los empleados.

Al encuestar a los pacientes, el 69% de los mismos opinaron que percibieron disposición de ayuda por parte del personal que labora en la Unidad de emergencia, y al preguntarles qué factores de la Unidad de Emergencia le brinda satisfacción, estas respondieron que la agilidad para desarrollar su trabajo en un 54%, amabilidad (71%).

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

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

En resumen; el nivel de satisfacción del personal y pacientes de la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Nueva Concepción es del 62.95%; Este valor al contrastarlo con el estándar del 80% estimado como mínimo aceptable para el estudio pone de manifiesto que no existe el nivel de satisfacción adecuada y por ende los problemas de la dimensión satisfacción del cliente pueden comprometer la calidad general de la atención que brinda la Unidad de Emergencia.

Los resultados obtenidos en el estudio, respecto a los factores relacionados con la variable manejo o recuperación de los pacientes demostraron que el 66.6% del personal perciben que la recuperación de los pacientes se debe a la aplicación de los protocolos de; mientras que el 70.3% de los pacientes opinaron que el personal médico está capacitado para solucionarles su problema de salud, sientes confianza en los medicamentos prescritos, el médico le brinda las recomendaciones para mejorar de su enfermedad, la oportunidad de hacer preguntas sobre la enfermedad y que por lo tanto regresaría de nuevo.

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

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

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

Para la variable Tiempos de Espera, el 67% de los usuarios refirió que los tiempos de espera son adecuados desde su llegada a la unidad de emergencia hasta la atención médica.

Sin embargo muchos pacientes acuden a la unidad de emergencia por patologías que pueden ser derivadas a centros de primer nivel que lo constituyen las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, lo que conllevaría mejora en la atención y demora en los tiempos de espera.

Así mismo es necesario establecer de forma adecuada un sistema de TRIAGE que sea capaz de identificar las verdaderas patologías que serán atendidas en la unidad de emergencia, lo que contrasta con la teoría e Navarro Villanueva¹³ en su estudio multicéntrico del tiempo de demora asistencial en gerencias hospitalarias refiere: “debido a la alta tecnificación de las U de E son sobre utilizadas por pacientes con problemas leves, lo que lleva a largas esperas que son citadas como indicadores de mala calidad asistencial o como productoras de insatisfacción; por lo que deben organizarse para establecer prioridades en la atención de los pacientes.

Por lo tanto establecer una mejora en el sistema de TRIAGE permitiría aumentar la satisfacción del usuario.

En forma global, En la Subvariable Disponibilidad se obtuvo el 34.99% de cumplimiento de la calidad; siendo los indicadores recursos humanos, medicamentos e insumos los peor evaluados con el 17.5% y 18,5% respectivamente.

La Subvariable Accesibilidad obtuvo el 49% de valoración de la calidad y aunque existe la gratuidad, el no encontrar los medicamentos en la farmacia hospitalaria implica un incremento del gasto familiar en salud.

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

Por lo anterior la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Nueva Concepción no cumple con el estándar de calidad establecido en el presente estudio; el cual es del 80% en cuanto a capacidad instalada se refiere. Esto influirá en el proceso de atención y los resultados obtenidos.

La valoración del proceso de calidad de atención en la unidad de emergencia se llevó a cabo realizando una evaluación de la variable “Calidad Técnica y Humana” a través de los elementos que constituyen las subvariable: integralidad, continuidad, relaciones interpersonales y comodidad.

Así, la Subvariable mejor evaluada es la Integralidad con un 67.13%.

En relación a la calidad humana, en el indicador de relaciones interpersonales se obtuvo una valoración global del 63.73%

En la Subvariable comodidad se obtuvo una ponderación global de 63.46%

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

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

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

En la evaluación realizada basada en el enfoque de proceso, valorando la Calidad Técnica y Humana, dio como resultado que la Unidad de Emergencia del Hospital de Nueva Concepción es de 64.27% por lo que no cumple con el 80% del Estándar y que tiene la oportunidad de mejorar los elementos con ponderación más baja y de menor inversión económica.

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

La satisfacción como indicador de calidad solo obtuvo el 62.95%.

En el indicador mejora o recuperación de los pacientes se obtuvo el 69.67% y en tiempos de espera el 69.42%. Lo anterior demuestra que la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Nueva Concepción no cumple con la calidad en términos de eficacia, ya que su ponderación global es del 69.42%% y que los indicadores mas sensibles son tiempos de espera y satisfacción del usuario.

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

Navarro Villanueva¹⁴ establece que los tiempos de espera son un indicador muy sensible de calidad para las unidades de emergencias debido a que su alta tecnificación atrae mayor demanda, lo que puede ocasionar sobreutilización, en su mayor porcentaje innecesaria.

Por lo tanto al evaluar la calidad de atención en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Nueva Concepción, en base a estructura procesos y resultados, y en base al estándar del 80% no se brinda calidad de atención el servicio de Emergencia.

VII. CONCLUSIONES

En relación a la definición de la calidad y para la evaluación de la misma en cuanto a: Estructura, proceso y resultado; Así como a la lógica de los objetivos, se ha establecido las siguientes conclusiones:

1. Existe un déficit considerable de recursos hospitalarios para brindar la atención en salud; lo que ocasiona problemas en la planeación, diseño y desarrollo de los procesos basados en la calidad.
2. Los escasos recursos con que cuenta la Unidad de Emergencia se están utilizando en atenciones que según la complejidad pueden ser resueltos en otro establecimiento de salud de menor complejidad a pesar que los horarios de atención son adecuados.
3. El Hospital Nacional de Nueva Concepción no cuenta con adecuada capacidad instalada para la prestación de servicios de calidad en salud en la Unidad de Emergencia.
4. La atención en salud que brinda la Unidad de Emergencia se realiza en base a protocolos de atención y cumplimiento de normas de funcionamiento existentes, pero no existe estandarización en la evaluación sistemática de los mismos.
5. El personal de la Unidad de Emergencia posee el conocimiento técnico científico para la solución de los problemas de salud, goza de oportunidades

de capacitación en el abordaje de enfermedades y brinda la confianza necesaria a los pacientes en el momento de la consulta.

6. Hay adecuada relaciones interpersonales entre el personal de salud de la Unidad de Emergencia; Porque existe actitud de apoyo hacia el compañero de trabajo, comunicación descendente y buen trato por las jefaturas, existe comunicación efectiva.
7. No existe calidad técnica en el proceso de prestación de servicios e inadecuada calidad humana en el mismo.
8. No existe un nivel adecuado de satisfacción en los pacientes y personal de salud de la Unidad de Emergencia del Hospital de Nueva Concepción.
9. El manejo o recuperación de los pacientes que consultan en la Unidad de Emergencia, es inadecuada a pesar que hay competencia profesional y confianza generada por el médico en los pacientes; así como por la aplicación de protocolos de atención y la educación médica continua.
10. La demora asistencial en la Unidad de Emergencia del Hospital de Nueva Concepción es inadecuada con 69.67% de satisfacción.
11. La calidad en términos de eficacia, de la prestación de servicios de salud en la Unidad de Emergencia es inadecuada debido a factores relacionados con la calidad humana como la satisfacción, tiempos de espera y relaciones interpersonales.
12. Los resultados obtenidos nos permite establecer que la calidad más afectada en la atención que brinda la Unidad de Emergencia es la disponibilidad.

VIII. RECOMENDACIONES

Al nivel Rector del Ministerio de Salud.

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

Al Hospital Nacional de Nueva Concepción.

1. Establecer la declaratoria de Calidad Institucional en la prestación de servicios de salud en la Unidad de Emergencia por parte de la Dirección del Hospital.
2. Establecer un compromiso con la Gestión y Calidad de la prestación de los servicios de salud en la Unidad de Emergencia entre Dirección, Jefaturas y Personal operativo dirigidos por la Unidad Organizativa de la Calidad (UOC).

3. Creación e Implementación de un Sistema de la Calidad en la Unidad de Emergencia, con el propósito de mejorar la prestación de los servicios de salud.
4. Dotación de los recursos Físicos, humanos y financieros, necesarios para la implementación del Programa de Garantía de la Calidad.

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

INTRODUCCION

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

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

Para brindar servicios de calidad es necesario adoptar una forma de gestión basada en la calidad del servicio que ponga como primordial la satisfacción del usuario.

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

OBJETIVO.

Mejorar la calidad de atención que se brinda al usuario externo e interno en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Nueva Concepción.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejora del clima organizacional.

Promover en la unidad de emergencia un ambiente favorable, donde sea tomada en cuenta la opinión de los usuarios tanto externos como internos, promoviendo la confianza y seguridad en el personal, lo que contribuirá a fortalecer el sentido de pertenencia a la institución.

2. Sensibilización y capacitación continua del personal.

Promover por medio de educación continua al personal, trato digno al usuario, así como establecer un plan de educación continua en el área.

3. Monitoreos continuos de la implementación y seguimiento de casos.

Promover en el personal el monitoreo continuo y autoevaluación de planes de mejora, así como protocolos de actuación que permitan identificar brechas para posteriormente superarlas en el menor plazo.

ESTRATEGIA

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

□ Implementación del Proceso de Mejora Continua, orientado a la solución de problemas: El cual, permitirá realizar actividades de pequeña escala relacionados con la calidad; Estas son prácticas que producen mejoras progresivas, se alimenta a las personas a escoger el problema que sea importante para ellos y trabajar para resolverlo; Una vez que la resolución de problemas se vuelve una cultura organizacional y el personal este consciente de la necesidad de mejorar la calidad, está la base para implementar el proceso de la garantía de la Calidad. Para lo anterior utilizaremos el ciclo de mejora de la calidad propuesto por Avedis Donabedian.

□ Implementación del Proceso de Garantía de la Calidad, estableciendo el conjunto de actividades para fijar normas, vigilar y mejorar el desempeño de tal manera que la atención prestada en la Unidad de Emergencia sea lo más eficaz y segura posible.

EJES DE IMPLEMENTACIÓN

□ Declaratoria de la Política de Calidad Institucional por parte de la Gerencia del Hospital Nacional de Nueva Concepción.

□ Conformación y Capacitación del equipo Institucional de Calidad responsable de la coordinación para la elaboración y desarrollo del sistema de Calidad en Emergencia.

□ Cumplimiento de los pasos del ciclo de la mejora de la Mejora Continua de la Calidad propuesto por Avedis Donabedian: Detección de problemas, Priorización de problemas, Análisis causal, Definición de criterios de evaluación, Diseño de estudios de evaluación, Análisis de acciones de mejora, Implantación de las acciones de mejora, Reevaluación.

□ Cumplimiento de los pasos del ciclo del Proceso de Garantía de la Calidad propuesto por el Proyecto de Garantía de Calidad de la Agencia Internacional para el Desarrollo: Planificación de la Garantía de la Calidad; Fijación de normas y especificaciones; Comunicación de normas y especificaciones; Vigilancia de la Calidad; Identificación de problemas y oportunidades de mejora; Definición del problema operacional; Selección del equipo para el análisis y estudio del problema, elaboración del plan para mejorar la calidad, ejecución y evaluación de la gestión de la mejora de la calidad; Análisis y

estudio del problema para identificar las causas de fondo; Elaboración de soluciones y medidas de mejora de la calidad; Ejecución y evaluación actividades de mejora de calidad.

X. BIBLIOGRAFIA.

1. Varo J, Renau Piqueras J J. Gestión Estratégica de la Calidad de los Servicios Sanitarios. España: Ediciones Díaz Santos; 1994.
2. Decreto Legislativo N° 442. Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud. El Salvador. 2007. Nov.
3. Acosta Z. Percepción de la calidad de atención en los consultorios externos de medicina desde la perspectiva de la satisfacción de los usuarios del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2002. [Tesis de Maestría] Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, 2002.
4. Núñez Z. Estudio de evaluación de la calidad de servicio de los consultorios externos del servicio de medicina del HNAL Lima 2006. [Tesis de Maestría] Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, 2006.
5. Casalino-Carpio. Calidad de servicio de la consulta externa de Medicina Interna de un hospital general de Lima mediante la encuesta Servqual. Rev Soc Peru Med Interna 2008; vol 21 (4). Lima.Perú.2008.
6. Ricci V. Calidad de servicio percibida por los usuarios de la consulta externa de Medicina Interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2005. [Tesis de Maestría] Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, 2007.
7. Decreto Legislativo N° 442. Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud. El Salvador. 2007. Nov.

8. Ministerio de Salud; Política Nacional de Salud 2009 – 2014. El Salvador. MINSAL; 2010.
9. Ministerio de Salud. Distribución Poblacional y Establecimientos de Salud según Departamentos. El Salvador. MINSAL; 2007.
10. Berry L L, Parasuraman A. Marketing de las Empresas de Servicios. 1a Edición, U.S.A.: Editorial Norma; 1993
11. Bigne E., Moliner M. A., Sánchez J. “Calidad y Satisfacción en los Servicios Hospitalarios Esenciales y Periféricos, Investigación y Marketing. 2a Edición, México: 1997: pp. 55-61.
12. Donabedian A. La Calidad de la Atención Médica. 1a Edición, México: Ediciones Copilco S.A de C.V.: 1991.
13. Ginebra J, Arana de la Garza R. Dirección de Servicio: La Otra Calidad. 2a edición, Colombia: Editorial McGRAW-HILL: 1995: pp. 65 – 111.
14. Horovitz Jacques G. La Calidad del Servicio. 1a edición, Colombia: Editorial McGRAW-HILL; 1994; pp. 1 – 36.
15. Juran J.M. Juran y la planificación para la calidad. 1ª Edición, España: Ediciones Díaz de Santos: 1996.
16. Juran J.M. y Tryna F M. Análisis y planeación de la calidad. 2a Edición, Colombia: Editorial McGRAW-HILL; 1997.
17. Malagón Londoño G, Galán Morera R, Ponto Landaverde G, Arredondo Pérez L G. Administración Hospitalaria, 1a Edición, Colombia: Editorial Médica Panamericana; 1996.
18. Concenjo C. La calidad asistencial en los servicios de urgencias - Emergencia. España. 1997 Feb.; 9.
19. Cucalón J A. Tesis "Modelo tipo para Centros de Salud en el área Metropolitana de San Salvador". 1987, Oct.
20. Decreto Legislativo N° 442. Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud. El Salvador. 2007. Nov.
21. Lori Diprete B, Franco L M, Rateh N, Hatzell T. Garantía de la Calidad en Salud en los Países en Desarrollo. USAID. 2000; 2a Edición. pp. 212 – 220.
22. Ministerio de salud El Salvador. Reglamento General de Hospitales. 2017.

23. Casbancango Katia, Villegas Andrea. "Calidad de atención al usuario eterno en unidad de emergencia en el hospital San Vicente de Paul" España 2009.

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MEDICINA
MAESTRIA EN GESTION HOSPITALARIA.



**ENCUESTA DE SATISFACCION A USUARIOS EXTERNOS DEL SERVICIO DE LA
UNIDAD DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE NUEVA CONCEPCION
CHALATENANGO.**

Nº de Encuesta: _____

FECHA: ___ / ___ / ___

Datos proporcionados por: Paciente: _____ Familiar: _____

INDICACIONES:

La presente encuesta es de vital importancia para conocer la calidad de atención que se brinda en la unidad de emergencia por parte del personal de salud, hacia su persona durante su permanencia en el Hospital.

A continuación se presentan una serie de preguntas en las cuales le pedimos conteste con sinceridad según el ítem solicitado.

Es de carácter anónimo y confidencial.

Los datos obtenidos serán utilizados para la elaboración de planes de mejora para brindar calidad de atención al usuario.

Edad _____ Sexo _____ Estado civil _____ Ocupación _____

NIVEL EDUCATIVO:

Ninguno_____

Primaria _____

Secundaria _____

Bachillerato_____

Universitaria_____

ESTRUCTURA

ACCESIBILIDAD.

1. Lugar de Residencia.

Área urbana de municipio de Nueva Concepción _____

Área Rural de municipio de Nueva Concepción _____

Municipio fuera de Nueva Concepción: _____

2. ¿Cuánto tiempo se tarda en llegar al hospital?

15 a 30 min. _____

30 min a 1 hora _____

1 a 2 horas _____

Más de 2 horas _____

3. ¿Está satisfecho con la gratuidad de los servicios de salud que brinda el Hospital Nacional de Nueva Concepción?

5. ¿En qué lugar prefiere consultar cuando necesita consulta médica?

4. ¿Cuáles son los principales motivos de su consulta de emergencia en este Hospital?

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Regular	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Considera que La cantidad de médicos asignados a la Unidad de emergencia es la adecuada para satisfacer la demanda de pacientes.					
2. Considera que Los horarios de atención en la unidad de emergencia son los adecuados para suplir las demandas de los pacientes.					
3. Cree que la cantidad de personal de enfermería asignado a la unidad de emergencia es adecuada para satisfacer la demanda de pacientes.					
4. Considera que los instrumentos, insumos y equipos fueron los necesarios para brindarle la atención.					
5. ¿Los medicamentos prescritos por el medico					

Marque en el cuadro respectivo con una "X" el ítem según corresponde

DISPONIBILIDAD

fueron dispensados en su totalidad en farmacia?						
IND.	Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Regular	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

Integralidad	6. Considera que el personal de salud de la unidad de emergencia se encuentra capacitado para resolverle sus problemas de salud.					
	7. Considera que el manejo que usted recibió en base a su enfermedad está basado en guías o protocolos de manejo.					
Continuidad.	8. La información recibida por parte del personal de salud respecto a su enfermedad, procedimientos y tratamiento solventaron sus dudas					
	9. El personal de salud se preocupó por orientarlo, guiarlo y explicarle el proceso de su enfermedad.					
Relaciones interpersonales	10. El personal médico lo escucho activamente y mostro interés sobre su enfermedad en la consulta médica.					
	11. El personal de enfermería le escuchó activamente y mostró interés para cumplir las indicaciones médicas para solventar su problema de salud.					
	12. Considera que el personal de salud fue amable y atento con usted en atenderle.					
Confort.	13. Considera que las instalaciones de la unidad de emergencia son confortables, y los consultorios cuentan con el equipo necesario para atenderle.					
	14. La limpieza de las instalaciones del área de emergencia es aceptable.					
	15. Las carteleras, avisos, banners y señalización de la unidad de emergencia son adecuadas y suficientes para orientarlo en la unidad de emergencia					

PROCESO

RESULTADOS.

IND.	Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Regular	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Satisfacción de usuario	16. Las respuestas del personal de salud a sus inquietudes fue apropiada					
	17. El personal de salud agiliza su trabajo para satisfacer las necesidades del paciente.					
	18. El trato recibido por parte del personal de salud fue adecuado					
	19. La comprensión de su enfermedad por					

	parte del personal de salud es excelente.					
	20. El médico que lo atendió, se presentó de forma amable que le generó confianza					
Mejora o recuperación del paciente	21. Al asistir a la unidad de emergencia y recibir el tratamiento indicado, sintió que mejoro su estado de salud.					
	22. El tratamiento indicado en unidad de emergencia contribuyo a mejorar su estado de salud.					
Tiempo de espera	23. El tiempo de espera desde que llega a la unidad de emergencia hasta que es atendido por el medico es Adecuado					
	24. El tiempo de espera para cumplimiento de indicaciones médicas por parte de enfermería, le pareció aceptable					
	25. El tiempo de espera desde su ingreso al hospital hasta recibir la atención médica le pareció aceptable					



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
 FACULTAD MEDICINA
 MAESTRIA EN GESTION HOSPITALARIA.



**ENCUESTA DE SATISFACCION A PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE LA
 UNIDAD DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE NUEVA CONCEPCION
 CHALATENANGO.**

N° de Encuesta: _____

FECHA: ___ / ___ / ___

INDICACIONES:

La presente encuesta es de vital importancia para conocer la calidad de atención que se brinda en la unidad de emergencia por parte del personal de salud.

El presente cuestionario consiste en preguntas de selección en las cuales se indaga sobre la percepción que tiene usted como personal de salud que labora en la unidad de emergencia.

Se le ruega contestar con sinceridad, ya que los datos obtenidos serán utilizados para la elaboración de planes de mejora e intervención en mejorar ambiente laboral

Es de carácter anónimo y confidencial.

Datos Generales

1. ¿Qué ocupación desempeña en el hospital?

Médico _____

Enfermera _____

Técnico en Enfermería / Auxiliar _____

Administrativo _____

Otro _____

4. Tiempo de trabajo en la Institución:

Menos de 1 año _____ De 1 a 4 años _____ 5 años ó más _____

INDICACIONES.

Marque en el cuadro respectivo con una "X" el ítem según corresponda.

DISPONIBILIDAD

PREGUNTA	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Regular	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Considera que La unidad de emergencia cuenta con el personal médico y de enfermería suficientes para satisfacer la demanda de usuarios					
2. Considera que Los horarios de atención establecidos en la unidad de emergencia son los adecuados.					
3. Considera que La unidad de emergencia cuenta con los					

materiales e insumos médicos necesarios para satisfacer la demanda de pacientes que consultan					
---	--	--	--	--	--

INTEGRALIDAD.

PREGUNTA	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Regular	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Tiene conocimiento claro de las normas de funcionamiento de la unidad de emergencia.					
2. Tiene la oportunidad de recibir capacitaciones que permitan mejorar las habilidades en su trabajo.					
3. Considera que Las jefaturas de la unidad de emergencia cuentan con dominio técnico y conocimientos de sus funciones					

CONTINUIDAD

PREGUNTA	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Regular	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Considera que La atención de los pacientes en la unidad de emergencia se brinda en base a la aplicación de normas, guías clínicas o protocolos de atención.					
2. Considera que En la unidad de emergencia se realiza monitoreo continuo de la aplicación de protocolos de atención a pacientes.					
3. En La unidad de emergencia Se cumplen normas en cuanto al funcionamiento relacionadas a ornato y limpieza, mantenimiento de					

equipo, suministro de material e insumos.					
4. Considera que la evaluación de la aplicación de los protocolos de atención en la Unidad de emergencia debe ser realizada de forma mensual?					

RELACIONES INTERPERSONALES.

PREGUNTA	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Regular	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Considera que El personal que labora en la unidad de emergencia recibe buen trato independientemente del cargo que ocupa.					
2. Los jefes hacen esfuerzos por mantener informados y actualizados al personal sobre las actividades de la Unidad de Emergencia					
3. Considera que su Jefatura inmediata toma en cuenta opiniones y sugerencias para mejora del trabajo.					
4. Se me proporciona información oportuna y adecuada sobre desempeño laboral así como resultados alcanzados					
5. Mi Actitud frente a la solución de problemas es de apoyo cuando se me solicita					
6. Considera que el personal de salud de la unidad de emergencia esta dispuesto para ayudarse mutuamente para completar las tareas, aunque esto signifique mayor esfuerzo.					
7. ¿Los procedimientos utilizados para resolver los reclamos del personal los considera aceptables?					

COMODIDAD.

PREGUNTA	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Regular	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Puedo adaptarme fácilmente a las condiciones que me ofrece el medio					

laboral de la unidad de emergencia.					
2. La institución proporciona los recursos, herramientas e instrumentos necesarios para tener un buen desempeño en mi puesto de trabajo.					
3. Las condiciones ambientales de la unidad de emergencia en relación a ventilación son adecuadas					
4. Las condiciones ambientales de la unidad de emergencia en relación a limpieza son adecuadas					
5. Las condiciones ambientales de la unidad de emergencia en relación a ruido son adecuadas					
6. Las condiciones ambientales de la unidad de emergencia en relación a iluminación son adecuadas					
7. Las condiciones ambientales de la unidad de emergencia en relación a mobiliario y equipo son adecuadas					

SATISFACCION.

PREGUNTA	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Regular	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Mi jefatura se preocupa por las necesidades primordiales de sus recursos asignados.					
2. Me siento satisfecho de laborar en la unidad de emergencia.					
3. Considera que las tareas asignadas son acorde a su formación y experiencia.					
4. Se reconoce mi trabajo y se me incentiva a seguir adelante para lograr mis objetivos y superación.					

MEJORA O RECUPERACION DEL PACIENTE.

PREGUNTA	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Regular	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. La aplicación de los protocolos y / o normas de atención permite que el paciente pueda recuperar su estado de salud.					
2. La mejora en la salud de los pacientes que acuden a la unidad de emergencia se debe en gran medida al conocimiento y puesta en práctica de los lineamientos y guías de atención por parte del personal.					



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 en la unidad de emergencia del hospital nacional de Nueva Concepción por parte del personal que labora en dicho servicio, 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 las instalaciones de la Unidad de emergencia del Hospital Nacional de Nueva Concepción, o contactarse con los responsables de la investigación.

Oscar Humberto Castaneda Campos, Tel: 7118 3832

Miguel Ángel Landaverde Solórzano. Tel: 7450 8073.

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: _____

GLOSARIO.

FOSALUD. Fondo Solidario para la Salud.

IAM. Infarto Agudo del Miocardio.

IIH. Infecciones Intra Hospitalarias

JCAH. Comisión de Acreditación de Hospitales.

JCAHO. Comisión de Acreditación de Servicios de Salud.

MCCA. Mejoramiento Continuo de la Calidad.

MINSAL. Ministerio de Salud.

PECAH. Programa de Evaluación de la Calidad de la Atención Hospitalaria.

PMC. Programa de Mejoramiento Continuo.

PNS. Programa Nacional de Salud.

SAPU. Servicios de Atención Primaria de Urgencias.

SNS. Sistema Nacional de Salud.

SU. Sistema de Urgencias.

TQM. Administración de la Calidad Total.

UNE. Unión de Normas Europeas.