



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
MAESTRÍA EN GESTIÓN HOSPITALARIA**



“VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL SAN JERÓNIMO EMILIANI, SENSUNTEPEQUE CABAÑAS EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DE 2018.”

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

**PRESENTADO POR:**

Lic. Juan Carlos Reyes Martínez  
Licda. Sully Susana Salinas Mojica

**ASESOR:**

Dr. Mgh. Boanerge Antonio Valencia

**San Salvador, Julio de 2018**

## **AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

### **Rector.**

Msc. Roger Armando Arias Alvarado

## **AUTORIDADES FACULTAD DE MEDICINA**

### **Decana.**

Dra. Maritza Mercedes Bonilla Dimas

### **Escuela de Posgrado**

Coordinadora Maestrías en Salud Pública y Gestión Hospitalaria.

Lcda. Msp. Reina Araceli Padilla.

### **Jurado calificador**

Licda. Msp. Reina Araceli Padilla

Dr. Mgh. Boanerge Antonio Valencia

Licda. Msp. Margarita Elizabeth García

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a:

Dios todopoderoso, por haberme permitido cumplir con las responsabilidades académicas, laborales y familiares durante el proceso de estudios de la Maestría

Mi Esposo por su paciencia y comprensión que me brinda en cada momento.

Mi Hija que es mi mayor impulso para mi superación profesional y como persona en esta vida.

Mis Papas y hermanos que son un apoyo incondicional en mi vida.

Todos aquellos profesionales y maestros que me ayudaron en el proceso de mi formación profesional.

Los amigos que me han brindado su apoyo siempre.

Lic. Sully Salinas

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a:

Dios todopoderoso, por haberme permitido cumplir con las responsabilidades académicas, laborales y familiares durante el proceso de estudios de la Maestría

Mi madre, María Maximina Martínez de Reyes, Por ser el pilar y motor fundamental en mi vida por enseñarme a luchar por mis objetivos y no desistir por metas aunque el camino sea difícil.

Mi Hijo, Carlos Manuel Reyes Juárez, que es mi mayor impulso para mi superación profesional y como persona en esta vida.

A Licda. Marta Irene Castaneda de Amaya Enfermera Jefe de Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, por motivarme siempre en la consecución de objetivos profesionales.

Todos aquellos profesionales y maestros que me ayudaron en el proceso de mi formación profesional.

Los amigos que me han brindado su apoyo siempre.

Lic. Juan Carlos Reyes Martínez.

## RESUMEN

La Gestión de calidad es una necesidad inherente en toda organización, principalmente en las organizaciones de salud y porqué no decirlo, en las instituciones de nuestro país; Por lo que El propósito de la investigación es la “valoración de la calidad de atención que se brinda a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles hospitalizados del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, Sensuntepeque Cabañas en el periodo de febrero a junio de 2018”.

Respecto a Material y Métodos: Se realizó un estudio tipo descriptivo, cuantitativo con inferencia cualitativa, con una población de 80 pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas no transmisibles y 37 empleados que intervienen en el cuidado de la atención de dichos pacientes. La valoración de la calidad se realizó utilizando el enfoque de: Estructura, Proceso y Resultados, describiendo sus variables y micro variables con sus indicadores respectivos.

Los Resultados: se han presentado según el enfoque de la valoración de la calidad; El estudio demostró que la capacidad instalada con que cuenta el Hospital para la atención del paciente crónico hospitalizado es del 51.8 %. En el enfoque de procesos, se obtuvo un promedio de 73.2 % de calidad; (Calidad técnica con un 70.3% y calidad humana un 76%). Y finalmente al valorar el enfoque de resultados se obtuvo un 77.7% de eficacia.

También la investigación contiene la discusión de resultados; Los cuales son producto de la contrastación de los resultados obtenidos con el marco referencial; Lo cual da el carácter científico de la investigación.

Finalmente las conclusiones obtenidas ponen de manifiesto la necesidad de mejorar la calidad; Quizá en escala: Primero mejorando aquellos aspectos de inversión económica baja y con mayor aporte, para luego mejorar los aspectos de la calidad que ameriten mayor tiempo, más aporte económico y un proceso de reorientación organizacional; Esto nos permite plantear la necesidad de proponer un proceso de mejora continua a través de una Planificación Estratégica.

## ÍNDICE

CAPITULO	PAGINA
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	3
III. MARCO DE REFERENCIA	4
IV. DISEÑO METODOLÓGICO	38
V. RESULTADOS	51
VI. DISCUSIÓN	69
VII. CONCLUSIONES	77
VIII. RECOMENDACIONES	78
PROPUESTA	79
IX. BIBLIOGRAFÍA:	82

## I. INTRODUCCIÓN

La calidad de la atención es aquella que se espera que se pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes. La calidad está relacionada con la calidad objetiva o técnica y la percibida con las percepciones de cada individuo para comparar una cosa con cualquier otra de su misma especie, y diversos factores como la cultura, el producto o servicio.

La calidad de la Atención ocupa un lugar prioritario en los programas dirigidos al mejoramiento de los indicadores de salud en casi todos los países del mundo tales como de acreditación y garantía de calidad. A la vez la modernización del sector salud a través de los procesos de reforma propone el uso ordenado, eficaz y eficiente de los recursos y lograr la plena satisfacción de los usuarios externos e internos que buscan la solución a sus problemas.

El servicio de hospitalización está orientado a proporcionar cuidados básicos y especializados seguros en ambiente hospitalario confortable, que genere la satisfacción de los usuarios y sus familias, además que propicie su participación en el proceso de atención con respeto de la autonomía y dignidad humana, así como el derecho a la intimidad.

Se ha determinado mediante estudios que las Enfermedades Crónicas No Transmisibles son un problema de salud que va en aumento a nivel mundial. En El Salvador representan una situación de salud preocupante que cada día va en aumento, de acuerdo a consulta realizada a Sistemas de Información en Salud. Morbi-Mortalidad Estadísticas Vitales (SIMMOV) a nivel nacional durante el año 2017 egresaron 8,016 pacientes de los cuales en su mayoría son mujeres con una tasa de muerte de 26.89% con un promedio de estancia dentro de los establecimientos del país para este problema de salud de 7 días lo que implica aspectos relacionados con la infraestructura, recursos humanos, procesos de atención y resultados que favorezcan la condición de salud de estos pacientes.

En el Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani de Sensuntepeque para el año 2017 egresaron 72 pacientes con problemas de Diabetes Mellitus, la EPOC generó 47 egresos, otros problemas como Asma, Insuficiencia Renal, generaron 96 egresos. La capacidad instalada del área de medicina es de 12 camas por lo que la capacidad instalada del establecimiento se ve comprometida al incrementarse los ingresos por estos problemas de salud.

En el país, si bien es cierto, a través de los años se han realizado esfuerzos por mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de salud, estos no han logrado los resultados esperados debido a factores económicos, políticos y sociales; los cuales no han solucionado los principales problemas del sector como la inequidad, Integralidad, calidad, la eficiencia, eficacia y efectividad por ello se estudió el problema ¿Cuál es el nivel de calidad de atención que reciben los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles Hospitalizados en el Hospital Nacional “San Jerónimo Emiliani” Sensuntepeque, Cabañas durante el periodo comprendido de enero a junio de 2018?.



## **II. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GENERAL**

Valorar la calidad de atención que se brinda a pacientes con enfermedades crónicas hospitalizados en la Unidad de hospitalización del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, Sensuntepeque Cabañas en el periodo de enero a junio de 2018

### **2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar la capacidad instalada con la que cuenta el hospital para la atención del paciente hospitalizado con enfermedades crónicas no transmisibles.
2. Realizar valoración del proceso de calidad en la atención del paciente hospitalizado con enfermedades crónicas no transmisibles.
3. Estimar la eficacia de la atención del paciente hospitalizado con enfermedades crónicas no transmisibles

### III. MARCO DE REFERENCIA

#### 3.1. CALIDAD

Calidad percibida Es la Impresión que los usuarios tienen sobre la idoneidad de un producto para satisfacer sus expectativas. La calidad tiene dos aspectos básicos: Calidad técnica o intrínseca. Características técnicas de un bien o servicio que permiten establecer un juicio objetivo al respecto.

Ambos aspectos están relacionados con un alto grado de calidad técnica y debería producir un alto nivel de calidad percibida. Sin embargo, no siempre es así La calidad técnica se refiere al producto o servicio en sí mismo; por el contrario, la calidad percibida alude a todos los elementos integrantes del producto o servicio total. En consecuencia, sólo podrán obtenerse servicios de calidad cuando se defina un conjunto de características que garantice la total aptitud de uso por parte del cliente.

#### PIONEROS DE LA CALIDAD.

**Joseph Juran:** Su principal principio e idea es que la administración de la calidad se basa en la filosofía de Juran que es:

- Planear.
- Controlar.
- Mejorar la calidad.

Juran une todas las definiciones de calidad en un solo concepto: La idoneidad, aptitud o adecuación al uso es la propiedad de un bien o servicio que contribuye a satisfacer las necesidades de los clientes

La trilogía de Juran:

1. Planificación de la calidad.- Suministra a las fuerzas operativas los medios para producir productos que puedan satisfacer las necesidades de los clientes.
2. Fuerzas operativas. Su trabajo es producir el producto.
3. Control de calidad. El logro de la calidad requiere el desempeño de varias actividades identificadas de calidad.

Juran también menciona en su Manual de calidad que el término genérico de “gestión de la calidad total” significa el uso de la vasta colección de filosofías, conceptos, métodos y herramientas usadas actualmente en todo el mundo para gestionar la calidad.<sup>1</sup>

El Principio de Pareto, también conocido como la regla de 80/20, es una teoría mantiene que el 80% de las consecuencias de una situación o sistema se determina por el 20% de las causas. De manera más general, el Principio de Pareto es la observación (no ley) que la mayoría de las cosas en la vida no se distribuyen de manera uniforme. Por ejemplo: El 20% de las consecuencias derivan del 80% de las causas; El 20% de los trabajadores producen el 80% de los resultados; El 20% de los clientes a crean el 80% de los ingresos. El principio no estipula que todas las situaciones vayan a mostrar exactamente esta relación, se refiere a una distribución típica. De forma general el principio se puede interpretar como que una minoría de causas deriva en la mayoría de los resultados.<sup>2</sup>

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

Sus 14 puntos

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

---

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

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

11.- Eliminar las cuotas numéricas.

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

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

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

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

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

La calidad puede ser específicamente cuantificada y utilizada para mejorar los resultados de la empresa, como consecuencia de éstos principios la administración a través de la calidad se convierte en una estrategia imprescindible.<sup>3</sup>

**Avedis Donabedian:** La teoría general de sistemas tiene su origen a fines de la década del 20 con la investigación del fisiólogo Walter Cannon en el campo de la regulación y el equilibrio en los organismos vivos, la cual analiza la organización y reconoce la importancia de las relaciones entre las partes para alcanzar el propósito del todo; desde fines de la década de los 30, esta teoría fue planteada en el campo de la biología por Ludwing von Bertalanffy (Carrillo, 1993).<sup>4</sup>

El Dr. Donabedian publicó su primer artículo sobre la calidad de la atención médica en 1966 y ha producido los análisis más innovadores sobre este campo de investigación. Realizó una de las aportaciones más sustanciales al estudio de la calidad en el ámbito de la salud con un carácter multifactorial, donde la calidad es una propiedad de o un juicio sobre la unidad definible de la atención técnica e interpersonal. La calidad se puede evaluar en la medida en que se es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios. El término calidad de la atención es ampliamente utilizado en el campo de la salud, sin embargo, lo que es

---

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

<sup>4</sup> Andrea Verdugo Batiz, Calidad de atención de Enfermería 12 de febrero 2015 disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3982/2/Calidad-de-la-atencion-de-enfermeria-en-elServicio-de-Aplicacion-de-Quimioterapia>

una buena calidad de atención para una persona puede no serlo para otra, ello depende de la concepción de cada persona y de su cultura.

Donabedian (1994) menciona que para poder evaluar la calidad de la atención en salud es necesario especificar desde un principio los objetivos por seguir y los medios legítimos o más deseables para alcanzar dichos objetivos. En la atención a la salud, el objetivo es mantener, restaurar y promover esta, por tanto, la calidad de la atención a la salud debe definirse como el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud.

Donabedian propone tres enfoques para evaluar la calidad de la atención sanitaria, los cuales son estructura, proceso y resultado. Esta formulación la realizó por primera vez en 1966, no como atributos de calidad, sino como enfoques a la adquisición de información con respecto a la presencia o ausencia de los atributos que contribuyen a definir la calidad.

Para Avedis Donabedian la calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes.<sup>5</sup>

Según Donabedian, son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta.

1. El componente técnico; El cuál es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos.
2. El componente interpersonal: El cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual.
3. El Componente aspectos de confort: Los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable.

---

<sup>5</sup> Anep de la fundación Àlvar Net. Presidente de la Fundación AvedisDonabedian, la calidad de atención sanitaria Disponible en: [www.coordinadoraprofundos.org/docs/214/rosa\\_sunol.pdf](http://www.coordinadoraprofundos.org/docs/214/rosa_sunol.pdf)

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 calidad.<sup>6</sup>

## **3.2 ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO**

### **3.2.1 Estructura**

La evaluación de la estructura implica los recursos materiales (instalaciones, equipos y presupuesto monetario), los recursos humanos (número y calificación del personal) y otros aspectos institucionales o gerenciales (organización del personal médico y métodos para su evaluación).

Su evaluación es casi siempre fácil, rápida y objetiva pues engloba una serie de características estáticas y previamente establecidas, sobre la base de conseguir una calidad aceptable para un momento dado. No obstante, la estructura más perfecta no garantiza la calidad y el uso de estos indicadores es limitado si se pretende tener una visión real de la calidad de la gestión hospitalaria.

En otras palabras, está claro que ni el proceso ni los resultados pueden existir sin estructura aunque ésta puede albergar distintas variantes del propio proceso. La relación entre estructura y calidad dimana sobre todo de que algunas deficiencias del proceso pueden estar, al menos parcialmente, explicadas por problemas de estructura.

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 calidad.<sup>7</sup>

Dentro de los indicadores que se consideran como “de estructura” están la accesibilidad geográfica, la estructura física del área hospitalaria, las características y estructura de cada servicio, los recursos humanos (números y calificación), los recursos materiales y las actividades asistenciales, docentes e investigativas.

---

<sup>6</sup> Donabedian A. La Calidad de la Atención Médica. 1a Edición, México: Ediciones Copilco S.A de C.V.: 1991

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

Para tener un adecuado abastecimiento y suministros, la determinación de necesidades se lleva a cabo con base a los objetivos institucionales y metas trazadas para un periodo de tiempo definido.<sup>8</sup>

### **3.2.2 Proceso**

Los indicadores que miden la calidad del proceso ocupan un lugar importante en las evaluaciones de calidad. De hecho el proceso de la atención médica es el conjunto de acciones que debe realizar el médico (como exponente del personal que brinda atención) sobre el paciente para arribar a un resultado específico que, en general se concibe como la mejoría de la salud quebrantada de este último. Se trata de un proceso complejo donde la interacción del paciente con el equipo de salud, además de la tecnología que se utilice, debe jugar un papel relevante.

También se analizan aquí variables relacionadas con el acceso de los pacientes al hospital, el grado de utilización de los servicios, la habilidad con que los médicos realizan aquellas acciones sobre los pacientes y todo aquello que los pacientes hacen en el hospital por cuidarse a sí mismos. Por otro lado, es en el proceso donde puede ganarse o perderse eficiencia de modo que, los indicadores de eficiencia (que se abordan más adelante) en cierto sentido son indicadores de la calidad del proceso.

Según expresan Gilmore y de Moraes, en la atención médica los procesos suelen tener enormes variaciones, con los indicadores lo que se trata es de identificar las fuentes de variación que pueden deberse a problemas en la calidad de la atención.<sup>9</sup>

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.<sup>10</sup>

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

---

<sup>8</sup>Malagón Londoño G, Galán Morera R, Ponto Landaverde G, Arredondo Pérez L G. Administración Hospitalaria, 1a Edición, Colombia: Editorial Médica Panamericana; 1996

<sup>9</sup>Rosa E. Jiménez Peneque, Revista Cubana Publica 200; 30(1). 20 de febrero 2015 Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30\\_1\\_04/sp04104.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_1_04/sp04104.htm)

<sup>10</sup>Varo J, Renau Piqueras J J. Gestión Estratégica de la Calidad de los Servicios Sanitarios. España: Ediciones Díaz Santos; 1994.

el prototipo de la asistencia; las modificaciones del proceso, según las circunstancias propias de cada paciente, dependerán del grado de autocontrol de los profesionales, estrechamente relacionadas con sus aptitudes.<sup>11</sup>

Toda organización funciona debido a las relaciones personales que se generan en ella; puede considerarse entonces, que las organizaciones sean estas de productos o servicio son un conjunto de interrelaciones personales que se organizan bajo determinadas circunstancias para lograr ciertos objetivos y si estas fallan o no son productivas la organización no es exitosa (Jacques Horovitz 1994).<sup>12</sup>

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.<sup>13</sup>

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.”<sup>14</sup>

Leonard L. Berry 1993 brinda los aspectos esenciales que toda organización debe desarrollar en el marketing externo para superar las expectativas de los clientes: Desempeñar el servicio bien desde la primera vez, comunicación efectiva con los clientes, sorprender a los clientes durante el proceso del servicio, buscar soluciones estructurales a los problemas de los clientes; brindar servicio personalizado a nuestros clientes.<sup>15</sup>

---

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

<sup>12</sup> Horovitz Jacques G. La Calidad del Servicio. 1a edición, Colombia: Editorial McGRAW-HILL; 1994; pp. 1 – 36.

<sup>13</sup> 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.

<sup>14</sup> Méndez de García H C. Calidad de Atención en Salud; Dossier, Maestría en Gestión Hospitalaria, Universidad de El Salvador. El Salvador. 2007.may.

<sup>15</sup> Berry L, Parasuraman A. Marketing de las Empresas de Servicios. 1a Edición, U.S.A.: Editorial Norma; 1993



### 3.2.3 Resultado

Tal como lo establece Leonard L. Berry 1993: Cuando en una organización existe actitud positiva por el empleado para adaptarse al puesto de trabajo y el resto del personal le brinda las condiciones para brindarle la acogida; entonces predominan las condiciones para desarrollar equipos de trabajo que se esfuercen por alcanzar los objetivos institucionales.<sup>16</sup>

Los indicadores basados en los resultados han sido el eje central de la investigación para la monitorización de la calidad pues tienen la enorme ventaja de ser fácilmente comprendidos; su principal problema radica en que para que constituyan un reflejo real de la calidad de la atención, deberán contemplar las características de los pacientes en los cuales se basan, algo que puede resultar complicado.

El resultado, se refiere al beneficio que se logra en los pacientes, aunque también suele medirse en términos de daño o, más específicamente, el resultado es un cambio en la salud que puede ser atribuido a la asistencia recibida.

De manera amplia, Donabedian define como resultados médicos “aquellos cambios, favorables o no, en el estado de salud actual o potencial de las personas, grupos o comunidades que pueden ser atribuidos a la atención sanitaria previa o actual”. Pero también apunta que los resultados incluyen otras consecuencias de la asistencia como por ejemplo el conocimiento acerca de la enfermedad, el cambio de comportamiento que repercute en la salud o la satisfacción de los pacientes. A esta última se le otorga gran importancia ya que, además de constituir el juicio de los pacientes sobre la calidad de la asistencia recibida tiene una influencia directa sobre los propios resultados.

El análisis de los resultados de la atención de salud ofrece oportunidades para valorar eficacia, efectividad y eficiencia de las prácticas médicas, tanto en el aspecto de la evaluación de las tecnologías como de la evaluación de los propios proveedores de servicios asistenciales.

---

<sup>16</sup> Berry L, Parasuraman A. Marketing de las Empresas de Servicios. 1a Edición, U.S.A.: Editorial Norma; 1993

La satisfacción del cliente se debe valorar en función del grado en que la atención prestada satisface sus expectativas y es a través de cualquier método por ejemplo; reclamaciones, entrevistas, escucha activa entre otros.

### **3.3 EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD**

Las actividades relacionadas con la Calidad de los servicios sanitarios se centraron, en una primera etapa. 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 utilizó, por primera vez, criterios explícitos, que permitían, además de establecer estándares asistenciales, comparar la Calidad entre diversos centros.<sup>17</sup>

La Organización Mundial de la Salud ha manifestado mucho interés por potenciar y desarrollar la calidad en salud y ya en los años ochenta las organizaciones de la salud comenzaron a utilizar las filosofías industriales del proceso de mejoramiento continuo (PMC) y la administración total de la calidad (TQM), asimismo la acreditación en hospitales amplió su enfoque hasta promover el mejoramiento de la calidad.<sup>18</sup>

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

#### **Oportunidad.**

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

---

<sup>17</sup> Pérez - Montaul M I. Sistemas de Garantía de la Calidad en Urgencias y Emergencias. España; 1997.  
naperez@ariam.net

<sup>18</sup> Varo J, Renau Piqueras J J. Gestión Estratégica de la Calidad de los Servicios Sanitarios. España: Ediciones Díaz Santos; 1994.

**Continuidad.**

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.

**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.<sup>19</sup>

Existen 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.

**3.4 CALIDAD HOSPITALARIA**

Para entender el concepto de calidad de servicio se deben conocer primero los conceptos de calidad, servicio y cliente por separado. La calidad se define como la totalidad de funciones, características o comportamientos de un bien o servicio. No hay calidad que se pueda medir por su apreciación o el análisis de las partes

---

<sup>19</sup> Berry L L, Parasuraman A. Marketing de las Empresas de Servicios. 1a Edición, U.S.A.: Editorial Norma; 1993

constitutivas de un servicio recibido. Por tanto, la clasificación se hace con carácter integral, es decir, evaluando todas las características, funciones o comportamientos. Se entiende por servicio a cualquier actividad o beneficio que una parte ofrece a otra; son esencialmente intangibles y no dan lugar a la propiedad de ninguna cosa. En otras palabras, el servicio es una actividad realizada para brindar un beneficio o satisfacer una necesidad.

Por último, para poder definir el concepto de calidad de servicio se deberá destacar la importancia del cliente (persona con necesidades y preocupaciones, que no siempre tiene la razón, pero que siempre tiene que estar en primer lugar en la visión del negocio). Tomando en cuenta estos tres conceptos se puede definir la calidad de servicio que consiste en cumplir con las expectativas que tiene el cliente sobre que tan bien un servicio satisface sus necesidades.<sup>20</sup>

Según Donabedian, son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta. El componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos. Por otra parte, el componente interpersonal, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual. Finalmente, el tercer componente lo constituyen los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable.<sup>21</sup>

Calidad máxima versus calidad óptima: Es importante diferenciar el significado de calidad máxima y calidad óptima. En efecto, la primera constituye un intento de consecución de la calidad ideal teórica, al precio que sea y con independencia de considerar si existen o no factores que se oponen a su consecución. Representa como es lógico un desiderátum, una utopía, la mayor parte de las veces inalcanzable pero que hay que perseguir. A este concepto se opone la calidad óptima, es decir

---

<sup>20</sup> Donabedian A. La Calidad de la Atención Médica. 1a Edición, México: Ediciones Copilco S.A de C.V.: 1991.

<sup>21</sup> Suñol R. La calidad de la atención..

aquella que, atendiendo a las circunstancias presentes, es factible de conseguir. Significa por tanto una adecuación del esfuerzo que debe hacerse para conseguir una determinada calidad, la máxima posible atendiendo las circunstancias. Como se comprenderá, constituye una visión más realista y razonable.

Motivaciones para la mejora de la calidad: Las motivaciones por las cuales puede plantearse la mejora de la calidad son de distinto origen. De un lado, la transgresión o no adecuación de los valores éticos en una situación concreta puede aconsejar un cambio de la misma hacia otra situación de mayor calidad acorde con los valores éticos. Por otra parte, la mejora de la calidad puede ser promulgada por el legislador, por ejemplo al dictar leyes de acreditación de los centros de atención que contengan unos requisitos de mínimos para determinadas actividades. La mejora de la calidad puede generarse por otra vía, como es la constatación de que el centro posee una mala imagen dentro de la comunidad y en consecuencia el motivo social será en este caso el responsable del cambio. Por fin, los motivos económicos en general y el control de los costes en particular pueden ser la génesis del cambio.<sup>22</sup>

Una vez planificada la mejora de la calidad por medio de la definición de la calidad que le interesa al cliente y diseñando los servicios adecuados a sus necesidades, deben destinarse y organizar los recursos de forma que permitan conseguir estos objetivos, diseñando al propio tiempo los procesos capaces de producirlos y transfiriéndolos a las actividades habituales. Es entonces cuando puede producirse la evaluación de la calidad y la implementación de las medidas para que la mejora de la calidad pueda producirse, una vez se haya diseñado el sistema de medida que haga posible una rigurosa evaluación. Este concepto es esencial en el desarrollo de la calidad asistencial ya que introduce un matiz de extrema importancia como es el de que si la calidad debe planificarse, su responsabilidad máxima corresponde a las personas que realizan la planificación en las empresas, es decir a la alta dirección. Otras contribuciones importantes fueron las de Deming, Crosby, Ishikawa, que han

---

<sup>22</sup> Suñol R. La calidad de la atención..

tenido una significación decisiva en la aplicación de la calidad de la atención de la salud en los últimos diez años.<sup>23</sup>

El diseño de las acciones de mejora: Las acciones de mejora constituyen el núcleo de los programas de calidad. Se aplican en función de las causas que se han detectado en los problemas que se evalúan. En general podemos encontrar tres grandes tipos de causas:

- Problemas derivados de la falta de conocimientos, es decir, los profesionales no conocen como realizar correctamente un determinado aspecto de su trabajo (Pe.: los cuidados más adecuados o, como informar sobre situaciones que generan ansiedad). Frente a este tipo de causas las acciones más adecuadas son la formación continuada y la protocolización.
- Problemas derivados de déficits organizativos, los cuales se corrigen lógicamente modificando los circuitos, las cargas de trabajo, los sistemas de coordinación e información, etc.
- Problemas de actitud derivados de situaciones en las cuales los profesionales no están motivados para realizar una atención óptima. Por ejemplo, en los últimos años se ha discutido mucho sobre el síndrome del burn-out (quemado) de algunos profesionales. Las actitudes pueden verbalizarse, discutirse y por supuesto modificarse entendiendo su origen y aplicando estrategias de reconocimiento e incentivación.

De ahí que los expertos en calidad propugnen, en consecuencia con estos conceptos, el logro de un cambio de actitud de los profesionales implicados en el proceso de mejora, derivado de la experiencia japonesa, expresado con claridad en la frase "hacerlo bien a la primera".

La aplicación práctica de la mejora de la calidad: el diseño de planes de calidad: Los planes de calidad pretenden una serie de finalidades entre las cuales destacan cuatro principales. En primer lugar el lograr el óptimo beneficio de la atención de cada usuario a través de la práctica de los profesionales por medio de los estudios de proceso y de resultado. Asimismo, el minimizar los riesgos que la asistencia

---

<sup>23</sup> Suñol R. La calidad de la atención..

comporta, garantizando la seguridad y procurando obtener un buen balance riesgo/beneficio, tratando de evitar accidentes o causado por la propia asistencia. Otra finalidad que se persigue es la obtención de la eficiencia en el uso de los recursos destinados a la atención o lo que es lo mismo, lograr una buena relación costes/resultados; en definitiva, conseguir este beneficio con los recursos mínimos. Por último garantizar el confort y respeto al derecho de los usuarios, por medio del cumplimiento de las expectativas de los mismos, prestando los servicios en último término de forma satisfactoria para la población.<sup>24</sup>

El establecimiento de un programa de mejora de la calidad debe abordarse desde una aproximación multidisciplinaria que contemple de manera global todos los extremos susceptibles de mejora. Como ya se ha mencionado con anterioridad es fundamental la asunción del programa por parte de los directivos del centro y que éste no sólo tenga la consideración de un objetivo institucional sino también que esté integrado en los sistemas de gestión. En lo que se refiere al personal, debe decirse que su participación debe producirse como parte de su responsabilidad profesional y que deben lograrse elementos de incentivación positiva que mantengan el interés por el proceso de mejora. Asimismo, es imprescindible el soporte metodológico para lograr realizar los estudios de forma eficiente, válida y fiable. Por último, y es condición sine qua non, debe procederse a una evaluación sistemática del programa a fin de comprobar su eficacia y corregir los defectos que pudieran haberse encontrado.<sup>25</sup>

### **3.5 GENERALIDADES DEL HOSPITAL.**

La estructura de un hospital está especialmente diseñada para cumplir las funciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

El paciente ingresa a una u otra área según su gravedad. Un paciente gravemente enfermo y con riesgo de perder la vida, ingresará seguramente a Cuidados Críticos, y

---

<sup>24</sup> Suñol R. La calidad de la atención..

<sup>25</sup> Suñol R. La calidad de la atención..

luego al mejorar 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.<sup>26</sup>

### **3.5.1 Hospitales y control de calidad.**

La Organización Mundial de la Salud adopto la siguiente definición: “El hospital es parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población asistencia medico sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, cuyos servicios llegan hasta el ámbito familiar. El hospital es también un centro de formación de personal sanitario y de investigación biosocial”. Tal definición registro una fuerte influencia sobre las declaraciones de misiones de los hospitales, en particular de los públicos.<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup> Ginebra J, Arana de la Garza R. Dirección de Servicio: La Otra Calidad. 2a edición, Colombia: Editorial McGRAW-HILL: 1995: pp. 65 – 111

<sup>27</sup> OMS Lista de tipos de centros, Información Institucional, Buscador de centros y Servicios 27 de



El control de la calidad hospitalaria se define como todos aquellos mecanismos, acciones y herramientas que se realizan para detectar la presencia de errores. La función del control de calidad existe primordialmente como una organización de servicio, para conocer las especificaciones establecidas a desarrollar en los centros Hospitalarios y sanitarios. Y proporcionar asistencia al departamento de sistema sanitario, para que la producción alcance estas especificaciones. Como tal, la función consiste en la recolección y análisis de grandes cantidades de datos que después se presentan a diferentes departamentos para iniciar una acción correctiva adecuada.

El control de la calidad se posesiona como una estrategia para asegurar el mejoramiento continuo de la calidad. Programa para asegurar la continua satisfacción de los clientes externos e internos mediante el desarrollo permanente de la calidad del producto y sus servicios.

La definición de una estrategia asegura que el centro hospitalario está haciendo las cosas que debe hacer para lograr sus objetivos y que la calidad de los procesos se mide por el grado de adecuación de estos a lograr la satisfacción de sus clientes (internos y externos). Esto implica la definición de requerimientos del cliente o consumidor, los métodos de medición y estándares contra que comparan la calidad.

La idea de que la calidad, como un conjunto de métodos aplicados a toda la organización, mejora el servicio del cliente, reduce costes y aumenta la productividad, penetra cada vez en el ámbito del sector sanitario y compromete cada día a las autoridades de las instituciones a mejorar la calidad de sus prestaciones.

### **3.6 ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES**

Las enfermedades crónicas, según el CDC de Atlanta se definen como trastornos orgánicos o funcionales que obligan a una modificación del modo de vida del individuo, y que han persistido o pueden persistir durante mucho tiempo. Las enfermedades crónicas que tienen un curso prolongado, no se resuelven espontáneamente y raramente curan en forma completa.<sup>28</sup>

Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) comprenden patologías cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas. Las ECNT se caracterizan por una ausencia de microorganismo causal, factores de riesgos múltiples, latencia prolongada, larga duración con periodos de remisión y recurrencia, importancia de factores del estilo de vida y del ambiente físico-social y consecuencias a largo plazo (minusvalías físicas, mentales).<sup>29</sup>

Se determina además que los principales factores de riesgo para estas enfermedades tienen son el sobrepeso, la mala alimentación, el sedentarismo, el alcoholismo y consumo de tabaco, los cuales son modificables. Y al referirnos al tipo de exigencias que este conjunto de enfermedades demandan en los pacientes, familiares y además en el sistema de atención de salud son relativamente similares. Las estrategias de asistencia son equivalentes y eficaces para todas las enfermedades crónicas, haciéndolas parecer mucho más similares que diferentes.

Al abordar estadísticas sobre ECNT de La Organización Mundial de la Salud (OMS), que las enfermedades crónicas no transmisibles son la causa del 60% de todas las defunciones en todo el mundo. En los países en desarrollo, la carga de morbilidad causada por las enfermedades crónicas está aumentando rápidamente y tendrá consecuencias sociales, económicas y sanitarias significativas. Por lo tanto estas constituyen uno de los mayores retos que enfrentan los sistemas de salud debido a varios factores: gran número de casos afectados, creciente contribución a la

---

<sup>28</sup> Valle F. Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes mayores de 18 años. Universidad de El Salvador (sede central). Ciclo académico II-2010. San Salvador;; 2011.

<sup>29</sup> Barrios A, María Teresa B, Águeda C, Cañete F. Manual de manejo de enfermedades crónicas no transmisibles. Paraguay ;; 2015.

mortalidad general, conformación en la causa más frecuente de incapacidad prematura y la complejidad y costo elevado de su tratamiento.

Según la OMS, las ECNT están evolucionando en el mundo: el 35% de estas enfermedades ocurren a población de ingresos bajos, 37% en ingresos medios, 8% en ingresos medio-alto y 20% en ingreso alto. Este panorama reevalúa la creencia de que estas enfermedades son exclusivas de las poblaciones con ingresos altos.

A nivel mundial, según las estimaciones 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014. La diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal.<sup>30</sup> El porcentaje de muertes atribuibles a una glucemia elevada o la diabetes en menores de 70 años de edad es superior en los países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos.<sup>31</sup> Si bien los principales costos se derivan de la atención hospitalaria y ambulatoria, un factor que abona es el aumento en el costo de los análogos de las insulinas<sup>1</sup>, que se recetan cada vez más, pese a que hay pocas pruebas de que ofrezcan ventajas importantes con respecto a insulinas humanas más económicas.<sup>32</sup>

El paciente diabético no llega en las mejores condiciones posibles a las unidades de Hospitalización, lo recibimos infradiagnosticado o con mal control previo, y en los infrecuentes casos en los que estaba bien, se ha descompensado por un proceso agudo y/o por la medicación del mismo.<sup>33</sup>

Es necesario establecer sistemas para la derivación del paciente desde el facultativo al especialista y viceversa, puesto que los pacientes necesitarán evaluación o tratamiento periódicos especializados en caso de complicaciones.<sup>34</sup>

La capacidad nacional de cada país de lograr una prevención y control de la diabetes, evaluada en la encuesta sobre la capacidad de los países en materia de

---

<sup>30</sup> Organización Mundial de la Salud O. Organización Mundial de la Salud, OMS. [Online].; 2017 [cited 2018 marzo 06. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

<sup>31</sup> Organización Mundial de la salud O. Informe mundial sobre la diabetes. ; 2016.

<sup>32</sup> Organización Mundial de la salud O. Informe mundial sobre la diabetes. ; 2016.

<sup>33</sup> Carreño M, Sabán J, Fernández A, Bustamante A, García I, Guillén V, et al. Manejo del paciente diabético hospitalizado. España ; 2005.

<sup>34</sup> Organización Mundial de la salud O. Informe mundial sobre la diabetes. ; 2016.

enfermedades no transmisibles de 2015, varía enormemente según la región y el nivel de ingresos del país.

En los últimos 5 años muchos países han efectuado encuestas poblacionales sobre la prevalencia de la inactividad física y del sobrepeso y la obesidad, pero menos de la mitad han incluido en las encuestas la medición de la glucemia.<sup>35</sup>

No hay soluciones sencillas para combatir la diabetes, pero mediante intervenciones coordinadas con múltiples componentes pueden lograrse cambios importantes. Todos tienen un papel que desempeñar en la reducción de los efectos de la diabetes en sus diferentes variantes. Los gobiernos, los profesionales de la salud, las personas con diabetes, la sociedad civil, los productores de alimentos y fabricantes de productos alimenticios y los proveedores de medicamentos: todos son partes interesadas. En conjunto pueden hacer una contribución importante para detener el aumento de la diabetes y mejorar la calidad de vida de las personas que tienen la enfermedad.<sup>36</sup> Es difícil contemplar todos los posibles escenarios del paciente diabético que ingresa en un hospital. De entrada, nos podemos encontrar con un paciente que no sabía que era diabético en el momento de ingresar y que durante su ingreso se llega a confirmar el diagnóstico.<sup>37</sup>

.Por otra parte, el paciente con un adecuado control clínico-metabólico suele ingresar por otro motivo como una intervención quirúrgica programada o realización de pruebas diagnósticas.<sup>38</sup>

El paciente diabético puede presentar complicaciones crónicas vasculares y neurológicas que afectan a muchos sistemas orgánicos. Se manifiesta en forma de poli neuropatía o mono neuropatía somática, así como neuropatía autonómica.<sup>39</sup>

---

<sup>35</sup> Organización Mundial de la salud O. Informe mundial sobre la diabetes. ; 2016.

<sup>36</sup> Organización Mundial de la salud O. Informe mundial sobre la diabetes. ; 2016.

<sup>37</sup> Carreño M, Sabán J, Fernandez A, Bustamante A, García I, Guillén V, et al. Manejo del paciente diabético hospitalizado. España ; 2005.

<sup>38</sup> Carreño M, Sabán J, Fernandez A, Bustamante A, García I, Guillén V, et al. Manejo del paciente diabético hospitalizado. España ; 2005.

<sup>39</sup> Carreño M, Sabán J, Fernandez A, Bustamante A, García I, Guillén V, et al. Manejo del paciente diabético hospitalizado. España ; 2005.

Hipertensión arterial, Se trata de un Síndrome complejo genético y adquirido, con comprobadas implicaciones metabólicas, electrolíticas y a nivel de la membrana celular, además de las múltiples teorías que tratan de explicar su fisiopatología.<sup>40</sup>

Las condiciones de vida y trabajo de las personas influyen sobremanera en estos factores de riesgo conductuales. Además, existen algunos factores metabólicos que aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular, accidente cerebro vascular, insuficiencia renal y otras complicaciones de la hipertensión, como la diabetes, la hipercolesterolemia y el sobrepeso o la obesidad. El consumo de tabaco y la hipertensión interactúan para aumentar aún más la probabilidad de padecer enfermedad cardiovascular.<sup>41</sup> La hipertensión aumenta con la edad, por el endurecimiento de las arterias, aunque el modo de vida saludable, la alimentación saludable y la reducción de la ingesta de sal pueden retrasar el envejecimiento de los vasos sanguíneos.<sup>42</sup>

En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes. La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías, y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular.<sup>43</sup>

En 2008, en el mundo se habían diagnosticado de hipertensión aproximadamente el 40% de los adultos mayores de 25 años;

El consumo de tabaco, la dieta malsana, el uso nocivo del alcohol y el sedentarismo también son los principales factores de riesgo conductuales de todas las enfermedades no transmisibles importantes, es decir, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, las enfermedades respiratorias crónicas y el cáncer.

Si no se adoptan las medidas apropiadas, se prevé que las muertes por enfermedades cardiovasculares seguirán aumentando. Si el problema de la hipertensión no se aborda a tiempo, tendrá importantes repercusiones económicas y

---

<sup>40</sup> salud. Ddvdecntdgdvdl. Manual de manejo de enfermedades crónicas no transmisibles. Paraguay; 2015.

<sup>41</sup> Organización Mundial de la Salud O. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Suiza; 2013.

<sup>42</sup> Organización Mundial de la Salud O. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Suiza; 2013.

<sup>43</sup> Organización Mundial de la Salud O. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Suiza; 2013.

sociales. . Las tasas actuales de mortalidad normalizadas por edad en los países de ingresos bajos son más altas que las de los países desarrollados.<sup>44</sup>

Se prevé que durante el periodo 2011-2025 la pérdida acumulada de producción asociada con las enfermedades no transmisibles en los países de ingresos bajos y medianos será de US\$ 7,28 billones. La pérdida anual de aproximadamente US\$ 500 000 millones a causa de las principales enfermedades no transmisibles representa alrededor del 4% del producto interior bruto en esos países. Las enfermedades cardiovasculares, entre ellas la hipertensión, son el motivo de casi la mitad del costo.<sup>45</sup>

Los programas que abordan el riesgo cardiovascular general deben formar parte integral de la estrategia nacional de prevención y control de las enfermedades no transmisibles.<sup>46</sup>

Se necesita contar con personal sanitario competente y capacitado en todos los niveles de la atención es esencial para el éxito de los programas de control de la hipertensión. Los profesionales sanitarios pueden aumentar los conocimientos sobre la hipertensión de los diferentes grupos de población.<sup>47</sup> La vigilancia de las enfermedades no transmisibles consiste en la recolección y el análisis sistemáticos de datos para suministrar información sobre la carga de enfermedades no transmisibles en un país. Los sistemas de vigilancia deben recopilar información fidedigna sobre los factores de riesgo y sus determinantes, y sobre la mortalidad y la morbilidad relacionadas con las enfermedades no transmisibles. Estos datos son vitales para la elaboración de políticas y programas. Sin embargo, algunos países todavía no poseen datos de vigilancia de la hipertensión y otros factores de riesgo.<sup>48</sup>

---

<sup>44</sup> Organización Mundial de la Salud O. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Suiza;; 2013.

<sup>45</sup> Organización Mundial de la Salud O. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Suiza;; 2013.

<sup>46</sup> Organización Mundial de la Salud O. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Suiza;; 2013.

<sup>47</sup> Organización Panamericana de la Salud O. Organización Panamericana de la Salud, OPS. [Online].; 2017 [cited 2018 06 marzo. Available from:

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13257%3Adia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&catid=9283%3Aworld-hypertension-day&Itemid=42345&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13257%3Adia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&catid=9283%3Aworld-hypertension-day&Itemid=42345&lang=es).

<sup>48</sup> Organización Mundial de la Salud O. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Suiza;; 2013.

Pacientes hipertensos sufrirán una crisis hipertensiva a lo largo de su vida, lo que a su vez conlleva un peor pronóstico cardiovascular a largo plazo.<sup>49</sup>

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad pulmonar caracterizada por una reducción persistente del flujo de aire. Es una enfermedad que no siempre se llega a diagnosticar, y puede ser mortal. A menudo, también se utilizan los términos «bronquitis crónica» y «enfisema» para referirse a ella.<sup>50</sup>

Más del 90% de los fallecimientos por EPOC se producen en países de ingresos medianos y bajos, donde las estrategias eficaces de prevención y tratamiento no siempre se aplican o no son accesibles para todos los enfermos.<sup>51</sup>

.La difícil situación de salud pulmonar a nivel mundial y los millones de personas que sufren cada año de EPOC y otras enfermedades respiratorias, motivaron establecer una común agenda política y social para atender, hacer frente y prevenir dichos padecimientos.<sup>52</sup>

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un importante problema de salud pública y la mayor causa de morbilidad crónica en el mundo. La prevalencia de la EPOC en la población mundial se estima que es aproximadamente del 1%, pero se eleva bruscamente a más del 10% en la población mayor de 40 años.

El estudio PLATINO reveló que un 37,5% de la población mayor de 40 años de edad utiliza biomasa para cocinar. En un instituto especializado en enfermedades respiratorias de México, cerca del 30% de pacientes con EPOC acuden por la exposición al humo de leña, y más del 88% de ellos, son exclusivamente mujeres. La mortalidad es de 20% en promedio, 30% a los 3 años de hacer el diagnóstico y poco

---

<sup>49</sup> Sobrino J, Doménech M, Coca A. Hipertensión Arterial en la Guardia Hospitalaria. ; 2011.

<sup>50</sup> Organización Mundial de la Salud O. Organización Mundial de la Salud, OMS. [Online].; 2017 [cited 2018 marzo 06. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

<sup>51</sup> Organización Mundial de la Salud O. Organización Mundial de la Salud, OMS. [Online].; 2017 [cited 2018 marzo 06. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>.

<sup>52</sup> Félix EC. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Perú;; 2009.

más del 40% a los 6 años. La prevención, sobre todo para los pacientes con EPOC, es que dejen de fumar y dejen de exponerse al humo de leña.<sup>53</sup>

En México, los costos de atención de un paciente con EPOC son 2,5 veces más elevados que quienes no tienen esta enfermedad.

La ansiedad y la depresión tienen una gran influencia en los marcadores de calidad de vida y pueden ser difíciles de diagnosticar, una consulta con psiquiatría es necesaria para que se realice una anamnesis psiquiátrica estructurada y se implemente tratamiento específico.<sup>54</sup>

### **3.6.1 ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN EUROPA, ASIA y ÁFRICA**

Al hacer un estudio de la situación de las enfermedades crónicas no transmisibles en las diferentes regiones del mundo, se encuentra que la principal causa de mortalidad en Europa es a causa de enfermedades cardiovasculares por su alta incidencia y constituyen una fuente importante de discapacidad. Para el caso de España por ejemplo, el 40 % aproximadamente de la población padece hipertensión arterial, ocasionan 35 % de todas las defunciones y causan cerca de 125 000 muertes cada año; para la diabetes mellitus la situación no es menos preocupante, pues el porcentaje de la población afectada se estima en 6 % para los grupos de 30-65 años y de 10 % para los de 30-89.

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

La prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, aumenta rápidamente, sobre todo en las zonas urbanas de África. Los datos epidemiológicos de 2 países sugieren que el predominio de estas afecciones ha ascendido notablemente en los últimos 5 a 10 años. Las estimaciones

---

<sup>53</sup> Félix EC. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Perú; 2009.

<sup>54</sup> Molfino NA. Scielo. [Online].; 2004 [cited 2018 marzo. Available from: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802004000500013](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802004000500013).



recientes indican que entre 5 y 8 % de la población urbana adulta en Tanzania y en municipios de Sudáfrica sufren diabetes mellitus y entre 20 y 33 %, hipertensión arterial.

En el Reino Unido, específicamente en Escocia, se desarrolló el modelo escocés para la atención de salud y en sus principios básicos se incluyen: vías de atención centradas en individuos con condiciones crónicas de largo término, colaboración entre profesionales y pacientes afectados, colaboración entre atención primaria, atención social y otras agencias, soluciones integradas que respondan a las necesidades de las personas con estas condiciones, enfoque en brindar cuidados en atención primaria y en la comunidad y, finalmente, el auto cuidado.<sup>55</sup>

El modelo utilizado en Francia se centra en sistemas regionales, prevención en la población base, continuidad de la atención, participación del médico en la toma de decisión, combinación de atención médica especializada, asistencia tecnológica y apoyo en el hogar. EL Ministerio de Salud de Nueva Zelanda, lanzó en 2004 el programa "*Care Plus*", cuya principal característica es la identificación de las personas con enfermedad crónica que requieren ser tratadas como casos intensivos. Los objetivos del programa consisten en mejorar la gestión a las enfermedades crónicas, reducir las desigualdades en salud, facilitar el trabajo en equipo entre las organizaciones primarias de salud y reducir los costos para los pacientes con dichas enfermedades.<sup>56</sup>

La hipertensión arterial, La máxima prevalencia de hipertensión se registra en la Región de África, con un 46% de los adultos mayores de 25 años, mientras que la más baja se observa en la Región de las Américas, con un 35%. En general, la prevalencia de la hipertensión es menor en los países de ingresos elevados (35%) que en los países de otros grupos de ingresos, en los que es del 40%.

---

<sup>55</sup> Jova R, Rodríguez A, Díaz A, Balcindes S, Sosa I, De Vos P, et al. Scielo. [Online].; 2011. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192011001100012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001100012).

<sup>56</sup> Jova R, Rodríguez A, Díaz A, Balcindes S, Sosa I, De Vos P, et al. Scielo. [Online].; 2011. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192011001100012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001100012).

### 3.6.2 ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN AMÉRICA

Hay 30 millones de personas con diabetes en las Américas, de las cuales 13 millones habitan en América Latina y el Caribe y se previeron 20 millones para 2010. En esta región, las ENT representan 57,9 % de la mortalidad general, entre las cuales figuran: las cardiovasculares (45,4 %), las neoplasias malignas (19,7 %) y la diabetes mellitus (4,9 %), para un total de 70 %.<sup>57</sup>

Debido al aumento en los índices en ECNT, se han tratado de encontrar diferentes metodologías que contribuyan a mejorar la atención a las personas con ECNT, y uno de los modelos que han resultado ser útil es el Modelo de Cuidados Crónicos (CCM), desarrollado por Edward Wagner. El cual presenta un marco para la organización de atención a las personas con ECNT dentro de la Red de Atención en Salud. Este modelo trata de introducir un programa de calidad que mejore la atención ambulatoria en 6 áreas:

1. Autoayuda para el paciente con estas afecciones (participación de este y de su familia en el seguimiento global).<sup>58</sup>

Comprende la educación a las personas con ECNT, buscando la adherencia al tratamiento y el autocontrol, así como el manejo de situaciones agudas.<sup>59</sup>

2. Soporte a la decisión profesional (guías clínicas y otros métodos).

Comprende la elaboración y distribución de materiales de apoyo para el manejo de las ECNT y un sistema de capacitación continua para la utilización óptima de los protocolos de manejo:

- Capacitación continúa.
- Protocolos de Manejo de ECNT.
- Evaluación del RCV.

3. Mejoras en la atención clínica (reparto de tareas y responsabilidades según necesidades del paciente).

---

<sup>57</sup> Jova R, Rodríguez A, Díaz A, Balcindes S, Sosa I, De Vos P, et al. Scielo. [Online].; 2011. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192011001100012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001100012).

<sup>58</sup> Jova R, Rodríguez A, Díaz A, Balcindes S, Sosa I, De Vos P, et al. Scielo. [Online].; 2011. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192011001100012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001100012).

<sup>59</sup> Barrios A, María Teresa B, Águeda C, Cañete F. Manual de manejo de enfermedades crónicas no transmisibles. Paraguay ;; 2015.

Comprende la consulta y el seguimiento de las personas ECNT, por un equipo de salud capacitado, recibiendo la medicación específica, en los niveles de Policlínicas de ECNT y de la Atención Primaria de la Salud (APS), con un sistema de referencia y contra referencia. Vigilancia de las ECNT, indicadores:

- Apoyo a decisiones con protocolos y guías.
- Atención integral.
- Trabajo interdisciplinario

La calidad de vida de las personas y su salud, influye el grado de interacción entre la comunidad, las demás instituciones locales involucradas en la salud y el sistema de salud.<sup>60</sup>

Para el caso de América Latina y el Caribe son especialmente los hombres quienes están expuestos a muertes prematuras como consecuencia de ECNT, aunque también cada vez más ocurre lo mismo con las mujeres. Normalmente, las personas menores de 60 años viven sus años más saludables y productivos. Sin embargo, las que sufren de ECNT se enfrentan a años de discapacidad que afectan a sus familias y a la economía del país.<sup>61</sup>

Los más comunes factores de riesgo en las ECNT, son la obesidad y el cigarrillo. Y las Américas presentan la prevalencia más alta en el mundo en cuanto a sobrepeso y obesidad, que son factores de riesgo de ECNT, en especial de la diabetes. Esta epidemia de sobrepeso y obesidad se debe en gran parte a un aumento de la tendencia a dietas no saludables basadas en alimentos altamente elaborados, ricos en grasas y azúcares, y escasas frutas y legumbres. Un estilo de vida más sedentario, producto de la creciente urbanización de la región, ha contribuido también a esta epidemia. Sin embargo, algunos países de la región, como Haití y Guatemala, siguen sufriendo el problema persistente de la malnutrición, especialmente entre los niños, mientras que simultáneamente el conjunto de la población experimenta un incremento del sobrepeso y la obesidad. Por otro lado,

---

<sup>60</sup> Barrios A, María Teresa B, Águeda C, Cañete F. Manual de manejo de enfermedades crónicas no transmisibles. Paraguay ;; 2015.

<sup>61</sup> Population Reference Bureau P. Enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe. Estados Unidos ;; 2013.

múltiples países de la región de América Latina y el Caribe han disminuido la prevalencia del consumo del cigarrillo entre los adolescentes y los jóvenes, a través de aumentos impositivos y campañas de salud pública. Sin embargo, el consumo de otros productos derivados del tabaco no se ha disminuido o incluso se ha incrementado en algunos países de la región.<sup>62</sup>

En América Latina y el Caribe existen diferentes modelos de atención a las personas con ECNT. En el estado de Veracruz, México, han utilizado el CCM por mejorar la calidad de la atención al paciente con diabetes mellitus. Basado en dicho modelo, el gobierno federal desarrolla acciones para reducir la mortalidad por esta causa, como la creación de unidades médicas de especialidad (Uneme), las cuales están basadas en combinar la prevención con el tratamiento eficaz de los afectados. Esta ha sido la propuesta de los planes nacionales de prevención y es el reflejo de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.<sup>63</sup>

En Colombia, el sistema de salud está diseñado sobre la base de servicios privados (85 %), donde no existen políticas públicas nacionales para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, al igual que la carencia de un sistema de vigilancia que provea información útil y oportuna para la toma de decisiones; esto provoca una serie de problemas que afectan la calidad de la atención al paciente con enfermedades no transmisibles, por ejemplo: el cuidado limitado por mecanismos de contención de costos, evaluación administrativa enfocada solo en resultados cuantitativos, exclusiva aproximación individual, predominio del cuidado especializado (baja calidad del primer nivel de atención), entre otro

El CCM puede servir de ejemplo en algunas de sus aplicaciones, pero no deja de ser un programa "vertical" que debilita la respuesta sanitaria sólida al conjunto de los problemas de los pacientes, familias y comunidades.<sup>64</sup>

---

<sup>62</sup> Population Reference Bureau P. Enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe. Estados Unidos ; 2013.

<sup>63</sup> Jova R, Rodríguez A, Díaz A, Balcindes S, Sosa I, De Vos P, et al. Scielo. [Online].; 2011. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192011001100012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001100012).

<sup>64</sup> Jova R, Rodríguez A, Díaz A, Balcindes S, Sosa I, De Vos P, et al. Scielo. [Online].; 2011. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192011001100012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001100012).

América Latina, en 2011 la diabetes mellitus fue la primera causa de muerte en México para la población en general, la séptima en Chile, la decimoprimer en Argentina y la quinta en Colombia. México tuvo un porcentaje mayor de muertes por diabetes mellitus entre los 20 y los 79 años de edad, seguido por Argentina, Colombia y Chile. El grupo de adultos de 20 a 79 años de edad concentró más del 65% de las muertes por diabetes: el 78,5% en México, el 69,6% en Argentina, el 69,5% en Chile y el 66,8% en Colombia.<sup>65</sup>

La Hipertensión arterial Para el caso de América Latina y el Caribe, entre el 20% y 35% de la población adulta tiene hipertensión. El número de personas con hipertensión está aumentando en los últimos años y muchos desconocen su condición. De acuerdo con un estudio en cuatro países de Sudamérica, (Argentina, Chile, Colombia y Brasil), apenas el 57.1% de la población adulta que se estima con presión arterial alta sabe que tiene hipertensión, lo que contribuye al bajo nivel de control poblacional: sólo 18.8% de los hipertensos adultos en estos cuatro países tiene la presión arterial controlada.<sup>66</sup>

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica ,Según el estudio PLATINO (Proyecto Latinoamericano de Investigación en Obstrucción Pulmonar) la prevalencia de EPOC en países latinoamericanos fue de 15,8% para San Pablo, 7,8% para México, 19,7% para Montevideo, 16,9% para Santiago y 12,1% para Caracas. Fue mayor en hombres, en mayores de 60 años y en fumadores. En España es del 10,6 al 17% de la población.

El inadecuado diagnóstico de EPOC representa un importante problema en Latino América y una posible explicación es la baja tasa de espirometrías para tener el diagnóstico de EPOC. .En habitantes de zonas de altura, con permanencia mínima hasta los 20 años en esa altitud, se deben hacer correcciones en la espirometría para detectar enfermedades pulmonares. Hay una variación de hasta el 20% del

---

<sup>65</sup> Agudelo M, Cervantes C. ScienceDirect. [Online].; 2014 [cited 06 marzo 2017. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911115000199>.

<sup>66</sup> Organización Panamericana de la Salud O. Organización Panamericana de la Salud, OPS. [Online].; 2017 [cited 2018 06 marzo. Available from: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13257%3Adia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&catid=9283%3Aworld-hypertension-day&Itemid=42345&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13257%3Adia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&catid=9283%3Aworld-hypertension-day&Itemid=42345&lang=es).

valor esperado a nivel del mar.<sup>67</sup> La prevalencia del tabaquismo varió entre 24% y 39% en cinco países latinoamericanos y fue mayor en hombres. El 90% de los fumadores utilizaron cigarrillos industrializados con filtro y el uso de puro o pipa, alguna vez en la vida, varió entre 4,5% en México y 9,7% en Uruguay.

Una encuesta de hogares de una población de 12 a 64 años, realizada en el Perú en el año 2007, señaló una prevalencia global de uso actual de consumo de tabaco de 26,8%. En Lima 29,8% y en provincias 17,8%; en el sexo masculino 39,3% y en el sexo femenino 16,7%. El 12,5% de la población fumadora presentó síntomas de adicción al tabaco, siendo notoria la aparición de grupos más jóvenes consumiendo tabaco.<sup>68</sup>

### **3.6.3 ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN EL SALVADOR.**

La Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECT) en El Salvador representan una situación de salud preocupante que cada día va en aumento, de acuerdo a consulta realizada a SIMMOV a nivel nacional durante el año 2017 egresaron 8,016 pacientes de los cuales en su mayoría son mujeres con una tasa de muerte de 26.89% con un promedio de estancia dentro de los establecimientos del país para este problema de salud de 7 días lo que implica aspectos relacionados con la infraestructura, recursos humanos, procesos de atención y resultados que favorezcan la condición de salud de estos pacientes; mientras que los problemas de Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas (EPOC) representaron durante el mismo año 3,111 egresos con una tasa de mortalidad de 23.39% con un promedio de estancia de 5 días dentro de los Hospitales del País. Otro de las ECT es la Hipertensión Arterial la cual en el año 2017 represento 1,812 egresos con una tasa de mortalidad de 12.24% con un promedio de estancia intrahospitalaria de 8 días, la mayoría de enfermedades crónicas no transmisibles representan una gran inversión para el país en la búsqueda del control de las mismas inversión económica, esfuerzos humanos por modificar los estilos de vida de los pacientes impactando de manera positiva en el control de la enfermedad, dentro de los establecimientos de salud tanto de segundo como tercer

---

<sup>67</sup> Félix EC. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Perú; 2009.

<sup>68</sup> Félix EC. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Perú; 2009.

nivel de atención se ingresan a diario gran número de pacientes por estos problemas de salud, y a partir de finales del año 2017 el Ministerio de Salud está realizando esfuerzos por medir procesos que garanticen la calidad de atención ofertada a estos grupos de pacientes. Otros problemas que cada año aumenta la incidencia de casos de Insuficiencia Renal la cual representó un total de 6893 egresos para el año 2017 de los cuales la tasa de mortalidad fue de 11.78% con un promedio de 5 días de estancia intrahospitalaria.

#### **3.6.4 ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN EL HOSPITAL SAN JERÓNIMO EMILIANI, SENSUNTEPEQUE.**

En el Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani de Sensuntepeque para el año 2017 egresaron 72 pacientes con problemas de Diabetes Mellitus con un promedio de 7 días de estancia hospitalaria, promedio similar al promedio nacional de días de estancia por el problema descrito, la EPOC genero 47 egreso con un promedio de días de estancia de 4 días, otros problemas como Asma, Insuficiencia Renal y Neumonía generaron 96 egresos con un promedio de 3 a 4 días de estancia hospitalaria, la capacidad instalada del área de medicina es de 12 camas por lo que la capacidad instalada del establecimiento se ve comprometida al incrementarse los ingresos por estos problemas de salud lo cual puede generar dificultades en la calidad de atención ofertada a los usuarios en cuanto a estructura, procesos y resultados.

#### **3.7 EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.**

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

la República, el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social.<sup>69</sup>

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.

### **3.8 NIVELES DE ORGANIZACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD**

El Nivel Superior es el rector del sector salud que ejecuta la Política Nacional de Salud y define los planes, programas, proyectos y estrategias a ser operatividades en

---

<sup>69</sup> Decreto Legislativo N° 442. Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud. El Salvador. 2007. Nov



el sector salud y está constituido por los Titulares del Ramo de Salud, las Direcciones y las Unidades Asesoras.

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

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

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.

### **3.9 POLÍTICA NACIONAL DE SALUD**

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

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

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

Mediante la implementación de las directrices incluidas en la PNS, se articularán los esfuerzos entre los Miembros y Colaboradores del SNS para la construcción de consensos y disponibilidad de recursos en función de las prioridades y retos nacionales en salud definidos, a fin de responder adecuadamente a las necesidades en salud de la población.<sup>70</sup>

### **3.10 ESCALAS DE MEDICIÓN**

La capacidad de hacer una distinción entre diferentes grados de desempeño depende de la escala de medición usada. En muchos estudios de calidad se emplea un número mínimo de divisiones para clasificar la atención, considerada como un conjunto, en categorías como "excelente", "buena", "regular" o "mala". La posición relativa de una persona en cada conjunto se puede especificar más computando el porcentaje de casos en cada categoría de la escala. En otros estudios se asigna cierta calificación a los resultados de determinados elementos de la atención y se acumulan los valores respectivos para obtener un índice numérico que, por lo general, va de 0 a 100. Esas prácticas dan lugar a interrogantes relativos a las escalas de medición y al funcionamiento legítimo de las mismas. A continuación se describen algunas de ellas.

#### **3.10.1 Construcción de una escala aditiva tipo Likert**

La escala de Likert es una escala ordinal y como tal no mide en cuánto es más favorable o desfavorable una actitud, es decir que si una persona obtiene una puntuación de 60 puntos en una escala, no significa esto que su actitud hacia el fenómeno medido sea doble que la de otro individuo que obtenga 30 puntos, pero sí nos informa que el que obtiene 60 puntos tiene una actitud más favorable que el que tiene 30, de la misma forma que 40°C no son el doble de 20°C pero sí indican una temperatura más alta.<sup>71</sup> A pesar de esta limitación, la escala Likert tiene la ventaja de que es fácil de construir y de aplicar, y, además, proporciona una buena base para una primera ordenación de los individuos en la característica que se mide.

La construcción de esta escala comporta los siguientes pasos:

---

<sup>70</sup> Ministerio de Salud; Política Nacional de Salud 2009 – 2014. El Salvador. MINSAL; 2010.

<sup>71</sup> Fernández de Pinedo. [Online]. [cited 2018 Abril 7. Available from: [www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/001a100/ntp\\_015.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/001a100/ntp_015.pdf).

1º) Se recoge una larga serie de ítems relacionados con la actitud que queremos medir y se seleccionan, aquellos que expresan una posición claramente favorable o desfavorable.

2º) Se selecciona un grupo de sujetos similar a aquél al que piensa aplicarse la escala. Estos responden, eligiendo en cada ítem la alternativa que mejor describa su posición personal.

3º) Las respuestas a cada ítem reciben puntuaciones más altas cuanto más favorables son a la actitud, dándose a cada sujeto la suma total de las puntuaciones obtenidas. Al realizar la valoración con dicha escala los resultados deben ser ponderados para poder aplicar la teoría de calidad asistencial y saber cuál es el porcentaje de calidad dentro del área en estudio.

## **IV. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **4.1. TIPO DE ESTUDIO.**

El estudio fue de tipo descriptivo y carácter cuantitativo con inferencia cualitativa. A partir de las valoraciones cuantitativas obtenidas se realizaron unas inferencias de cómo está la valoración de la calidad de prestación de los servicios de salud en pacientes hospitalizados.

### **4.2. LUGAR Y PERIODO DE REALIZACIÓN**

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Hospitalización del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani Sensuntepeque Cabañas en el periodo de enero a Junio de 2018

### **4.3. UNIDAD DE ANÁLISIS**

Los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles que se encuentran hospitalizados en la Unidad de Hospitalización del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani Sensuntepeque.

### **4.4. UNIVERSO**

Todos los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles ingresados en el área de hospitalización, en el momento del estudio, del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani Sensuntepeque en el periodo de Enero a Junio de 2018.

### **4.5. POBLACIÓN**

Todos los pacientes ingresados en el área de hospitalización con Enfermedades crónicas no transmisibles; EPOC, Diabetes Mellitus Insuficiencia Renal e Hipertensión Arterial, y la plantilla de personal de salud asignada al área de Hospitalización para la atención de los pacientes Crónicos en el Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani Sensuntepeque en el periodo de Enero a Junio de 2018

#### 4.6. MUESTRA

Teniendo en cuenta la naturaleza del centro Hospitalario y en este caso el área de Hospitalización y conociendo la demanda del año anterior que género 393 egresos, realizando la división mensual, da un promedio de egresos hospitalarios por mes de 32. Para el presente estudio se tomaron el 100% de egresos en el periodo de estudio, haciendo un total de egresos de 80 pacientes. Lo que significa el 100% de la muestra por ser una población finita.

También se sometió al estudio un total de 37 empleados, lo que representan el 100% de empleados que intervienen en el cuidado y/o atención del paciente crónico hospitalizado, detallados de la siguiente manera:

No	Tipo de recurso	Frecuencia
1	Enfermería	20
2	Residentes	7
3	Especialista	2
4	Terapia respiratoria	3
5	Supervisión de enfermería	3
6	Director	1
7	Sud directora/asesor de suministros	1
	Total	37

#### 4.7. CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DEL ESTUDIO:

El Hospital es una institución de segundo nivel que brinda atención a toda la población de los municipios de Sensuntepeque, Victoria, Ciudad Dolores, San Isidro y Guacotecti, y por Accesibilidad geográfica atiende población de Nuevo Edén de San Juan el cual pertenece a San Miguel, además por la carretera longitudinal del norte hace accesible el hospital para la población del departamento de Chalatenango, y por ser una zona fronteriza se recibe un número considerable de población hondureña; ya que el hospital funciona como un Hospital de Referencia para los municipios y lugares antes descritos.

Al momento funciona como hospital Departamental ya que debe responder a la demanda espontánea y de referencia de la red de unidades de salud de la Micro red de Sensuntepeque, a la vez para el Hospital Nacional de Ilobasco, así como de un municipio diferente al mismo Departamento, como lo es Nuevo Edén de San Juan del Departamento de San Miguel.

El área de hospitalización es un servicio integrado con las cuatro especialidades; Medicina, Cirugía y Ginecología y Obstetricia, además cuenta con la subespecialidad de Ortopedia, con una capacidad instalada de 37 camas distribuidas en las diferentes especialidades con un promedio de ocupación del 90%, los principales procesos de atención son los ingresos, referencias a tercer nivel, cumplimientos de tratamientos de mediana complejidad. Para el área de Medicina lugar donde se ingresan los pacientes con enfermedades Crónicas se cuenta con una dotación de 10 camas para esta población.

#### **4.8. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

- Pacientes hospitalizados de ambos sexos con Enfermedades Crónica no Transmisibles : Hipertensión arterial , Diabetes Mellitus, Insuficiencia Renal Crónica y EPOC
- Que desee participar en la investigación.
- Que se encuentre ingresado en el momento del estudio.
- Que este ingresado por Enfermedad Crónica de primera vez o subsecuente
- Que tenga un promedio mínimo de 3 días de ingreso al momento de la entrevista.
- Personal asignado a la atención del paciente con enfermedades crónicas.

#### **4.9. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes ingresados en el área de Medicina pero que no sea paciente crónico.
- Que no tenga la capacidad o facultad mental para participar

- Personal que no esté involucrado en la atención del paciente crónico hospitalizado.
- Personal administrativo del área financiera.

#### **4.10. VARIABLES DEL ESTUDIO.**

##### **4.10.1. Estructura.**

Analizando su capacidad instalada en sus variables.

- Disponibilidad
  - Recursos humanos
  - Materiales y equipos
  - Insumos y medicamentos
- Accesibilidad
  - Económica
  - Cultural
  - Geográfica
  - Financiera.

##### **4.10.2. Proceso**

Analizando la calidad del proceso en sus variables.

- Calidad técnica
  - Integralidad
  - Continuidad
- Calidad humana
  - Relaciones interpersonales.
  - Comodidad

##### **4.10.3. Resultado**

Analizando la eficacia del proceso en sus variables.

- Eficacia.
  - Satisfacción del usuario
  - Tiempo de estancia hospitalaria
  - Mejora o recuperación del paciente.

#### 4.11. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

**Estructura: Capacidad instalada.**

**Objetivo 1:** Identificar la capacidad instalada con la que cuenta el hospital para la atención del paciente hospitalizado con enfermedades crónicas no transmisibles.

Tabla 1: *Matriz de Operacionalización de Variables*

<b>Variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala</b>	<b>Unidad de Medida</b>
<b>Disponibilidad</b>	Grado en que los recursos hospitalarios están disponibles para atención del paciente, con Enfermedades Crónicas no transmisibles en el área de hospitalización	<b>Recursos humanos</b> Recursos necesarios utilizados para la atención del paciente con enfermedades crónicas con enfermedades trasmisibles hospitalizado	80% a más Menos del 80%	Cualitativa.
		<b>Materiales y equipos</b> Disponibilidad de equipos y materiales para la atención del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles hospitalizado.	80% a más Menos del 80%	Cualitativa.
		<b>Insumos y medicamentos.</b> Abastecimiento de medicamentos e insumos necesarios para la atención del paciente crónico dentro del área de Hospitalización.	80% a más Menos del 80%	Cualitativa.

**Fuente:** calidad de atención a pacientes con enfermedades crónicas atendidos en la Unidad de hospitalización del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, Sensuntepeque Cabañas en el periodo de Enero a Junio de 2018.



<b>Variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala</b>	<b>Unidad de Medida</b>
<b>Accesibilidad</b>	Es la facilidad con la que se obtienen los recursos necesarios para la atención en salud del paciente crónico con enfermedades no transmisibles en el área de hospitalización	<b>Económica</b> Gasto en el que incurre el paciente con enfermedades crónicas, hospitalizado de forma directa o indirecta para cubrir sus necesidades para su mejora que el hospital no dispone de ellas.	80% a más Menos del 80%	Cualitativa.
		<b>Culturales</b> Grado de aceptación del paciente a los servicios de salud brindados por el hospital	80% a más Menos del 80%	Cualitativa.
		<b>Geográfica</b> Posibilidad que los pacientes tienen para asistir al hospital en cuanto a tiempo y nivel de procedencia.	80% a más Menos del 80%	Cualitativa.
		<b>Financiera</b> Facilidad para obtener recursos financieros necesarios para cubrir las necesidades de atención del paciente con enfermedades crónicas no trasmisibles en el área de hospitalización	80% a más Menos del 80%	Cualitativa.

**Fuente:** calidad de atención a pacientes con enfermedades crónicas atendidos en la Unidad de hospitalización del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, Sensuntepeque Cabañas en el periodo de Enero a Junio de 2018.

**Estructura: Capacidad instalada.**

**Objetivo 1:** Identificar la capacidad instalada con la que cuenta el hospital para la atención del paciente hospitalizado con enfermedades crónicas no transmisibles.

Tabla 1: *Matriz de Operacionalización de Variables*

<b>Variable</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Fuente de información</b>	<b>Método o Técnica</b>	<b>Instrumento</b>
<b>Disponibilidad</b>	<b>Recursos humanos</b> Recursos necesarios utilizados para la atención del paciente con enfermedades crónicas con enfermedades trasmisibles hospitalizado	Usuarios ingresados en Hospitalización con Enfermedades Crónicas no transmisibles. Personal que labora en la Unidad de Hospitalización.	Guía de entrevista  Encuesta	Guía de entrevista de usuarios  Instrumento de la Encuesta (personal)
	<b>Materiales y equipos</b> Disponibilidad de equipos y materiales para la atención del paciente c con enfermedades crónicas no transmisibles hospitalizado.	Usuarios ingresados en Hospitalización con Enfermedades Crónicas no transmisibles. Personal que labora en la Unidad de Hospitalización.	Guía de entrevista  Encuesta	Guía de entrevista de usuarios  Instrumento de la Encuesta (personal)
	<b>Insumos y medicamentos.</b> Abastecimiento de medicamentos e insumos necesarios para la atención del paciente crónico dentro del área de Hospitalización.	Usuarios ingresados en Hospitalización con Enfermedades Crónicas no transmisibles. Personal que labora en la Unidad de Hospitalización.	Guía de entrevista  Encuesta	Guía de entrevista de usuarios  Instrumento de la Encuesta (personal)

**Fuente:** calidad de atención a pacientes con enfermedades crónicas atendidos en la Unidad de hospitalización del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, Sensuntepeque Cabañas en el periodo de Enero a Junio de 2018.

<b>Accesibilidad</b>	<p><b>Económica</b> Gasto en el que incurre el paciente con enfermedades crónicas, hospitalizado de forma directa o indirecta para cubrir sus necesidades para su mejora que el hospital no dispone de ellas.</p>	<p>Usuarios ingresados en Hospitalización con Enfermedades Crónicas no transmisibles. Personal que labora en la Unidad de Hospitalización.</p>	<p>Guía de entrevista</p>	<p>Guía de entrevista de usuarios</p>
	<p><b>Culturales</b> Grado de aceptación del paciente a los servicios de salud brindados por el hospital</p>	<p>Usuarios ingresados en Hospitalización con Enfermedades Crónicas no transmisibles. Personal que labora en la Unidad de Hospitalización.</p>	<p>Guía de entrevista</p>	<p>Guía de entrevista de usuarios</p>
	<p><b>Geográfica</b> Posibilidad que los pacientes tienen para asistir al hospital en cuanto a tiempo y nivel de procedencia.</p>	<p>Usuarios ingresados en Hospitalización con Enfermedades Crónicas no transmisibles. Personal que labora en la Unidad de Hospitalización.</p>	<p>Guía de entrevista</p>	<p>Guía de entrevista de usuarios</p>
	<p><b>Financiera</b> Facilidad para obtener recursos financieros necesarios para cubrir las necesidades de atención del paciente con enfermedades crónicas no trasmisibles en el área de hospitalización</p>	<p>Usuarios ingresados en Hospitalización con Enfermedades Crónicas no transmisibles. Personal que labora en la Unidad de Hospitalización.</p>	<p>Encuesta</p>	<p>Instrumento de la Encuesta (personal)</p>

**Fuente:** calidad de atención a pacientes con enfermedades crónicas atendidos en la Unidad de hospitalización del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, Sensuntepeque Cabañas en el periodo de Enero a Junio de 2018.

**Proceso: Proceso de Calidad**

**Objetivo 2:** Realizar valoración del proceso de calidad en la atención del paciente hospitalizado con enfermedades crónicas no transmisibles.

Tabla 2: *Matriz de Operacionalización de Variables*

Variable	Definición operacional	Indicadores	Escala	Unidad de Medida
<b>Calidad técnica</b>	Aplicación de Conocimiento científico y técnica que posee el personal involucrado en la atención de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles del área de Hospitalización sobre los procesos Diagnósticos y Terapéuticos.	<b>Integralidad</b> Implica Leyes, Normas, Guías, Manejos clínicos y Protocolos.	80% a más Menos del 80%	Cualitativa.
		<b>Continuidad</b> Cumplimiento de protocolos de atención	80% a más Menos del 80%	Cualitativa.
<b>Calidad humana</b>	Conjunto de atributos que generan un comportamiento positivo en la persona y pacientes, lo cual aplicado al desarrollo de sus actividades permitirá alcanzar una mejora del trato, lo que genera confianza y seguridad en el usuario.	<b>Relaciones interpersonales</b> Relación entre el personal y el paciente crónico hospitalizado.	80% a más Menos del 80%	Cualitativa.
		<b>Comodidades</b> Diferentes Condiciones de comodidad percibida por el personal y el paciente crónico hospitalizado	80% a más Menos del 80%	Cualitativa.

**Fuente:** calidad de atención a pacientes con enfermedades crónicas atendidos en la Unidad de hospitalización del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, Sensuntepeque Cabañas en el periodo de Enero a Junio de 2018.

**Proceso: Proceso de Calidad.**

**Objetivo 2:** Realizar valoración del proceso de calidad en la atención del paciente hospitalizado con enfermedades crónicas no transmisibles.

Tabla 2: *Matriz de Operacionalización de Variables*

Variable	Indicadores	Fuente de información	Método o técnica	Instrumento
Calidad técnica	<b>Integralidad</b> Implica el cumplimiento de Leyes, Normas, Guías, Manejos clínicos y Protocolos.	Usuarios ingresados en Hospitalización con Enfermedades Crónicas no transmisibles.  Personal que labora en la Unidad de Hospitalización.	Guía de entrevista  Encuesta	Guía de entrevista de usuarios  Instrumento de la Encuesta (personal)
	<b>Continuidad</b> Cumplimiento de protocolos de atención garantizando la continuidad del tiramiento dentro de la comunidad.	Usuarios ingresados en Hospitalización con Enfermedades Crónicas no transmisibles.  Personal que labora en la Unidad de Hospitalización.	Guía de entrevista  Encuesta	Guía de entrevista de usuarios  Instrumento de la Encuesta (personal)
Calidad humana	<b>Relaciones interpersonales</b> Asociación entre dos o más personas que dan como resultados la armonía en el servicio y el apoyo en la atención al usuario.	Usuarios ingresados en Hospitalización con Enfermedades Crónicas no transmisibles.  Personal que labora en la Unidad de Hospitalización.	Guía de entrevista  Encuesta	Guía de entrevista de usuarios  Instrumento de la Encuesta (personal)
	<b>Comodidades</b> Condiciones de comodidad que se ofrecen en el área de Hospitalización a los usuarios que demandan la atención.	Usuarios ingresados en Hospitalización con Enfermedades Crónicas no transmisibles.  Personal que labora en la Unidad de Hospitalización.	Guía de entrevista  Encuesta	Guía de entrevista de usuarios  Instrumento de la Encuesta (personal)

**Fuente:** calidad de atención a pacientes con enfermedades crónicas atendidos en la Unidad de hospitalización del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, Sensuntepeque Cabañas en el periodo de Enero a Junio de 2018.

**Resultado: Logro de Objetivos**

**Objetivo 3:** Estimar la eficacia en la atención del paciente hospitalizado con enfermedades crónicas no transmisibles.

Tabla 3: *Matriz de Operacionalización de Variables*

Variable	Definición operacional	Indicadores	Escala	Unidad de Medida
<b>Eficacia</b>	Grado de obtención de resultados esperados y satisfactorios en la atención del paciente crónico con enfermedades no transmisibles hospitalizados	<b>Satisfacción del usuario.</b> Nivel de aceptación del personal y paciente crónico hospitalizado con el servicio recibido en términos de: trato recibido y condiciones de comodidad dentro del área de hospitalización.	80% a más Menos del 80%	Cualitativa.
		<b>Tiempo de estancia hospitalaria.</b> Tiempo promedio que permanecen los pacientes crónicos hospitalizados para recuperar o mejorar su condición de salud.	80% a más Menos del 80%	Cualitativa.
		<b>Mejora o Recuperación de los Pacientes.</b> La mejoría de los síntomas con el manejo clínico recibido, conocimiento sobre la enfermedad y auto cuidado.	80% a más Menos del 80%	Cualitativa.

**Fuente:** calidad de atención a pacientes con enfermedades crónicas atendidos en la Unidad de hospitalización del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, Sensuntepeque Cabañas en el periodo de Enero a Junio de 2018.

## Resultado: Logro de Objetivos

**Objetivo 3:** Estimar la eficacia en la atención del paciente hospitalizado con enfermedades crónicas no transmisibles

Tabla 3: *Matriz de Operacionalización de Variables*

<b>Variable</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Fuente de información</b>	<b>Método o técnica</b>	<b>Instrumento</b>
<b>Eficacia</b>	<p><b>Satisfacción del usuario.</b> Nivel de aceptación del personal y paciente crónico hospitalizado con el servicio recibido en términos de: trato recibido y condiciones de comodidad dentro del área de hospitalización.</p>	<p>Usuarios ingresados en Hospitalización con Enfermedades Crónicas no transmisibles.</p> <p>Personal que labora en la Unidad de Hospitalización.</p>	<p>Guía de entrevista</p> <p>Encuesta</p>	<p>Guía de entrevista de usuarios</p> <p>Instrumento de la Encuesta (personal)</p>
	<p><b>Tiempo de estancia hospitalaria.</b> Tiempo promedio que permanecen los pacientes crónicos hospitalizados para recuperar o mejorar su condición de salud.</p>	<p>Usuarios ingresados en Hospitalización con Enfermedades Crónicas no transmisibles.</p> <p>Personal que labora en la Unidad de Hospitalización.</p>	<p>Guía de entrevista</p> <p>Encuesta</p>	<p>Guía de entrevista de usuarios</p> <p>Instrumento de la Encuesta (personal)</p>
	<p><b>Mejora o Recuperación de los Pacientes.</b> La mejoría de los síntomas con el manejo clínico recibido, conocimiento sobre la enfermedad y auto cuidado.</p>	<p>Usuarios ingresados en Hospitalización con Enfermedades Crónicas no transmisibles.</p> <p>Personal que labora en la Unidad de Hospitalización.</p>	<p>Guía de entrevista</p> <p>Encuesta</p>	<p>Guía de entrevista de usuarios</p> <p>Instrumento de la Encuesta (personal)</p>

**Fuente:** calidad de atención a pacientes con enfermedades crónicas atendidos en la Unidad de hospitalización del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, Sensuntepeque Cabañas en el periodo de Enero a Junio de 2018.

#### **4.12. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.**

Elaborado el instrumento de recolección de datos y después de realizar una prueba piloto con el 10% de la población estudiada se permitió validar los instrumentos, y se procedió a aplicarlas en el 100% de la población estudiada en el área de Hospitalización del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani.

Las entrevistas se realizaron a los pacientes a partir de su tercer día de estancia hospitalaria, previo consentimiento del mismo cumpliendo con los aspectos éticos que requiere una investigación científica, las encuestas se realizaron al 100% del personal asignado al servicio de hospitalización y que están relacionados con la atención del paciente crónico.

#### **4.13. PLAN DE ANÁLISIS.**

- **Por objetivos:** Se realizaron en base a los objetivos específicos propuestos los cuales sirvieron como respuesta al objetivo general.
- **Según el triple enfoque de la calidad:** estructura, proceso y resultado desde la percepción del usuario externo e interno.
- **Agrupación de los porcentajes por nivel de satisfacción :**
  - Satisfacción : porcentaje del 80% o más en la valoración de las variables de Cada enfoque
  - Insatisfacción: porcentaje menos del 80% en la valoración de las variables de cada enfoque.

#### **4.14. CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

Para el desarrollo de la investigación se benefició tanto el paciente como el hospital el paciente tuvo la oportunidad de expresar su percepción con relación a la calidad de atención y la institución contar con un plan estratégico, no se puso en riesgo los pacientes encuestados ya que fue un estudio descriptivo respetando los principios éticos de autonomía, beneficencia y no maleficencia. Se conservó la privacidad de la opinión.



## V. RESULTADOS

La presentación de resultados se ha realizado bajo el enfoque de estructura, proceso y resultados; Siguiendo la lógica de los objetivos generales y específicos; Primero se presenta los hallazgos importantes de indicadores de cada Subvariable, luego se establece el promedio alcanzado de cada una de ellas; Para luego definir el porcentaje promedio alcanzado de cada variable. Los promedios se comparan con el estándar de calidad establecido en la presente investigación que es del 80%; todo porcentaje por encima del valor establecido se considera la existencia de calidad en la prestación de servicios a los pacientes con enfermedades Crónica No Transmisibles Hospitalizados, caso contrario los valores por debajo de este indican la no calidad.

Como datos generales: Respecto al nivel educativo, los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles ingresados en el Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani de Sensuntepeque, cabañas. Durante el periodo en estudio se determinó que un 40% no poseen ningún nivel educativo, mientras que 34% poseen escolaridad primaria (1-6 grado), el 19% tiene escolaridad secundaria (7-9) y solamente un 7% Bachillerato.

El personal asignado al manejo de pacientes crónicos es en total 36 recursos de los cuales el 25% pertenece al gremio médico, 39% a enfermería, 28% al personal administrativo y el 8% al personal de anestesiastas, estos últimos tomados en cuenta debido a que son los responsables en el hospital del manejo del sistema de terapia respiratoria en el manejo de pacientes Crónicos.

Del 100% de personal asignado a la atención del paciente crónico un 8% tiene una antigüedad de 5 a 15 años, el 69% tiene una antigüedad de 16 a 25 años y un 23% tiene más de 25 años de laborar para la institución, lo anterior indica que se cuenta con un plantilla funcional para la atención hospitalaria del paciente crónico ya que el 77% del personal tiene menos de 25 años de encontrarse en la institución.

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

En cuanto a los recursos humanos; un 86.9% de pacientes refieren que existe cantidad adecuada de personal para la atención del paciente con enfermedades crónica no transmisible en hospitalización; sin embargo la opinión del personal, solo un 18.5% de ellos refiere que hay suficiente personal, de lo anterior es importante recalcar que los pacientes perciben que existe el personal suficiente para la atención mientras que el personal perciben que no existe la cantidad adecuada de recursos para la atención del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles en el área de hospitalización del hospital, esto puede hacer pensar que existen otros factores que están contribuyendo a los niveles de satisfacción de los usuarios pero estos son a base de un sobre esfuerzo del personal.

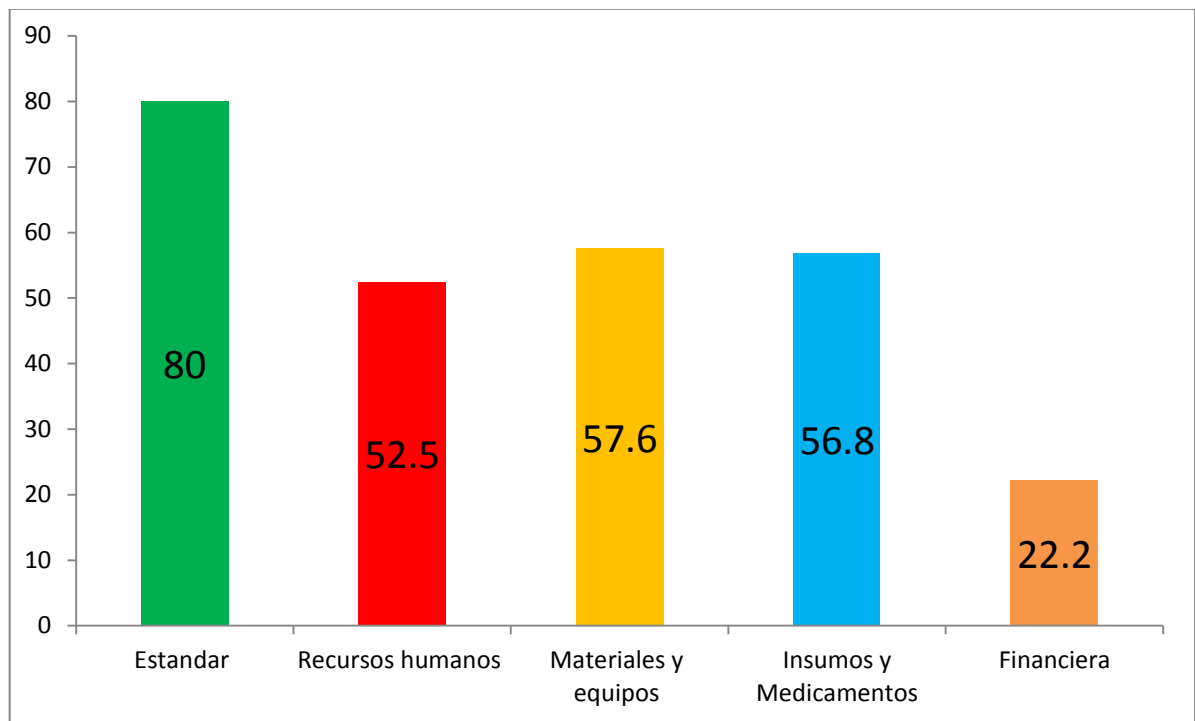
En relación al abastecimiento de materiales y equipos solo un 27.8% de personal refiere que existe el abastecimiento adecuado pero un 87.5% de pacientes opinan que existen abastecimientos, ya que muchas veces el personal utiliza alternativas para que al paciente se le cumplan indicaciones de acuerdo a su necesidad y no perciba la falta de algunos insumos; como por ejemplo la re esterilización de mascarillas para terapia respiratoria.

El 75.7% de los pacientes hospitalizados refieren que se cuenta con medicamentos para sus necesidades. Mientras un 32% del personal refiere que se cuenta con los medicamentos para la atención del paciente.

Con relación a lo financiero el 77.8% de empleados refiere que no existe disponibilidad financiera para cubrir las necesidades de los pacientes en el área de hospitalización.

Los indicadores descritos anteriormente los podemos apreciar de una forma esquemática en el siguiente gráfico.

**Grafico N° 1:** Porcentajes promedios de indicadores de la variable Disponibilidad.



**Fuente:** Guía de entrevista y Encuesta a pacientes y personal del área de Hospitalización del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, Sensuntepeque, Cabañas.

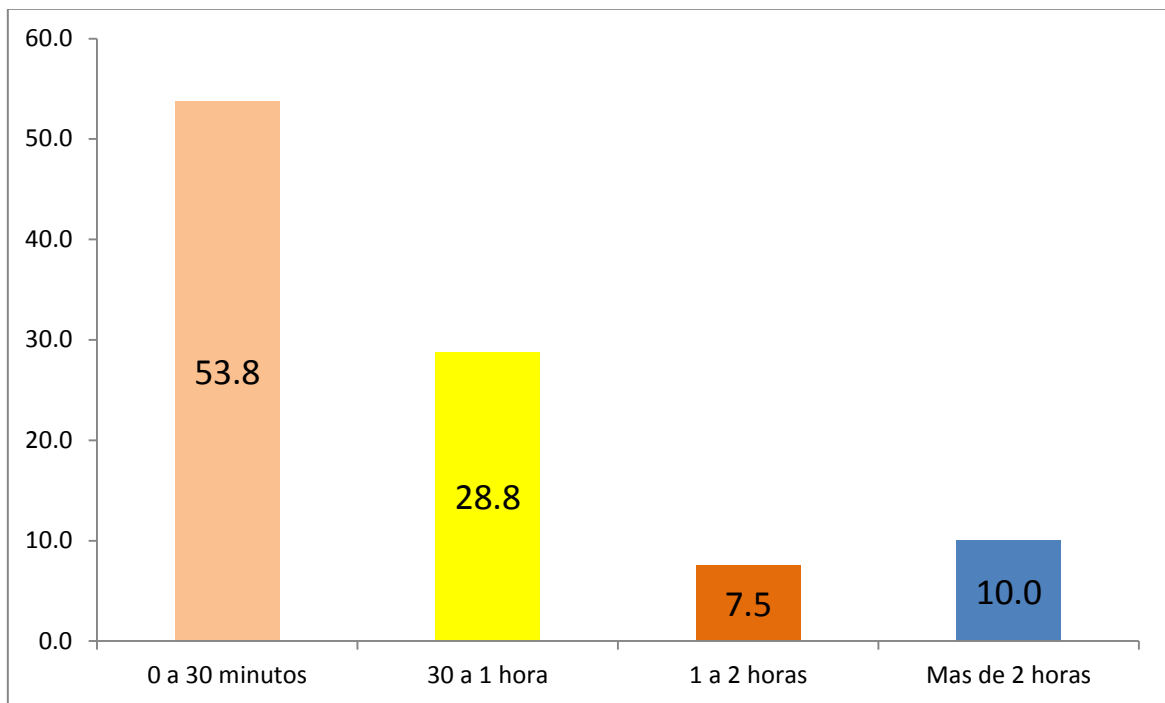
Para valorar la Subvariable Accesibilidad; se tomó en cuenta el indicador geográfico económico y cultural; para valorar el indicador geográfico se valoró la procedencia y la distancia del domicilio hasta el hospital, Así: el 61.3% procede del municipio de Sensuntepeque y el 28.7% procede de municipios fuera de Sensuntepeque y un 10% provienen de un departamento fuera de Cabañas.

Al evaluar el aspecto económico, el 79.6% de los pacientes refieren sentirse bien porque no pagan los servicios; sin embargo, el 20.4% refiere que representa un sobregasto al presupuesto de familia para poder acceder a los servicios que oferta el hospital al tener que incurrir en gastos de transporte, insumos y medicamentos.

En el aspecto cultural, el 85.9% de los pacientes hospitalizados refiere que en el hospital cuentan una alimentación aceptable, el personal usa lenguaje comprensible y los materiales e insumos utilizados no le causan incomodidad.

El factor distancia se puede visualizar en el siguiente gráfico.

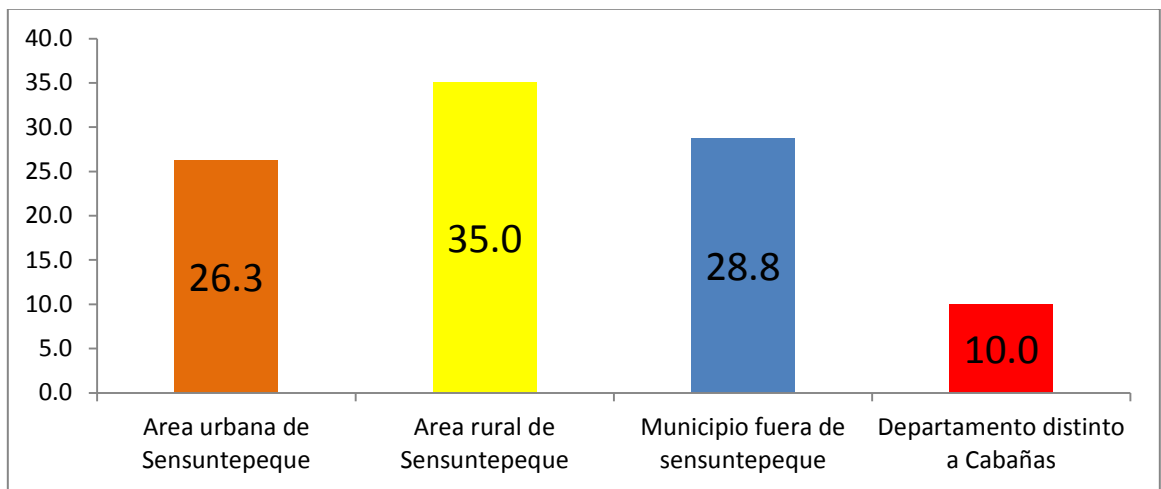
**Grafico N° 2:** Descriptores de la variable accesibilidad, en términos porcentuales.



**Fuente:** Guía de entrevista y Encuesta a pacientes y personal del área de Hospitalización del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, Sensuntepeque, Cabañas.

El siguiente gráfico nos demuestra una concordancia entre el lugar de procedencia y la distancia que tiene que recorrer el paciente para llegar al hospital.

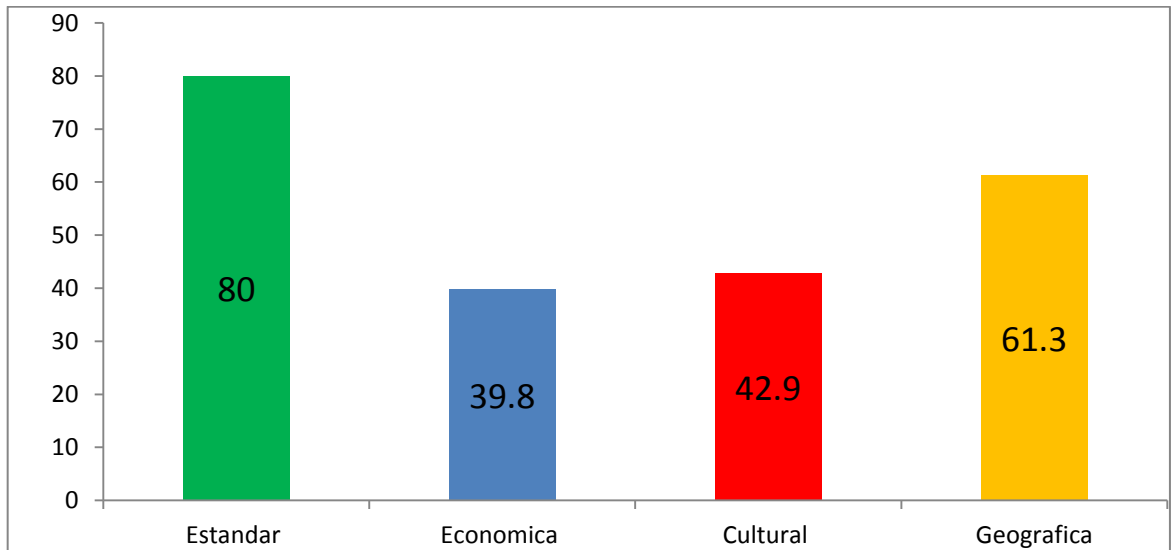
**Gráfico N° 3:** Descriptores de la variable accesibilidad, en términos porcentuales.



**Fuente:** Guía de entrevista y Encuesta a pacientes y personal del área de Hospitalización del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, Sensuntepeque, Cabañas.

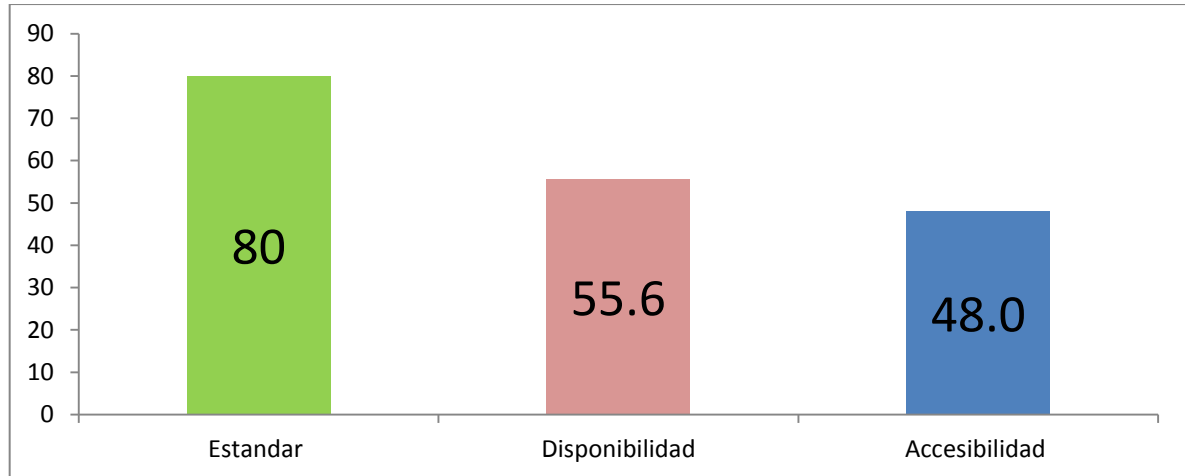
El siguiente gráfico demuestra los promedios porcentuales obtenidos en cada uno de los indicadores de la variable accesibilidad comparados respecto al estándar.

**Gráfico N° 4.** Indicadores de la variable accesibilidad, en términos porcentuales respecto al estándar.



**Fuente:** Guía de entrevista y Encuesta a pacientes y personal del área de Hospitalización del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, Sensuntepeque, Cabañas.

**Gráfico N° 5:** Valoración global porcentual de las variables de la Capacidad Instalada



**Fuente:** Guía de entrevista y Encuesta a pacientes y personal del área de Hospitalización del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, Sensuntepeque, Cabañas.

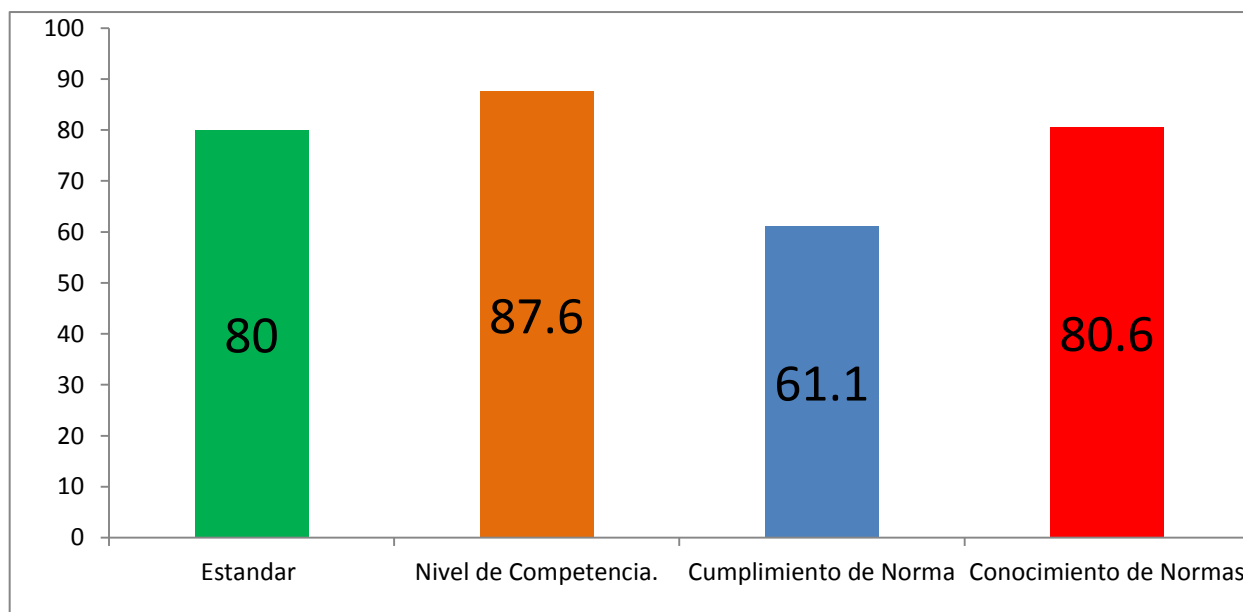
La Capacidad Instalada es evaluada a través de sus variables Disponibilidad y Accesibilidad; Los resultados obtenidos indican que servicio de Hospitalización del paciente crónico del Hospital Nacional de Sensuntepeque cuenta con el 55.6% de Disponibilidad y el 48% de Accesibilidad de los recursos físicos, humanos y organizativos para atender al 100 de la población. El porcentaje global alcanzado como estructura es del 51.8% y por lo tanto el Hospital no tiene la capacidad instalada para atender su demanda de pacientes crónico con enfermedades no transmisibles. Esto se muestra en el gráfico anterior.

Calidad técnica y Humana es valorada por las Subvariables: Integralidad, Continuidad, Relaciones Interpersonales y Comodidad. En la Integralidad, al evaluar la interrelación del conocimiento profesional con la política institucional de servicio y la confianza del paciente en el proceso de atención; Se observa que el nivel de competencia entendido como el conocimiento profesional evaluado por el nivel de confianza percibida por los pacientes crónicos hacia los medicamentos prescritos 97.5%, capacitación del personal de salud 96.8%, mejora de los pacientes 93.8% y manejo adecuado 52.8%. El porcentaje global de nivel de competencia es de 87.6%.

El 80.6% del personal conoce las normas, guías y protocolos para el abordaje de los pacientes crónicos. Con relación al cumplimiento de normas el 61.1% del personal refiere que se cumplen.

El siguiente gráfico demuestra claramente lo descrito en la variable integralidad.

**Gráfico N° 6:** Descriptores de la variable Integralidad, en términos porcentuales respecto al estándar



**Fuente:** Guía de entrevista y Encuesta a pacientes y personal del área de Hospitalización del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, Sensuntepeque, Cabañas.

Para la Subvariable Continuidad, se tomó en cuenta la aplicación de guías clínicas o protocolos, su grado de evaluación, cumplimiento de normas de funcionamiento del área de hospitalización del hospital de Sensuntepeque; Al respecto:

El 38.9% del personal de salud refiere que los protocolos para la atención de los pacientes hospitalizados con Enfermedades Crónicas han sido revisados en los últimos 6 meses o dentro del último año

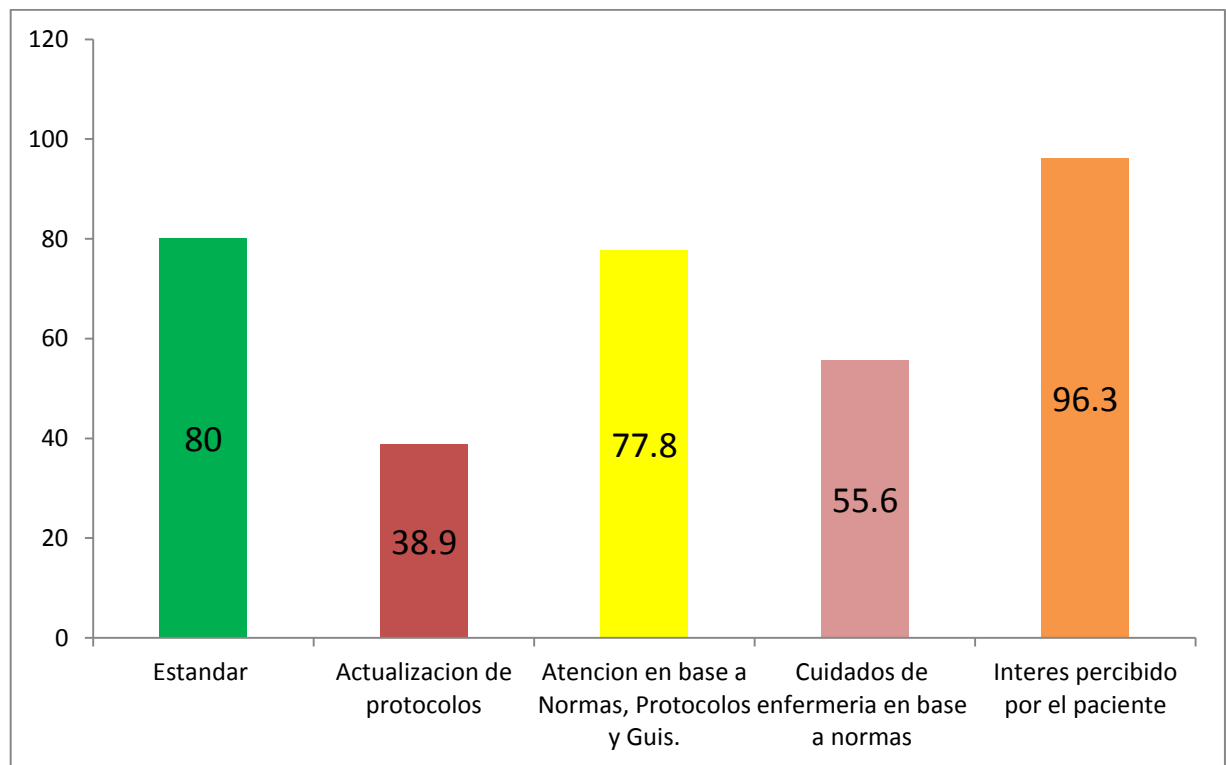
El 77.8% del personal refiere que la atención se realiza en base a protocolos o guías clínicos.

El 55.6% de personal opina que para la atención del paciente hospitalizado con Enfermedades Crónicas el personal de enfermería utiliza la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Interventions Classification (Nic) y Nursing Outcomes Classification (Noc).

El 96.5% de los pacientes durante su hospitalización ha percibido interés de parte del personal de salud para mejorar su condición

En el gráfico siguiente se muestran los promedios porcentuales de cada uno de los indicadores de continuidad.

**Gráfico N° 7:** Indicadores de la variable continuidad, en términos porcentuales respecto al Estándar.

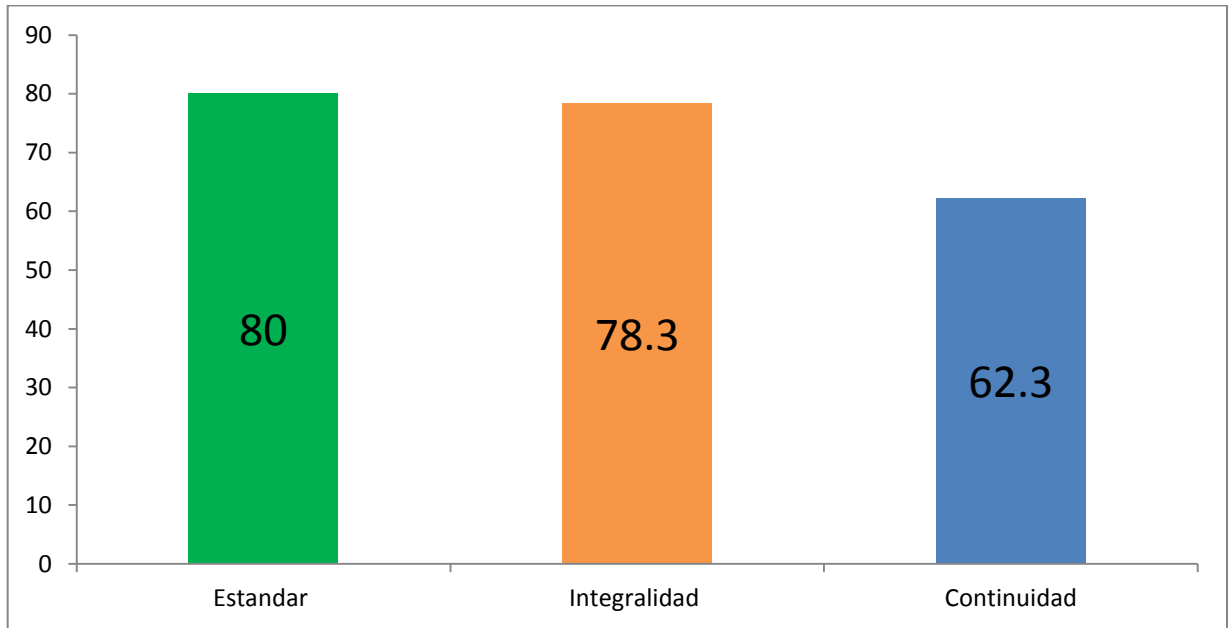


**Fuente:** Guía de entrevista y Encuesta a pacientes y personal del área de Hospitalización del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, Sensuntepeque, Cabañas.



Finalmente se hace la representación gráfica de la valoración global de la calidad técnica.

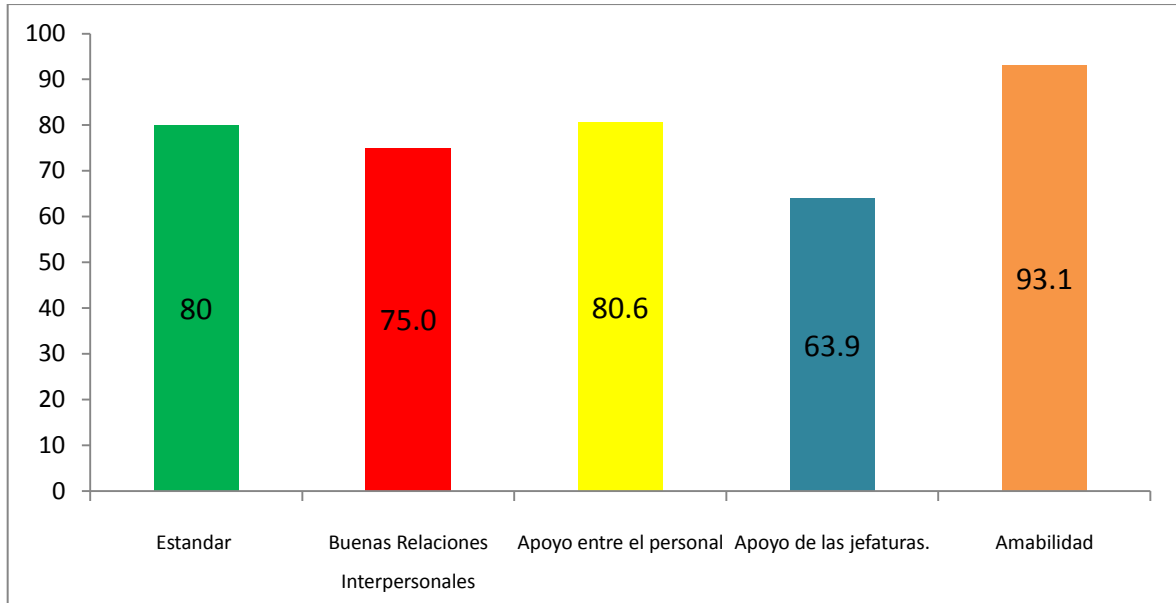
**Gráfico N° 8:** Valoración global porcentual de las variables de la Calidad Técnica. En términos porcentuales.



**Fuente:** Guía de entrevista y Encuesta a pacientes y personal del área de Hospitalización del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, Sensuntepeque, Cabañas.

En la Subvariable Relaciones Interpersonales, Se evalúa las relaciones entre personal de un mismo nivel jerárquico, entre diferentes niveles jerárquicos y la relación personal-usuario: el 75% del personal opina que existen Buenas Relaciones Interpersonales entre el personal de diferentes niveles y dentro del mismo nivel, el 80.6% refirió que hay un apresto de Apoyo entre el personal de salud y percibe en un 63.9% de apoyo de las jefaturas en la realización del trabajo, en cuanto a la percepción del paciente un 93.1 percibe amabilidad por parte del personal de salud según sus necesidades.

**Gráfico N° 9:** Indicadores de la Variable Relaciones Interpersonales, en términos porcentuales respecto al estándar.



**Fuente:** Guía de entrevista y Encuesta a pacientes y personal del área de Hospitalización del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, Sensuntepeque, Cabañas.

El gráfico anterior muestra los promedios porcentuales obtenidos de las opiniones de los empleados respecto a relaciones interpersonales y amabilidad.

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

El 30.4% del personal refiere que la ubicación de la estación de enfermería le permite mantener visibilidad de todos los pacientes con enfermedades crónicas hospitalizados

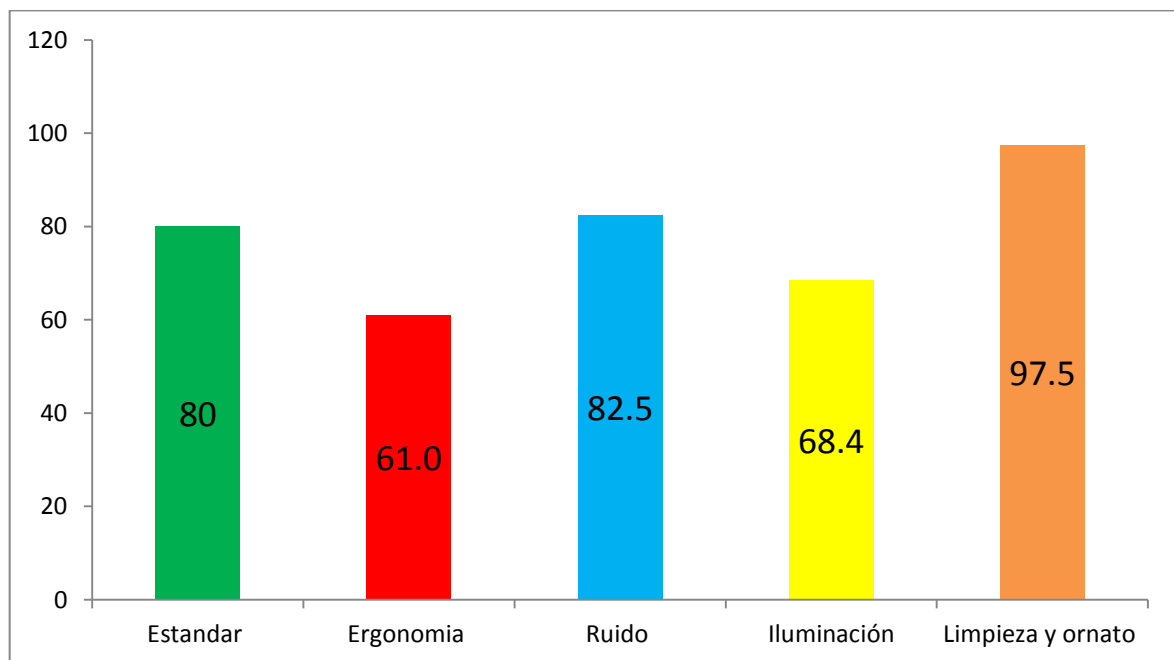
El 49.8% del personal refiere que las camillas para movilización de pacientes no necesitan un sobre esfuerzo.

El 96.2% de los pacientes hospitalizados considera que el personal de enfermería se preocupa por su comodidad durante su hospitalización

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

El 97.5% de los pacientes tienen opinión positiva en cuanto al orden y limpieza, del área de hospitalización.

**Gráfico N° 10:** Descriptores de la Variable Comodidad, en términos porcentuales respecto al estándar

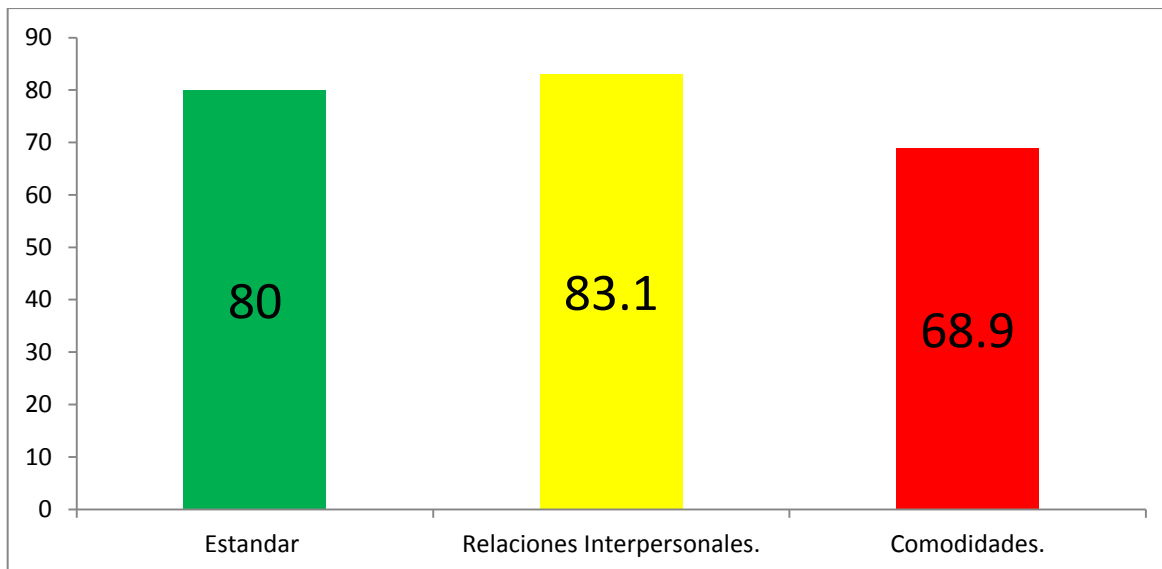


**Fuente:** valoración de la calidad de atención de pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles hospitalizados en el Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, Sensuntepeque Cabañas en el periodo de enero a junio de 2018.

El gráfico describe los cuatro parámetros que conforman el concepto de comunidad y que contiene los promedios porcentuales de cada uno de ellos: ergonomía, ruido, iluminación limpieza y ornato.

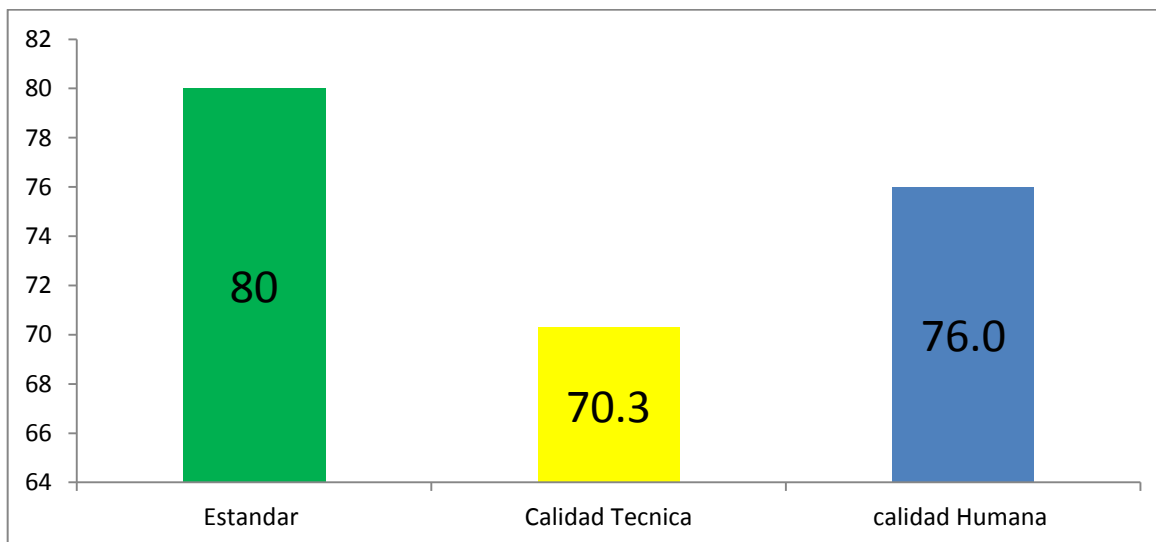
Finalmente se hace la representación gráfica de la valoración global de la calidad humana.

**Gráfico N° 11:** Valoración global porcentual de las variables de la Calidad humana. En términos porcentuales.



**Fuente:** Guía de entrevista y Encuesta a pacientes y personal del área de Hospitalización del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, Sensuntepeque, Cabañas.

**Gráfico N° 12:** Valoración global porcentual de las variables de la Calidad humana y Calidad Técnica. En términos porcentuales.



**Fuente:** Guía de entrevista y Encuesta a pacientes y personal del área de Hospitalización del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, Sensuntepeque, Cabañas.

El porcentaje global obtenido de calidad técnica y humana se encuentra debajo del estándar establecido logrando un 73.2% de promedio percibido.

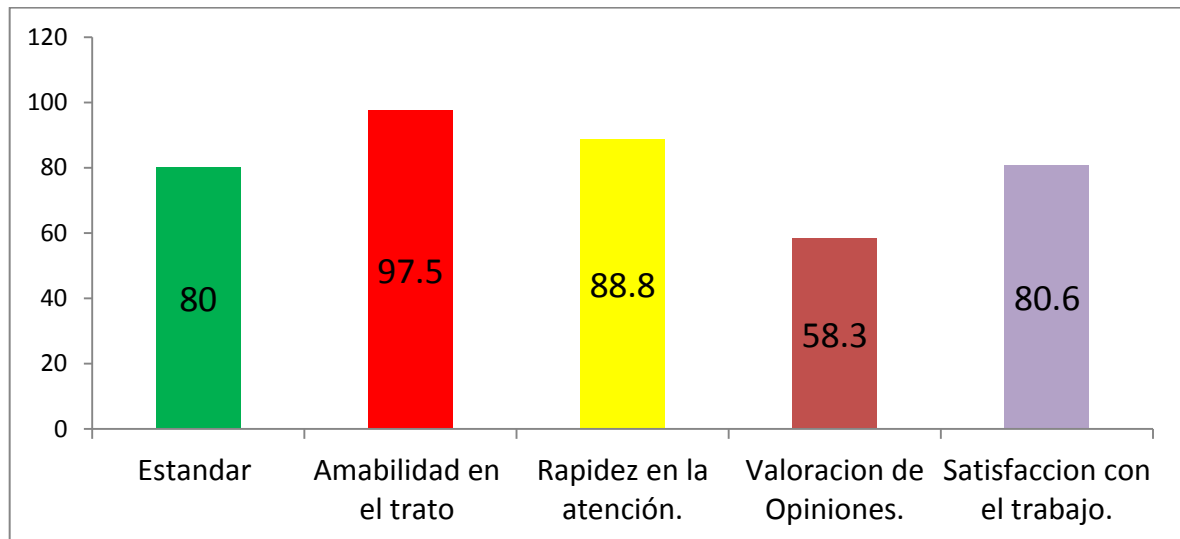
La variable Eficacia se evalúa a través de las Subvariable: Satisfacción, Recuperación de los pacientes y Tiempos de Espera.

En la Subvariable Satisfacción valoramos el nivel de aceptación del servicio, trato y condiciones de comodidad; Así:

El 80.5% del personal refiere sentirse satisfecho con el trabajo que realiza con el paciente crónico en el área de hospitalización.

El 88.7% de los usuarios tiene opinión favorable respecto a la rapidez de la atención en el área de hospitalización, el 93.7% considera que la atención recibida durante su hospitalización llena sus expectativas y el 97.5% refiere haber recibido un trato amable y cortés por parte del personal de salud durante su hospitalización

**Gráfico N° 13:** Descriptores de la Variable Satisfacción, en términos porcentuales respecto al estándar.

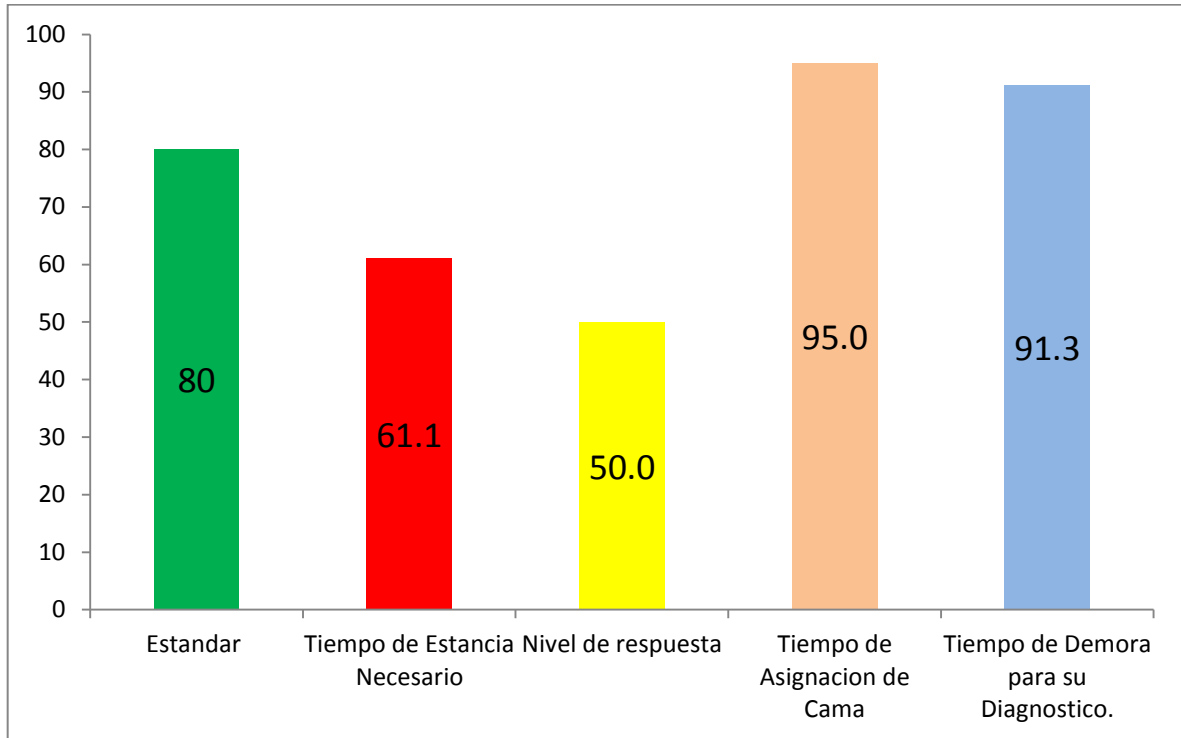


**Fuente:** Guía de entrevista y Encuesta a pacientes y personal del área de Hospitalización del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, Sensuntepeque, Cabañas.

El gráfico nos muestra las opiniones de los pacientes y el personal en relación a indicadores de amabilidad, rapidez en la atención, valoración de opiniones y satisfacción con el trabajo, resultando con menor valoración ponderal la

valoración por parte de las jefaturas las opiniones del personal con un 58.3% no así el resto de opiniones se encuentran sobre el estándar establecido.

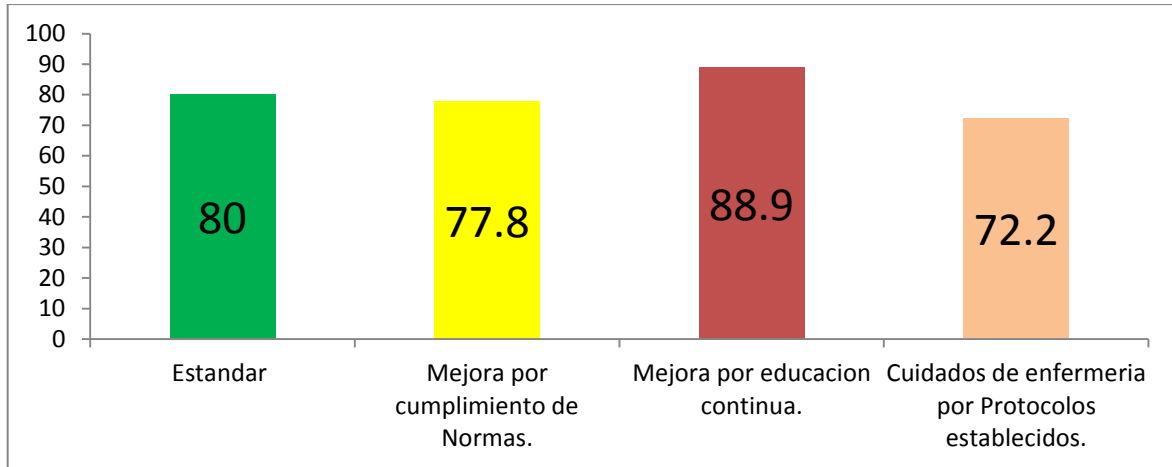
**Gráfico N° 14:** Descriptores de la Variable Tiempo de estancia Hospitalaria, en términos Porcentuales respecto al estándar.



**Fuente:** Guía de entrevista y Encuesta a pacientes y personal del área de Hospitalización del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, Sensuntepeque, Cabañas.

En la variable tiempo de estancia se valoró todos los pasos necesarios para el proceso de hospitalización del paciente crónico, para lo cual se recopiló las opiniones en cuanto a tiempo de estancia hospitalaria, nivel de respuesta, tiempo de asignación de cama y tiempo de demora para su diagnóstico

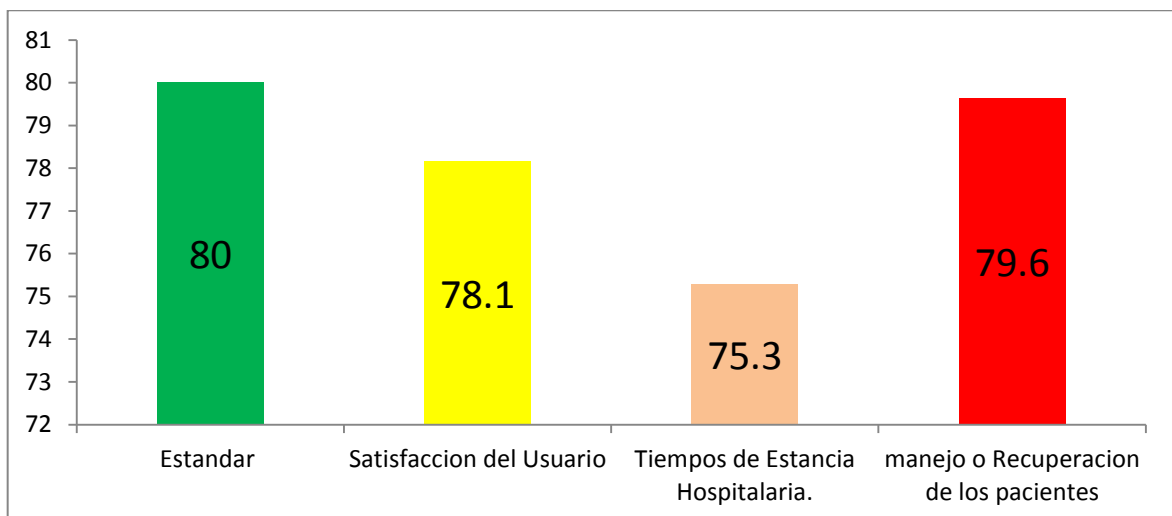
**Gráfico N° 15:** Descriptores de la Variable Mejora o recuperación de los apacientes, en términos porcentuales.



**Fuente:** Guía de entrevista y Encuesta a pacientes y personal del área de Hospitalización del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, Sensuntepeque, Cabañas.

El gráfico anterior describe la mejora o recuperación de los pacientes en términos porcentuales en base a cumplimiento normas, protocolos y guías y a la mejora por educación continua del personal.

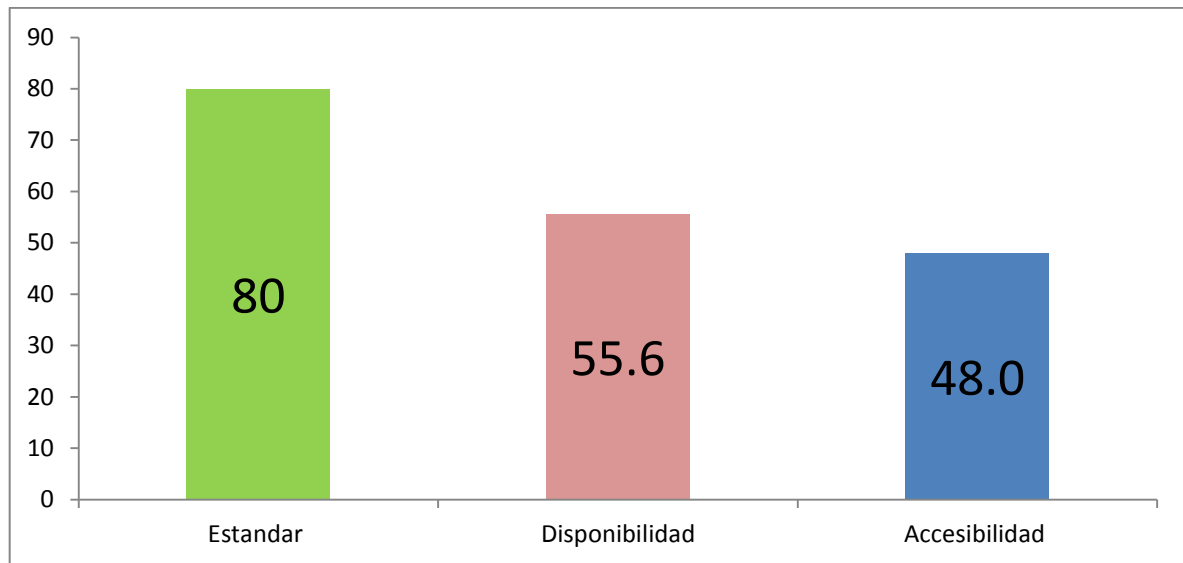
**Gráfico N° 16:** Descriptores de la Variable Eficacia, en términos porcentuales con relación al estándar



**Fuente:** Guía de entrevista y Encuesta a pacientes y personal del área de Hospitalización del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, Sensuntepeque, Cabañas.

El gráfico nos muestra las opiniones de los pacientes y el personal en relación a la variable eficacia y sus indicadores satisfacción del usuario con un 78.1%, tiempo de estancia hospitalaria 75.3%, manejo o recuperación de los pacientes un 79.6% estando todas levemente por debajo del estándar.

**Gráfico N° 17:** Global de Enfoque de estructura

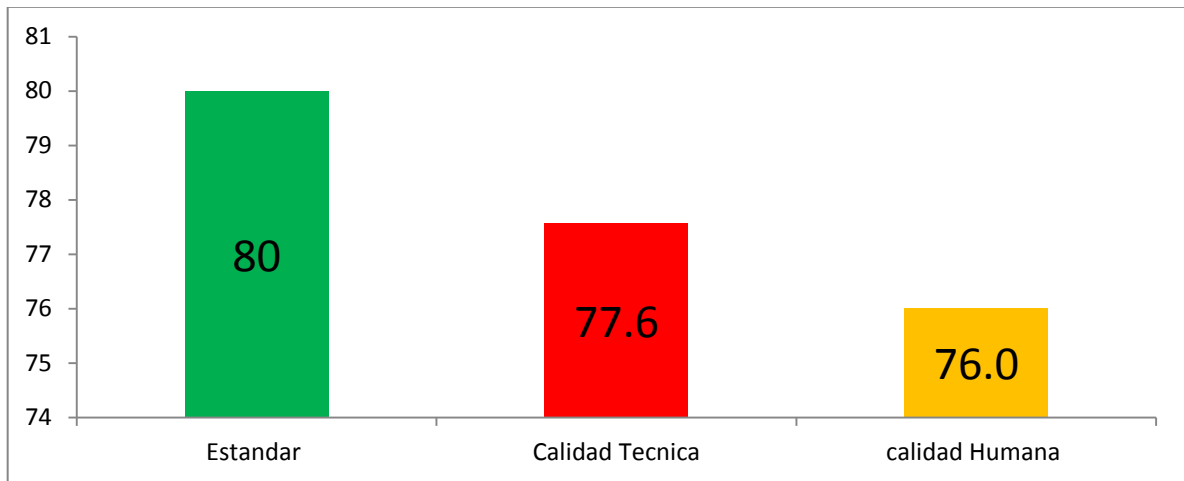


**Fuente:** Guía de entrevista y Encuesta a pacientes y personal del área de Hospitalización del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, Sensuntepeque, Cabañas.

De forma concluyente se puede decir que la capacidad instalada para la atención de los pacientes crónicos hospitalizados en el Hospital San Jerónimo Emiliani de Sensuntepeque cuenta con una Disponibilidad de 55.6% y una accesibilidad de 82.7%; si sacamos el promedio de ambas la capacidad instalada cuenta con un 69.1% lo que indica que hay oportunidades de mejora para alcanzar el 80% que es el estándar establecido para la presente investigación, como lo muestra el gráfico N° 17.



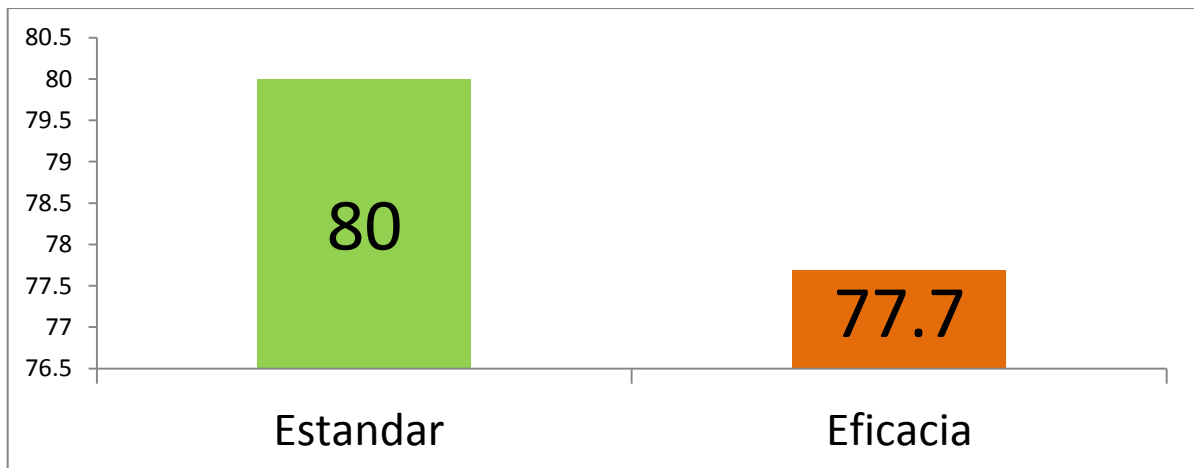
**Gráfico N° 18.** Global de Enfoque de proceso.



**Fuente:** Guía de entrevista y Encuesta a pacientes y personal del área de Hospitalización del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, Sensuntepeque, Cabañas.

En conclusión la valoración de El proceso de atención se alcanzó 77.6% de calidad técnica un 76% de calidad humana con un promedio general de 76.8% de calidad en el proceso de atención del paciente crónico hospitalizado. Tal como lo muestra el gráfico N°18.

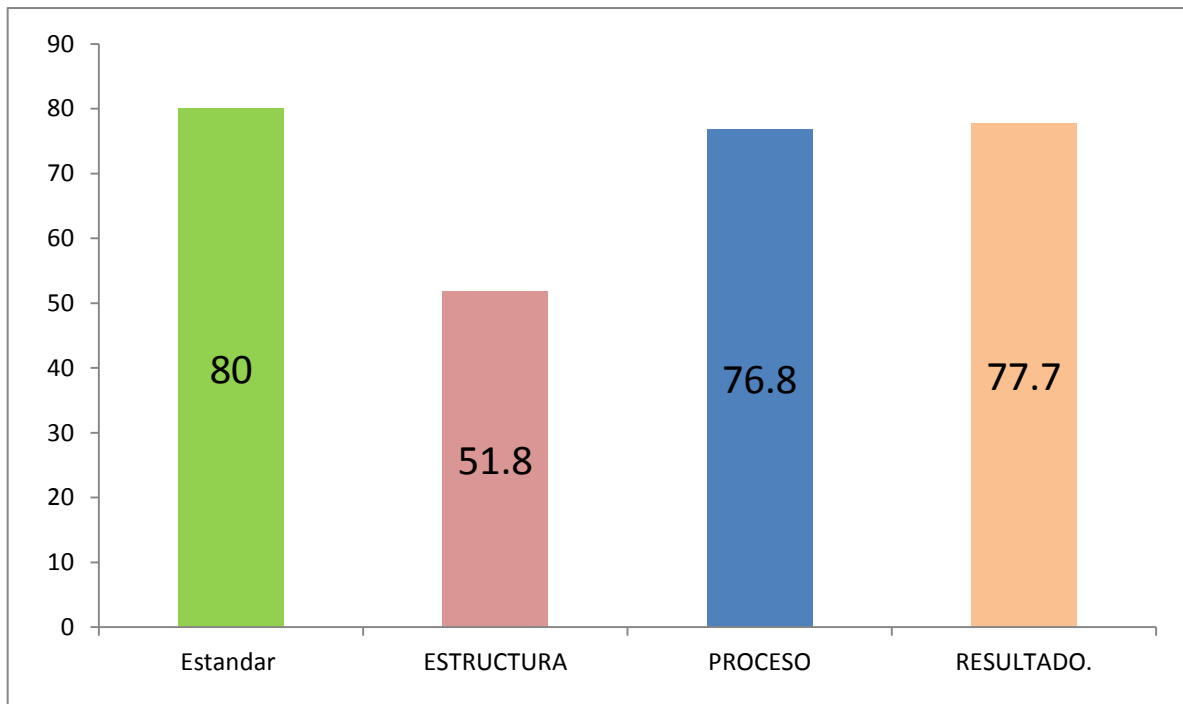
**Gráfico N° 19:** Global de Enfoque de eficacia.



**Fuente:** Guía de entrevista y Encuesta a pacientes y personal del área de Hospitalización del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, Sensuntepeque, Cabañas.

En cuanto a la calidad de atención del paciente crónico hospitalizado en termino de eficacia dio como resultado un 32.8%; lo cual quiere decir que la atención del paciente no tiene la eficacia requerida para cumplir con el estándar establecido y que en forma concluyente podemos decir que no existe eficacia en la atención del paciente crónico hospitalizado. Tal como lo muestra el gráfico N°19.

**Gráfico N° 20:** Global del enfoque de procesos, estructura y resultados.



**Fuente:** Guía de entrevista y Encuesta a pacientes y personal del área de Hospitalización del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, Sensuntepeque, Cabañas.

Finalmente y en concordancia con el objetivo General la calidad de atención del paciente crónico hospitalizado cuenta con un promedio de 66.5% lo que nos indica que se encuentra por debajo del estándar establecido para esta investigación y que por lo tanto no existe calidad de atención. Tal como lo muestra el gráfico N°20.

## VI. DISCUSIÓN

La investigación realizada en el Hospital Nacional de San Jerónimo Emiliani de Sensuntepeque, Cabañas sobre la Calidad de Atención que se brinda a los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles hospitalizado nos proporciona resultados importantes que se convierten en oportunidades de mejora a problemas de calidad que merecen una atención más profunda y detallada. Los resultados obtenidos son productos de la opinión de usuarios internos y externos; según criterios metodológicos establecidos para el estudio.

Se determinó que los pacientes en su mayoría un 59% tienen un nivel educativo bajo y el personal que atiende la demanda de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles es personal antiguo, con más 15 años de pertenecer a la institución (69%); Esto es importante considerar ya que en la atención del paciente crónico hospitalizado 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”; analógicamente, no se debe tener más del 20% del personal nuevo en un área hospitalaria, porque esto generaría deterioro de la calidad.

Al evaluar la capacidad instalada en su variable disponibilidad, En cuanto a los recursos humanos; un 86.9% de pacientes refieren que existe cantidad adecuada de personal para la atención del paciente con enfermedades crónica no transmisible en hospitalización refiriéndose a médicos especialistas, enfermería, terapia respiratoria(anestesiastas); en relación al abastecimiento de materiales, insumos y equipos solo un 27.8% de personal refiere que existe el abastecimiento adecuado, pero los pacientes, un 87.5% de ellos opinan que existen abastecimiento, esto se debe a que el paciente no percibe la falta de insumos posiblemente por sobre esfuerzos del personal en cuanto a la búsqueda de materiales, insumos y algunos equipos ocasionalmente en otros servicios que no

es hospitalización . El 75.7% de los pacientes hospitalizados refieren que se cuenta con medicamentos para sus necesidades.

Lo anterior indica que el Hospital San Jerónimo Emiliani cuenta con una disponibilidad de recursos estimados en un 55.6% para atender el 100% de la demanda.

En la variable accesibilidad la mayor parte de pacientes procede del municipio de Sensuntepeque (61.3%), un 28.7% de los municipios fuera de Sensuntepeque, y un 10% del departamentos fuera de cabañas. De acuerdo a Malangón-Londoño (1999) un hospital departamental, donde debe ubicarse el Hospital en estudio, establece que en su generalidad debe realizar actividades para un nivel de mayor complejidad y esto debe plasmarse en la misión y objetivos del Hospital.

El 82.6% de usuarios demoran menos de 1 hora para llegar desde su domicilio hasta el hospital y en concordancia con lo anterior el hospital está atendiendo mayormente a población cercana.

El 79.6% de los pacientes refieren sentirse bien porque no pagan los servicios; sin embargo, el 82.5% refiere que representa un sobregasto al presupuesto de familia para poder acceder a los servicios que oferta el hospital.

Según Ponto Landaverde (1999) “Para tener un adecuado abastecimiento y suministros, la determinación de necesidades se lleva a cabo con base a los objetivos institucionales y metas trazadas para un periodo de tiempo definido.

Al realizar el análisis de indicadores de la variable accesibilidad se puede deducir que existe concordancia entre ellos, en el sentido de que el Hospital, está respondiendo mayormente como Hospital municipal, muy poco como Hospital departamental; esto es importante porque en concordancia con la planificación estratégica, el diseño estructural y funcional hospitalario debe estar acorde a la visión y el engranaje estratégico vinculado a la misma. 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, se valoró la calidad técnica y humana en sus subvariables integralidad, continuidad, relaciones interpersonales, comodidad.

Al evaluar la subvariable Integralidad se obtuvo que el 80.6% de personal conoce las normas, guías y protocolos del área de hospitalización de pacientes con enfermedades crónicas, pero solo un 38.9% no aplica las normas o protocolos en la atención de estos pacientes a pesar q las conocen; sin embargo un 52.8% de pacientes crónicos opina que se brinda un manejo adecuado. Esto nos permite establecer que en forma general que el personal conoce las normas y protocolos pero no presta la atención con la calidad esperada. Posiblemente esto se debe a otros factores que podrían ser el punto de partida para otras investigaciones.

El 96.8% de usuarios opinaron que el personal de salud están capacitados para solucionar sus problemas de salud, en concordancia a esto el 93.8% opinan que mejoran su salud con el tratamiento brindado en el área de hospitalización.

Lo anterior demuestra que el Hospital goza de una opinión positiva a cerca de la calidad técnica 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 la subvariable Continuidad, los empleados opinaron en un 77.8% que se cumplen los protocolos de atención y las normas para garantizar una atención de calidad a los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles hospitalizados; sin embargo, solo el 38.9% del personal refirió que los protocolos se evalúan, cada 6 meses o un año. Esto quiere decir que en el hospital departamental de cabañas no se evalúan los protocolos de atención cada seis meses o un año sino más de ese tiempo. Esto puede ir en deterioro de la calidad debido a que el principio de curación del paciente va apegado a la actualización de normas y protocolos evaluados cada dos años las normas y cada seis meses o un año los protocolos .

Evaluar la continuidad de atención en cuanto al cumplimiento de protocolos nos permite estandarizar los procesos hospitalarios y la calidad de los mismos estará ligada a su ejecución y control ejercido por el consejo de gestión clínica.

En concordancia con lo anterior Jaime Varo 1994: Los protocolos formalizan la atención científica y técnica, disminuyen la incertidumbre y ayudan a actualizar los conocimientos, el papel que juegan en la asistencia es ser el prototipo de la asistencia; las modificaciones del proceso, según las circunstancias propias de cada paciente, dependerán del grado de autocontrol de los profesionales, estrechamente relacionadas con sus aptitudes.

Los resultados en cuanto a las relaciones interpersonales demostraron que el 75% del personal de salud que atiende a los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles hospitalizados cuenta con buenas relaciones interpersonales y el 80.6% perciben actitud de apoyo hacia el compañero para completar o finalizar las tareas. El 63.9% refirió que sus opiniones y sugerencias son tomadas en cuenta por sus jefaturas. En concordancia el 93.1% de los pacientes opinó que existe amabilidad e interés por parte del personal de salud. Lo anterior nos indica que existen buenas relaciones interpersonales en los empleados que atienden al paciente crónico y esto posiblemente facilita el trabajo hospitalario.

De acuerdo a lo anterior y en relación al marco referencial Toda organización funciona debido a las relaciones personales que se generan en ella; puede considerarse entonces, que las organizaciones sean estas de productos o servicio son un conjunto de interrelaciones personales que se organizan bajo determinadas circunstancias para lograr ciertos objetivos y si estas fallan o no son productivas la organización no es exitosa (Jacques Horovitz 1994).

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

Respecto a los indicadores de la subvariable Comodidad, El 30.4% del personal refiere que la ubicación de la estación de enfermería le permite mantener visibilidad a todos los pacientes; Al evaluar el esfuerzo de movilización de los pacientes un 50.2% de empleados opinan que las camillas necesitan un sobre esfuerzo para su movilización; esto último implica una opinión dividida que se vuelve punto de interés para la propuesta de mejora.

En general, la sumatoria de los indicadores para valorar la comodidad en el área de hospitalización para pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles es de 68.9% pero, aun así se encuentra por debajo del estándar establecido; por lo que se pone en evidencia una oportunidad de mejora.

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 términos generales podemos establecer que un 70.3% refieren que existe un nivel satisfactorio de calidad técnica y un 76% de calidad humana para un promedio de 73.2% de calidad en el proceso de atención del paciente crónico.

La variable eficacia, ha sido estudiada a través del análisis de los indicadores de: satisfacción del usuario, 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 o incluso excedido sus necesidades de atención de acuerdo a sus expectativas.

El estudio determinó que el 80.5% del personal refiere sentirse satisfecho con el trabajo que realiza en la atención del paciente hospitalizado con enfermedades crónicas, y que sus tareas van acorde a su formación y experiencia; además tienen la percepción que las jefaturas se preocupan por ellos.

Un 88.7% de los pacientes hospitalizados tienen opinión favorable respecto a la rapidez de la atención. Y un 93.7% considera que la atención recibida durante su

hospitalización llena sus expectativas; Así también y un 97.5% refiere haber recibido un trato amable y cortés por parte del personal durante su hospitalización. Estos resultados nos permiten valorar el nivel de satisfacción de los usuarios internos y externos,. Leonard L. Berry 1993 brinda los aspectos esenciales que toda organización debe desarrollar en el marketing externo para superar las expectativas de los clientes: Desempeñar el servicio bien desde la primera vez, comunicación efectiva con los clientes, sorprender a los clientes durante el proceso del servicio, buscar soluciones estructurales a los problemas de los clientes; brindar servicio personalizado a nuestros clientes.

El nivel de satisfacción del personal y pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles hospitalizados es del 78.1%; Así también un 75.3% de pacientes tiene una actitud favorable con los tiempos de espera; y un 79.6% de ellos refieren un adecuado manejo y recuperación de los pacientes.

El estudio evaluativo permite realizar el análisis general respecto al nivel de cumplimiento de la calidad de cada variable con sus subvariables así:

En Disponibilidad se obtuvo el 55.6% de cumplimiento de la calidad; siendo los indicadores recursos humanos, materiales y equipos, medicamentos e insumos que andan en un porcentaje similar, el peor evaluado es lo financiero con un 22.2%; esto es importante porque ninguna organización puede cumplir su misión y visión si no se destinan los fondos necesarios para el cumplimiento de la misma.

La Subvariable Accesibilidad obtuvo el 48% de valoración de la calidad y los indicadores con más bajo porcentaje fueron el aspecto económico y cultural (39.8% y 42.9% respectivamente), Esto es importante porque uno de los objetivos de la reforma de salud es el aseguramiento de la gratuidad de los medicamentos, insumos y otros materiales en la prestación de servicios de salud de los pacientes. El no encontrar los medicamentos en la farmacia hospitalaria implica un incremento del gasto familiar en salud.

La Capacidad Instalada es evaluada a través de sus variables Disponibilidad y Accesibilidad, lo que indica según los resultados obtenidos que el área de hospitalización del hospital departamental San Jerónimo Emiliani cuenta con el



55.6% de los recursos físicos, humanos y organizativos para atender al 100% de la población.

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

Por lo anterior se puede inferir que el área de hospitalización no cumple con el estándar de calidad Para la atención del paciente crónico, que para el presente estudio es del 80% en cuanto a capacidad instalada.

La valoración del proceso de calidad de atención en el área de hospitalización que atiende al paciente crónico se llevó a cabo realizando una evaluación de la variable Calidad Técnica y Humana a través de los elementos que constituyen las subvariables: integralidad, continuidad, relaciones interpersonales y comodidad.

Así, la Subvariable mejor evaluada es Relaciones interpersonales con un 83.1%, la peor evaluada es la continuidad con el 62.3%;

La valoración global de la calidad técnica es 77.6% y la calidad humana es 76% para un promedio de 76.8%; las cuales se encuentran por debajo del estándar establecido.

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 78.1%; el indicador mejora o recuperación de los pacientes se obtuvo el 79.6% y en tiempos de espera el 75.3%. Dando un promedio general de 77.7%. Lo anterior demuestra que el área de hospitalización del paciente crónico del hospital San Jerónimo

Emiliani aunque se acerca al estándar establecido no cumple con la calidad en términos de eficacia, ya que su ponderación global es del 77.7%

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.

El estudio demostró que el área de hospitalización que atiende a los pacientes con enfermedades crónicas de Sensuntepeque cuenta con elementos que pueden mejorarse y convertirse en diferencia competitiva al menor costo, solamente con la implantación de una mejora continua de la calidad basada en un plan de gestión de la calidad.

Finalmente y con carácter general podemos decir apegados a los hallazgos apegados en la investigación lo siguiente : La valoración de la calidad de atención que se brinda a pacientes con enfermedades crónicas hospitalizados en la Unidad de hospitalización del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, Sensuntepeque Cabañas es de 74.6% , y subvariable con más baja ponderación es la capacidad instala.

## VII. CONCLUSIONES

Se realizaron siguiendo la lógica de los objetivos y de acuerdo al sistema de evaluación de la calidad: Estructura, proceso y resultado; siendo las siguientes:

- El déficit de personal para brindar una atención de calidad al paciente crónico Hospitalizado es de un 47.5% lo que genera sobre esfuerzos en el personal existente.
- La capacidad instalada del Hospital San Jerónimo Emiliani tienen un promedio de accesibilidad de 48% para la atención del paciente crónico hospitalizado; siendo el indicador económico y cultural los más bajos con un 39.8% y 42.9% respectivamente.
- El proceso de atención en términos de calidad técnica fue de 70.3%, siendo la sub variable más afectada continuidad con un promedio de 62.3%.
- La calidad de atención del paciente crónico hospitalizado en relación a la calidad Humana es de 76%, siendo la subvariable comodidad la más afectada con un 68.9%.
- La calidad de atención del paciente crónico Hospitalizado en términos de eficacia es de 77.7%; con sus indicadores satisfacción del usuario, tiempo de estancia Hospitalaria y mejora o recuperación del paciente con promedios relacionados.
- La calidad de atención del paciente crónico Hospitalizado en el Hospital San Jerónimo Emiliani es de 68.7% ; resultando el enfoque de estructura más afectado con un 51.8%

## VIII. RECOMENDACIONES

A las autoridades del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, Sensuntepeque.

- Fortalecer la cultura de calidad en el personal involucrado en la atención del paciente principalmente con enfermedades crónicas.
- Coordinar con la RIIS la clasificación de la atención de pacientes a fin reorientar los procesos de atención en el Hospital.
- Mejorar la capacidad instalada de tal manera que no exista sobre esfuerzos del personal en la atención del paciente crónico hospitalizados.
- Establecer programas de incentivos al personal que motiven el compromiso con la calidad de atención del paciente crónico.
- Desarrollar procesos de autocuidado a través de actividades de desarrollo del personal

# **PROPUESTA TÉCNICA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL SAN JERÓNIMO EMILIANI, SENSUNTEPEQUE CABAÑAS**

## **INTRODUCCIÓN**

La presente investigación sobre la Calidad de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles hospitalizados en el Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani de Sensuntepeque; 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 el área de Hospitalización a pacientes con enfermedades crónicas, apegada al análisis de los resultados obtenidos.

El factor clave para alcanzar un alto nivel de calidad en el servicio es igualar o superar las expectativas del paciente respecto al servicio.

La mejora de la calidad es más eficiente, cuando se da a través del fortalecimiento de la capacidad instalada y mejora del proceso de atención, más acentuado lo anterior a los servicios públicos por las restricciones presupuestarias, mantenimiento o reducción del personal a pesar del aumento de la demanda.

Por lo anterior la propuesta que se realiza para alcanzar la calidad de los servicios de Hospitalización para pacientes con enfermedades crónicas del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani de Sensuntepeque, es la elaboración e implementación de un plan estratégico con el propósito de priorizar las acciones en salud a desarrollar de acuerdo a las asignaciones presupuestarias.

## **OBJETIVO**

Mejorar la calidad de atención al paciente con enfermedades crónicas no transmisibles del área de Hospitalización del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, Sensuntepeque, cabañas.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

- Establecer líneas de acción a corto y mediano plazo para mejorar la calidad de atención de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles Hospitalizados.
- Se realice una asignación presupuestaria en base a procesos de mejora de la calidad de atención del paciente crónico Hospitalizado.
- Alcanzar un compromiso desde la dirección hasta todos los empleados que intervienen en el proceso de atención del paciente crónico Hospitalizado.
- Empoderar a los empleados en todos los niveles que tengan relación con el funcionamiento del área de Hospitalización para pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, para mejorar el proceso de atención.
- Desarrollar procesos de incentivos económicos y no económicos para motivar al personal que brinda atención al paciente crónico Hospitalizado.

## **ESTRATEGIA**

Lograr el apoyo de la dirección que nos permita la elaboración participativa del plan estratégico, facilitando la Socialización de los resultados de la investigación para lograr la concientización del personal sobre la necesidad de realizar un ordenamiento estratégico en el área de Hospitalización para la atención del paciente crónico, basado en el cumplimiento de cada etapa del plan.

## **EJES DE IMPLEMENTACIÓN**

- Alcance o autorización de la dirección Hospitalaria.
- Socialización de los resultados de la investigación con el personal involucrado con la atención del paciente crónico Hospitalizado.
- Establecer la misión visión y valores de forma participativa.
- Realizar un análisis estratégico de la situación actual.
- Establecer y priorizar las estrategias operativas y administrativas.
- Establecer las tácticas que nos permiten alcanzar las estrategias definidas.
- Establecer un plan de acción.

## IX. BIBLIOGRAFÍA:

1. Population Reference Bureau P. Enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe. Estados Unidos: 2013.
2. Valle F. Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes mayores de 18 años. Universidad de El Salvador (sede central). Ciclo académico II-2010. San Salvador: 2011.
3. salud. Ddvdecntdgdvdl. Manual de manejo de enfermedades crónicas no transmisibles. Paraguay:; 2015.
4. Barrios A, María Teresa B, Águeda C, Cañete F. Manual de manejo de enfermedades crónicas no transmisibles. Paraguay :; 2015.
5. Jova R, Rodríguez A, Diaz A, Balcindes S, Sosa I, De Vos P, et al. Scielo. [Online].; 2011. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192011001100012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001100012).  
Organizacion Mundial de la salud O. Informe mundial sobre la diabétes. ; 2016.
6. Agudelo M, Cervantes C. ScienceDirect. [Online].; 2014 [cited 06 marzo 2017]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911115000199>.
7. Organización Mundial de la Salud O. Organización Mundial de la Salud, OMS. [Online].; 2017 [cited 2018 marzo 06. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>.
8. Carreño M, Sabán J, Fernandez A, Bustamante A, García I, Guillén V, et al. Manejo del paciente diabético hospitalizado. España :; 2005.
9. Organización Mundial de la Salud O. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Suiza:; 2013.
10. Organizacion Panamericana de la Salud O. Organizacion Panamericana de la Salud, OPS. [Online].; 2017 [cited 2018 06 marzo. Available from: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1325](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1325)



- 7%3Adia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-  
numeros&catid=9283%3Aworld-hypertension-day&Itemid=42345&lang=es.
11. Sobrino J, Doménech M, Coca A. Hipertensión Arterial en la Guardia Hospitalaria. ; 2011.
  12. Félix EC. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Perú.; 2009.
  13. Organización Mundial de la Salud O. Organización Mundial de la Salud, OMS. [Online].; 2017 [cited 2018 marzo 06. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/es/>.
  14. Molfino NA. Scielo. [Online].; 2004 [cited 2018 marzo. Available from: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802004000500013](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802004000500013).
  15. Suñol R. La calidad de la atención..
  16. facmed. [Online].; 2006.
  17. Fernández de Pinedo. [Online]. [cited 2018 Abril 7. Available from: [www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/001a100/ntp\\_015.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/001a100/ntp_015.pdf).
  18. Cañas CAM. planning. [Online].; 2013 [cited 2018 Abril 7. Available from: [www.planning.com.co](http://www.planning.com.co).
  19. Robles Ticas JO, Chacon de Gutiérrez A, Roldan Rivera JE, Carranza W, Alvarero K, Rivera Martínez VO, et al. MINSAL. [Online].; 2012 [cited 2018 Abril 7. Available from: [asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos\\_categorizacion.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_categorizacion.pdf).
  20. Juran J.M. Juran y la planificación para la calidad. 1ª Edición, España: Ediciones Díaz de Santos: 1996.
  21. Berry L, Parasuraman A. Marketing de las Empresas de Servicios. 1ª Edición, U.S.A.: Editorial Norma; 1993
  22. Juran J.M. Juran y la planificación para la calidad. 1ª Edición, España: Ediciones Díaz de Santos: 1996.
  23. Reforma de salud de el salvador pág. 9

24. Donabedian A. La Calidad de la Atención Médica. 1a Edición, México: Ediciones Copilco S.A de C.V.: 1991
25. Horovitz Jacques G. La Calidad del Servicio. 1a edición, Colombia: Editorial McGRAW-HILL; 1994; pp. 1 – 36.
26. Méndez de García H C. Calidad de Atención en Salud; Dossier, Maestría en Gestión Hospitalaria, Universidad de El Salvador. El Salvador. 2007.may.
27. 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.
28. Varo J, Renau Piqueras J J. Gestión Estratégica de la Calidad de los Servicios Sanitarios. España: Ediciones Díaz Santos; 1994.
29. Malagón Londoño G, Galán Morera R, Ponto Landaverde G, Arredondo Pérez L G. Administración Hospitalaria, 1a Edición, Colombia: Editorial Médica Panamericana; 1996.
30. <http://www.facmed.unam.mx/emc/computo/infomedic/presentac/modulos/ftp/documentos/calidad.pdf>

## **ANEXOS**

## TABLA DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Porcentajes promedios de indicadores de la variable Disponibilidad. ....	53
Gráfico N° 2: Descriptores de la variable accesibilidad, en términos porcentuales. ....	54
Gráfico N° 3: Descriptores de la variable accesibilidad, en términos porcentuales. ....	55
Gráfico N° 4. Indicadores de la variable accesibilidad, en términos porcentuales respecto al estándar.....	55
Gráfico N° 5: Valoración global porcentual de las variables de la Capacidad Instalada .....	56
Gráfico N° 6: Descriptores de la variable Integralidad, en términos porcentuales respecto al estándar.....	57
Gráfico N° 7: Indicadores de la variable continuidad, en términos porcentuales respecto al Estándar.....	58
Gráfico N° 8: Valoración global porcentual de las variables de la Calidad Técnica. En términos porcentuales. ....	59
Gráfico N° 9: Indicadores de la Variable Relaciones Interpersonales, en términos porcentuales respecto al estándar. ....	60
Gráfico N° 10: Descriptores de la Variable Comodidad, en términos porcentuales respecto al estándar.....	61
Gráfico N° 11: Valoración global porcentual de las variables de la Calidad humana. En términos porcentuales. ....	62
Gráfico N° 12: Valoración global porcentual de las variables de la Calidad humana y Calidad Técnica. En términos porcentuales. ....	62
Gráfico N° 13: Descriptores de la Variable Satisfacción, en términos porcentuales respecto al estándar.....	63
Gráfico N° 14: Descriptores de la Variable Tiempo de estancia Hospitalaria, en términos Porcentuales respecto al estándar.....	64
Gráfico N° 15: Descriptores de la Variable Mejora o recuperación de los apacientes, en términos porcentuales. ....	65

Gráfico N° 16: Descriptores de la Variable Eficacia, en términos porcentuales con relación al estándar.....	65
Gráfico N° 17: Global de Enfoque de estructura .....	66
Gráfico N° 18. Global de Enfoque de proceso. ....	67
Gráfico N° 19: Global de Enfoque de eficacia. ....	67
Gráfico N° 20: Global del enfoque de procesos, estructura y resultados. ....	68



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**MAESTRÍA EN GESTIÓN HOSPITALARIA**



**GUÍA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL SAN JERÓNIMO EMILIANI, SENSUNTEPEQUE, CABAÑAS**

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

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

Edad \_\_\_\_\_ sexo \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

**NIVEL DE EDUCACIÓN.**

Ninguno \_\_\_\_\_, Primaria \_\_\_\_\_, Secundaria \_\_\_\_\_, Bachillerato \_\_\_\_\_, Universitaria \_\_\_\_\_

**LUGAR DE RESIDENCIA.**

1. Lugar de procedencia

Área urbana de municipio de Sensuntepeque \_\_\_\_\_, Área Rural de municipio de Sensuntepeque \_\_\_\_\_, Municipio fuera de Sensuntepeque \_\_\_\_\_, Departamento distinto a Cabañas \_\_\_\_\_ (Cuál \_\_\_\_\_).

2. Tiempo que se demora para llegar al hospital

0 a 30 minutos \_\_\_\_ De 30 minutos a 1 Hora \_\_\_\_ . De 1 a 2 horas \_\_\_\_ . Más de 2 horas \_\_\_\_

3. Medio de transporte que utiliza para llegar al hospital

Publico \_\_\_\_ . Privado \_\_\_\_ . Propio \_\_\_\_ .

4. ¿Desde su comunidad que servicio de salud le queda más cerca?

ECOSFB \_\_\_\_ UCSFI \_\_\_\_ UCSFE \_\_\_\_ Hospital \_\_\_\_

**INDICACIÓN.** Responda cada una de las preguntas que se le plantean a continuación de acuerdo a su experiencia durante el ingreso en el área de hospitalización

N°	Formulación de la pregunta	Muy de	De	Indiferente	Desacuerdo	Muy en
		acuerdo	acuerdo			desacuerdo
		5	4	3	2	1
<b>ESTRUCTURA: CAPACIDAD INSTALADA. (Disponibilidad)</b>						
<b>Recursos humanos</b>						
1	Considera que la cantidad de médicos existentes es la necesaria para brindarle buen atención durante su hospitalización					
2	Le parece que la cantidad de personal de enfermería existente es la necesaria para brindarle buena calidad de atención durante su hospitalización.					
<b>Materiales y equipos</b>						
3	¿Cree usted que durante su estancia hospitalaria se ha contado con los equipos necesarios para cubrir sus necesidades de salud?					
4	¿Considera que el tipo de cama hospitalaria asignada es la indicada para cubrir sus necesidades de acuerdo a su condición de salud?					
<b>Insumos y medicamentos</b>						
5	¿Le han dejado de cumplir algún medicamento prescrito por qué no hay en el hospital?					
6	¿Considera que el hospital cuenta con los insumos necesarios para cubrir sus necesidades en salud?					
7	¿Le han suspendido algún procedimiento por falta de algún material o insumos en algún momento?					
<b>(Accesibilidad)</b>						
<b>Económica</b>						
8	¿ El gasto que realiza para llegar al hospital le genera un deterioro de su economía?					
9	¿Ha tenido que comprar algún material o insumo que necesite para cumplir su tratamiento?					
10	¿Ha tenido que comprar algún medicamento que necesite para cumplir su tratamiento?					
<b>Culturales</b>						
11	¿Considera que el personal de salud utiliza un lenguaje que le permite entender de mejor manera las indicaciones para la mejora de su situación de salud?					

N°	Formulación de la pregunta	Muy de	De acuerdo	Indiferente	Desacuerdo	Muy en
		5	4	3	2	1
12	¿El tipo de material o insumo que es utilizado para su atención le causa alguna incomodidad?					
13	¿Le parece aceptable el tipo de alimentación que recibe durante su hospitalización?					
<b>Proceso: Proceso de Calidad (Calidad técnica)</b>						
<b>Integralidad</b>						
14	¿Siente confianza que los medicamentos prescritos por el médico le van a solucionar su problema de salud?					
15	¿Considera que los médicos del hospital están capacitados para solucionar su problema?					
16	¿Siente usted que el personal de enfermería está capacitado para brindarle los cuidados necesarios durante su hospitalización?					
17	¿Considera que su mejora o recuperación se debe al nivel de competencia del personal?					
<b>Continuidad</b>						
18	¿Durante su hospitalización ha percibido interés de parte del personal de salud para mejorar su condición?					
<b>(Calidad humana)</b>						
<b>Relaciones interpersonales</b>						
19	¿Ha percibido amabilidad en la atención que le ha brindado el personal de salud durante su hospitalización?					
20	¿A su llegada al área de hospitalización ha recibido la orientación necesaria a cerca de la atención del servicio?					
<b>Comodidades</b>						
21	¿Considera que la cama donde permanece hospitalizado es cómoda?					
22	¿Considera que el nivel de ruido en el área de hospitalización es favorable para su descanso?					
23	¿Considera que la iluminación contribuye para su descanso?					
24	¿El personal de enfermería se preocupa por su comodidad durante su hospitalización?					



N°	Formulación de la pregunta	Muy de acuerdo 5	De acuerdo 4	Indiferente 3	Desacuerdo 2	Muy en desacuerdo 1
25	¿Considera que se le brinda la atención necesaria para mantener limpia y ordenada su unidad?					
<b>RESULTADO: LOGRO DE OBJETIVOS (Eficacia)</b> <b>Satisfacción del usuario</b>						
26	¿Considera que la atención recibida durante su hospitalización llena sus expectativas esperadas?					
27	¿Durante su hospitalización ha recibido un trato amable y cortés por parte del personal de salud?					
28	¿Cómo considera la rapidez de la atención por parte del personal cuando usted presenta una necesidad o emergencia?					
<b>Tiempo de estancia hospitalaria.</b>						
29	¿Considera que el cumplimiento de los medicamentos prescritos fueron según lo indicado por el médico?					
30	¿Considera que el tiempo de asignación de su cama fue oportuno?					
31	¿Considera que el tiempo de demora para brindarle su diagnóstico fue el adecuado?					



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**MAESTRÍA EN GESTIÓN HOSPITALARIA**



**ENCUESTA PARA PERSONAL DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL  
NACIONAL SAN JERÓNIMO EMILIANI, SENSUNTEPEQUE CABAÑAS.**

Estamos realizando un estudio con el objetivo de conocer la calidad de atención que se proporciona al paciente con enfermedades crónicas en el área de Hospitalización y con ello proponer mejoras en la calidad de los servicios de atención en salud que se brindan. Sus respuestas son confidenciales y anónimas; Así que le rogamos su sinceridad.

**Datos Generales**

1. Cuál de las siguientes categorías describen mejor su puesto de trabajo.  
Director\_\_\_, Jefe de Departamento\_\_\_ Jefe de Servicio\_\_\_, Personal Asistencial\_\_\_, Administrativo\_\_\_, Personal de Servicio\_\_\_.
  
2. El grupo ocupacional al que pertenece  
Médico, \_\_\_\_, Enfermera\_\_\_, Técnico en Enfermería / Auxiliar\_\_\_, Psicólogo\_\_\_, Técnico Administrativo\_\_\_\_\_, Otro\_\_\_\_\_.
  
3. La condición laboral que posee  
Ley de Salario\_\_\_\_\_, Contrato\_\_\_\_\_, Servicios Profesionales\_\_\_\_\_.
  
4. Tiempo de trabajo en la Institución:  
Menos de 1 año\_\_\_\_\_, De 1 a 4 años\_\_\_\_\_, 5 años o más\_\_\_\_\_.
  
5. El tiempo de trabajo en el área de hospitalización.  
Menos de 1 año\_\_\_\_\_, De 1 a 4 años\_\_\_\_\_, 5 años o más\_\_\_\_\_.

N°	Formulación de la pregunta	Muy de acuerdo 5	De acuerdo 4	Indiferente 3	Desacuerdo 2	Muy en desacuerdo 1
<b>Estructura: Capacidad instalada. (Disponibilidad)</b>						
<b>Recursos humanos</b>						
1	¿Considera que la cantidad de médicos es lo suficiente para la atención de los pacientes con Enfermedades Crónicas ingresados?					
2	¿Considera que la cantidad de personal de enfermería es lo suficiente para la atención de los pacientes con Enfermedades Crónicas ingresados?					
<b>Materiales y equipos</b>						
3	¿El área de hospitalización cuenta con los equipos médicos necesarios para atender las necesidades de los pacientes ingresados con enfermedades crónicas?					
<b>Insumos y medicamentos</b>						
4	¿Considera que el hospital cuenta con los insumos necesarios para la atención del paciente con enfermedades crónicas hospitalizados?					4
5	¿Con frecuencia se ha tenido que incurrir a préstamos de insumos o medicamentos de otro hospital o a compras emergentes para cubrir las necesidades de los pacientes con enfermedades crónicas hospitalizados?					
<b>Financiera</b>						
6	¿El hospital cuenta con procesos financieros que le permiten realizar las compras necesarias para cubrir las necesidades de los pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas?					
<b>(Calidad técnica)</b>						
<b>Integralidad</b>						
7	¿Considera que el manejo que se brinda al paciente con enfermedades crónicas es el adecuado?					
8	¿Se ha presentado alguna situación en la que se ha afectado la condición del paciente por incumpliendo de las normas y protocolos establecidos?					
9	¿El personal conoce las normas, guías y protocolos establecidos para el abordaje del paciente con enfermedades crónicas?					
10	¿Considera que el abordaje de los pacientes se realiza de acuerdo a las normas y protocolos establecidos por el MINSAL?					

N°	Formulación de la pregunta	Muy de acuerdo 5	De acuerdo 4	Indiferente 3	Desacuerdo 2	Muy en desacuerdo 1
<b>Continuidad</b>						
11	¿Los protocolos para la atención de los pacientes hospitalizados con Enfermedades Crónicas han sido revisados en los últimos 6 meses o dentro del último año?					
12	¿Considera que la atención que se brinda al paciente con Enfermedades Crónicas no transmisibles se realiza en base a Normas, protocolos y Guías?					
13	¿Para la atención del paciente hospitalizado con Enfermedades Crónicas el personal de enfermería utiliza la taxonomía Nanda, Nic y Noc?					
<b>(Calidad Humana)</b>						
<b>Relaciones interpersonales</b>						
14	¿Considera que existen buenas relaciones interpersonales entre el equipo de salud?					
15	¿Considera que existe apoyo entre el personal del servicio para el cumplimiento de las tareas en el paciente con Enfermedades Crónicas?					
16	Recibe apoyo de parte de su jefaturas para cubrir las necesidades del servicio de hospitalización de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles					
<b>Comodidades</b>						
17	¿Considera que Existe interés por parte del personal para garantizar el ornato y la limpieza del servicio?					
18	¿Considera que el nivel de iluminación del servicio de hospitalización para el paciente crónico le permite realizar los procedimientos de forma adecuada?					
19	¿Las camillas para movilización de pacientes no necesitan un sobre esfuerzo por parte del personal de salud?					

N°	Formulación de la pregunta	Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	Desacuerdo	Muy en desacuerdo
		5	4	3	2	1
20	¿La ubicación de la estación de enfermería le permite mantener visibilidad de todos los pacientes con enfermedades crónicas hospitalizados?					
<b>Resultado: Eficacia</b>						
<b>Logro de Objetivos. Satisfacción del usuario</b>						
21	¿Toman en cuenta sus opiniones para mejorar la atención del paciente crónico hospitalizado?					
22	El trabajo que realiza con el paciente crónico en el área de hospitalización es valorado por su jefatura.					
23	Se siente satisfecho con el trabajo que realiza con el paciente crónico en el área de hospitalización.					
<b>Tiempo de estancia hospitalaria</b>						
24	¿Considera que el tiempo de alta prescrito es el necesario para la mejora o recuperación de salud de los pacientes crónicos hospitalizados?					
25	¿Considera que el nivel de respuesta de servicios de apoyo es el necesario para atender las necesidades del paciente crónico hospitalizado?					
<b>Mejora o recuperación de los pacientes</b>						
26	Considera que la mejora o recuperación de los pacientes crónicos se debe al cumplimiento de normas y protocolos en cada atención que se brinda					
27	¿Considera que la mejora de los pacientes crónicos hospitalizados se debe en gran medida a la educación continua que recibe el personal de salud sobre las normas guías y protocolos?					
	Considera que los cuidados de enfermería basados en Nanda, Nic y Noc contribuyen a la mejoría o recuperación de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles					

1. A continuación se presenta un cuadro donde se muestra la prevalencias de ECNT y la mortalidad que causan en América Latina

PAÍSES	Tasa de mortalidad normalizada según la edad para todas las ENT (por 100.000 habitantes, en 2008)		Porcentaje de muertes causadas por ENT	Prevalencia de la hipertensión en adultos (porcentaje)		Prevalencia de la diabetes del tipo 2 en adultos (porcentaje)	
	Varones	Mujeres		Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
<b>AMÉRICA DEL NORTE</b>							
Canadá	387	265	89	16	17	8	7
Estados Unidos	458	326	87	32	30	9	8
Puerto Rico	—	—	—	33	35	13	13
<b>AMÉRICA CENTRAL</b>							
Belice	507	455	62	29	24	8	18
Costa Rica	431	333	81	26	25	8	8
El Salvador	539	449	67	21	19	9	7
Guatemala	503	421	47	13	14	9	8
México	543	412	78	32	31	20	—
<b>CARIBE</b>							
Antigua y Barbuda	544	511	80	47	38	—	—
Islas Virgenes Británicas	—	—	—	41	31	12	12
Islas Caimán	—	—	—	25	26	6	9
Dominica	682	519	85	32	32	22	12
Granada	722	442	81	—	—	—	—
Jamaica	498	479	68	34	37	10	15
San Cristóbal y Nieves	621	553	83	38	32	5	10
Santa Lucía	597	405	78	46	38	—	—
San Vicente y las Granadinas	649	509	76	—	—	—	—
Trinidad y Tabago	896	506	78	35	28	—	—
<b>AMÉRICA DEL SUR</b>							
Argentina	613	366	80	32	33	8	10
Brasil	614	428	74	22	25	5	6
Chile	501	313	83	29	25	8	10
Colombia	438	351	66	28	19	3	2
Ecuador	434	336	65	43	35	—	—
Guyana	735	602	66	43	38	—	—
Perú	408	339	60	38	31	—	—
Suriname	696	450	71	34	27	20*	—
Uruguay	651	378	87	33	31	6	5

Fuente: (1).

2. A continuación se presenta un cuadro con los factores de riesgo en las ECNT entre los jóvenes en América Latina y el Caribe:

<p><b>● Riesgo alto</b>  <b>● Riesgo medio</b>  <b>● Riesgo bajo</b></p> <p><b>Consumo de tabaco</b>                      Porcentaje que ha fumado algún cigarrillo en los últimos 30 días</p> <p><b>● 16% o más</b>  <b>● 7% a 15,9%</b>  <b>● Menos de 7%</b></p> <p><b>Consumo de alcohol</b>                      Porcentaje de individuos que consumieron cualquier bebida alcohólica en los últimos 30 días</p> <p><b>● 40% o más</b>  <b>● 20% a 39,9%</b>  <b>● Menos de 20%</b></p> <p><b>Inactividad física</b>                      Porcentaje de individuos que no practicaron actividad física durante 60 minutos diarios en cinco de los últimos siete días</p> <p><b>● 70% o más</b>  <b>● 50% a 69,9%</b>  <b>● Menos de 50%</b></p> <p><b>Sobrepeso y obesidad</b>                      Porcentaje de las personas con sobrepeso u obesidad</p> <p><b>● 20% o más</b>  <b>● De 10% a 19,9%</b>  <b>● Menos de 10%</b></p>	FACTORES DE RIESGO DE ENT ENTRE LOS JOVENES							PAÍSES
	Consumo de cigarrillos		Consumo de alcohol		Inactividad física		Sobrepeso u obesidad	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Mujeres	
	<b>AMERICA DEL NORTE</b>							
	■	■	■	■	■	■	■	Canadá
	■	■	■	■	■	■	■	Estados Unidos
	■	■	■	■	■	■	■	Puerto Rico
	<b>AMERICA CENTRAL</b>							
	■	■	■	■	■	■	■	Belize
	■	■	■	■	■	■	■	Costa Rica
	■	■	■	■	■	■	■	El Salvador
	■	■	■	■	■	■	■	Guatemala
	■	■	■	■	■	■	■	México
	<b>CARIBE</b>							
	■	■	■	■	■	■	■	Antigua y Barbuda
	■	■	■	■	■	■	■	Islas Vírgenes Británicas
	■	■	■	■	■	■	■	Islas Caimán
	■	■	■	■	■	■	■	Dominica
	■	■	■	■	■	■	■	Granada
	■	■	■	■	■	■	■	Jamaica
	■	■	■	■	■	■	■	San Cristóbal y Nieves
	■	■	■	■	■	■	■	Santa Lucía
	■	■	■	■	■	■	■	San Vicente y las Granadinas
	■	■	■	■	■	■	■	Trinidad y Tabago
	<b>AMERICA DEL SUR</b>							
	■	■	■	■	■	■	■	Argentina
	■	■	■	■	■	■	■	Brasil
	■	■	■	■	■	■	■	Chile
	■	■	■	■	■	■	■	Colombia
	■	■	■	■	■	■	■	Ecuador
	■	■	■	■	■	■	■	Guyana
	■	■	■	■	■	■	■	Perú
	■	■	■	■	■	■	■	Suriname
	■	■	■	■	■	■	■	Uruguay

Fuente: (1).