



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



**CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
NACIONAL “DR. JOSÉ ANTONIO SALDAÑA” SAN SALVADOR, FEBRERO A
SEPTIEMBRE 2019**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRO EN GESTIÓN HOSPITALARIA

PRESENTADO POR:

Licda. Beltsy Guadalupe Dheming Rivera

Licda. Lorena del Carmen Ventura Villatoro

ASESORA:

Dra. Ana Guadalupe Martínez de Martínez M.G.H

San Salvador, Septiembre 2019

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

MSC. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

RECTOR

DRA. MARITZA MERCEDES BONILLA DIMAS

DECANA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

LICDA. REINA ARACELI PADILLA M S P

COORDINADORA GENERAL MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

TRIBUNAL EVALUADOR

MGH ANA GUADALUPE MARÍNEZ

MSP REINA ARACELY PADILLA MENDOZA

MSP MARGARITA ELIZABETH GARCÍA

DEDICATORIA

A Dios Todo Poderoso:

Por protegernos durante todo momento y brindarnos las fuerzas para superar los obstáculos surgidos a lo largo de la preparación académica

A Nuestras Familias:

Por el apoyo incondicional y confianza depositada en nuestros sueños y deseos de superación personal

Beltsy Guadalupe
Lorena del Carmen

AGRADECIMIENTOS

A nuestras incomparables familias: Ventura, Villatoro, Zambrana, Rodríguez, Rivera, Montalvo, González y Dheming, que modificaron sus planes para que pudiéramos cumplir con la carga académica exigida y apoyaron nuestras noches de desvelo.

A nuestros compañeros de trabajo que hicieron los cambios necesarios para que asistiéramos a asesorías.

A nuestra asesora Dra. Ana Guadalupe Martínez de Martínez, por la paciencia que mostró en cada avance y cada paso del proceso de investigación.

A todo el personal del área de Emergencia del Hospital Saldaña que con mucha disposición colaboró en el estudio.

A Dios todopoderoso porque dotó de salud al equipo investigador y nos ayudó a superar las barreras que encontramos en el camino.

Beltsy Guadalupe

Lorena del Carmen

RESUMEN

Título: Calidad de Atención en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Dr. José Antonio Saldaña” San Salvador, febrero a septiembre 2019

Propósito: Elaborar una Propuesta Técnica que permita mejorar la calidad de atención brindada en el Servicio de Emergencia

Objetivo: Valorar la calidad de atención en el servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Dr. José Antonio Saldaña”, San Salvador, febrero a septiembre 2019

Materiales y Métodos: Evaluación interna, de carácter cuantitativo, descriptivo, transversal y prospectivo.

Resultados: los elementos de estructura, disponibilidad de recursos, proceso de atención, demanda de atención y accesibilidad fueron del 80%. Las variables de proceso, calidad técnica, relaciones integralidad, continuidad, comodidad fue arriba del 80%. En la variable de resultados la eficacia en la satisfacción de las usuarias, recuperación de la paciente, tiempo y horarios de atención fue adecuada arriba del 80%. Así mismo para usuarios internos el nivel de cumplimiento fue mayor al 80%.

Conclusiones: La capacidad instalada en los servicios que intervienen en la atención a los usuarios es adecuada fue 100% ya que si hubo disponibilidad de camas. La disponibilidad de horarios de atención y el abastecimiento de medicamentos es excelente. La mejora o recuperación de los Pacientes fue valorado con un 100% que cree que los protocolos establecidos en el servicio permiten la pronta recuperación de los pacientes.

Recomendaciones: Incentivar procesos de medición de la calidad con el fin de establecer un sistema de análisis e información para realizar proyectos de mejora. Propiciar el desarrollo de una Propuesta Técnica para dar continuidad a la mejora continua de la calidad de la atención basada en un Programa de Concientización sobre Humanización y Trato Digno.

CONTENIDO

CAPITULO	PÁGINA
RESUMEN	iv
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	3
III. MARCO TEÓRICO.....	4
IV. DISEÑO METODOLÓGICO.....	50
V. RESULTADOS.....	60
VI. DISCUSIÓN.....	82
VII. CONCLUSIONES.....	88
VIII. RECOMENDACIONES.....	90
IX. PROPUESTA TÉCNICA.....	92
X. BIBLIOGRAFÍA.....	98
ANEXOS	

I. INTRODUCCIÓN

En la última década, la calidad de atención en salud ha surgido como un tema relevante, particularmente por la legítima exigencia de los usuarios, y por el conocimiento y desarrollo de algunas prácticas clínicas que ponen en evidencia la pérdida de la calidad de atención. De tanta importancia es la calidad de atención que la Política Nacional de Salud 2009-2014, tiene como premisa que la salud es un derecho de todos y está dirigida a garantizar altos niveles de calidad a través del mejoramiento permanente en la atención. Así mismo plantea las diferentes estrategias a implementar con el único objetivo de la mejora continua de la calidad en los servicios hospitalarios.

En este contexto, el Hospital Nacional “Dr. José Antonio Saldaña” está clasificado como hospital departamental de segundo nivel de atención y de referencia para los establecimientos de salud del departamento de San Salvador, se caracteriza por brindar atención en Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Neumología.

El Servicio de Emergencia del Hospital es de alta complejidad médica y no presenta restricciones en las atenciones que se brindan a los usuarios y muchas de estas no corresponden a problemas con riesgo significativo para la salud, por lo que no requieren la atención inmediata en el servicio. La atención brindada es la esperada de acuerdo a los estándares de calidad, que incurre en eficiencia en relación al servicio, estancias intrahospitalarias menor de 2 días, cumplimiento de normas, y a pesar de ello existen demandas legales y retraso de los procesos administrativos.

Es por ello que se realizó una investigación en el Servicio de Emergencia tomando como referencia el modelo SERVQUAL, para valorar la calidad de atención que reciben los usuarios y realizar una propuesta técnica que permita alcanzar los objetivos planteados, en el que se valoró la mejora continua de la calidad de atención que brinda el personal de salud y su práctica profesional.

Con el propósito de plantear nuevas estrategias enfocadas a la mejora de la calidad de atención, a fin de alcanzar y superar las expectativas y necesidades de los usuarios.

Y con el fin de plantear nuevas estrategias enfocadas a la reducción de la inadecuación de las consultas y elevación de la eficiencia de la atención de la Emergencia dada la vital importancia que tiene la opinión de las pacientes en relación a la calidad de atención brindada y teniendo claro que la mejora continua de la calidad estimula a los profesionales y a los equipos de trabajo a valorar su práctica profesional, el equipo investigador se formuló la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la calidad de atención que se les brinda a los usuarios en el Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional “Dr. José Antonio Saldaña” de febrero a septiembre 2019?

II.OBJETIVOS

2.1 GENERAL

Valorar la Calidad de Atención en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Dr. José Antonio Saldaña”, de febrero a septiembre 2019.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1. Analizar la capacidad instalada del servicio de Emergencia del hospital para brindar la atención de los pacientes.

2.2.2. Evaluar el proceso de la Calidad de la Atención de los servicios que se brindan en la Unidad de Emergencia del Hospital.

2.2.3. Verificar la Eficacia de los Servicios de Emergencia que brinda el Hospital a través del Modelo SERVQUAL.

III. MARCO TEÓRICO

3.0 Antecedentes Internacionales.

La evaluación de los servicios de salud inicia en EE.UU., en la década de los 50 en el siglo XX. Comienza la acreditación de calidad de atención en los hospitales, el American College Of Surgeons (Colegio Estadounidense de Cirujanos) compilo el primer conjunto de estándares mínimos para los hospitales estadounidenses. Ésta estrategia sentó las bases para un proceso de acreditación.

En la década de los 80, las fallas en el proceso de inspección, la persistencia de la calidad deficiente y la creación de nuevas técnicas gerenciales en la industria, así como el aumento en costos llevo a los profesionales de salud en los países desarrollados a reevaluar la garantía de calidad basada en acreditación y estándares. las organizaciones en Estados Unidos comenzaron a poner a prueba las filosofías industriales del proceso de mejoramiento continuo de la calidad y de administración total de la calidad.

En reino unido el Servicio Nacional de Salud asumió una política formal de la calidad en 1991 y adopto el proceso de mejoramiento continuo para ponerlo en práctica.

En 1966, Avedis Donabedian, en su artículo fundamental, introdujo los conceptos de estructura , proceso y resultando que constituyen hoy en día el paradigma dominante de la evaluación de la calidad de la atención a la salud, de esta manera se transformó el concepto tradicional de los sistemas de salud y se generó la concepción a la respuesta social de los problemas de salud en donde estos no se consideran un conjunto de eventos sin relación, sino más bien un proceso complejo guiado por principios generales.

En 1985, un grupo de profesionales de la salud se reunió en Udine, norte de Italia, para discutir sobre el aseguramiento de la calidad en medicina. La mayoría de los

primeros grupos han sido fundamentalmente influenciados por Avedis Donabedian y el enfoque europeo.¹

Las normas de garantía de calidad en el ámbito de los servicios ambulatorios y de internación respecto a servicios de 24 horas, infraestructura, equipamiento, recursos humanos, cumplimiento de los requisitos básicos de la especialidad médica y de los distintos grados de complejidad, están contenidas en normas de habilitación de establecimientos de salud, normas generales sobre hospitales y algunas disposiciones específicas en el tema. Todos los países regulan estos aspectos de garantía de calidad, con distintos grados de complejidad, y a los recursos con que disponen según su entorno y tomando en cuenta su perfil epidemiológico.

3.1 Antecedentes Nacionales

El proceso de atención de la Unidad de Emergencia en El Salvador tiene un propósito que es implementar y estandarizar la organización del proceso de atención de la Unidad de Emergencia en todos los hospitales de la red pública, para facilitar la gestión de la atención brindada y propiciar un escenario de mejora continua. El alcance del proceso se clasifica como “sectorial”, debido a que para su adecuada operatividad deben intervenir diversos actores de la red de atención, para lo que se vuelve necesaria la coordinación entre diferentes instituciones y unidades administrativas.

Según la estrategia para la mejora continua de la calidad en los servicios hospitalarios de Ministerio de Salud de El Salvador en los hospitales nacionales, se debe perfeccionar la calidad, desarrollándola de forma consciente y que permita aportar decididamente a la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud, para ello es necesaria la sistematización en función de obtener avances sustanciales en esta labor transformadora, mediante la formulación, implementación e implantación de la estrategia de mejoramiento continuo de la calidad en los servicios. En el 2012, El Ministerio de Salud crea el documento de Reglamentos Hospitalarios con el objetivo de establecer criterios necesarios para la categorización de Hospitales, así como

¹Instituto Colombiano de Normas Técnicas y de Certificación, ICONTEC. Dirección de Acreditación en salud. Sistema Único de Acreditación en Salud. Disponible en www.acreditacionensalud.org consultado en enero 2019.

presentar la oferta de servicio de diferentes categorías para dar respuesta oportuna a las necesidades de las personas y contribuir al ejercicio del derecho en salud. ²

Otro documento que rige la de cierta forma la Calidad de Atención específicamente en el área de emergencia de los hospitales, es el Lineamientos Técnicos para Realizar el Triage en Hospitales de la RIISS.² Con el fin de seleccionar los usuarios de acuerdo a los niveles de complejidad de atención médica y el riesgo vital que afecta a la persona al momento que consulta.

El sistema de salud del país ha tenido grandes avances en cuanto accesibilidad de servicios de salud que se le brinda a la población, la calidad se considera un tema controversial porque depende de muchos factores y estos pueden ser internos y externos, en cuanto al ámbito de salud todavía, se está iniciando un proceso para evaluar y medir la calidad. El Ministerio de Salud como ente rector del derecho a la salud del país y teniendo como marco lo que establece la Política de Salud, de fortalecer y ampliar el Sistema Nacional de Salud, toma en cuenta Los ODS también conocidos como objetivos mundiales, en 2015, la ONU aprobó la agenda 2030 sobre el desarrollo sostenible, una oportunidad para que los países y sus sociedades emprendan un nuevo camino con el que mejorar la vida de todos, sin dejar a nadie atrás, cuenta con 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, que incluyen desde la eliminación de la pobreza, agua limpia y saneamiento hasta la salud y bienestar específicamente en el objetivo tercero hasta para los países desarrollados.³

En los años 60 Avedis Donabedian desarrolla toda una estrategia sobre la evaluación de la calidad asistencial basada en tres componentes que son la estructura, proceso y resultado. Luego en 1980, la OMS en su estrategia llamada salud para todos en el año 2000, dice:

“De aquí a 1990 todos los Estados miembros deberán haber creado unas comisiones eficaces que aseguren la calidad de las atenciones a los enfermos en el marco de sus

2. Lineamientos Técnicos para Realizar Triage en los Hospitales de la RIISS, Ministerio de Salud, El Salvador 2012.
3 [https://www.eitb.eus/es/noticias/sociedad/detalle/5434391/los-17-objetivos-desarrollo-sostenible-ods-agenda-2030-onu/consultado-2-5-19,](https://www.eitb.eus/es/noticias/sociedad/detalle/5434391/los-17-objetivos-desarrollo-sostenible-ods-agenda-2030-onu/consultado-2-5-19)

sistemas de prestaciones sanitarias. Se podrá atender este objetivo si se establecen métodos de vigilancia continua y sistemática para determinar la calidad de los servicios prestados a los enfermos, convirtiendo las actividades de evaluación y control en una preocupación constante de las actividades habituales de los profesionales sanitarios y finalmente, impartiendo a todo el personal sanitario una formación que asegure y amplíe sus conocimientos⁴

En los años 90 la calidad asistencial gana peso en la medición de los resultados, el año 1994 la Joint Commission que es una organización independiente, no gubernamental de acreditación sanitaria a nivel mundial, implantó el sistema de medición de indicadores (IM System), que consiste en una base de datos nacional con indicadores sobre el proceso y resultado.

Por lo tanto, según Donabedian la calidad sanitaria es el nivel de la utilización de los medios más idóneos para conseguir las mayores mejoras en la salud. Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, enfermeras, administradores) con su cosmovisión y formación académica

Según la OMS calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria optima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente.⁵

Se revisan estudios anteriores sobre calidad y atención por separado ya que es un tema novedoso y no hay datos en conjunto.

Por lo tanto según Vásquez C y García Simón en su estudio realizado en el ISSS en la unidad de emergencia, 2011 menciona que la estructura forma parte de los elementos y alcanzaron valores adecuados del 80 al 85% en relación a la presencia de las dimensiones de calidad evaluadas como fue la disponibilidad y la accesibilidad.

4 Servicios de Salud de Castilla-La Mancha, Manual de Calidad Asistencial, España,2009, pág. 70

5. <https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2016/05/los> diferentes conceptos de calidad en salud. consultado

02/08/19.

Contrario fue el comportamiento de las variables de proceso (calidad técnica y humana) y la variable de eficiencia, las cuales alcanzaron un nivel de cumplimiento menor al 80% manifestando desviaciones en la mayoría de los valores fijados para las dimensiones de la calidad investigadas.

Los estudios de calidad en la atención sanitaria muestran las debilidades que tiene el prestador de servicio, siendo los usuarios externos los que más identifican esta problemática. Según Acho, menciona “ La calidad de servicio se puede evaluar a través de la satisfacción de los usuarios, siendo este uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad, dado que influye de manera determinante en su comportamiento, es decir, como que procure o no atención, que esté dispuesto a pagar por los servicios, que siga o no las instrucciones del prestador de servicios, que regrese otra vez al servicio y el hecho de que recomiende o no los servicios a los demás”.⁶

El Hospital Nacional “Dr. José Antonio Saldaña” se encuentra localizado en la zona sur de San Salvador. Km 8 ½ de los planes de Renderos. Según el nuevo modelo de atención en salud es categorizado como hospital Departamental de segundo nivel de atención, es el centro de referencia de mayor capacidad resolutive de la Red de establecimientos de salud, la población de responsabilidad a atender es de 225,531 habitantes⁷, además de ser el centro de consulta voluntaria de áreas que no pertenecen al área geográfica de influencia. Ofrece servicios de Medicina Interna, Cirugía, Sala de Operaciones, Salud Mental, Pediatría, Ginecología y Neumología respectivamente.

Las atenciones en el área de Emergencia constituyen una proporción significativa de la práctica hospitalaria. Durante el año 2018 la atención brindada 26,060 usuarios. La Unidad de Emergencia fue inaugurada oficialmente en enero de 2015, periodo

⁶ Segundo C Acho, Calidad de Atención y Mejora Continua de un Hospital Nacional del departamento de Emergencia, Universidad Peruana Cayetano Heredia , 2010: pág. 137-142

⁷Dato brindado para 2018, por Dr. Mauricio Aparicio, epidemiólogo de Hospital Nacional Saldaña.

durante el cual se remodeló la zona mencionada, así como el área de observación bajo la gestión del gobierno del presidente Salvador Sánchez Cerén.

El Servicio en la actualidad no cuenta con camas censables, pero existen 10 camas disponibles que se distribuyen para los diferentes servicios, 10 camillas y 5 sillas en caso de saturación de dicho espacio por sobresaturación de los servicios de ingreso hospitalario.

El personal de salud está constituido por 1 médicos ginecólogo por turno, 1 medico de medicina interna, 1 médico cirujano, 1 médico pediatra, 1 medico neumólogo, 1 jefe de residentes, 1 jefe de servicio, que suman 7 recursos médicos. Los recursos de enfermería están compuestos por 1 jefa de enfermería, 2 licenciadas en enfermería, 4 tecnólogas y 12 auxiliares de enfermería. Además 2 recursos de limpieza que trabajan por turnos rotativos, y un auxiliar de servicio que colabora en horario administrativo de lunes a viernes. Con un total de 26 recursos para atender la demanda de población.

Sin embargo, la capacidad instalada hasta el momento ha sido insuficiente para la demanda, retrasando procesos para la atención en salud. No existe al momento ninguna investigación sobre la temática, por lo que se convierte en punto de partida y fundamento para la mejora de la calidad de atención a los usuarios en el país.

3.2 Perfil epidemiológico

El perfil epidemiológico es la expresión de la carga de enfermedad (estado de salud) que sufre la población, y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen. Entre estas características están la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida. El estado de salud, habitualmente se mide indirectamente a través del conjunto de problemas de salud que afectan al bienestar de la población y que se ha convenido en denominar morbilidad. Es importante considerar, sin embargo, que un análisis integral del perfil de la morbilidad incluye no sólo a las enfermedades, sino también a otros problemas de salud como aquellos que afectan la salud externos al organismo humano.

Según el MINSAL para el año 2018 se tuvo un total de atenciones en la Emergencia registrados en el Hospital Saldaña de 26,060⁸ algunas patologías se numeran de la siguiente manera:

FIGURA 1. DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTAS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SALDAÑA, DE ENERO - DICIEMBRE DE 2018.

No	Causa de Consulta	No
1	Traumas, contusiones, heridas y fracturas de múltiples partes del Cuerpo.	3446
2	Enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana	3277
3	Asma, no especificada	2570
4	Contracciones primarias inadecuadas	2564
5	Diabetes mellitus no insulino dependiente	2514
6	Hipertensión esencial	2292
7	Complicaciones relacionadas con el Embarazo	1870
8	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infecciosos	1524
9	Bronquiectasia	1181
10	Enfermedad pulmonar obstructiva Crónica	982

Fuente: SIMMOW, mayo 2019.

La tabla anterior coloca a los traumatismos por diversas causas en primer lugar de los motivos de consulta del Hospital Nacional Saldaña, seguido por enfermedades crónicas degenerativas. Cabe destacar que en la posición 4 aparece el término de contracciones primarias inadecuadas, destacadas todos aquellos avisos falsos de alumbramiento con los cuales consultan las embarazadas sin tener actividad uterina significativa. En el noveno y décimo lugar se encuentran las enfermedades crónicas de especialidad de neumología como es la bronquiectasia y la Enfermedad Pulmonar

⁸Sistema de Morbimortalidad en línea (SIMMOW), MINSAL, www.transparencia.gob.sv Mayo 2019.

Obstruictiva Crónica. En las 10 primeras causas de consulta se logra visualizar la diversidad de especialidades que demandan atención los usuarios.

El Hospital proporciona atención a la población de la zona sur de país, brindando servicio en las diversas especialidades básicas como; Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, y Neumología en el área de Emergencia. A excepción de Ginecología, si se brinda atención de este tipo en la institución, pero dichas usuarias son remitidas directamente en el servicio de la especialidad involucrada, con el fin de agilizar los procesos de atención de este tipo de usuarias.

El área de emergencia, atiende un promedio de 217 atenciones por mes, lo que la convierte en una demanda considerada para la atención. Por lo cual es de suma importancia identificar cómo los usuarios de este servicio, reciben su de atención.

En los Servicios de Emergencias deben atenderse los problemas de salud que van desde los de baja complejidad hasta el abordaje, valoración y estabilización de los de alta complejidad, asegurando en caso necesario el traslado a otros hospitales en las mejores condiciones posibles.

En todos los casos las actuaciones han de ir dirigidas a la obtención de la máxima resolución posible. La Medicina de Urgencias y Emergencias es uno de los pilares básicos de la atención y cumple con todas las características inherentes a su especialidad: es polivalente, transversal, autónoma y con una gran capacidad de resolución.

En el espacio físico también se encuentra el área de observación. Considerando que para medir la calidad de atención se deberá, conocer con lo que se cuenta en capacidad instalada, recursos humanos y materiales, ya que estos factores serán parámetros, para indicar cómo los usuarios reciben la calidad del servicio.

Existen tres grupos implicados en la calidad asistencial: Los usuarios del servicio que solicitan la atención, los profesionales que proporcionan la atención y la administración encargada de proporcionar los recursos necesarios.

El personal médico y de enfermería que brinda la atención no presta los servicios de forma exclusiva ya que además desempeña funciones en otras áreas de la institución según sea la demanda, procedimientos, emergencias, acompañar traslado de pacientes referidos etc.

Todo esto genera retraso o anomalías en el cumplimiento de los diferentes procesos independientemente de quien preste los servicios y debe asegurar atención adecuada a los problemas de salud siendo los más frecuentes los que se definen a continuación:

a) Urgencias metabólicas: Generalmente relacionadas a diabetes mellitus

b) Urgencias cardiovasculares: Valoración y tratamiento de la insuficiencia cardiaca. Diagnóstico, valoración y tratamiento inicial del dolor torácico agudo, síndrome coronario agudo, choque cardiogénico, arritmias cardiacas, síncope, trastornos arteriales agudos, trastornos venosos agudos. Valoración y tratamiento inicial de un niño con soplo.

c) Urgencias respiratorias: Diagnóstico, valoración y tratamiento inicial del dolor torácico agudo, tos, disnea, hemoptisis, derrame pleural, descompensación de patologías respiratorias crónicas enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, enfermedades restrictivas), insuficiencia respiratoria aguda e infecciones respiratorias altas y bajas (bronquiolitis, neumonías, etc.).

d) Urgencias endocrinológicas del metabolismo y la nutrición: Valoración y tratamiento de trastornos hidroelectrolíticos y deshidratación. Diagnóstico, valoración y tratamiento inicial de hiperglucemias e hipoglucemias.

e) Urgencias neurológicas: Diagnóstico, valoración y tratamiento inicial del vértigo, cefalea, temblor, pérdida de conciencia, accidente vascular cerebral agudo, alteración de pares craneales, convulsiones, meningitis, encefalitis, depresión del nivel de conciencia y traumatismo craneo encefálico.

f) Urgencias del aparato locomotor: Diagnóstico y abordaje del dolor articular agudo, rigidez articular aguda, dorsalgia aguda, lumbalgia aguda, Diagnóstico y tratamiento inicial de una monoartritis / poliartritis. Diagnóstico y tratamiento inicial de las lesiones

traumáticas de partes blandas (esguinces, distensiones, bursitis, tendinitis, etc.), fracturas leves / no complicadas (colocación de yesos, férulas, y vendajes diversos), luxaciones no complicadas. Diagnóstico y tratamiento inicial de fracturas o luxaciones graves / complicadas y preparación para el traslado.

J) Procedimientos administrativos: Ingresos y egresos de pacientes, prolongación de la estancia intrahospitalaria.

K) Cumplimiento del tratamiento médico: toma de exámenes de laboratorio, interconsultas, Ultrasonografías, cumplimiento de indicaciones médicas.

3.3 Importancia del estudio de calidad en el servicio de emergencia

La Calidad del Sistema de Salud contempla el reto orientando la asistencia hacia una práctica clínica basada en evidencia científica centrada en la persona lo que conlleva a mejorar los servicios, actualización de conocimiento para mejorar las prácticas clínicas que contribuyan a la salud integral del paciente, la relación entre profesionales y usuarios como también la satisfacción en general.

El Salvador ha implementado la estrategia para la mejora continua de la calidad en los servicios hospitalarios, pero los avances son a paso lento. En el país, las estadísticas sobre mortalidades y morbilidades han experimentado una reducción significativa solo en la reducción de mortalidad materna.

El Hospital Nacional “Dr. José Antonio Saldaña” como parte de la red del MINSAL, cuya atención es proporcionada a la población de la zona sur del país, según datos estadísticos de la institución en el año 2018 se atendieron en la Emergencia 26,060 atenciones y entre los cuales se presentaron por lo anterior se considera de mucha importancia y relevancia social realizar el estudio de atención, verificando la calidad del proceso, conociendo la perspectiva de los usuarios como la del personal.

Por lo que es importante explorar la satisfacción de los usuarios dado que es vital para mejorar la calidad de atención del área; con el propósito de establecer un antecedente trascendental a la problemática existente y poder proponer estrategias de mejora en la atención con el fin de optimizar los procesos, prestando un servicio que satisfaga a

plenitud los requerimientos y necesidades de los usuarios, contrarrestando ineficiencias y garantizando un mejor desarrollo de los procesos de atención. Calidad en salud es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para recibir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del médico, para lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción con un proceso.

Y con ello, Trabajar en modelos resolutivos de Atención Continuada que generen confianza en los ciudadanos, con el propósito de mejorar la calidad de la atención de emergencias.

Impulsar modelos de una Emergencia acorde con las necesidades de los ciudadanos en relación a la accesibilidad y resolución.

Mejorar la organización territorial de la atención a Emergencia en coordinación con el hospital.

Implicar en las Emergencias a los profesionales sanitarios a través de modelos de organización compatibles con el conjunto de actividades del equipo de Atención Primaria.

Todos los profesionales de los Servicios de Urgencias se involucren en mayor o menor grado en la mejora de la calidad técnica de la asistencia, aspecto que influyen de forma muy decisiva en la calidad que percibirá el paciente y sus acompañantes.

Impulsar la adecuada utilización de la Emergencia por parte de la población.

Brindar al usuario procesos diagnósticos, terapéuticos o rehabilitadores, al profesionalismo o competencia de los prestadores de servicios y a la tecnología disponible.

3.4 Conceptualización

Urgencia. es la aparición fortuita (imprevista o inesperada), en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera

la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte de sujeto que la sufre o de su familia en el lugar más próximo y con la disponibilidad adecuada para tratarlo (OMS). Emergencia es una situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano.⁹

La urgencia sanitaria puede ser:

a) Hospitalaria con una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar, ubicados en un área específica del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garantizan condiciones de seguridad, calidad y eficiencia para atender a las urgencias y la emergencia.¹⁰

b) Extra-hospitalaria, realizada por servicios de profesionales que prestan asistencia sanitaria fuera de los hospitales, ya sean Centro de Salud, en horarios de consulta establecidos, servicio sanitario que ofrece una disponibilidad a lo largo de las 24 horas del día y durante los 365 días del año, no solo para garantizar la atención de las urgencias sino también para el mantenimiento de la asistencia sanitaria dentro y fuera de los horarios laborales habitualmente establecidos con carácter general. . Estos a su vez prestan asistencia tanto a nivel rural como urbano.

3.5 Tipos de Urgencias

Hay diversos tipos de urgencia médica. No todo lo que el paciente percibe como urgencia es una urgencia. Cifras internacionales estiman que hasta dos tercios de las consultas médicas en Servicios de Urgencias pudieron ser resueltas en otras instancias. Se podrían clasificar las urgencias médicas mediante los colores de la luz de los semáforos:¹¹

a) Rojo: Casos en lo que es vital tomar acciones y decisiones médicas de inmediato para no poner en peligro la vida de las personas afectadas. Por ejemplo, grandes traumatismos, dificultad respiratoria, etc.

⁹Cuesta, A; Moreno, JA; Gutiérrez, R. Control de calidad de la asistencia hospitalaria. Conceptos generales en la calidad de la asistencia hospitalaria. Barcelona. Doyma. 1986; 1 17.

¹⁰ Ídem (9)

¹¹Íbidem (9)

- b) Amarillo: El paciente requiere atención médica que puede no ser inmediata. Su vida no está en peligro y dispone de mayor tiempo para acudir al centro asistencial.
- c) Verde: El paciente presenta síntomas que no requieren atención médica de urgencia.

3.5.1 Niveles de priorización¹²

A efectos de los contenidos definidos para cada una de las fases descritas es necesario que se presente la conceptualización de la priorización de la atención del paciente en cualquiera de los establecimientos de RISS, ésta comprenderá tres criterios, categorizados de mayor a menor complejidad:

- a) Prioridad I: paciente que presenta una situación que amenaza la vida o un riesgo de pérdida de una extremidad u órgano si no recibe una atención médica inmediata; también se incluye en esta categoría el paciente con dolor intenso. Para el caso de paciente pediátrico se tomará a aquellos con signos emergencia que requieren tratamiento inmediato. Sinónimos: extrema urgencia, máxima urgencia o emergencia (paciente pediátrico), debiendo ser identificado con etiqueta ROJA. Amerita atención inmediata (De cero a diez minutos).
- b) Prioridad II: paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica, cuyo problema representa un riesgo de inestabilidad o complicación. Para el caso de paciente pediátrico aquellos con signos de prioridad, lo que indica que se les debe dar prioridad en la fila para que puedan ser evaluados y tratados sin demora. Sinónimos: urgentes, prioridad (paciente pediátrico) debiendo ser identificado con etiqueta amarilla. Atención de sesenta a ciento veinte minutos.
- c) Prioridad III: paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica sin riesgo evidente de inestabilidad o complicación inmediata. Para el caso de paciente pediátrico aquellos que no tienen signos de emergencia o de prioridad y, por lo tanto, no son casos urgentes. Sinónimos: no urgentes, debiendo ser identificados con etiqueta verde. El paciente puede referirse a consulta externa o Primer Nivel de

¹²Lineamientos Técnicos para realizar el Triage, en Hospitales de la RISS, Ministerio de Salud, Gobierno de El Salvador, 2012.

atención según sea el caso, de acuerdo a los Lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta.

3.5.2 Sistema de selección de Emergencias.

Por deficiencias, mala información o poca cultura, el servicio de emergencias es demandado para atención de todo problema de salud que no pueda ser atendido en otras unidades médicas, ya sea por falta de citas en consulta externa, por comodidad para no hacer espera, o por el hecho de que en ese momento se cuente con el tiempo disponible para acudir a consulta, lo que provoca que la sala de urgencias siempre se vea abarrotada por pacientes que en la mayoría de los casos no son urgencias verdaderas, lo que provoca sobrecarga, tardanza para la atención y utilización innecesaria de recursos materiales y humanos, en detrimento de la atención de emergencia real.¹³

El triage es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. El término triaje o triage es un neologismo que proviene de la palabra francesa trier que se define como escoger, separar o clasificar.¹⁴ Éste método surge de la necesidad de contar con un instrumento confiable que facilite y permita determinar la complejidad del padecimiento, al mismo tiempo dar mayor objetividad al proceso, facilitar el desarrollo de las habilidades del médico para la evaluación del paciente, y establecer la prioridad de atención.¹⁵

3.5.3 Clasificación de las emergencias de acuerdo al grado de objetividad

En la atención de víctimas múltiples, el equipo de salud se tienen que enfrentar a decisiones inherentes a la prioridad de cuidados y atenciones de pacientes. Las cuales según el nivel de objetividad se pueden dividir en:

¹³Soler W, Gómez M, Bragulat E, Álvarez A. El triage: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. An SistSanitNavar. 2010; 33(Supl1)

¹⁴Thompson T, Stanford K, Dick R, Graham J. Triage Assessment in Pediatric Emergency Departments - A National Survey. PediatrEmer Care. 2010 Aug; 26

¹⁵Duke T. New WHO guidelines on emergency triage assessment and treatment. Lancet. 2016 February; 387.

a) Urgencia subjetiva: fundada desde la perspectiva de la persona que solicita la ayuda. Dolor o hemorragia. Ej.: una herida en la cabeza (sangra mucho, pero se resuelve fácilmente).

b) Urgencia objetiva: compromete la salud o la vida de la persona desde la perspectiva del personal sanitario o entendido. Ej.: fractura de fémur.

c) Urgencia vital=emergencia: falta o compromiso de las funciones vitales, respiratorias, circulatorias o cerebrales, donde existe a corto plazo riesgo de fallecimiento.¹⁶

Estos tipos de asistencia a su vez dependerán de situaciones que se pueden clasificar del siguiente modo:

Situaciones que de forma evidente exigen una actitud terapéutica inmediata:

Parada cardiorrespiratoria.

Taponamiento cardiaco.

Rotura de un gran vaso sanguíneo.

Hemorragia intraabdominal.

Dificultad grande para respirar.

Traumatismo importante (habrá hemorragia visible o pérdida de consciencia).

Fuera de los casos anteriores, el resto pueden esperar unos segundos o minutos, sin que por ello empeore significativamente el pronóstico, mientras se establece el diagnóstico.

Situaciones con peligro vital si no se diagnostica precozmente: Apendicitis, Intoxicaciones, Desorientación en tiempo o espacio o no reconocimiento a familiares.

¹⁶Ignacio E, Córdoba JA, Serrano A, Figueroa E, Moreno J, Arriaga E, Ignacio JM, Gallego C, Mompó E, Rodríguez-Cornejo MJ. La Calidad aplicada al campo de la Enfermería. Cádiz: Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería, 1997.

Situaciones sin peligro en plazo breve, pero en las que es importante el diagnóstico temprano por la epidemiología. Por ello es urgente diagnosticar una tuberculosis en una hemoptisis. Situaciones banales en las que el médico debe actuar para tranquilizar al enfermo y familiares, evaluando si los síntomas carecen o no de importancia (fiebre, dolor de garganta, dolor de espalda, erupción cutánea, vómitos, golpes no intensos sin herida, molestias de oído, tos, diarrea, irritabilidad, dolor abdominal no intenso, conjuntivitis, estreñimiento).

3.5.4 Clasificación de las emergencias de acuerdo con la información brindada por el paciente

a) Emergencia médica

Es toda aquella situación de gravedad en donde se necesita una atención inmediata, la vida del paciente corre riesgo inminente. Por ejemplo: la pérdida de conocimiento de cualquier origen, el paro cardiorrespiratorio, los accidentes que causan politraumatismos con hemorragias graves, los episodios convulsivos, la electrocución, el dolor de pecho en población de riesgo o con antecedentes cardíacos, las complicaciones graves de las distintas etapas de la gestación, las caídas de altura, las hemorragias, las heridas de arma blanca o de fuego, los politraumatismos y quemaduras graves, etc.

b) Urgencia médica

Son todas aquellas situaciones en las que, si bien no existe riesgo inminente de muerte, se requiere una rápida intervención médica, ya sea para calmar el síntoma o para prevenir complicaciones mayores. Son ejemplos los traumatismos menores, quemaduras leves, las palpitaciones, la hipertensión arterial sintomática, la pérdida de conocimiento recuperada, problemas relacionados con la diabetes, taquicardia, traumatismo de cráneo, abdomen y tórax, etc.

3.6 Uso del servicio de Urgencias.

Es preciso hacer una consideración sobre la Atención Primaria como primer nivel de acceso al sistema sanitario, el más cercano al ciudadano. Un nivel de atención

responsable del seguimiento de la evolución de la enfermedad de cada paciente en su entorno. Por ello, la Atención Primaria ha de asegurar su papel de función de coordinación y garantía de continuidad y regulación de los flujos de pacientes. Esta función de la Atención Primaria es uno de los elementos diferenciadores de nuestro Sistema Nacional de Salud y una cuestión esencial para disponer de un sistema eficiente. Para desarrollar esta función en toda su extensión, la Atención Primaria de salud ha de disponer de la máxima capacidad de resolución y de acceso a medios de apoyo diagnóstico, además de contar con los recursos materiales y técnicos necesarios.¹⁷

La atención en emergencias se encuentra sometida a una evaluación y crítica continuas, probablemente más que en otras especialidades de la Medicina, tanto por parte de los usuarios como por parte de los médicos que continuarán la asistencia del paciente, una vez éste ha pasado por el Servicio de Emergencias. Esta cultura de evaluación exterior y autoevaluación continua, lejos de representar una dificultad, constituye una oportunidad única para la puesta en marcha de programas de evaluación de la calidad de la asistencia que se hace en estos Servicios.¹⁸

El objetivo es alcanzar, a través de estrategias, una Atención Primaria de calidad, orientada al ciudadano, que tenga una alta capacidad de resolución y que potencie la continuidad asistencial, contando con unos profesionales motivados y capacitados y con una organización descentralizada, participada, eficiente y eficaz. La Emergencia es el objeto y la razón de ser de las organizaciones sanitarias y, por ello, todas sus actividades deben ir encaminadas a satisfacer sus necesidades y demandas. Las estrategias se deben centrar en la calidad, la capacidad de resolución y la continuidad asistencial. La apuesta por la calidad debe ser integral, incluyendo no sólo sus componentes científicos y técnicos, sino aquellos otros relacionados con la accesibilidad, los recursos, la organización y la participación, de tal manera que el usuario perciba que, en efecto, es el centro del Sistema. La capacidad de resolución,

¹⁷Ibídem (16)

¹⁸6. Hugh, K. Gestión total de la calidad en la sanidad. Barcelona: S.G. Fundación AvedisDonabedian, 1994; 17-29.

la efectividad, es un elemento inherente a la organización sanitaria. Para mejorar la efectividad son necesarias estrategias tendentes a incrementar la capacidad diagnóstica y terapéutica, tanto mejorando la formación de los profesionales como incrementando la accesibilidad de los mismos a pruebas y tecnologías que favorezcan la capacidad de resolución y la calidad.

La continuidad asistencial, la coordinación entre los diversos dispositivos sanitarios y, muy especialmente, en las Emergencias, es un objetivo esencial. Las estrategias de mejora de la continuidad asistencial son uno de los grandes retos que tiene el Sistema Sanitario Público para los próximos años. Por ello es necesario acometer decididamente políticas de coordinación y comunicación entre las áreas de Emergencia y Atención Especializada que integren los procesos asistenciales de tal manera que, el ciudadano, perciba continuidad en los cuidados y tratamiento.¹⁹ Otro importante bloque de estrategias se centra en la mejora de la organización de la Emergencia, objetivo transversal e instrumental que busca optimizar los recursos disponibles y mejorar las herramientas de gestión para facilitar la consecución de sus fines y para hacer más eficiente la Atención; es decir, no consiste en racionar la asistencia sanitaria, por el contrario, se trataría de optimizar el uso de recursos de manera que no sólo se evite disminuir la calidad asistencial, sino que se consiga aumentarla.²⁰

Acerca de un rendimiento adecuado de los recursos y las prestaciones del Servicio de Salud, es necesaria la colaboración de todos los ciudadanos para hacer una utilización correcta de acuerdo a las necesidades de salud y en función de las disponibilidades del Sistema, evitando situaciones de uso poco diligentes, irresponsables o abusivas, que entorpecen el funcionamiento de dichos dispositivos, restándoles eficacia ante la excesiva e injustificada demanda que padecen.²¹ La sobreutilización (uso inapropiado) es especialmente grave en los sistemas de salud porque no aporta ningún beneficio al

¹⁹Ibídem (18)

²⁰Donabedian, A. Responsabilidades institucionales en la garantía de calidad. Centro de documentación sanitaria. Informativo de control de calidad. 1990; 6: 15-26.

²¹Fitzpatrick R. Surveys of patientsatisfaction: Important general considerations. British medical of journal. 1992; 302: 887-8.

paciente, por el contrario, puede producir iatrogenia, y consume recursos innecesarios. Un Servicio de Salud bien gestionado necesita el desarrollo de todos los miembros del equipo de urgencias. Así, se debe apostar por una gestión del Servicio centrada en la calidad, orientada a la participación y al bienestar del paciente, evitando los riesgos clínicos y difundiendo una cultura de seguridad en el contexto de la atención.

Para el óptimo funcionamiento del Servicio de Emergencias se necesita una adecuada correlación de éstos con el Centro de Salud, Médicos y Hospitales, debiendo fluir la información en todos los sentidos.²²

La coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se configura como el elemento básico para garantizar la efectividad y la eficiencia, la reducción de los costos de transacción y la mejora global de la capacidad resolutive. Pero para el propio ciudadano la coordinación proporciona una mayor accesibilidad, mejor integración sanitaria, resultados clínicos óptimos, bidireccionalidad de la información clínica relevante y mayor satisfacción.

Por tanto, una buena coordinación en el Hospital garantiza la continuidad asistencial, lo que redundará en unos mejores resultados de los cuidados.²³ La mejora de la salud del individuo y de las poblaciones pasa por aumentar el poder resolutive de los sistemas sanitarios, no de forma individual, sino garantizando la interrelación e integración de sus diferentes niveles y el diálogo entre los profesionales que prestan sus servicios en ellos.²⁴ Cuando la coordinación alcanza su grado máximo, la atención se considera integrada.²⁵

La continuidad asistencial, por su parte, es el resultado de la coordinación desde la perspectiva del paciente, y se define como el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo.²⁶ Los obstáculos para una adecuada coordinación provienen tanto del área profesional como

²²Ibídem (16)

²³Ibídem (20)

²⁴ Ibídem (21)

²⁵Hoffman, F.M. Gestión económica en direcciones de enfermería. Barcelona: Doyma, 1989.

²⁶Ibídem (25)

de la misma organización. Entre los facultativos y personal sanitario por la existencia de competencias profesionales, recelos y desconfianzas mutuas, por la ausencia de objetivos asistenciales compartidos, falta de guías o protocolos comunes, por las discrepancias en el abordaje clínico y en las pautas terapéuticas, así como por cierto desinterés y desmotivación. Los obstáculos generados por la propia organización se deben a desconocimiento mutuo, la falta de comunicación y diálogo, las discontinuidades cuando los pacientes saltan de un nivel a otro, las dificultades para el acceso entre profesionales, la sobrecarga de algunos Servicios y, finalmente, la dificultad de disponer de información clínica compartida, sistemas de información incompatibles entre niveles, etc. Una relación entre estos dos niveles inadecuada origina derivaciones innecesarias, amplios tiempos de demora y dificulta la transferencia de actuaciones desde un medio al otro. En definitiva, impide la asistencia integral, integrada y racional de los pacientes.²⁷

A la existencia de Servicios de Emergencias se les atribuye una reducción del uso inadecuado de los Servicios de Urgencia hospitalaria, aunque en general se considera que sigue aumentando la utilización de las urgencias hospitalarias, sobre todo debido al tiempo de espera para ser vistos por medicina especializada. Determinados motivos de consulta, entre los que destacan las enfermedades de la piel, alteraciones mentales y problemas osteomusculares, muestran una asociación consistente con el uso inadecuado de los Servicios de Emergencia. Inherente al concepto de urgencia es la connotación de problema de aparición súbita, demostrándose un aumento progresivo del porcentaje de urgencias inadecuadas con la duración de los síntomas.

La percepción de gravedad del propio paciente o de sus familiares condiciona también la utilización del Servicio de Emergencias. La Reforma del Sistema de Salud creó unas expectativas importantes que no han llegado a confirmarse. El conocimiento de dónde acudir en caso de un problema de salud debe ser un concepto social básico. Por ello parece que, si se educa, estimula e informa a la población de las posibles alternativas y opciones de su asistencia sería posible un ahorro del costo sanitario a corto plazo y

²⁷Ibídem (6)

una mejora en la atención sanitaria que requerimos todos en algún momento. Es importante además el autocuidado, el llevar a cabo una serie de acciones generales destinadas a mejorar nuestra propia salud, que nos hagan menos candidatos a requerir asistencia sanitaria (dieta adecuada, buena higiene, vigilar la salud bucodental.). La gestión de la demanda no debe suponer simplemente una disminución de la misma, sino que debe implicar un control de la salud personal de los usuarios para que reduzca el inapropiado uso de los servicios sanitarios. Las estrategias del control de la demanda debe comprender servicios de triage que dispense información sobre enfermedades, educación sanitaria, alternativas de apoyo en grupos ante situaciones crónicas, evaluaciones de procedimientos, rentabilidad de los mismos, riesgos, etc. para que los pacientes dispongan de la suficiente información para poder tomar decisiones apropiadas en cada momento.²⁸

3.7 Características de los Servicios de Emergencia.

Los servicios de emergencia son tan utilizados como controvertidos. A pesar de ser uno de los puntos básicos de la atención sanitaria de la población, se sigue polemizando sobre su función, su dotación estructural y personal, y su reconocimiento profesional y académico. Hay una serie de aspectos intrínsecos y propios de la urgencia médica, por tanto no son modificables y hay que asumirlos, y en contraposición existe un conjunto de aspectos extrínsecos o circunstanciales, potencialmente modificables²⁹

3.7.1 Aspectos intrínsecos a la Emergencia Médica: Demanda elevada y en crecimiento progresivo: es bien sabido que los servicios de emergencia porque están sometidos a una fuerte y progresiva demanda.

3.7.2 Afluencia discontinua: la afluencia en el servicio de emergencia no es uniforme a lo largo del día y sigue una curva de distribución horaria bastante típica, que se reproduce con pequeñas variaciones en la mayoría de los centros hospitalarios públicos. Durante la mañana, la demanda asciende gradualmente hasta alcanzar un

²⁸Ibídem (6)

²⁹ 11. Tudela P, Mòdol J. Urgencias Hospitalarias. Med Clin. 2003 Mayo; 120(18).

pico máximo que se mantiene entre las 11 - 12 horas, con un segundo pico hacia las 17 horas. Posteriormente la asistencia decrece gradualmente alcanzando los niveles más bajos entre las 2 y las 6 de la mañana. De la misma forma, la distribución en los días de la semana tampoco es regular y existen días de una clara mayor afluencia, fundamentalmente los lunes.

Asimismo, a lo largo del año la demanda asistencial sufre importantes variaciones en relación con períodos vacacionales, epidemias, cambios climáticos y atmosféricos, eventos sociales como fútbol u otros programas de televisión. Para mayor complejidad, no hay que olvidar las catástrofes que pueden acaecer en cualquier momento y con un número variable de víctimas teniéndose que reorganizar en un breve plazo de tiempo la actividad asistencial de todo un servicio³⁰.

3.7.3 Actividad continua: la atención sanitaria debe prestarse 24 horas al día todos los días del año, y debe hacerse con idénticas garantías de calidad en cualquier momento. Esto implica un importante desgaste estructural y de equipamientos, así como la necesidad de un gran equipo de profesionales que permita dar cobertura asistencial

3.7.4 Priorización en la atención: respondiendo al desmesurado aumento de la demanda asistencial que impide atender a todos los usuarios de forma inmediata a su llegada al servicio en estudio, en la mayoría de los hospitales se establecen áreas de priorización asistencial (triage), donde se realiza un primer contacto con el paciente y se valoran criterios de ordenación del trabajo asistencial.

3.7.5 El factor tiempo y la toma de decisiones: El factor tiempo está ligado inexorablemente al concepto de urgencia. Es conveniente obtener rápidamente un diagnóstico y un plan, con el fin de poder agilizar el proceso asistencial. La decisión de establecer un diagnóstico se debe fijar en un plazo relativamente breve de tiempo. En este proceso es frecuente la escasez de datos para la elaboración de la historia clínica debido a la situación clínica del paciente (inconsciencia, desorientación, trastorno del

³⁰Nokoff N, Brunner AM, Linakis JG, Amanullah S. Presentation to Either the Pediatric Emergency Department or Primary Care Clinic for Acute Illness. *PediatricEmergencyCare*. 2014 March; 30.

lenguaje), por falta de acompañantes o de informes clínicos previos, por problemas para el acceso a la historia clínica de archivo. Estas limitaciones hacen que el proceso diagnóstico sea más complicado que en otros ámbitos asistenciales y que en muchas ocasiones no se llegue a un diagnóstico concluyente sino a uno de carácter sindrómico.

Habitualmente urge tomar decisiones terapéuticas, que, con las limitaciones anteriormente comentadas, puede ser causa de iatrogenia por el empleo de dosis de choque, pautas de impregnación rápida, sumación de efectos. De acuerdo con el procedimiento establecido, tras la valoración del paciente y cuando su situación clínica así lo aconseje, se ha de dar el alta sin demora y con el objetivo de dar agilidad y fluidez a la asistencia, con la limitación de desconocer en muchas ocasiones la evolución y pronóstico de la enfermedad produciéndose un riesgo de que el paciente retorne.

3.7.6 Necesidad de coordinación interna y externa: Dentro del hospital la relación con otros servicios y/o especialidades (laboratorio, radiología) es fundamental. Así mismo es primordial la coordinación con los sistemas de emergencias y atención primaria. Los objetivos de una adecuada coordinación son: la integración, colaboración y coordinación asistencial con los diferentes dispositivos sanitarios.

3.7.7 Áreas de Observación Clínica: Los servicios de emergencia han ido desarrollando modernas alternativas al ingreso hospitalario tradicional. El aumento progresivo de los costes sanitarios, junto a un incremento de las demandas legales contra los médicos que desarrollan su labor, han llevado a la creación de Áreas de Observación. Estas áreas actúan prolongando la asistencia en urgencias más allá de las tradicionales cuatro o cinco horas. Con ello se logra disponer de un tiempo adicional que permite una mejor orientación diagnóstica, evitando ingresos innecesarios y errores asistenciales.

La observación de la evolución de determinados procesos puede esclarecer su diagnóstico o permite valorar la respuesta a tratamientos cortos y decidir la necesidad o no de ingreso. Este planteamiento es fundamental para un funcionamiento óptimo,

siempre y cuando no se utilicen estas áreas como zonas de hospitalización, lo cual originaría importantes distorsiones en el funcionamiento de la urgencia. Para ello es necesario respetar no solo los criterios de ingreso, sino que los propios profesionales lleven a cabo la gestión directa del área.

3.7.8 Desarrollo de actividad bajo presión: Los acompañantes de usuarios, presentan rasgos diferenciales respecto a los acompañantes de otros servicios hospitalarios: asisten al comienzo de la enfermedad, acuden con un gran componente de estrés debido a pensamientos de gravedad o muerte cercana, tienen una alteración brusca de las actividades cotidianas del día y un desconocimiento sobre el tiempo que van a emplear en la consulta, suelen tener incertidumbre sobre el pronóstico de la enfermedad. Esta situación de alta carga emotiva entre los pacientes y familiares puede contribuir a desencadenar conductas agresivas hacia el personal sanitario. Es por ello que los profesionales deben tener experiencia y formación para manejar estas posibles situaciones, dedicando tiempo a informar y adoptando una actitud empática.

Por norma general, se caracterizan por atender a un gran volumen de pacientes, con grandes variaciones en su complejidad y con la expectativa de una gran capacidad de resolución, es decir, una asistencia eficaz y rápida. Sin embargo, para alcanzar estos objetivos sería necesario actuar sobre aquellos factores extrínsecos mencionados, con el fin de adecuar la dotación estructural, dinamizar el proceso de ingreso hospitalario y obviamente profesionalizar estos Servicios.

3.8 Conceptualización de Calidad.

El concepto de calidad tiene su origen en los procesos industriales³¹. Así, en el ámbito de las empresas se habla de Calidad total como el conjunto de principios, de métodos organizados y de estrategia global que intentan movilizar a toda la empresa con el fin

³¹ Los primeros estudios sobre la calidad se hicieron en los años 30 antes de la Segunda guerra Mundial, la calidad no mejoró sustancialmente, pero se hicieron los primeros experimentos para lograr que ésta se elevará, los primeros estudios sobre calidad se hicieron en Estados Unidos. En el año de 1933 el Doctor W. A. Shward, de los Bell Laboratories, aplicó el concepto de control estadístico de proceso por primera vez con propósitos industriales; su objetivo era mejorar en términos de costo-beneficio las líneas de producción el resultado fue el uso de la estadística de manera eficiente para elevar la productividad y disminuir los errores, estableciendo un análisis específico del origen de las mermas, con la intención de elevar la productividad y la calidad. FUENTE: Cruz Ramírez, José, "Historia de la calidad" en EXCELLENTIA, pp. 8-14

de integrar los esfuerzos de mejora continua de todas las personas y estamentos de la organización para proveer productos y servicios que satisfagan las necesidades de los consumidores al menor coste.

"La palabra calidad tiene múltiples significados. Dos de ellos son los más representativos: el primero refiere que la calidad consiste en aquellas características de producto que se basan en las necesidades del cliente y que por eso brindan satisfacción del producto.

El segundo define Calidad como la libertad después de las deficiencias. Puede ser más conveniente tener alguna frase que sea universalmente más aceptada, por ejemplo, una que incluya las características del producto conllevan a la satisfacción y además libertad después de deficiencias³². Varias frases han sido propuestas por practicantes, pero ninguna ha tenido aceptación universal. Sin embargo, es más conveniente estandarizar en un simple término la palabra calidad.

Deming define la Calidad en función del sujeto que ha de juzgar el producto o servicio. Los problemas inherentes en tratar de definir la calidad de un producto, casi de cualquier producto. La dificultad en definir calidad es traducir las necesidades futuras de los usuarios en características medibles, solo así un producto puede ser diseñado y fabricado para dar satisfacción a un precio que el cliente pagará. En la mente del operario, produce calidad si toma orgullo en su trabajo. La mala calidad, según este agente, significa la pérdida del negocio o de su trabajo. La buena calidad, piensa, mantendrá a la compañía en el negocio. Todo esto es válido en industrias de bienes y servicios. La calidad para el Gerente de Planta significa obtener las cifras resultantes y conocer las especificaciones. Su trabajo es también el mejoramiento continuo de los procesos y liderazgo³³.

Para Ishikawa el concepto de Calidad es muy parecido, ya que la Calidad del producto o servicio es la satisfacción de los requisitos de los consumidores de ese producto o servicio. Según sus palabras: Hacemos énfasis en la orientación hacia el cliente. Aquí,

³² JOSEPH M. JURAN Tomado de Juran: Manual de Control de Calidad, 4° Ed. McGraw Hill, 1988.

³³W. EDWARDS DEMING Deming: Fuera de la Crisis MIT, 1988

ha sido aceptado por los productores el pensar que le están haciendo al cliente un favor vendiéndoles sus productos. Esto lo llamamos un tipo de operación “por producto”. Lo que se propone es un sistema de “mercadeo interno”, en el que los requerimientos del cliente son analizados.

La American Society for Quality Control define la Calidad como la totalidad de funciones y características de un producto o servicio dirigidas a satisfacer las necesidades de un cierto usuario.

En los manuales de normas ISO (ISO 29004-2) se define la calidad como el conjunto de especificaciones y características de un determinado producto o servicio referidas a su capacidad de satisfacer las necesidades que se conocen o presuponen. Hasta aquí hemos visto lo que es la Calidad en el campo industrial. En lo referente al terreno sanitario, también ha ido evolucionando el concepto de Calidad. Existe una definición clásica (IOM 1972) que dice que una asistencia médica de Calidad es aquella que es efectiva en la mejora del nivel de salud y grado de satisfacción de la población, con los recursos que la sociedad y los individuos han elegido destinar a ella.

La OMS (1985) define que la Calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso.³⁴

Podríamos seguir dando definiciones, pero creemos como punto de partida para desarrollar un sistema de calidad en el ámbito sanitario, la definición más completa es la del Programa Ibérico, que define la Calidad de la atención sanitaria como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario. Esta

³⁴Artículo: "Calidad de la Atención de la Salud", publicado por Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

definición incluye dimensiones incuestionables en cualquier sistema de calidad (calidad científico-técnica, satisfacción y accesibilidad).

3.9 Importancia de la calidad en los servicios de salud

Para que la división de la calidad asistencial en sus dimensiones tenga sentido para muchos puntos de vista, cada dimensión debe reflejar valores que cuenten con un amplio respaldo social. A estos valores respaldados socialmente y respetados por todos se les denomina principios. Pues bien, una atención sanitaria de calidad implica tener en cuenta cuatro principios básicos³⁵:

Beneficencia.- Significa que hay que ser efectivos y se mide por la efectividad de la atención prestada.

No maleficencia. Significa que hay que evitar riesgos. Se mide por la calidad científicotécnica.

Autonomía. - Consiste en que una atención de calidad tiene que respetar en la medida de lo posible las preferencias del paciente, haciéndolo partícipe de las decisiones que le atañen. Este principio está muy relacionado con la información que recibe el paciente y la relación paciente-profesional, sin olvidar las cuestiones relativas al confort (todas ellas relacionadas con la satisfacción).

Justicia. - La atención de calidad debe ser equitativa, dando más al que más necesite, sin discriminar a nadie por sus características personales o por las de su enfermedad. La justicia se mide por la accesibilidad y equidad, especialmente si se focaliza en los grupos más vulnerables que son los que más necesidad tienen.

3.10 Sistemas de Calidad de Urgencias Médicas

Para trabajar con Calidad se necesita tener Cultura de Calidad³⁶. Los conocimientos los deben aportar la empresa, pero los comportamientos dependen de cada uno. A

³⁵Uniendo los principios que se evalúan en ISO 9001 y, más concretamente, la UNE EN ISO 9004, y el modelo EFQM.

³⁶Tratando de llegar a una definición precisa que involucre todos los aspectos que conlleva una cultura de calidad, vale la pena citar a Humberto Cantú con lo siguiente: "...Es el conjunto de valores y hábitos que posee una persona, que complementados con el uso de prácticas y herramientas de calidad en el

este nivel es importante el trabajo en equipo, ya que la calidad va a ser el resultado del trabajo de todos, pero es igual de importante la existencia del liderazgo directivo, entendiendo que el líder debe ser un facilitador, debe ayudar al profesional a trabajar cada vez mejor y, además, es fundamental que el líder sea un ejemplo para los demás, tanto de capacidad de trabajo como de comunicación y accesibilidad.

El diseño de un sistema de calidad de un determinado producto o servicio en el ámbito sanitario va a depender en esencia de nosotros mismos, es decir, tenemos que definir nuestro producto sanitario como la suma de dimensiones que hacen que la actividad sanitaria, en nuestro caso la asistencia urgente y emergente, solucione la enfermedad y los problemas de toda índole que de ella se derivan, con la participación de todos los miembros del equipo sanitario, asumiendo los principios de participación, mutua confianza e identificación con los objetivos de nuestro servicio, e incluyendo las características que ha de tener para que sea de calidad y para que después intentemos medirlas de forma directa o indirecta.

La atención que se propone al usuario debe ser óptima en todos los parámetros, desde que se lo recibe hasta el tratamiento que va a seguir, sin discriminar la condición social y económica³⁷.

Los centros hospitalarios que prestan servicios de salud deben mejorar su calidad, para ello es necesario conocer cuál es la expectativa que tiene el usuario en cuanto a la atención y a la calidad, esto permitirá medir el grado de aceptación que tienen hacia la población en general. Cuando se habla de satisfacción de los usuarios se deben considerar tres aspectos importantes, tales como: la organización (tiempo de espera), la atención recibida y el trato brindado por parte del personal que labora en el servicio de emergencia de forma eficaz, eficiente, y efectiva³⁸.

actuar diario, le permiten colaborar con su organización para afrontar los retos que se le presenten, en el cumplimiento de la misión de la organización...”

³⁷Díaz, L. (2010). Sistema de atención en el área de emergencia. Revista cubana de medicina intensiva y emergencias , 9(1).

³⁸Chang, M., Alemán, M., Cañizares, M., & Ibarra, A. (2011). Satisfacción de los pacientes con la atención médica. Cuba: Rev cubana med gen integr.

Se deben atender a los usuarios en estado crítico y cuidando de su salud en cualquiera de los niveles requeridos, especialmente en el Hospital Nacional Saldaña, donde la necesidad de estos servicios es frecuente; situación que implica un cambio de filosofía de todos los que laboran en esta institución.

Un indicador centinela es aquel que mide un hecho específico no deseable, evitable y de serias consecuencias, que requiere siempre una investigación detallada del caso para averiguar las causas que lo han desencadenado. Un ejemplo de indicador centinela en urgencias y emergencias sería el fallecimiento de un paciente en sala de espera de un servicio de urgencias tras conocer el motivo de consulta y haber sido objeto de una primera evaluación (triage³⁹).

3.11 Indicadores de la Calidad en Salud.

Los indicadores se diferencian también por los distintos sucesos que miden: estructura, proceso y resultado. Diversos autores, tanto anteriores como posteriores a Donabedian, han propuesto diferentes enfoques del control de calidad, Los indicadores puede dirigir la atención hacia aquellas áreas en las que puede encontrarse un problema.⁴⁰

En cuanto a evaluación de calidad se ha desarrollado un modelo propuesto por Donabedian los cuales son los siguientes; estructura, proceso, resultados.

3.11.1 Estructura

Es el conjunto de recursos humanos, materiales y financieros y su organización global, además consiste en la medida en que los recursos son empleados de manera adecuada para alcanzar resultados, incluye aspectos como:

Edificios: arquitectura de acuerdo con funciones y necesidades, habilitación y mantenimiento entre otros.

³⁹Se entiende por triage el “Proceso de categorización de lesionados basado en la urgencia de sus lesiones y la posibilidad de supervivencia”, diferente al criterio de atención en condiciones normales, en las que el lesionado más grave tiene prioridad sin tener en cuenta el pronóstico inmediato o a largo plazo.

⁴⁰Ibidem (39)

Recursos humanos: suficiencia y adecuación a las funciones y necesidades del centro y de la población asignada.

Recursos materiales: incluye elementos mobiliarios, equipamiento e insumos médicos.

Recursos financieros: se debe valorar tres enfoques los recursos humanos y materiales necesarios para realizar las actividades previstas y lograr los resultados esperados.

Según Salud y Desarrollo la evaluación no se considera un método directo de evaluación de la calidad si bien la estructura adecuada es necesaria y posibilita la ejecución de un proceso correcto para obtener un determinado resultado, no existe garantía suficiente de que sea así.⁴¹ Es decir que no existe una relación directa entre estructura y proceso, ya que en ocasiones sucede que hay centro de salud con peores indicadores estructurales realicen un mejor proceso por el esfuerzo y motivación de los profesionales.

3.11.2 Proceso

Es el conjunto de actividades que los profesionales realizan para el paciente además se refiere a toda interacción de proveedor y el cliente a cualquier actividad realizada para alcanzar un objetivo: el QUE se hace y el CÓMO se hace, todo lo que los profesionales hacen por los clientes y la habilidad con que lo hacen.

Dimensión técnica: corresponden los servicios a las necesidades de los beneficiarios.

Dimensión de las relaciones interpersonales: interacciones psicológicas y sociales entre los clientes y los proveedores de servicios.

Dimensión organizacional: la organización para la provisión de los servicios, continuidad, integridad entre otros. Los indicadores de procesos miden una determinada actividad realizada (asistencial, preventiva, de organización entre otras.),

⁴¹Salud y Desarrollo, Calidad de la Atención en salud, España 2006, pág. 11.

los mejores indicadores de proceso son los que están relacionados con los resultados que son comprobados.

Las ventajas de evaluar procesos son según Salud y Desarrollo⁴²:

La evaluación se realiza por los profesionales implicados en su mejora.

Representa un buen seguimiento de su actividad.

Detecta problemas remediables.

Es relativamente fácil de aplicar.

Está ligado al resultado de la estructura.

3.11.3 Resultado

Es el cambio del grado de salud del paciente y su grado de satisfacción ante la atención proporcionada. La aproximación más completa a la evaluación de la calidad asistencial es basada en los resultados, puesto que son los únicos directos, consiste en preguntarse si los resultados observados corresponden a los esperados, es decir, a los objetivos que la intervención se propuso alcanzar. La evaluación proporciona información sobre los servicios de salud (planificación y su gestión, adecuación del proceso), nivel de salud (indicadores de mortalidad y morbilidad, factores condicionantes de la salud), calidad de vida, satisfacción de los clientes y eficiencia de sistema. Las principales ventajas de evaluar los resultados es que se trata de un método directo, que refleja un proceso y puede ser evaluado por los profesionales implicados.

Aun no se ha logrado establecer con exactitud una manera de valorar el grado de saturación de un servicio de emergencia.

La saturación de los servicios de emergencia dificulta la atención adecuada de aquel usuario con condiciones salud en que el tiempo de inicio de su tratamiento es crucial o que su diagnóstico se vea retrasado; por lo tanto, esto se relaciona directamente con

⁴²Salud y Desarrollo, Calidad de la Atención en salud, España 2006, pág. 13.

morbimortalidad creciente, además podría favorecer el error humano, incrementar la mortalidad hospitalaria, e incrementar la estancia hospitalaria. También se reduce la satisfacción del usuario, aumentando su inconformidad, el número de quejas y a la larga, eleva el número de pacientes que abandonan el centro sin ser atendido.

Esta saturación, no solo afecta al usuario, sino también a los facultativos y el resto del personal de salud, desmotivándolos, con aumento en las cifras de Síndrome de burnout y además ejerciendo su profesión de una manera defensiva.

El creciente fenómeno de masificación lleva en numerosas ocasiones a un desequilibrio entre la demanda y los recursos, lo cual condiciona que los pacientes que acuden a un servicio de emergencia y no sean atendidos de forma inmediata. Este tiempo de espera que se genera puede empeorar el pronóstico de algunos estados clínicos que, en otras condiciones, se habrían beneficiado de una atención más rápida⁴³. La situación descrita, ha impulsado que en los últimos años se estén desarrollando sistemas de clasificación de los pacientes que buscan un ordenamiento de los mismos de forma más justa, es decir, que los pacientes que más lo necesitan sean valorados antes y los que puedan esperar sin riesgo puedan ser reevaluados durante su espera.

3.12 Calidad Asistencial.

El manual de calidad asistencial cita a Ángel Otero el cual propone una definición que recoge todas las dimensiones, “la provisión de servicios sanitarios adecuados al conocimiento, accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo y con el mínimo riesgo para los pacientes, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario.⁴⁴ El mismo concepto ya nos abre las puertas a hablar de las diferentes dimensiones de calidad asistencial, que es lo que hace posible convertir esta definición en instrumento operativo.

⁴³Ellbrant J, Åkeson J, Åkeson P. Pediatric Emergency Department Management Benefits From Appropriate Early Redirection of Nonurgent Visits. *PediatricEmergencyCare*. 2015 February; 31.

⁴⁴Servicios de Salud de Castilla-La Mancha, Manual de Calidad Asistencial, España, 2009, pág 71.

3.13 Dimensiones de la Calidad en salud.

La calidad tiene un concepto multidimensional según diversos autores; La Joint Commission of Accreditation of Healthcare plantea las dimensiones de la calidad desde dos puntos de vista:

1. Hacer las cosas correctas.
2. Hacer las cosas correctamente

Cada uno de los puntos de vista incluye diferentes dimensiones de la calidad.

Para Donabedian quien plantea en su artículo siete dimensiones:

Eficacia, Efectividad, Eficiencia, Optimización, Accesibilidad que incluye la relación profesional-paciente, las preferencias de los pacientes y la confortabilidad; Legitimidad y Equidad.

La calidad es un concepto integral y polifacético. Los expertos en calidad generalmente reconocen varias dimensiones diferentes de la calidad que varían en importancia según el contexto en el cual tiene lugar un esfuerzo de garantía de la misma. Las actividades pertinentes pueden encarar una o más variedades de dimensiones tales como: competencia profesional, acceso a los servicios, eficacia, satisfacción del cliente, aceptabilidad de los servicios, eficiencia, continuidad, seguridad o comodidades. Un problema de calidad puede tener más de una dimensión, y estas proporcionan un marco útil porque le sirven al equipo de salud para analizar y definir sus problemas y calcular la medida en la que cumplen con sus propias normas de programa.⁴⁵

3.13.1 Competencia profesional:

La competencia profesional se refiere a la capacidad y al desempeño de las funciones de los grupos de salud, del personal administrativo y del personal de apoyo. Por

⁴⁵Vanormelingen, K, Pineda, H. et al. La gerencia de calidad en salud. Ecuador: Ministerio de Salud Pública, 1994; 3-29

ejemplo, para que haya competencia profesional en los servicios prestados por los trabajadores de salud de una población, esa persona debe tener la capacidad y los conocimientos necesarios para realizar las tareas, lo que debe hacer en forma uniforme y precisa. La competencia administrativa profesional exige idoneidad en supervisión, capacitación y solución de problemas. Competencia profesional según OMS: Capacidad del profesional de utilizar plenamente sus conocimientos en su tarea de proporcionar salud y satisfacción a los usuarios. Se refiere a la función operacional y a la relacional, tanto del profesional sanitario como de la organización.⁴⁶ Se clasifican en dos tipos:

Competencias transversales: conjunto de conocimientos, aptitudes y habilidades que se ponen en práctica en un entorno laboral, y que se pueden generalizar en cualquier tipo de trabajo, no son específicas de una profesión.

Competencias técnicas: estas son propias de un tipo de trabajo concreto, son los conocimientos teóricos específicos que permiten desarrollar con éxito las tareas propias de una profesión.

3.12.2 Acceso a los Servicios:

El acceso implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención de salud. Esta dimensión de calidad comprende barreras de índole geográfica, económica, social, organizacional, cultural o lingüística. El acceso geográfico incluye los medios de transporte, la distancia, el tiempo de viaje y cualquier otra barrera física que impida al cliente recibir atención. El económico se refiere a la accesibilidad de los productos y servicios ofrecidos a los clientes. El social o cultural se relaciona con la aceptabilidad de los servicios ofrecidos, teniendo en cuenta los valores culturales y las actitudes locales. El organizacional se refiere a la medida en que la organización de servicio es conveniente para los posibles clientes; las horas de atención de las clínicas y los sistemas de turnos, el tiempo de espera y la modalidad

⁴⁶Varo, J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid: Díaz de Santos, 1993; 3-29.

de la presentación de servicios son ejemplos de cómo las organizaciones de estos últimos pueden crear barreras para el uso de los mismos. Por ello la accesibilidad es la facilidad con que se obtienen, en cualquier momento, los servicios médicos a pesar de las barreras antes mencionadas, además de considerar la posibilidad de obtener los servicios en el lugar y momento que lo necesita, en suficiente cantidad y a un coste razonable. Incluye el proceso sistemático de información acerca de cómo obtener la asistencia médica.⁴⁷

3.13.3 Disponibilidad:

Grado en que los servicios sanitarios se hallan en estado operativo. Como regla general, los cuidados médicos deben estar disponibles cuando se necesiten durante el ciclo de vida del paciente y cuando surja cualquier necesidad.⁴⁸

3.13.4 Calidad científico-técnica:

Grado de aplicación de los conocimientos y tecnología médicos disponibles.

3.13.5 Eficacia:

La calidad de los servicios de salud depende de la eficacia de las normas de presentación de servicios y de la orientación clínica. La evaluación de la eficacia es una dimensión importante en la calidad en el ámbito central donde se define las normas y especificaciones⁴⁹

3.13.6 Aceptabilidad

Incluye dos dimensiones:

Satisfacción del cliente

Grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y los resultados de la misma. Incluye la satisfacción con la organización, la asistencia recibida, los profesionales y los resultados de la atención sanitaria. La dimensión de

⁴⁷Ibidem (45)

⁴⁸ Ibidem (45)

⁴⁹Ibidem (45)

satisfacción del usuario se refiere a la relación entre proveedores y clientes, entre administradores y proveedores de servicios de salud y entre el equipo de servicios de salud y la comunidad. Las buenas relaciones interpersonales contribuyen a la eficacia de la asesoría prestada en materia de salud y al establecimiento de una buena relación general de los pacientes. Dicha relaciones son las que producen confianza y credibilidad, y se demuestran por medio del respeto la confidencialidad, la cortesía, la comprensión y compenetración⁵⁰

Cooperación del paciente: Grado en que el paciente cumple el plan de atención. Depende de la relación que se establece entre el paciente y el profesional. Es un componente de gran importancia en la atención médica ambulatoria.

La manera de escuchar y comunicarse: Es también un aspecto importante. 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.

3.13.7 Eficiencia:

Relación entre el impacto real de un servicio y su coste de producción.

La eficiencia de los servicios de salud es una dimensión importante en la calidad dado que los recursos de atención de salud son generalmente limitados. Los servicios eficientes son los que suministran atención más óptima al paciente y a la comunidad, es decir, suministran el mayor beneficio dentro de los recursos con los que se cuenta. La eficiencia exige que los proveedores de salud eviten suministrar atención innecesaria o inapropiada y que la atención deficiente que se da como resultado de normas inefectivas se minimice o se elimine. La atención deficiente, además de ocasionar riesgos innecesarios e incomodidades al paciente, a menudo es cara y toma mucho tiempo corregirla. Dos maneras de mejorar la calidad serian eliminar el derroche y evitar los errores al mismo tiempo en que reducen los costos.⁵¹

⁵⁰Ibidem (45)

⁵¹Ibidem (45)

3.13.8 Continuidad:

Tratamiento del paciente como un todo en un sistema de atención integrado. La continuidad implica que el cliente puede recibir la serie completa en servicio de salud que necesita sin interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento. Los servicios deben ofrecerse en forma constante. Además, el cliente debe tener acceso a la atención rutinaria y preventiva de un proveedor que conozca su historia clínica para poder derivarlo oportunamente a servicios especializados, cuando corresponda.

3.13.9 Seguridad:

La seguridad, como dimensión de calidad, implica la reducción de riesgos, infecciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de los servicios. La seguridad constituye una preocupación de todos los miembros del grupo de salud, así como la del paciente. El sistema de salud tiene la responsabilidad de asegurar que los servicios se presten con un mínimo de riesgo. Balance positivo de la relación beneficios/riesgos.

3.13.10 Comodidades:

Las comodidades se refieren a las características de los servicios de salud que no están directamente relacionadas con la eficacia clínica, pero que acrecientan la satisfacción del cliente y su deseo de volver al establecimiento para recibir atención médica en el futuro. Las comodidades también son importantes porque pueden influir en las expectativas que tienen el paciente y la confianza que se siente con relación a otros aspectos del servicio o producto. Las comodidades a menudo se relacionan con el aspecto físico del establecimiento, el personal y los materiales; así como las comodidades físicas, la limpieza y la privacidad.⁵²

Healy nos facilita la tarea definiendo la evaluación de la calidad como la comparación de una situación previamente determinada como deseable, con la realidad, el análisis

⁵²Ibidem (45)

de los motivos de discrepancia y la sugerencia de los cambios necesarios para evitarla, comprobando posteriormente su eficacia.⁵³

3.13. 11 Motivaciones para la Calidad de la Atención.

Aspectos éticos:

Cabe reseñar que todas las profesiones sanitarias se fundamentan en actuar de forma adecuada para satisfacer las necesidades de cada individuo al que atiende. Por lo tanto, es preciso analizar cuánto ha sido, en términos reales, el beneficio alcanzado para cada grupo de individuos asistidos.⁵⁴

3.14 Marco Legal de la Calidad

El marco legal y normativo de la calidad se fundamenta principalmente en la declaración de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S. 1983)

La O.M.S. en el libro "Metas de salud para todos en el año 2000" señala en la Meta 31 "Todos los estados miembros tienen que haber estructurado para 1990 mecanismos que garanticen efectivamente la calidad de la atención al paciente en sus propios sistemas de salud".⁵⁵

3.14.1 Marco Jurídico. Constitución de la República de El Salvador

Art. 1 de la Constitución de 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;

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

⁵³Vuori H. Control de calidad de los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Barcelona: Masson SG, 1989; 37-6

⁵⁴Temes, JL. Los profesionales sanitarios, presente y futuro. Todo hospital 1989; 56: 18-21

⁵⁵Udaondo, M. Gestión de calidad. Madrid: Díaz de Santos, 1992; 1-63

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

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

3.14.2 Código de Salud

Art. 40. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 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.

Entre las principales atribuciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social están:

Orientar la política gubernamental en materia de Salud Pública y Asistencia Social;

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

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

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

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

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

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

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

Nivel Superior: está conformado por el MINSAL en sus áreas directivas.

Nivel Regional: conformado por las 5 direcciones regionales de salud y por los hospitales de tercer nivel de atención de salud.

Nivel local: conformado por los hospitales nacionales generales y regionales, así como las unidades comunitarias, puestos y casas de salud.

Así mismo se dispone herramientas como algunas guías de práctica clínica hospitalaria y guías técnicas de mejora continua de la calidad.

3.15 Calidad en los Hospitales.

El programa de calidad de un servicio clínico debe enmarcarse en el plan estratégico de calidad del hospital, se fundamenta en tres pilares esenciales:

Calidad Científico-Técnica o Física: Asistencia que el paciente realmente está recibiendo. Representa el punto de vista de los profesionales basándose en evidencias científicas

Calidad Funcional o Interactiva: Cómo se produce la interacción paciente y profesional.

Calidad Corporativa: La imagen que los pacientes, los profesionales y aún la población general, tienen de ese servicio/hospital.

3.15.1 Gestión de Servicios de Calidad en los Hospitales.

La gestión es el proceso emprendido por una o más personas para coordinar actividades laborales de otras personas con la finalidad de lograr resultados de alta calidad que cualquier otra persona trabajando sola, no podría alcanzar. Comprende determinadas funciones y actividades laborales que los gestores deben llevar a cabo

a fin de lograr los objetivos de la empresa. En la gestión los directivos utilizan ciertos principios que les sirven de guía en este proceso. El proceso de gestión se considera integrado por las funciones de planificar, organizar y controlar que se vinculan entre sí con la función de liderar. Según Deming, los gestores han de ser los líderes que marcan el camino para mejorar la calidad de los productos o servicios mediante el esfuerzo de los trabajadores.

Importancia de la Calidad en los Hospitales.

En las instituciones hospitalarias, la aplicación de la mejora continua de la calidad tiene importancia relevante. El Ministerio de Salud, en adelante MINSAL a través de la Dirección Nacional de Hospitales, y en coordinación con la Dirección del Primer Nivel de Atención ha definido el desarrollo del Modelo de Mejora Continua de la Calidad, para implementar el Sistema de Gestión de Calidad en los procesos de atención que se desarrollan en los establecimientos de las Redes Integrales e Integradas de los Servicios de Salud, basado en una de las principales apuestas estratégicas descritas en el documento *Plan Quinquenal de Desarrollo 2010-2014*, en cual se describe: “Constituir un sector público responsable, eficiente, eficaz, moderno, desconcentrado y descentralizado que brinde a la población servicios de Calidad; que disponga de los recursos suficientes para cumplir de forma adecuada y que cuente con un sistema de rendición de cuentas diligentes y transparente”.

Es también de importancia mencionar el compromiso del gobierno con el cumplimiento de la *Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública*, la cual promueve el establecimiento de un enfoque común acerca de las nociones de calidad en la gestión pública, a partir del cual se adopte un conjunto de principios y orientaciones que sirvan de referencia para la formulación de políticas, planes, modelos y mecanismos que permitan la mejora continua de la calidad de su gestión pública. Cabe también mencionar de igual importancia la *Política Nacional de Salud 2009-2014*, específicamente en las siguientes estrategias: N° 2 Rectoría y formulación de política y planes de salud, N° 6: Sistema de información estratégica y de calidad, como

instrumento para tomar decisiones basadas en la evidencia, N° 8: Prestaciones de la red de servicios, N° 9: Política Hospitalaria y N° 18: Desarrollo de recursos humanos.

3.15.2 Modelo SERVQUAL.

Modelo para medir la Calidad en los Servicios de Salud.

El modelo Servqual se publicó por primera vez en el año 1988, y ha experimentado numerosas mejoras y revisiones desde entonces. El modelo Servqual es una técnica de investigación comercial, que permite realizar la medición de la calidad del servicio, conocer las expectativas de los clientes, y cómo ellos aprecian el servicio.

Este modelo permite analizar aspectos cuantitativos y cualitativos de los clientes. Permite conocer factores incontrolables e impredecibles. El Servqual proporciona información detallada sobre; opiniones del cliente sobre el servicio de las empresas, comentarios y sugerencias de los clientes de mejoras en ciertos factores, impresiones de los empleados con respecto a la expectativa y percepción de los clientes.

La Herramienta SERVQUAL; misma que fue desarrollada por Zeithaml, Parasuraman y Berry (1993) donde se evalúan los factores claves para determinar la calidad del servicio prestado.⁵⁶ Estableciendo que el cliente espera un servicio (expectativa) y supone recibirá, consciente o inconscientemente evalúa ciertas características (dimensiones del servicio) durante la prestación del mismo, lo que le permite tener impresiones al respecto (percepción) y emite un juicio una vez terminado éste.

Por esto mismo, SERVQUAL, es una de las principales fuentes de información para que las empresas de servicios conozcan el nivel de satisfacción de sus clientes, ubicar áreas de oportunidad y proponer y/o implementar mejoras para tener clientes satisfechos la satisfacción del cliente es lo más importante para las empresas razón por la cual han empezado a buscar la manera de cómo ir creciendo en ese aspecto,

⁵⁶Vuori H. Control de calidad de los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Barcelona: Masson SG, 1989; 37-61.

brindando un servicio de calidad para estar a la vanguardia con las demás empresas y conservar a los clientes.⁵⁷

Modelo SERVQUAL identifica cinco dimensiones básicas que caracterizan a un servicio las cuales son medidas mediante un cuestionario de 22 preguntas. Estas preguntas permiten conocer las deficiencias de calidad en los servicios.

El cuestionario consta de tres secciones:

En la primera se interroga al usuario sobre las expectativas que tiene acerca de lo que un servicio determinado debe ser. Esto se hace mediante 22 respuestas en las que el usuario debe situar, en una escala de 1 a 5 (escala de Likert), el grado de expectativa para cada una de dichas respuestas.

En la segunda, se recoge la percepción del cliente respecto al servicio que presta la empresa. Es decir, hasta qué punto considera que la empresa posee las características descritas en cada declaración.

Finalmente, otra sección, situada entre las dos anteriores, cuantifica la evaluación de los clientes respecto a la importancia relativa de los cinco criterios, lo que permite ponderar las puntuaciones obtenidas.

A través de estudios diversas fuentes y criterios de partida se llegaron a fijar unos indicadores que fijan o miden los distintos puntos básicos para el cálculo de la calidad de los servicios en las distintas etapas. Estos indicadores se conocen como indicadores de dimensionamiento de la calidad y se relacionan a continuación: Aspectos o elementos tangibles, Fiabilidad, Sensibilidad o capacidad de respuesta, Seguridad y Empatía. Del análisis de los resultados del cuestionario SERVQUAL se obtiene un índice de Calidad del Servicio y en base al mismo se podrá a determinar lo cerca o lejos que los clientes se encuentran respecto a la satisfacción del servicio

⁵⁷Vuori, H. Introducción a la calidad. En: Marquet, R. Garantía de calidad en atención primaria de salud. Monografías clínicas en Atención Primaria. Barcelona: Doyma, 1993; 1-6

recibido. Este método es una excelente herramienta para que las empresas revisen la percepción de los clientes respecto al servicio que prestan.⁵⁸

El MODELO SERVQUAL se creó en principio para tratar de medir la desviación que hay entre las expectativas del cliente al hacer uso de un determinado servicio, normalmente del sector terciario y lo que percibe que recibe. Las expectativas del cliente están formadas además de las necesidades personales, por posibles experiencias del pasado, por lo que le ha llegado a través de comunicaciones externas (publicidad) y por lo que le han contado. También se obtiene una calificación de la calidad del servicio: El Índice de Calidad del Servicio (ISC): Lo que desean los consumidores, lo que encuentran los consumidores. Las lagunas de insatisfacción, ordena los defectos de calidad. El SERVQUAL es el método de medición más usado en la calidad.⁵⁹

A través de estudios diversas fuentes y criterios de partida se llegaron a fijar unos indicadores que fijan o miden los distintos puntos básicos para el cálculo de la calidad de los servicios en las distintas etapas. Estos indicadores se conocen como indicadores de dimensionamiento de la calidad y se relacionan a continuación:

1. **Fiabilidad:** Se refiere a la habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa. Es decir, que la empresa cumple con sus promesas, sobre entregas, suministro del servicio, solución de problemas y fijación de precios.
2. **Sensibilidad:** Es la disposición para ayudar a los usuarios y para prestarles un servicio rápido y adecuado. Se refiere a la atención y prontitud al tratar las solicitudes, responder preguntas y quejas de los clientes, y solucionar problemas.
3. **Seguridad:** Es el conocimiento y atención de los empleados y sus habilidades para inspirar credibilidad y confianza.
4. **Empatía:** Se refiere al nivel de atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes. Se debe transmitir por medio de un servicio

⁵⁸ Ibídem (59)

⁵⁹ Ibidem (58)

personalizado o adaptado al gusto del cliente.

5. Elementos tangibles: Es la apariencia física, instalaciones físicas, como la infraestructura, equipos, materiales, personal.

Del análisis de los resultados del cuestionario SERVQUAL se obtiene un índice de Calidad del Servicio y con base al mismo se podrá a determinar lo cerca o lejos que los clientes se encuentran respecto a la satisfacción del servicio recibido. Este método es una excelente herramienta para que las empresas revisen la percepción de los clientes respecto al servicio que prestan. EL Modelo SERVQUAL se creó en principio para tratar de medir la desviación que hay entre las expectativas del cliente al hacer uso de un determinado servicio.

La calidad de la atención en organizaciones que presta servicios en salud, ha sido interpretada de diferentes maneras, pero se ha definido que el aspecto clave son los niveles de satisfacción de los usuarios; este es el indicador que más se ha usado para evaluar la atención en estos servicios. La encuesta SERVQUAL fue diseñada por su validez y confiabilidad, y hasta el momento ha sido la herramienta que más se ha utilizado para medir la calidad de la atención en las empresas de servicios de salud. Esta encuesta ha sido utilizada en diferentes servicios de salud. Todo esto para que la encuesta tenga una mayor efectividad y confiabilidad se hace preciso conocer las necesidades y expectativas de los usuarios e identificar las principales actividades del proceso de atención en el área de salud.

Por otra parte, el modelo SERVQUAL de Calidad de Servicio indica la línea a seguir para mejorar la calidad de un servicio. Fundamentalmente, consiste en reducir determinadas discrepancias. En primer lugar, se asume la existencia de cinco deficiencias en el servicio. De este modo, se denomina deficiencia 5 a la percibida por los clientes en la calidad de los servicios. En otras palabras, esta deficiencia representa la discrepancia existente, desde el punto de vista del cliente, entre el servicio esperado y el servicio recibido. Se trata de la deficiencia fundamental ya que define la calidad del servicio. Con relación a las otras cuatro deficiencias puntadas en el Modelo SERVQUAL de Calidad de Servicio, se refieren al ámbito interno de la organización y serán las responsables de la aparición de la deficiencia.

IV. DISEÑO METODOLOGICO

4.1 Tipo de Estudio:

Evaluación interna, documental, y de campo, a nivel explicativo con enfoque cuantitativo. Interna por que se utilizó información de la institución. Documental porque se hizo uso de normativas, manuales u otra información institucional y De Campo porque se presentó mediante la manipulación de una variable externa no comprobada. A nivel Explicativo por que buscó las causas que sustentan el resultado. Enfoque cuantitativo porque la medición de los resultados fue en porcentajes de respuestas.

4.2 Universo:

Como usuario interno, el personal de salud del servicio de emergencia de atención directa estuvo constituido por 1 médico ginecólogo por turno, 1 medico de medicina interna, 1 médico cirujano, 1 médico pediatra, 1 medico neumólogo, 1 jefe de residentes, 1 jefe de servicio, que sumaron 7 recursos médicos. Los recursos de enfermería estuvieron compuestos por 1 jefa de enfermería, 2 licenciadas en enfermería, 4 tecnólogas y 12 auxiliares de enfermería, totalizando 26 recursos. Como usuario externo, todos los usuarios externos que se van de alta de la Unidad de Emergencia, los que tuvieron un promedio de 217 atenciones al mes.

4.3 Muestra:

Para calcular la muestra de los pacientes atendidos se utilizó el método probabilístico aplicando la fórmula de población finita, detallada a continuación:

$$n = \frac{(Z)^2 \times P \times Q \times N}{(N-1) + (Z)^2 \times P \times Q}$$

Dónde:

n: Tamaño de la muestra

N: Tamaño de la población

Z: Criterio de coeficiente de confianza = 1.96

P: Proporción de que ocurra el evento =0.5

Q: Proporción de que no ocurra el evento =0.5

E: Error de muestra = 0.05

Sustituyendo valores: $n=(Z)^2 \times P \times Q \times N$

$$\frac{(N-1)(E)^2 + Z^2 \times P \times Q}{}$$

$$n= \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 217}{}$$

$$(217-1)(0.05)^2 + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5$$

$$n= \frac{(3.8416) \times 0.25 \times 217}{}$$

$$(216)(0.0025) + (3.84) \times 0.25$$

$$n= \underline{208.40}$$

1.5

n =138 138 usuarios externos.

De los usuarios internos se tomaron en cuenta los 26 recursos del personal de enfermería y de los representantes de las especialidades médicas. Pero participaron únicamente 24, ya que jefe médico del servicio y jefa de enfermería colaboraron de manera profesional en la autorización del estudio y no consideraron oportuno participar para no generar sesgo en el estudio realizado en el servicio que administran.

4.4 Unidad de Observación:

La Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Dr. José Antonio Saldaña”

4.5 Unidad de Análisis:

Pacientes atendidos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Dr. José Antonio Saldaña”

4.6 Fuente de Información:

A. **Primaria:** Personal de salud del Servicio de Emergencia, usuarios internos y externos del Servicio de Emergencia del Hospital.

Técnicas:

La Encuesta: Proporcionó información de los usuarios, sus opiniones, conocimientos y sugerencias para la atención en el área de Emergencia.

Cuestionario SERVQUAL: El cual constó de 31 preguntas en las cuales se trata de abordar la percepción del paciente en relación a cada una de las dimensiones evaluadas de la siguiente forma: Elementos tangibles, Fiabilidad, Capacidad de respuesta, Seguridad y Empatía. En cada uno de los ítems el usuario otorgó un puntaje según la escala de Likert, de la siguiente forma: Muy de acuerdo: 5, Algo de acuerdo: 4, Ni de acuerdo, ni en desacuerdo: 3, Algo en desacuerdo: 2, Muy en desacuerdo: 1

La percepción de las pacientes ingresadas fue evaluada por medio de la herramienta validada SERVQUAL. En sus dimensiones:

Fiabilidad: Habilidad para realizar el servicio de modo cuidadoso y fiable.

Capacidad de respuesta: Disposición y voluntad para ayudar a las usuarias y proporcionar un servicio rápido.

Seguridad: Conocimientos y atención mostrados por los empleados y sus habilidades para dar credibilidad y confianza que es necesaria para la atención de calidad.

Empatía: Atención personalizada que brinda la organización a sus clientes.

Elementos tangibles: Apariencia de las instalaciones físicas, equipo, personal y materiales de comunicación.

De esta forma, el modelo SERVQUAL de Calidad de Servicio permitió disponer de puntuaciones sobre percepción y expectativas respecto a cada característica del servicio que se evaluó.

B. Secundarias:

La fuente de carácter secundario estuvo constituida por Información obtenida previamente y recolectada por otros: expedientes clínicos, registros estadísticos, libros, informes oficiales, internet, Libros de control de pacientes, referencias y retornos, información del sistema en línea.

Grupo Seleccionado:

Pacientes mayores de edad atendidas en el Servicio de Emergencia, con al menos 1 día de estancia hospitalaria

4.7 Consideraciones éticas del estudio:

El estudio se sometió a consideración de la Dirección del establecimiento para obtener la aprobación de su realización. A los pacientes atendidos se les explicó sobre los beneficios para mejorar la atención en la Unidad de Emergencia del hospital; que los datos serían confidenciales y anónimos respetando los principios de la Bioética; y que no se afectaba el proceso de la atención en ningún momento.

La investigación se realizó previa autorización por las autoridades del hospital; durante la recolección de la información, los participantes tuvieron la libertad de decidir con respecto a proporcionar la información solicitada y se les respetó la decisión de participar o no en la investigación. Se elaboró una solicitud de permiso a las autoridades del hospital para la autorización de la recolección de la información la cual fue entregada una copia a los jefes del servicio e informantes claves. Se entregó el perfil al Comité de Ética Institucional para su proceso de aprobación.

Consentimiento informado para los informantes clave:

Se hizo saber el objetivo, derechos y el deber de dar información veraz de la investigación, al encontrarse de acuerdo firmó el consentimiento, elaborado por el grupo investigador de acuerdo a principios básicos de ética. (ver anexo)

Principio de autonomía:

Los informantes claves tuvieron la libertad de decisión con respecto a proporcionar la información.

Respeto a la persona:

Los informantes fueron respetados independientemente de la decisión tomada con respecto a participar o no en la investigación.

Beneficencia y no-maleficencia:

Con la investigación se logró obtener información la cual ayudó a la mejora de la calidad de atención de los usuarios, en donde el beneficiario directo es el usuario externo que recibe el servicio.

Confidencialidad.

Los nombres de informantes se han mantenido en anónimo y los resultados de la investigación son socializados con las autoridades del hospital y de la Escuela de Posgrados de la Universidad Nacional de El Salvador.

4.8 Criterios de inclusión

Usuarios que fueron atendidos en área de Emergencia en el Hospital Nacional Saldaña y participaron voluntariamente.

4.9 Criterios de exclusión

Se excluyeron a 2 usuarios internos del servicio de emergencia, debido a que la jefatura no realizó la encuesta a pesar que se les hizo la amable invitación, es por eso que la población entrevistada no fueron 26 usuarios internos, es decir que la muestra quedo con un total de 24 usuarios internos.

Pacientes que presentaron las siguientes condiciones:

- Sedación y analgesia potente con disminución del estado de conciencia.

Afectación del estado de conciencia por sustancias adictivas

- Falta de comprensión lingüística (Extranjeros).
- Analfabetismo.

Para la realización de este estudio se solicitó autorización a la Dirección del hospital para realizar el trabajo de tesis en las instalaciones del Hospital Nacional “Dr. José Antonio Saldaña”. Se trabajó con usuarios externos en el área del Servicio de Emergencia durante los meses de febrero a septiembre del 2019. Para la tabulación y análisis de datos, se realizaron tres tipos de procesos: el Análisis de contenido de documentos, el Análisis de procesos y la Clasificación de las opiniones de los usuarios.

4.10 Procesamiento de los datos

Los datos fueron procesados por medio de tablas de frecuencias y porcentajes, utilizando Epi-Info y gráficos utilizando el programa Excel.

Variables del estudio:

Estructura

- Disponibilidad de recursos para la atención
- Proceso de atención en la Unidad de Emergencia
- Demanda de atención en salud
- Accesibilidad

Resultado

- Satisfacción de los usuarios
- Recuperación del paciente.
- Tiempo de atención.
- Horarios de atención.

Proceso

- Integralidad
- Continuidad
- Comodidad
- Relaciones interpersonales

4.11 MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición operacional	Indicadores	Valores	Escala
Disponibilidad	Grado en el cual los servicios de atención que se brindan en la Unidad de Emergencia se hallan en estado operativo.	Recursos necesarios y disponibles para brindar la atención en Unidad de Emergencia	Adecuado Inadecuado	80% Excelente Buena Regular Malo
		Horario de Atención Asignado. Hora de inicio turno. Hora de finalización turno.	Adecuado Inadecuado	80% Excelente. Buena. Regular. Malo.
		Disponibilidad de equipo para la Unidad de Emergencia (comparado con la norma)	Adecuado Inadecuado	Cumple arriba del 75% No cumple arriba del 75%
		Medicamentos e Insumos. Médicos disponibles para actos médicos en Unidad de Emergencia	Cumple No cumple	Abastecidos arriba del 80% desabastecidos abajo del 80%
Accesibilidad	Es la facilidad con que se obtienen los servicios médicos en cualquier momento, a pesar de posibles barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales.	Distancia en llegar. Disponibilidad de transporte.	Adecuada Inadecuado	Excelente. Buena. Regular. Malo. (tiempo)
		Económicas. Gasto de transporte y permanencia en la Unidad de Emergencia	Adecuada Inadecuada	Medio de transporte .

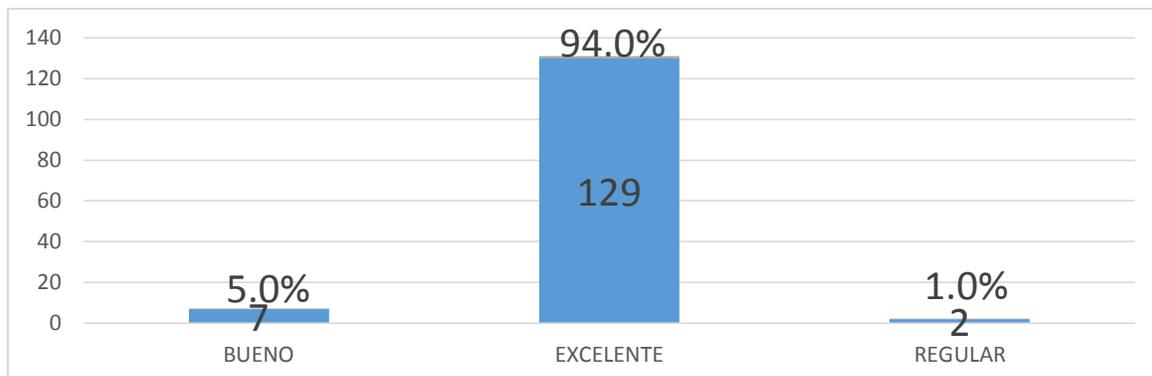
Variable	Definición operacional	Indicadores	Valores	Escala
Calidad técnica y Calidad humana	Carga científica – técnica de los procesos diagnósticos y terapéuticos de los recursos humanos.	Integralidad (Leyes, Guías de Manejo, Protocolos)	Si se cumplen	Arriba del 80%
			No se cumplen	Abajo del 80%
	Continuidad (Cumplimiento protocolos de atención)	Si se cumplen	Arriba del 80%	
		No se cumplen	Abajo del 80%	
La interacción entre el entorno físico – humano y el cliente en los procesos de atención que se brindan en la Unidad de Emergencia	Relaciones Interpersonales (Relaciones entre personal del área y usuarias de los servicios)	Satisfactorio	Arriba del 80%	
		No satisfactorio	Abajo del 80%	
	Comodidades (Condiciones de comodidad que se ofrecen en Unidad de Emergencia a los usuarios externos e internos)	Satisfactorio	Arriba del 80%	
		No satisfactorio	Abajo del 80%	

Variable	Definición operacional	Indicadores	Valores	Escala
Eficacia	Cumplir con éxito las necesidades de las usuarias que son atendidas en Unidad de Emergencia del Hospital	Satisfacción de las Usuarias (Nivel de aceptación con el servicio, el trato recibido y las condiciones de comodidad).	Adecuada	Arriba del 80%
			Inadecuada	Abajo del 80%
		Mejora o Recuperación de las Pacientes (La mejoría de los síntomas con el manejo clínico recibido, conocimiento sobre la enfermedad).	Adecuada	Arriba del 80%
			Inadecuada	Abajo del 80%
		Tiempo de Espera (Demoras de tiempo para recibir la atención, Atrasos en la consulta, causas de atraso).	Adecuada	Arriba del 80%
			Inadecuado	Abajo del 80%

		<p>Disponibilidad de medicamentos.</p> <p>Actitud del personal ante los problemas del paciente.</p> <p>Grado de comprensión del profesional ante los pacientes.</p> <p>Grado de empatía del profesional.</p> <p>Nivel de confianza de los usuarios.</p> <p>Grado de credibilidad del personal</p> <p>Grado de disponibilidad del servicio.</p> <p>Nivel de orientación a pacientes y familia.</p> <p>Disponibilidad de tiempo del profesional para atender al paciente.</p> <p>Medida de solución de los problemas de salud del paciente.</p> <p>Comunicación efectiva entre paciente y personal.</p> <p>Nivel de confianza del paciente en el/la profesional.</p> <p>Apariencia física de las instalaciones.</p> <p>Apariencia del personal.</p>			
--	--	---	--	--	--

IV. RESULTADOS

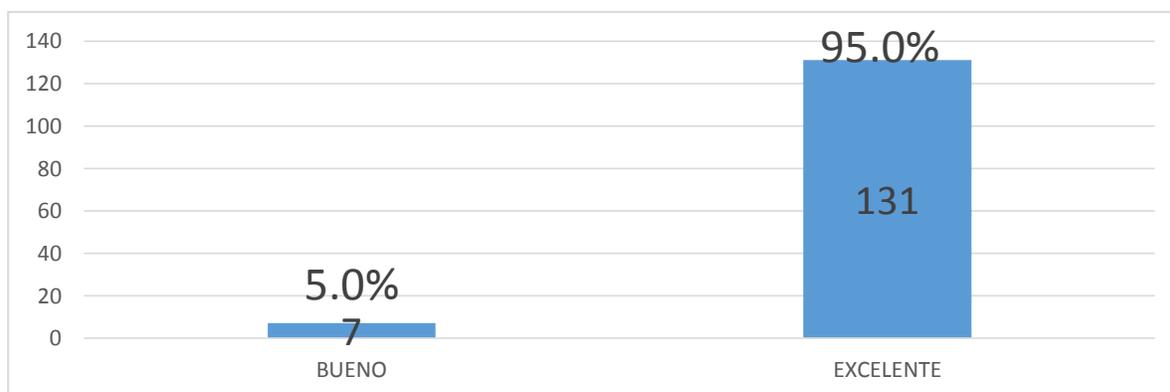
Grafico N°1: DISPONIBILIDAD DE TIEMPOS DE ATENCIÓN



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios externos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional "Dr. José Antonio Saldaña" san salvador, febrero a septiembre 2019.

Según los resultados obtenidos 94.0%(129) se puede decir que los horarios de atención asignados son adecuados, el 5.0%(7) afirma que es bueno y el 1.0% afirma que es regular (2).

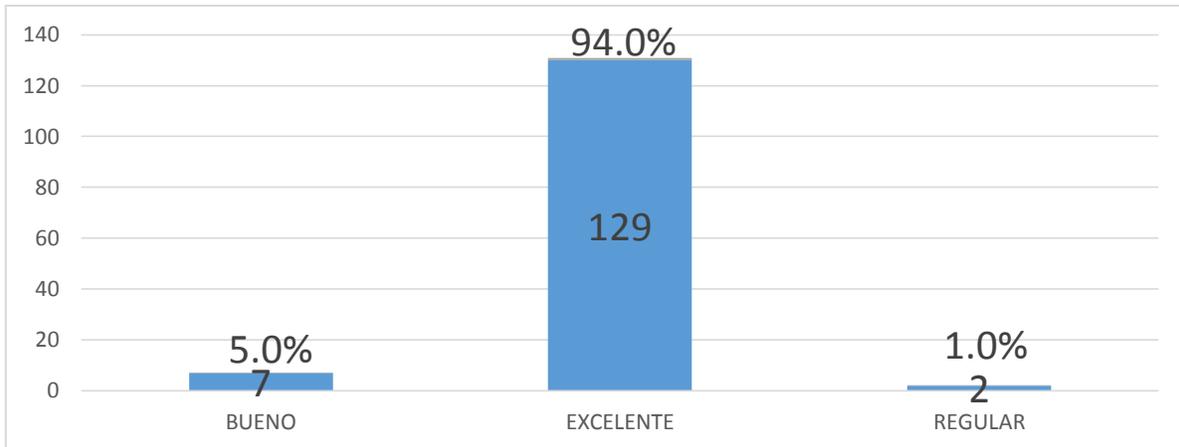
Gráfico N° 2. HORARIOS DE ATENCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios externos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional "Dr. José Antonio Saldaña" san salvador, febrero a septiembre 2019.

Según los resultados obtenidos el 95.0%(131) obtuvo que los horarios de atención asignados, hora de inicio y finalización de turnos son adecuados y solo 5.0 %(7) de la población no está de acuerdo con el horario de atención en el servicio de observación.

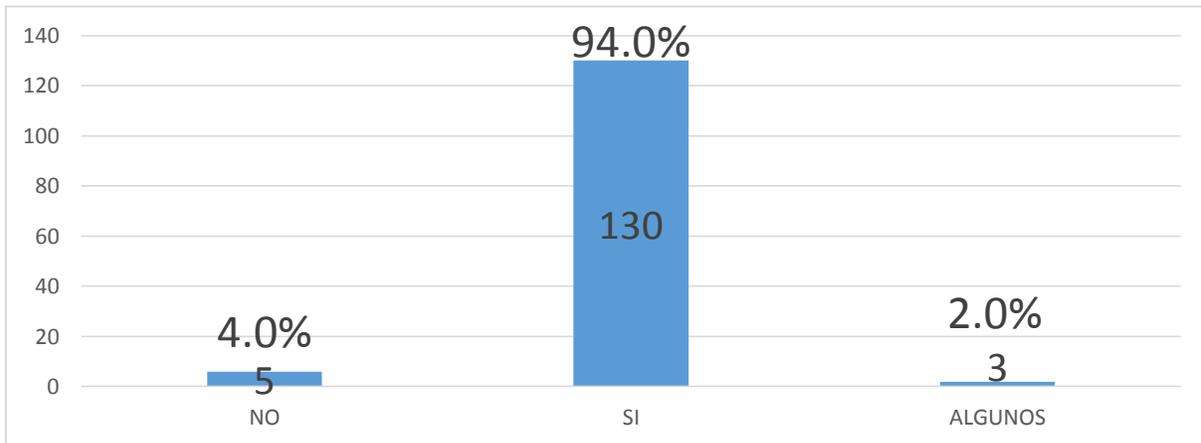
Gráfico N°3: DISPONIBILIDAD DE EQUIPO E INSUMOS



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios externos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Dr. José Antonio Saldaña” san salvador, febrero a septiembre 2019.

Según los resultados obtenidos el 94.0%(129) considera que cumplen con la disponibilidad de equipo e insumos y es el adecuado pero el 5.0%(7) considera que es bueno y solo un 1.0 % (2) expresó que es regular.

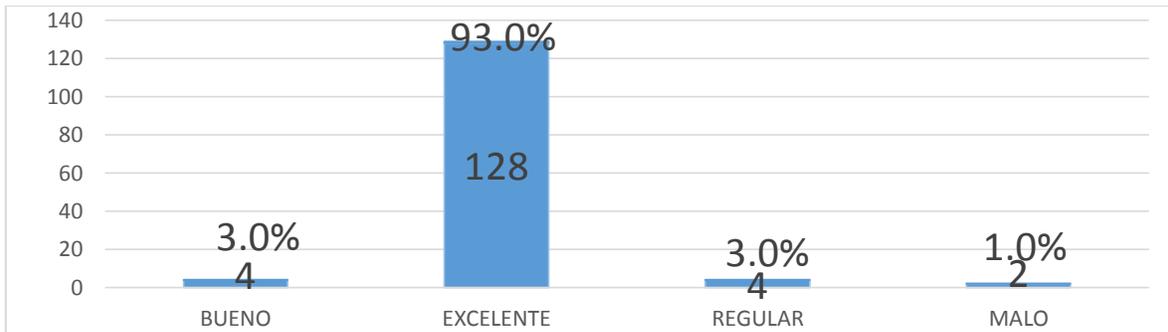
Gráfico N°4: PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios externos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Dr. José Antonio Saldaña” san salvador, febrero a septiembre 2019.

Según los resultados obtenidos con un 94.0% (130) de la población el medicamento prescrito por los médicos si cumplen con el abastecimiento en la farmacia del hospital. Mientras tanto un 4.0% (5) de los usuarios en el hospital y solo un 2.0% (3) expresaron que algunos medicamentos si se encontraban en la farmacia.

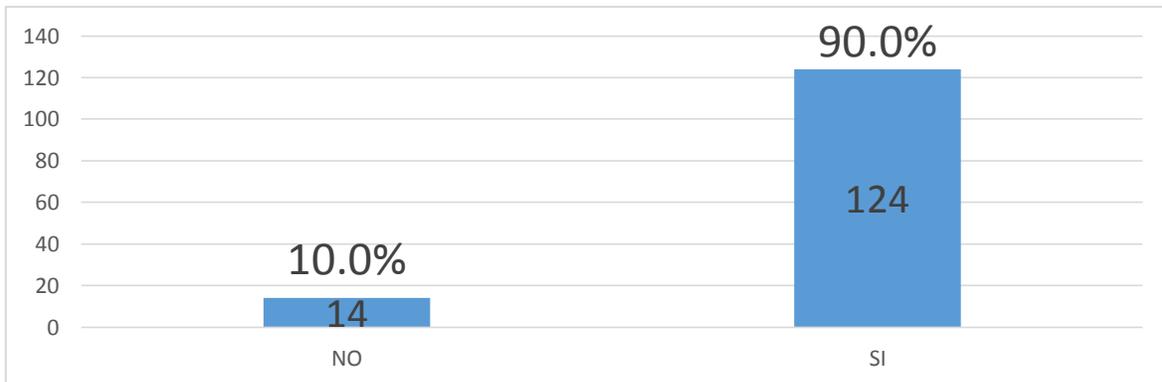
Gráfico N°5: DISPONIBILIDAD DE PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios externos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional "Dr. José Antonio Saldaña" san salvador, febrero a septiembre 2019.

La cantidad de personal Médico y de Enfermería contratado en el hospital es adecuada para la población, el 93%(128), cumpliendo con los recursos necesarios para brindar la atención en la unidad de emergencia. Únicamente un 3.0%(4) de los usuarios entrevistados se dirigieron a la opción de regular y bueno 3.0% (4) con respecto a la cantidad de personal contratado y el 1.0% (2) expreso que el personal médico era malo.

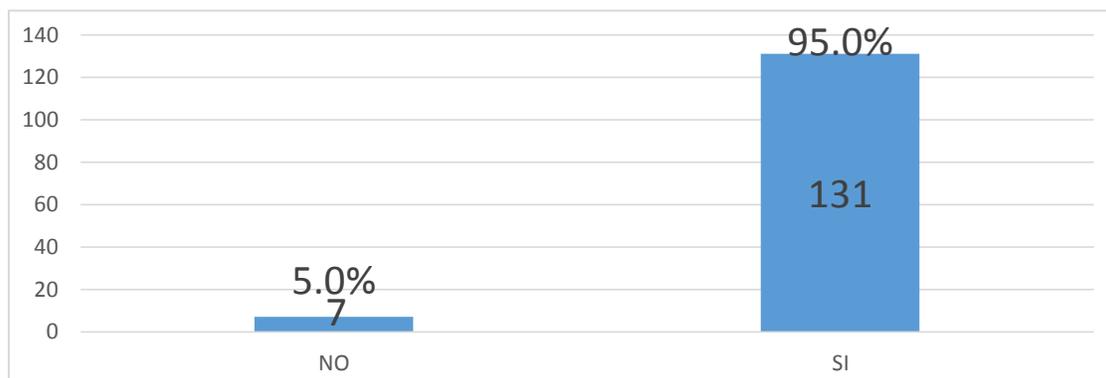
Gráfico N°6: DISPONIBILIDAD DE CAMAS PARA INGRESO



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios externos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional "Dr. José Antonio Saldaña" san salvador, febrero a septiembre 2019.

Según los resultados obtenidos la disponibilidad de camas es adecuada en un 90.0%(124), en el servicio de Observación de Hospital Nacional Saldaña, es decir un porcentaje bastante alto, se considera que los recursos necesarios y disponibles para brindar la atención en la unidad de emergencia son excelentes. Por otro lado, solo un 10.0%(14), de los usuarios encuestados consideran que no había disponibilidad de camas.

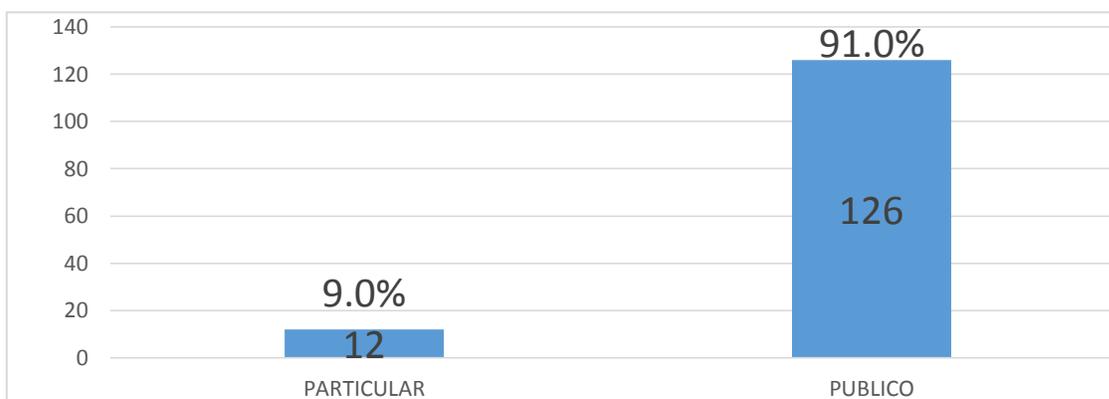
Gráfico N°7. DISPONIBILIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios externos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional "Dr. José Antonio Saldaña" san salvador, febrero a septiembre 2019.

El porcentaje mayoritario de la población con un 95.0%(131) afirma que tuvo la oportunidad de realizar preguntas al personal médico que le atendió, solo un 5.0%(7) de los usuarios no se encontraron satisfechos con la oportunidad de hacer preguntas y aseveran que no hubo espacio destinado para ello.

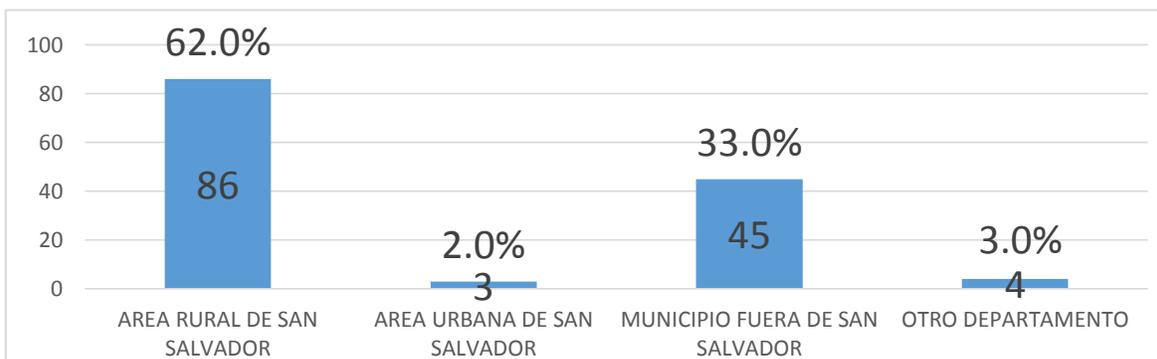
Gráfico N°8. TIPO DE TRANSPORTE



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios externos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional "Dr. José Antonio Saldaña" san salvador, febrero a septiembre 2019

La población que se atiende en el servicio de observación no cuenta en su mayoría con vehículo particular, reflejado en que el 91.0%(126) de la población encuestada utiliza el transporte colectivo para la búsqueda de atención en salud, de este porcentaje también afirmaron usuarios que toman vehículos no destinados para transportar pasajeros pero que son los únicos que llegan a su lugar de residencia. Un 9.0%(12) de la población cuenta con vehículo propio o familiar.

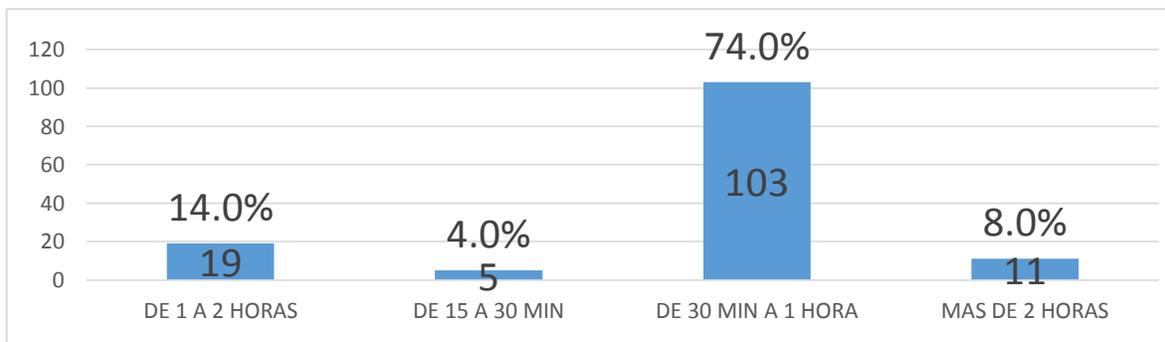
Gráfico N°9: ÁREA GEOGRAFICA DE LOS USUARIOS



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios externos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional "Dr. José Antonio Saldaña" san salvador, febrero a septiembre 2019.

El 62.0%(86) de la población atendida en el servicio de observación corresponde al área rural de san salvador, por lo que la accesibilidad en llegar al hospital es adecuada, mientras que el 33.0%(45) corresponde a el área urbana de San Salvador, el 2.0%(3) manifestó que Vivian en el área urbana de San Salvador, el 3.0%(4) de la población corresponde a otros departamentos y que prefieren consultar en su mayoría por las especialidades de medicina y neumología.

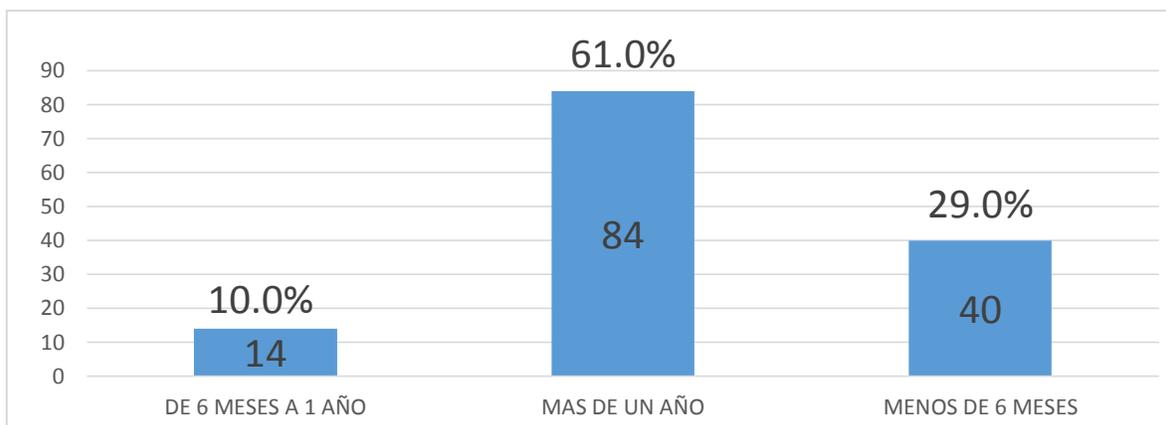
Gráfico N°10: TIEMPO DE TRASLADO AL ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios externos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional "Dr. José Antonio Saldaña" san salvador, febrero a septiembre 2019.

Según los resultados obtenidos el 74.0 %(103) de los usuarios encuestados tardan de 30 minutos a 1 hora en llegar, y se puede observar que la accesibilidad para la mayoría de los usuarios es adecuada, el 14.0%(19) se tarda de 1 a 2 horas, únicamente un 4.0%(5) acuden en un lapso de 15 a a30 minutos para ser atendido.

Gráfico N°11. REGULARIDAD DE VISITAS AL HOSPITAL



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios externos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional "Dr. José Antonio Saldaña" san salvador, febrero a septiembre 2019

Los usuarios que fueron atendidos en el servicio de observación, en su mayoría no son usuarios que visitan por primera vez el hospital, el 61.0%(84) tiene más de un año de visitar la institución, el 29.0%(40) tiene menos de 6 meses y un 10.0%(14) tiene de 6 meses a un año de regresar a la institución.

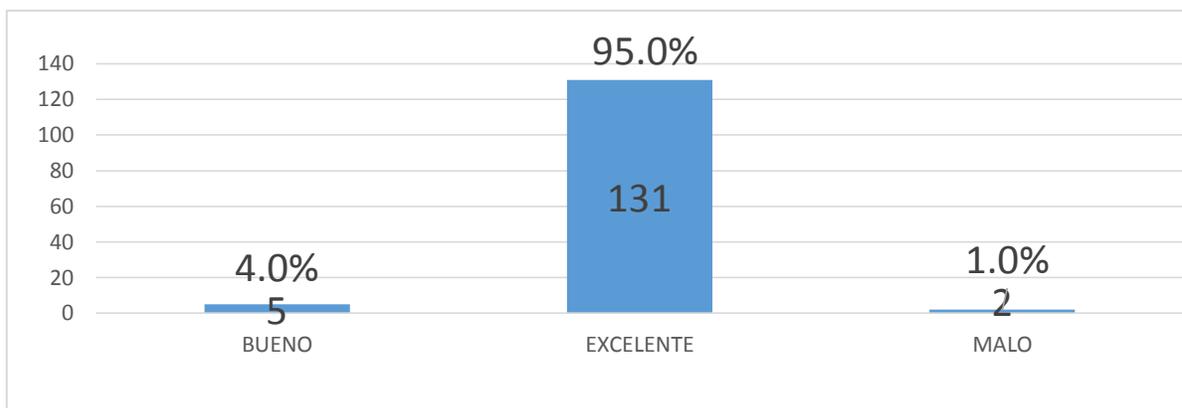
Gráfico N°12. DURACIÓN DE INGRESO AL SERVICIO DE EMERGENCIA



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios externos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional "Dr. José Antonio Saldaña" san salvador, febrero a septiembre 2019

El 100% de la población no supero las 24 horas de ingreso, destinando el proceso de egreso hospitalario por mejoría significativa de la salud, seguimiento en otro nivel de atención o traslado a otro servicio donde corresponda su especialidad. Por lo que la estancia hospitalaria del servicio es de un día.

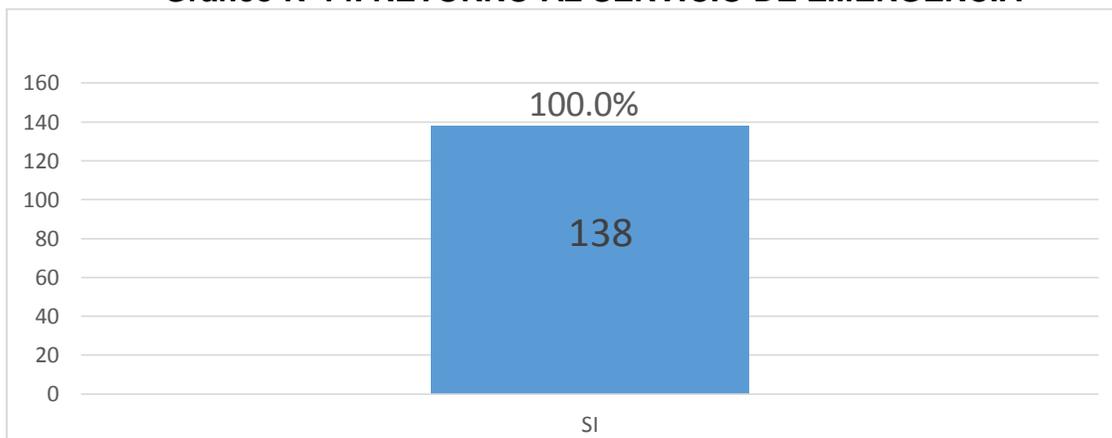
Gráfico N°13. EFECTIVIDAD DE LOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios externos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Dr. José Antonio Saldaña” san salvador, febrero a septiembre 2019.

Según los resultados obtenidos un 95.0%(131) de los usuarios entrevistados afirman que la efectividad de los medicamentos es excelente y si cumplen con el diagnostico terapéutico. No obstante, un 4.0%(5) afirma que el medicamento recetado es bueno y solo el 1.0%(2) de los usuarios no se encontró satisfecho con

Gráfico N°14. RETORNO AL SERVICIO DE EMERGENCIA



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios externos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Dr. José Antonio Saldaña” san salvador, febrero a septiembre 2019.

El grafico es bastante específico sobre la satisfacción del usuario por la atención brindada en el servicio de observación, el 100% de los usuarios que permanecieron ingresados en dicho servicio retornaría a la institución, lo que quiere decir que el hospital si cumplen con los procesos, diagnóstico y terapéuticos.

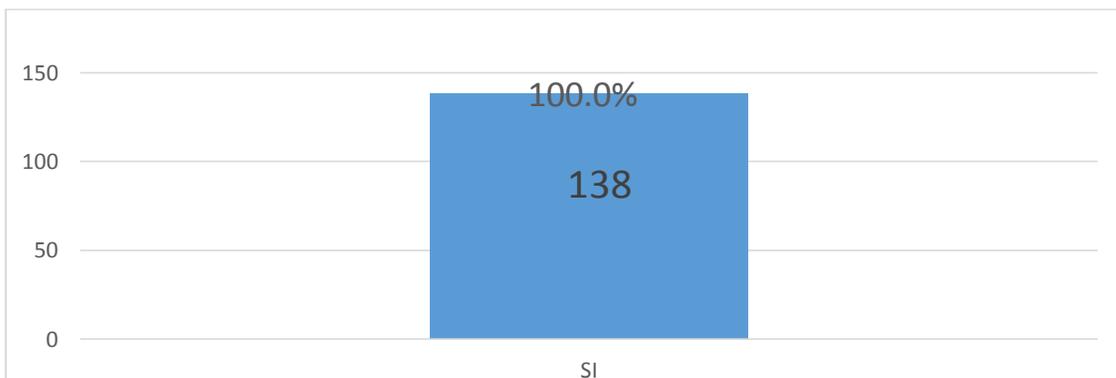
Gráfico N°15. CAPACIDAD DE LOS MÉDICOS PARA SOLUCIONAR LOS PROBLEMAS DE SALUD



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios externos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Dr. José Antonio Saldaña” san salvador, febrero a septiembre 2019.

Todos los usuarios, es decir el 100%(138) de los encuestados aseguran que, si cumplen con la capacidad, técnica del personal médico que los atendió, siendo esta excelente debido a que solucionaron los síntomas de su problema de salud, recuperando su salud u obteniendo un alivio a su problema crónico sanitario.

Gráfico N°16. SATISFACCIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA POR EL PERSONAL DE SALUD EN EL ÁREA DE EMERGENCIA



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios externos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Dr. José Antonio Saldaña” san salvador, febrero a septiembre 2019.

Según los resultados obtenidos 100%(138) de los usuarios entrevistados están satisfechos con la orientación brindada por el personal que labora en la institución, esto constituye al cumplimiento y el seguimiento de protocolos de atención en donde se indica al usuario cual es el siguiente paso a dar para recibir la atención adecuada

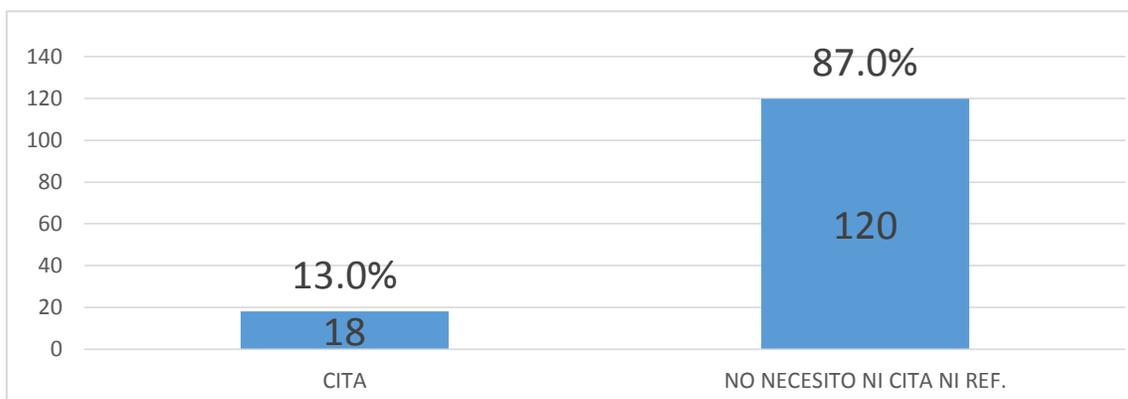
Gráfico N°17: APOYO EN LA ATENCIÓN BRINDADA



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios externos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional "Dr. José Antonio Saldaña" san salvador, febrero a septiembre 2019.

Según el resultado ninguna persona de las encuestadas afirmó que en algún momento durante su ingreso se sintió abandonada, el 100%(138) de los usuarios se sintió apoyado en su proceso de convalecencia por lo que se afirma se están cumpliendo con los protocolos de atención

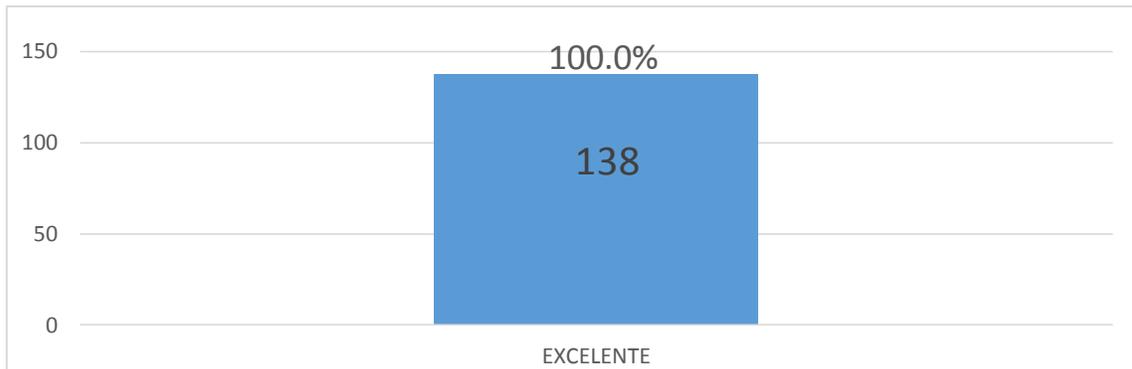
Gráfico N°18: CUMPLIMIENTO DE REFERENCIAS Y CITAS



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios externos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional "Dr. José Antonio Saldaña" san salvador, febrero a septiembre 2019.

Según los resultados obtenidos el 87.0 %(120) de los usuarios obtuvieron una evolución favorable en su salud por lo que no fue necesario dejar cita de seguimiento ni referencia para otro centro de salud, cumpliendo con los protocolos de atención. Contrariamente un 13.0%(18) de la población si necesito referencia a otro nivel de atención en salud, en busca de especialización médica, seguimiento y monitorización de su estado de salud.

Gráfico N°19: SEÑALIZACIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios externos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional "Dr. José Antonio Saldaña" san salvador, febrero a septiembre 2019

El 100%(138) de los usuarios encuentra satisfactoria la señalización realizada en el servicio de observación, pues a pesar que algunos usuarios era primera vez que visitaban el hospital se orientaron para localizar zonas por medio de rótulos y señales que se encuentran distribuidos a lo largo del servicio, precisamente para servir de orientación.

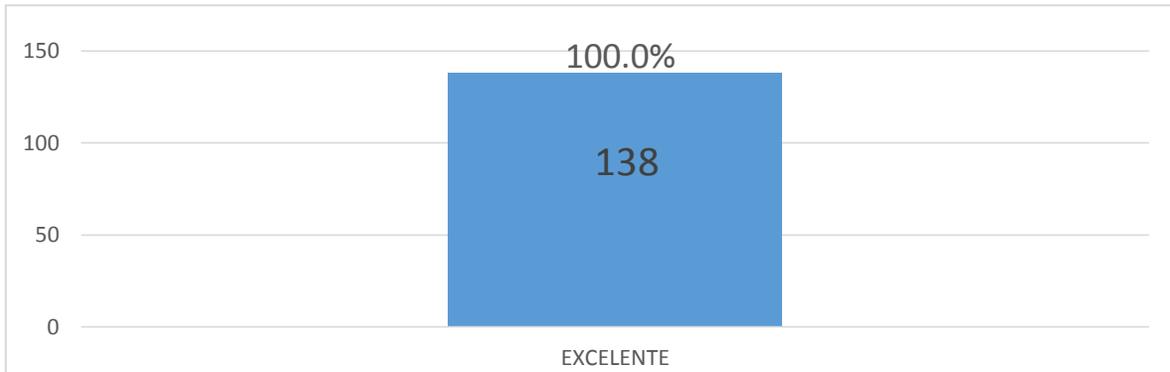
Gráfico N°20.SATISFACCIÓN POR LA AYUDA QUE LE BRINDO EL PERSONAL



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios externos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional "Dr. José Antonio Saldaña" san salvador, febrero a septiembre 2019.

El 100% de los usuarios encuestados se encontraban satisfechos con la disposición de ayuda que les brindo el personal del servicio.

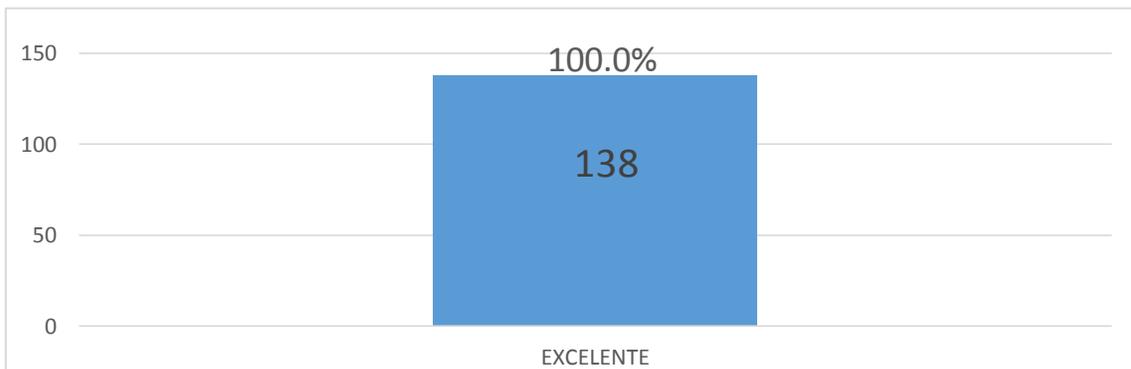
Gráfico N°21. SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL MÉDICO



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios externos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional "Dr. José Antonio Saldaña" san salvador, febrero a septiembre 2019.

El 100% de los usuarios calificaron la atención de los usuarios como excelente, esto se refiere a todo el equipo médico, que hace posible que las personas se encuentren cómodas y alivian su sufrimiento. Por lo tanto, cumplen con un valor satisfactorio.

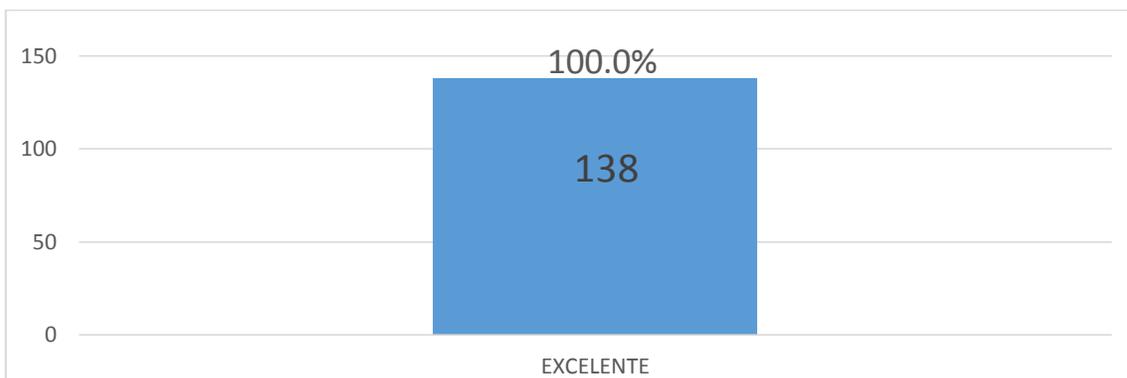
Gráfico N°22. RAPIDEZ DE ATENCIÓN RECIBIDA



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios externos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional "Dr. José Antonio Saldaña" san salvador, febrero a septiembre 2019.

El 100%(138) de los usuarios encuestados establecen que la rapidez con la que se les atendió es excelente, siendo un nivel de aceptación con el servicio, y el trato recibido y las condiciones de comodidad satisfactorias para cada uno de los usuarios.

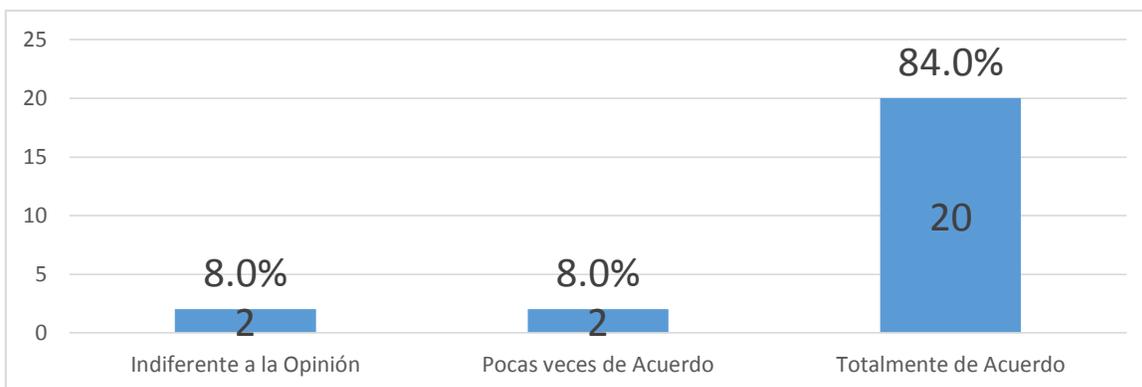
Gráfico N°23. EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO MEDICO



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios externos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional "Dr. José Antonio Saldaña" san salvador, febrero a septiembre 2019.

El 100% de los usuarios encuestados afirman que el tratamiento médico que se les brindó fue excelente, cumpliendo con las expectativas que ellos tenían, siendo adecuada la mejoría de los síntomas con el manejo clínico recibido y conocimiento sobre la enfermedad.

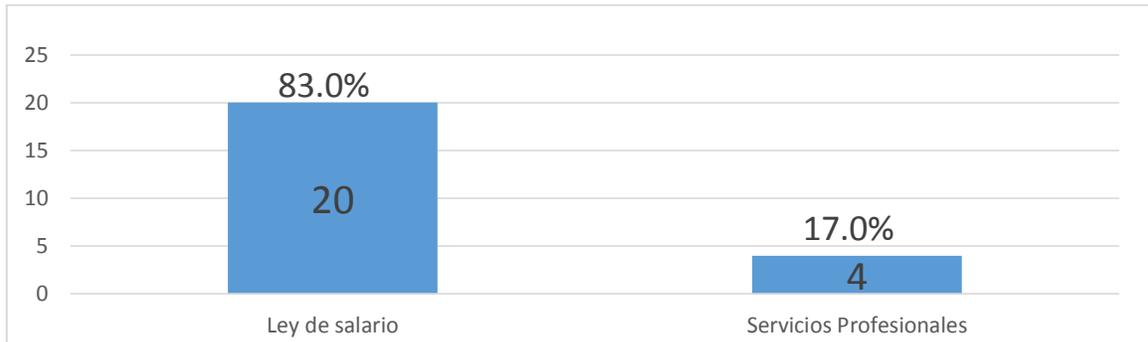
Gráfico N°24. MEJORÍA DE LOS PACIENTES QUE CONSULTAN EL SERVICIO DE EMERGENCIA



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios internos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional "Dr. José Antonio Saldaña" san salvador, febrero a septiembre 2019.

Según los resultados obtenidos el 84.0%(20) se encuentran totalmente de acuerdo con la mejoría de los pacientes cuando consultan el servicio de emergencia, el 8.0%(2), pocas veces de acuerdo y el otro 8.0%(2) les es indiferente la opinión.

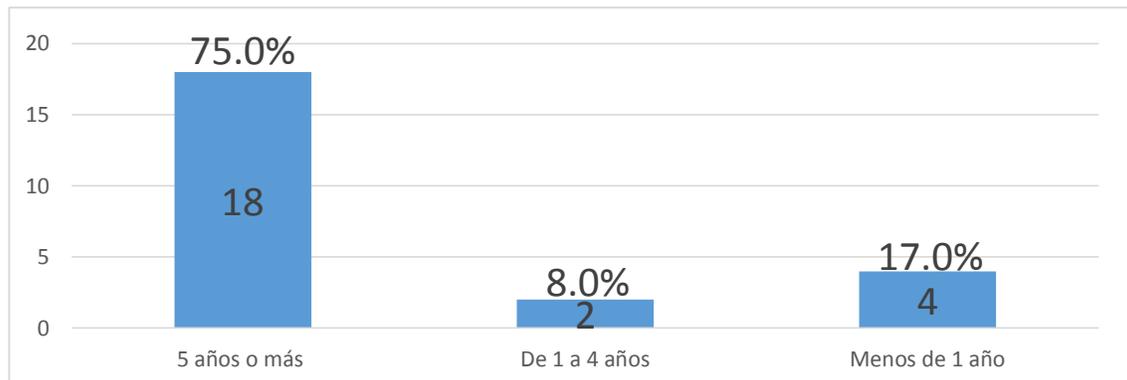
Gráfico N°25. MODALIDAD DE CONTRATACIÓN LABORAL DEL USUARIO INTERNO.



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios internos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Dr. José Antonio Saldaña” san salvador, febrero a septiembre 2019.

La mayoría de los usuarios internos entrevistados poseen una condición laboral por ley de salario con un 83.0%(20), mientras que el 17.0%(4) lo hacen por servicios profesionales.

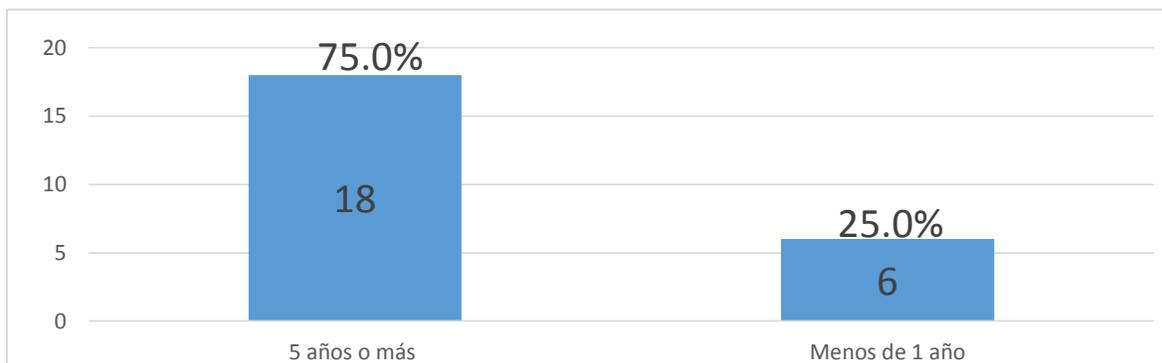
Gráfico N°26. ANTIGUIDAD DE LABORAR EN LA INSTITUCIÓN



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios internos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Dr. José Antonio Saldaña” san salvador, febrero a septiembre 2019

La mayoría de los usuarios entrevistados poseen más de 5 años de laborar en la institución con un 75.0%(18), un 17.0%(4) menos de un año y solo un 8.0%(2) tienen de 1 a 4 años en la institución.

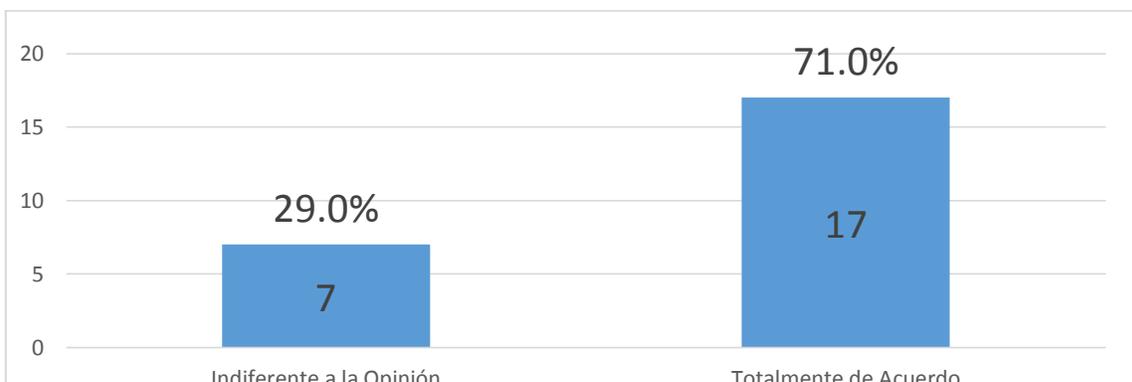
Gráfico N°27. ANTIGUIDAD DE LABORAR EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios internos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional "Dr. José Antonio Saldaña" san salvador, febrero a septiembre 2019.

Según los resultados obtenidos la mayoría de los usuarios internos poseen más de 5 años de laborar en el servicio de emergencia con un 75.0%(18), mientras que el 25.0%(6) tiene menos de 1 año de estar en este servicio.

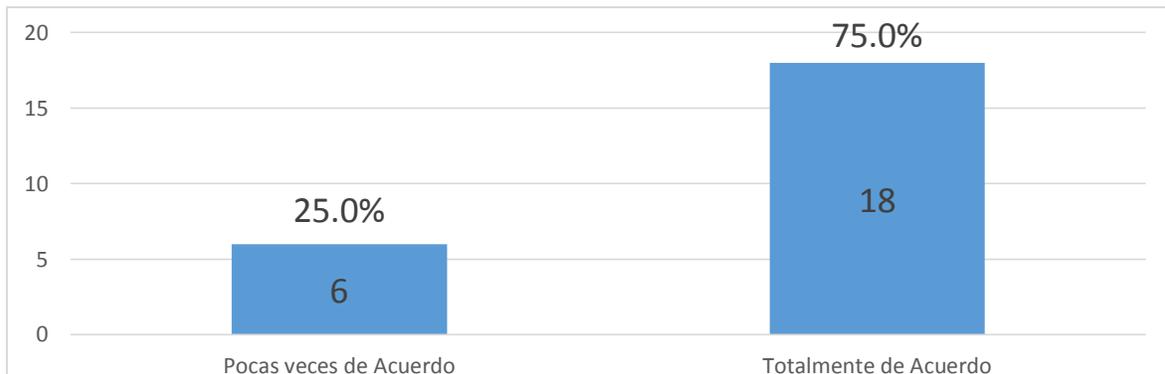
Gráfico N°28. CONOCIMIENTO DE LAS POLÍTICAS DE LA INSTITUCIÓN



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios internos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional "Dr. José Antonio Saldaña" san salvador, febrero a septiembre 2019.

Según los resultados obtenidos el 71.0%(17) se encuentran totalmente acuerdo con el conocimiento que tienen de las políticas de personal de la institución y solo un 29.0%(7) les he indiferente a la opinión.

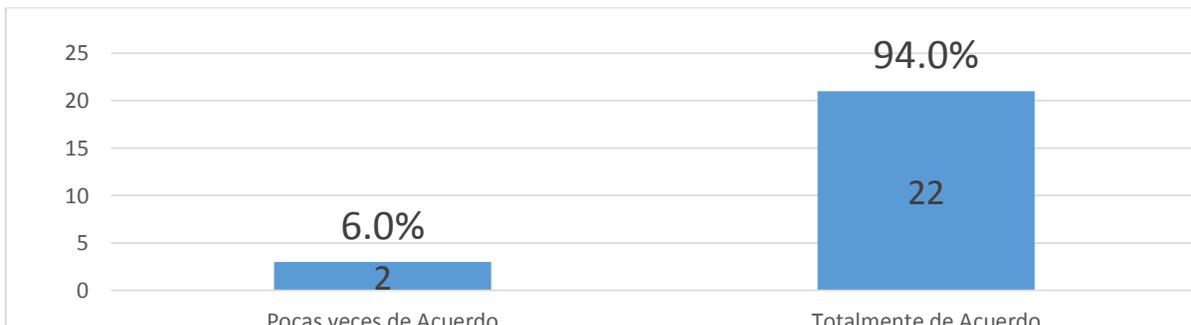
Grafico N°29.CONOCIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios internos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Dr. José Antonio Saldaña” san salvador, febrero a septiembre 2019.

Según los resultados obtenidos el 75.0 %(18) se encuentran totalmente acuerdo con el conocimiento de las normativas del servicio de emergencia por el personal de la institución y solo un 25.0%(6) pocas veces estuvieron de acuerdo.

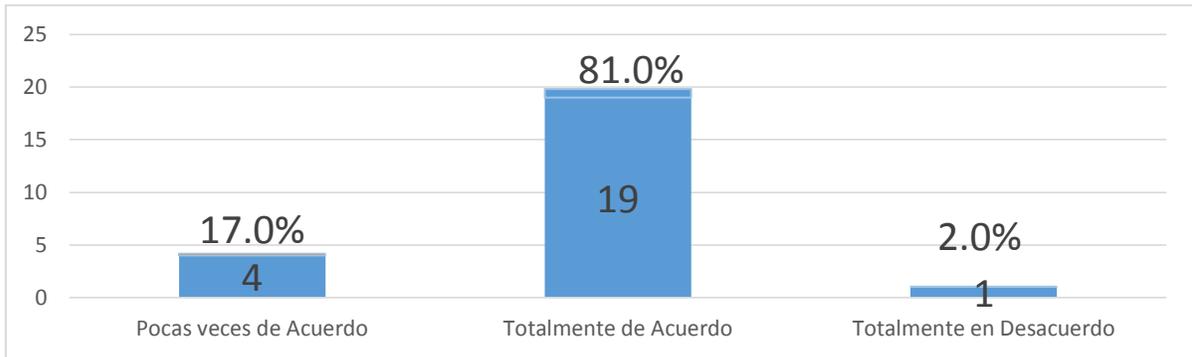
Grafico N°30.APLICACIÓN DE GUÍAS CLÍNICAS Y PROTOCOLOS EN EL SERVICIO.



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios internos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Dr. José Antonio Saldaña” san salvador, febrero a septiembre 2019.

La mayoría de los usuarios internos si aplican las guías clínicas y protocolos en el servicio para la atención del paciente con un 94.0%(22) en donde se encuentran totalmente de acuerdo y solo el 6.0%(2) pocas veces se encuentran de acuerdo.

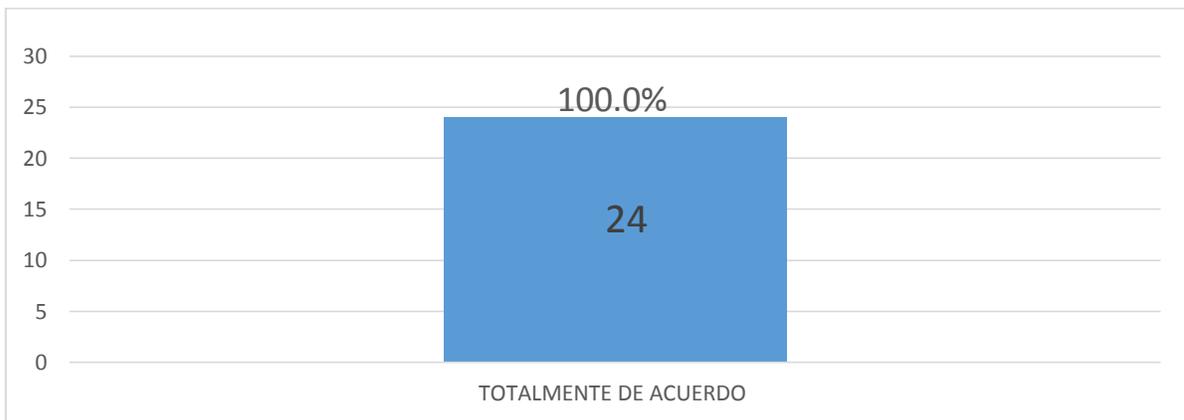
Grafico N°31: CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios internos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Dr. José Antonio Saldaña” san salvador, febrero a septiembre 2019.

Según los resultados obtenidos la mayoría se encuentra en total acuerdo con el cumplimiento de normas respecto al ornato y limpieza con un 81.0%(19), el 17.0%(4) pocas veces de acuerdo y solo un 2.0%(1) se encuentra en total desacuerdo

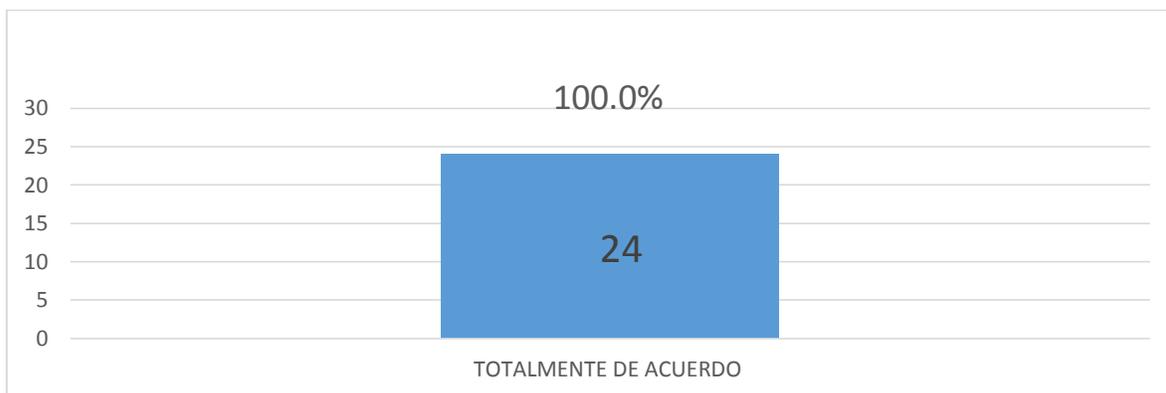
Grafico N°32: CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO DE ATENCIÓN



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios internos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Dr. José Antonio Saldaña” san salvador, febrero a septiembre 2019.

El 100%(24) de los usuarios internos entrevistados realizan las evaluaciones sistemáticas sobre la aplicación de protocolos de atención en el servicio.

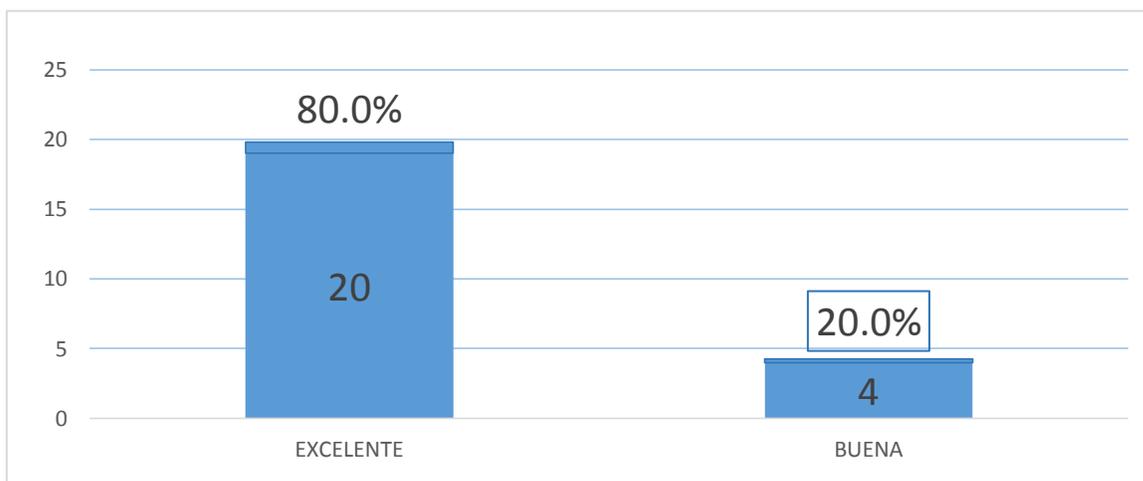
Grafico N°33. EFECTIVIDAD EN LA RECUPERACIÓN DE LOS PACIENTES



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios internos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional "Dr. José Antonio Saldaña" san salvador, febrero a septiembre 2019.

El 100% de los usuarios internos están totalmente de acuerdo con la aplicación de protocolos de atención que permiten la recuperación pronta de los pacientes.

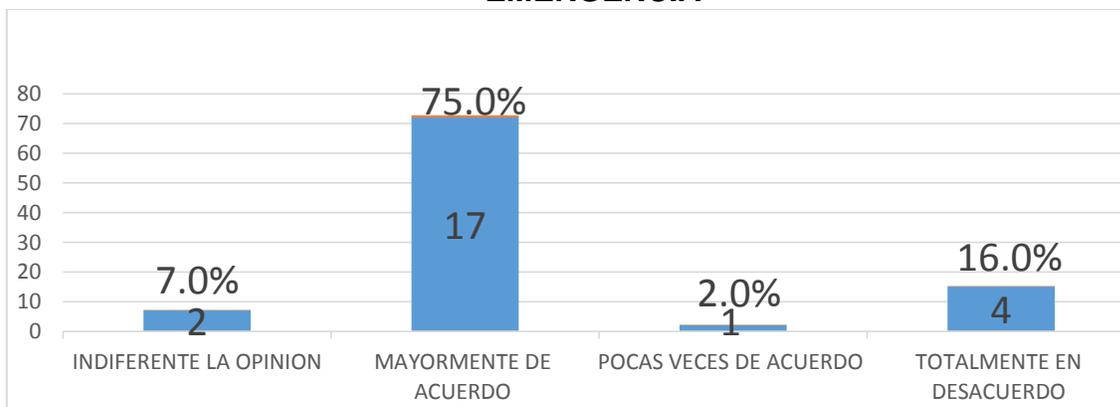
Gráfico N°34.AMBIENTACIÓN Y CLIMATIZACIÓN DEL SERVICIO



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios internos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional "Dr. José Antonio Saldaña" san salvador, febrero a septiembre 2019.

Según los resultados obtenidos el 80.0%(20) de la población aseguran satisfactorio el ambiente y clima del servicio cumpliendo con las condiciones de comodidad, pero contrarresta un 20.0%(4) de la población esta incomoda sobre todo con el orden y limpieza del baño y del servicio en general.

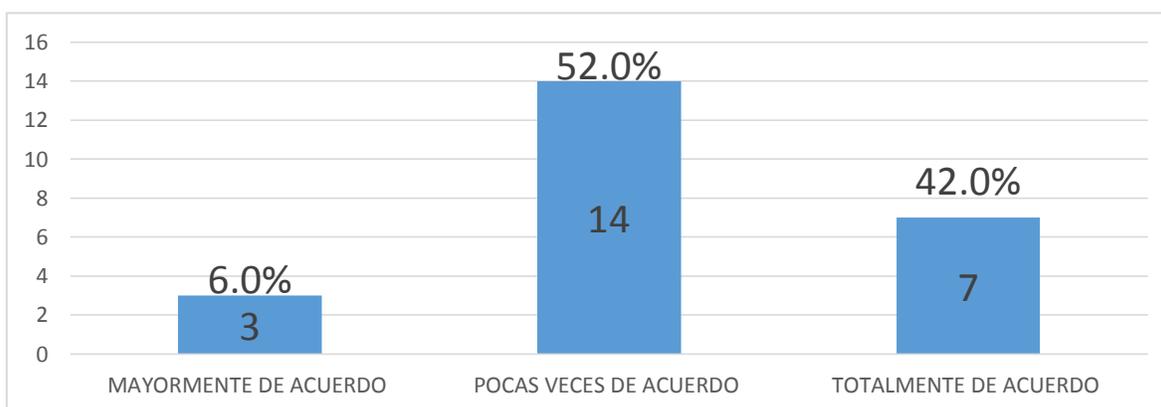
Grafico N°35. CONDICIONES AMBIENTALES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios internos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Dr. José Antonio Saldaña” san salvador, febrero a septiembre 2019.

La mayoría de los usuarios internos entrevistados consideran que las condiciones ambientales permiten realizar de la mejor manera su trabajo con un 75.0%(17) mayormente de acuerdo, 16.0%(4) totalmente en desacuerdo, 7.0% (2) indiferente a la opinión y solo el 2.0%(1) pocas veces de acuerdo.

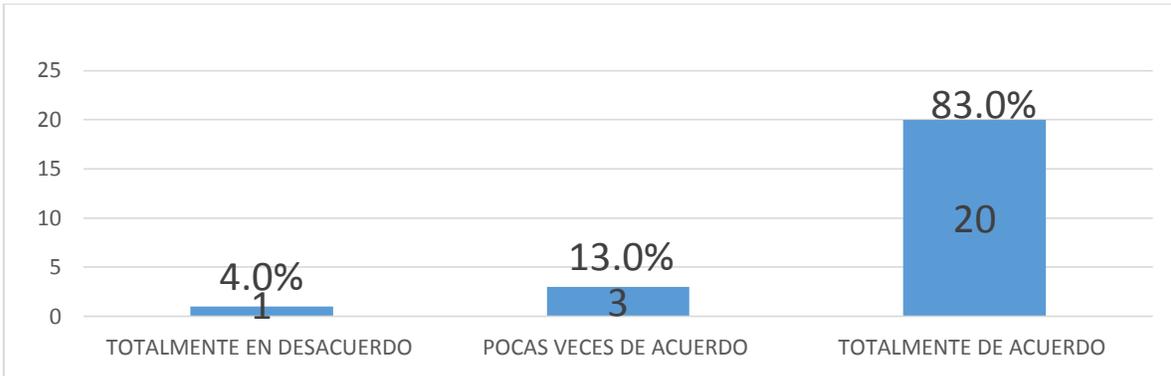
Grafico N°36. DOTACIÓN DE INSUMOS AL PERSONAL



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios internos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Dr. José Antonio Saldaña” san salvador, febrero a septiembre 2019.

Según los resultados obtenidos la mayoría de los usuarios internos se encuentran totalmente de acuerdo con un 52.0% (14%) en que se les proporciona las herramientas y los instrumentos suficiente para el desempeño en el puesto de trabajo, el 42.0%(7) pocas veces de acuerdo y el 6.0%(3) mayormente de acuerdo.

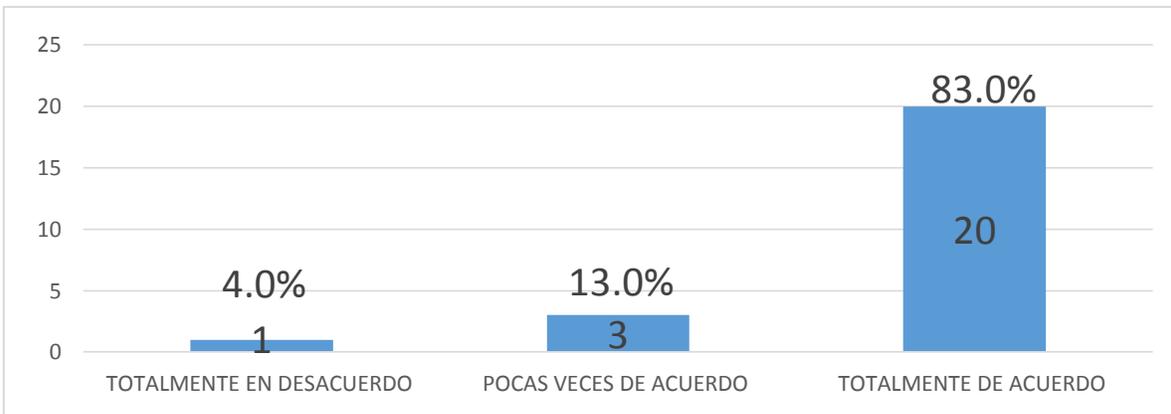
Grafico N°37. SATISFACCIÓN POR EL TRATO DE LAS JEFATURAS



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios internos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Dr. José Antonio Saldaña” san salvador, febrero a septiembre 2019.

Según los resultados obtenidos el 83.0%(20) se encuentra totalmente de acuerdo con el trato que recibe, 13.0%(3) pocas veces de acuerdo, 4.0%(1) es indiferente a la opinión.

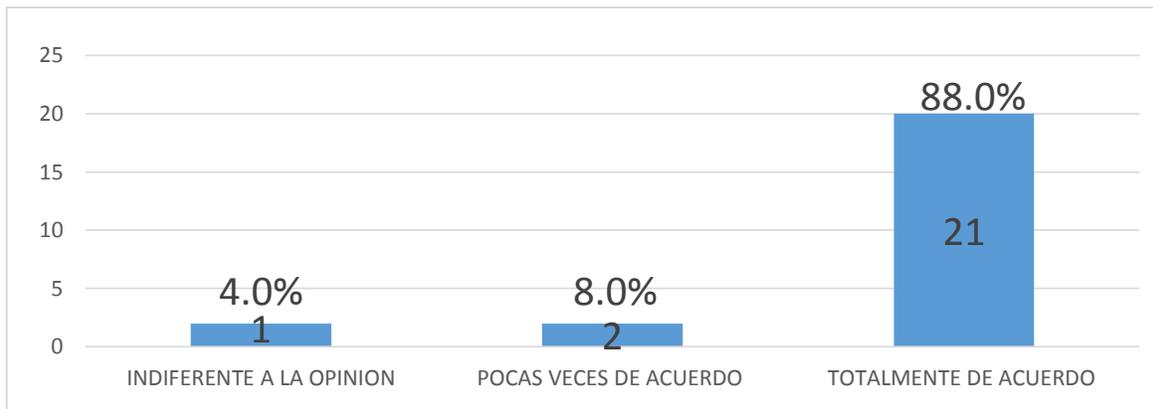
Grafico N°38. INFORMACIÓN OPORTUNA AL PERSONAL POR LAS JEFATURAS



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios internos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Dr. José Antonio Saldaña” san salvador, febrero a septiembre 2019.

El 83.0%(20) de los usuarios internos entrevistados se encuentran totalmente de acuerdo con respecto a la información oportuna sobre las actividades, 13.0%(3) pocas veces de acuerdo y solo un 4.0%(1) se encuentra totalmente en desacuerdo.

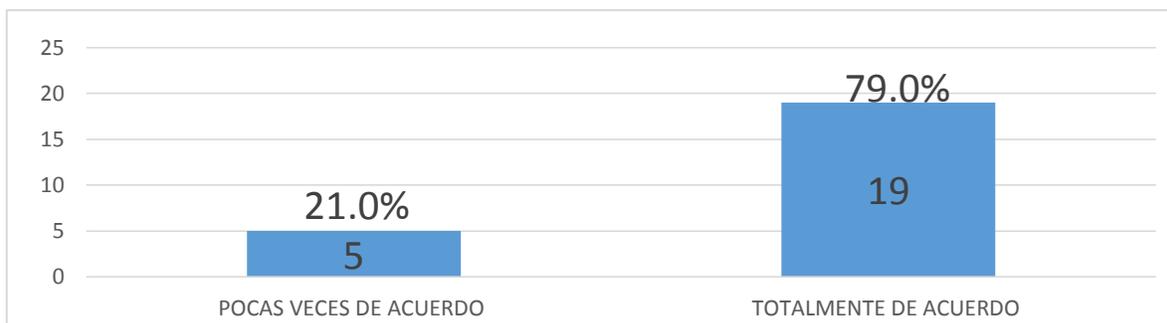
Gráfico N°39. ACEPTACIÓN DE OPINIONES Y SUGERENCIAS DE TRABAJO POR LAS JEFATURAS



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios internos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Dr. José Antonio Saldaña” san salvador, febrero a septiembre 2019.

El 88.0%(21) de los usuarios internos entrevistados se encuentran totalmente de acuerdo, con respecto a sus opiniones y sugerencias que toma el jefe inmediato el 8.0%(2) pocas veces de acuerdo y solo el 4.0%(1) le es indiferente la opinión.

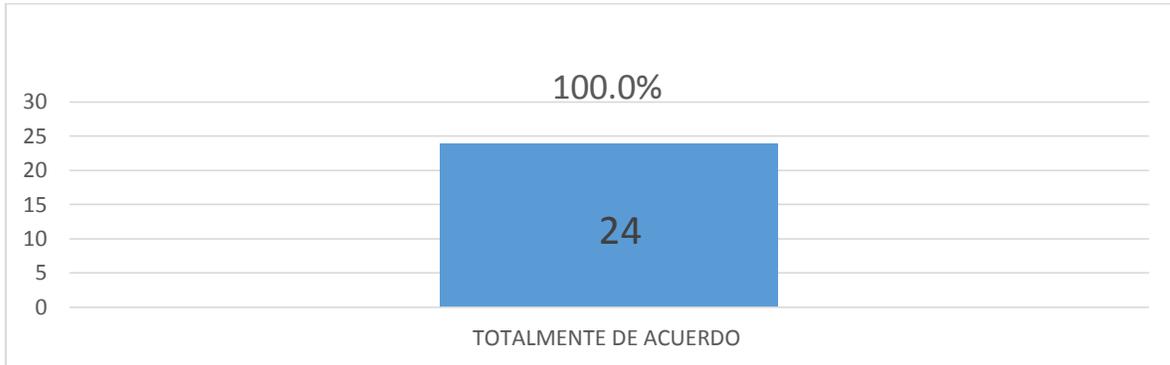
Gráfico N°40. TRABAJO EN EQUIPO DEL PERSONAL DE SALUD



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios internos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Dr. José Antonio Saldaña” san salvador, febrero a septiembre

Según los resultados obtenidos la mayoría de los usuarios internos se encuentran totalmente de acuerdo con el trabajo en equipo para completar las tareas asignadas con un 79.0%(19) y solo un 21.0%(5) pocas veces de acuerdo.

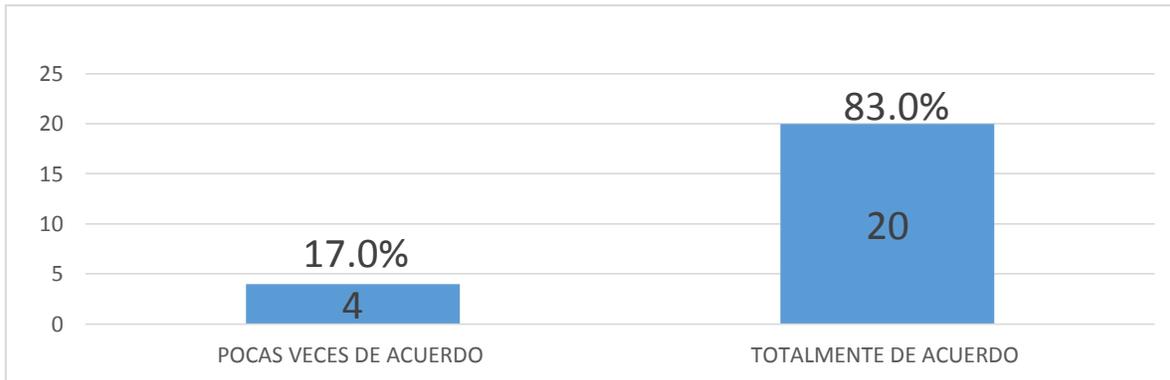
Grafico N°41. APOYO EN ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL EQUIPO DE TRABAJO



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios internos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional "Dr. José Antonio Saldaña" san salvador, febrero a septiembre 2019.

El 100%(24) de los usuarios internos se encuentran totalmente de acuerdo con el apoyo cuando se solicita para finalizar alguna tarea.

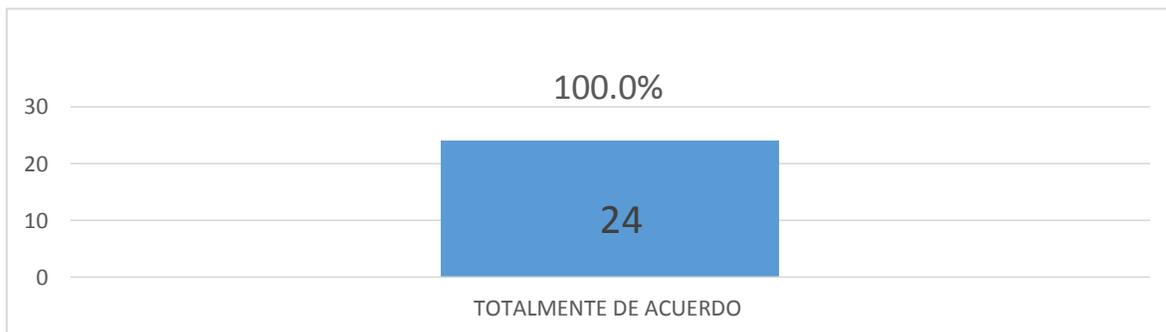
Grafico N°42. APOYO POR LAS JEFATURAS



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios internos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional "Dr. José Antonio Saldaña" san salvador, febrero a septiembre 2019.

Según los resultados obtenidos el 83.0%(20) de los usuarios internos se encuentran totalmente de acuerdo que los jefes se preocupan por las necesidades primordiales del personal, 17.0%(4) pocas veces de acuerdo.

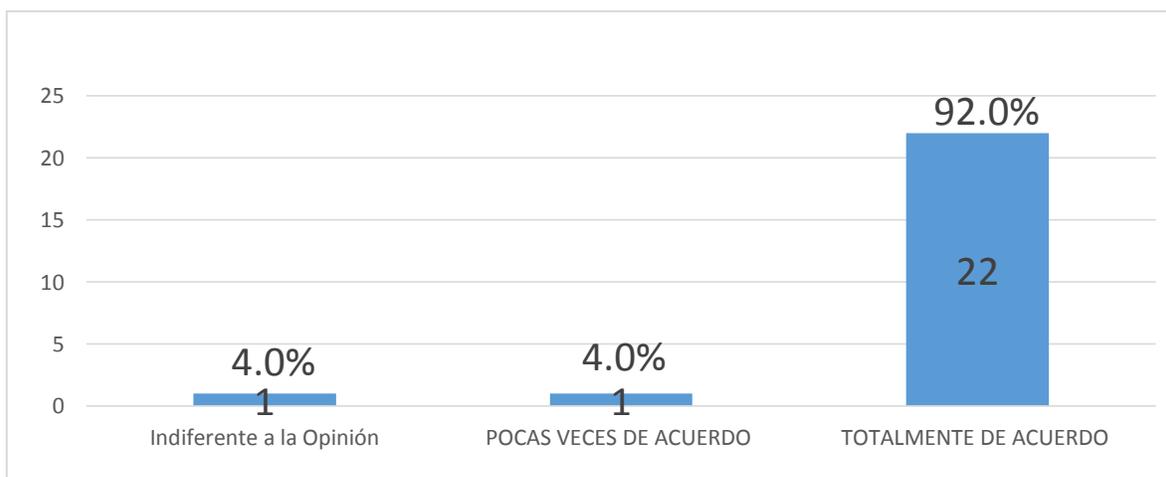
Grafico N°43.SATISFACCIÓN LABORAL



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios internos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional "Dr. José Antonio Saldaña" san salvador, febrero a septiembre 2019

El 100%(138) de los usuarios internos se encuentran totalmente de acuerdo y satisfechos de su situación laboral en el servicio de emergencia.

Grafico N°44.DOMINIO TÉCNICO Y CONOCIMIENTOS DE FUNCIONES POR EL PERSONAL DE SALUD



Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios internos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional "Dr. José Antonio Saldaña" san salvador, febrero a septiembre 2019.

La mayoría de los usuarios entrevistados poseen un dominio técnico y conocimiento de sus funciones con un 92.0%(22), pocas veces de acuerdo con un 4.0% (1) y el otro 4.0%(1) es indiferente a la opinión.

VI. DISCUSION

En el usuario externo la población encuestada correspondió a una población en su mayoría a una adulta, mayor de 60 años, cuyo estado civil fue de acompañada, dedicándose a labores domésticas y que cuenta con un grado de educación primaria. Datos que son acordes con la categorización, ubicación y el área geográfica de influencia del Hospital Nacional Dr. José Antonio Saldaña.

En la Estructura al realizar una evaluación de los resultados obtenidos en relación a la estructura, determinada por la accesibilidad de camas, recurso humano tanto medico como de enfermería y medicamento disponible podemos decir lo siguiente: la mayoría considera que existe adecuado acceso a la disponibilidad de camas en el servicio (90.0%), que la disponibilidad de recurso médico y de enfermería fue de excelente con un (93.0%), y que el tiempo que cada uno de ellos le brinda en su atención tuvo variación principalmente de excelente (94.0%). Sin embargo, es de hacer notar que la percepción de las personas en relación a la disponibilidad de enfermeras fue regular en un mayor porcentaje (15%) que en relación a los médicos (5%), lo que muestra una brecha de un 10% entre ambos. Esto se corrobora más adelante con los datos obtenidos de los usuarios internos quienes denotan la mayor necesidad de recurso humano (enfermería) en dicho servicio.

El horario de atención brindado fue catalogado como de excelente a bueno en su mayoría y que el medicamento estuvo disponible para un (94.0 %) de los usuarios externos encuestados. Todo esto es importante ya que se debe de tener en cuenta que, al ser un hospital departamental según la categorización de hospitales, el Hospital debe contar permanentemente, durante las veinticuatro horas del día y los trescientos sesenta y cinco días del año, con personal médico con capacidad comprobada de estudios de la especialidad o especialidades que atienda el Hospital, y con personal de enfermería capacitado para la atención de urgencias.

En cuanto a la accesibilidad la mayoría de las usuarias encuestadas fueron personas que habitaban dentro del área rural 62.0%y más de la mitad de la población entrevistada tardó una hora o más para poder acceder a la institución, sin embargo, en su gran mayoría (74.0%) estas personas utilizaron el transporte público como medio de desplazamiento. Como puede notarse la mayoría de las personas

correspondió al área geográfica de influencia del hospital y que su retraso al nosocomio por más de una hora podría justificarse en el hecho que la mayoría utilizó el sistema público 91.0% de transporte cuya velocidad de desplazamiento puede verse afectada por una serie de variables.

Los principales motivos de consulta en el área de emergencia fueron, en orden descendente: diabetes mellitus, hipertensión arterial, colecistitis calculosa, enfermedades febriles. La estancia intrahospitalaria fue de menos de 3 día con un 100%. Estos datos reflejan la naturaleza transversal del estudio de investigación puesto que la recolección de los datos se desarrolló durante los meses de febrero a septiembre 2019.

En los procesos al realizar un análisis de los datos referentes a los procesos llevados a cabo en el servicio de emergencia en relación al medicamento prescrito, deseo de retorno por una nueva atención y capacidad medica podemos establecer lo siguiente: las usuarias consideraron que el medicamento fue catalogado como aceptable, ya que lo percibieron como de bueno a excelente (94.0%).

Así mismo la capacidad del médico fue percibida como de excelente (100%) siendo examinadas por los mismos para poder actualizar sus indicaciones. La totalidad de la población (100%) retornaría al servicio para una nueva atención en caso de ser necesario. Todo esto parece indicar que la percepción del medicamento proporcionado, así como la excelencia técnica brindada por el personal médico, hacen ganar la confianza en las usuarias ya que la mayoría retornaría al servicio. Con respecto a la continuidad en este apartado llama la atención el porcentaje de un 100% de las usuarias no percibió abandono en su atención, durante su estancia en el servicio.

Algunos usuarios consideraron que una vez establecido el proceso de atención este tuvo continuidad al ser dadas de alta de la institución ya sea por medio de referencia a la consulta externa, cita, o retorno 13.0%. La continuidad implica que el paciente pueda recibir la atención completa que necesita sin interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnostico o tratamiento.

Los servicios deben ofrecerse en forma constante. La comodidad es el principal problema percibido en relación a la comodidad por parte de las usuarias tiene que

ver con la atención que se brinda a las personas que visitan, ya que un 24.0% considero que no habían adecuadas sillas o bancas para la atención de personas que visitan el servicio. En general no se encontraron graves problemas en áreas como orden limpieza, sanitarios, ventilación, iluminación, privacidad y material educativo proporcionado.

Es importante tener en consideración la comodidad brindada ya que si bien es cierto esta no guarda relación directa con la eficacia clínica es un factor que acrecienta la satisfacción del paciente y su deseo de volver al establecimiento. Al indagar sobre las relaciones interpersonales que se establecieron con las usuarias durante su estancia en el servicio se pude apreciar un adecuado trato hacia las mismas en las relaciones con médicos, enfermeras, secretarias y personal de limpieza fue catalogado como de bueno a excelente por la mayoría y el (62%) de las usuarias expreso satisfacción en relación a la disposición de ayuda por parte del personal de salud.

Por esto mismo, SERVQUAL, es una de las principales fuentes de información ya que nos permite conocer el nivel de satisfacción de sus clientes, ubicar áreas de oportunidad y proponer y/o implementar mejoras para tener clientes satisfechos. La manera de escuchar y de comunicarse es un aspecto importante. 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 eficiente y con relación a la eficacia la rapidez en la atención en el servicio un 100% de la población manifestó haber sido atendido rápidamente.

Así mismo el 93.48% consideró que el tiempo estimado en su atención durante su hospitalización fue de menos de 15 minutos, las personas restantes lo valoraron como entre 15 y 30 minutos. La atención médica y de enfermería, así como la orientación y recomendaciones de egreso fueron catalogadas como buenas ya que no se obtuvieron respuestas negativas en ninguno de estos tres apartados.

En términos generales lo que más les gusto a las personas encuestadas fue la atención brindada (100%). A pesar de ello nuevamente el retraso en la atención es retomado por las usuarias dentro de una de sus principales quejas, las otras fueron:

la alimentación, la ventilación y los malos olores, estos dos últimos aspectos también salieron afectados en la encuesta de usuarios internos.

En el usuario interno la mayoría de los encuestados fue personal asistencial que laboraban en el sector de enfermería (50%), siendo la mayor parte de ellos técnicos en salud (25%); 6 fueron médicos. El 8.0% tenía al menos un año de estar laborando en la institución, sin embargo, el 25.0% poseía menos de un año de estar trabajando en su actual servicio de trabajo. De esta forma la mayor parte de las respuestas obtenidas refleja en mayor medida una percepción tanto del sector médico como de enfermería ya que fue la proporción más representada en la totalidad de la muestra de usuarios internos.

En la integralidad la mayoría de los encuestados considera poseer conocimientos claros y transparentes en relación a las políticas del personal dentro de la institución, así como conocer en alguna medida las normas del servicio de emergencia (71.0%). El 83% de los encuestados considera que han tenido la suficiente oportunidad de recibir capacitación para mejorar sus habilidades y todos consideran que las jefaturas del servicio poseen el suficiente dominio técnico para el desempeño de sus funciones.

En la continuidad todos (100%) consideran que la atención que se brinda a los pacientes está en concordancia a las guías y protocolos existentes. El 81.0% considera que se están cumpliendo las normas con respecto a ornato, limpieza, mantenimiento de equipo e instalaciones, suministro de materiales y atención al cliente. De la misma manera el 80% cree que se realizan evaluaciones sistemáticas de los protocolos de atención.

Estos aspectos en relación a la integralidad y continuidad en la atención de los servicio de salud por medio del conocimiento de las diferentes guías, normas o protocolos de atención así como la evaluación periódica y sistemática de los mismos en conjunto con la oportunidad brindada al personal de salud para el desarrollo de sus habilidades enriquece la calidad de atención en salud brindada y se aplica a los lineamientos técnicos de categorización hospitalaria que como institución debe cumplir. Dichos lineamientos establecen que el hospital debe cumplir con guías

clínicas, manuales de procedimientos técnicos de enfermería, manuales de procedimientos diagnósticos, tratamiento y rehabilitación.

Todos los recursos internos encuestados creen que su opinión es valiosa y tomada en cuenta y que se le notifica oportunamente de las actividades a realizar. De igual manera consideran que se les brinda información oportuna y adecuada (83%) de su desempeño y que existen los canales adecuados para la solución de sus problemas laborales. Así mismo es evidente la actitud de apoyo cuando un compañero de trabajo le solicita ayuda para finalizar una tarea.

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. Se puede establecer que las comodidades de todos los empleados refieren en alguna medida ya sea de forma total o mayoritaria el poder adaptarse a las condiciones del medio laboral. A pesar de que la mayoría posee capacidad de adaptación a las condiciones y considerar que la institución les brinda herramientas para su desempeño al explorar las condiciones ambientales del trabajo encontramos que hay un 16% de los encuestados considera estar totalmente en desacuerdo con la ventilación, y un 7.0% indiferente a la opinión. El 67% considera que el mobiliario y equipo no son los más idóneos para su trabajo y que más de la mitad cree que las condiciones de ruido no son las idóneas (13%). Solo la iluminación es valorada como la adecuada por el 81% de los encuestados.

Estos datos relacionados a la ventilación son similares a los ya descritos por las usuarias internas en donde la ventilación por la presencia de malos olores fue una de las principales quejas que no solamente afecta a las pacientes sino también a los usuarios internos. Un componente fundamental de los sistemas de atención de salud, es su infraestructura y esto es debido a que, las características estructurales de los lugares en donde se realiza la atención influyen sobre el proceso, disminuyendo o aumentando su calidad; de forma que estos resultados pueden orientar a la toma de decisiones en inversión estableciendo prioridades.

En la satisfacción el 83.0% de los encuestados cree que las jefaturas se preocupan por las necesidades primordiales del servicio. Solo un 17.0% de ellos no se siente

satisfecho de laborar en el servicio y el 100% considera que las tareas actualmente desempeñadas tienen relación con su formación y experiencia. Hay un 13% que aprecia que las políticas que propician su satisfacción y comodidad no son las mejores. Como ya se describió previamente el modelo SERVQUAL no solo permite conocer el grado de satisfacción de los usuarios externos si no también el del usuario interno, lo cual es muy importante para realizar cambios en aquellas áreas que deficientes que no permiten el adecuado desempeño laboral.

La mejora o recuperación de los Pacientes fue valorado con un 100% que cree que los protocolos establecidos en el servicio permiten la pronta recuperación de los pacientes. Como ya se mencionó anteriormente la homogenización de la práctica clínica, el cumplimiento de los protocolos de atención y la evaluación periódica de los mismos permite la mejora continua de la calidad, así como la optimización de los recursos disponibles. Con respecto al tiempo de espera el 100% de los entrevistados cree que la atención brindada a los pacientes se realiza en el tiempo estipulado.

Lo anterior guarda concordancia con respuesta obtenida por parte de las usuarias externas que manifestaron que la disponibilidad de enfermeras fue regular en un mayor porcentaje (15%) que en relación a los médicos (5%) y si consideramos que la mayor parte de la muestra fue personal asistencial que laboraban en el sector de enfermería (50%), siendo la mayor parte de ellos técnicos en salud (40%). La calidad humana es los procesos de atención y la satisfacción es otra dimensión de la calidad del usuario, la cual se refiere a la relación entre proveedores y clientes, entre administradores y proveedores de servicios de salud y entre el equipo de servicios de salud y la comunidad.

VII. CONCLUSIONES

1. La evaluación de la calidad de atención en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Dr. José Antonio Saldaña” de febrero a septiembre 2019 en la capacidad instalada, fue 100% ya que hubo disponibilidad de recursos para la atención de los usuarios.
2. La disponibilidad de horarios de atención y el abastecimiento de medicamentos según la percepción de los usuarios fue excelente arriba del 80% y adecuada se necesita mejorar en cuanto al déficit de personal de salud en el servicio, recursos humanos con sobrecarga laboral, equipos e insumos.
3. La accesibilidad evaluada por el tiempo que tardan en llegar los usuarios externos desde su domicilio hasta el Hospital es adecuada ya que más de la mitad de la población, 74% tardó de 30 minutos a una hora en llegar
4. En cuanto al proceso de calidad de la atención técnica y humana percibido tanto de los usuarios externos como usuarios internos es satisfactoria.
La continuidad y satisfacción según la percepción del personal es adecuada arriba del 80% y la integridad debajo del 80%.
5. La comodidad en cuanto a la ambientación y climatización para el usuario interno y externo fue arriba del 80%, satisfactoria.
6. La satisfacción de los usuarios externos con el servicio recibido, se considera adecuado, con un porcentaje superior al 80%.
7. Los usuarios externos consideran que la recuperación del paciente con respecto a los síntomas, el manejo clínico recibido y el conocimiento sobre la enfermedad han tenido excelentes resultados y se encuentra arriba del 80% por lo que se considera adecuado.
8. Los tiempos de espera, se consideran adecuados por parte de los usuarios externos con un porcentaje superior del 80%.
9. Los usuarios internos expresaron que las relaciones interpersonales del personal con los niveles jerárquicos mayores son satisfactorias y en su mayoría están totalmente de acuerdo con respecto a sus opiniones y sugerencias que toma el jefe inmediato con un porcentaje arriba del 80%.

10. Que el personal participa en todo el proceso de atención y en su mayoría están cómodos con las condiciones que el Hospital les brinda y con el trato que recibe de sus jefaturas con un porcentaje arriba del 80%
11. Que existe la necesidad de cambiar las condiciones de ventilación en el Servicio de la Emergencia a fin de superar los problemas que afectan a los usuarios externos y al usuario interno con un 16% como totalmente en desacuerdo
12. En el modelo SERVQUAL los usuarios califican como adecuada la atención recibida por el personal de salud, la capacidad técnica, la calidad en la atención que brindan y la disponibilidad de medicamentos existente

VIII. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud:

1. Fomentar dentro de la Red de Hospitales la participación ciudadana como una forma de búsqueda de la mejora continua de la calidad en el Sistema de Salud.
2. Fortalecer las actividades que se realizan en torno a la divulgación y operativización con el objetivo de hacer cumplir la Política Nacional de Salud en toda la Red Hospitalaria del país, en lo que a calidad se refiere.
3. Fortalecer la coordinación con la Región Metropolitana, RIISS, Hospitales de Segundo Nivel y Hospitales Departamentales con el fin de mejorar la capacidad resolutive a través de jornadas de capacitación sobre el Sistema Participativo para la Humanización del Trato en la Prestación de Servicios de Salud
4. Establecer coordinación desde los SIBASI en la Supervisión y Monitorización sobre el Programa de Humanización del Trato a los usuarios externos de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

A la Dirección del Hospital Nacional “Dr. José Antonio Saldaña”:

5. Socializar las políticas, normativas, lineamientos y guías que incluyan elementos sobre la Calidad a todo el personal que trabaja en los diferentes servicios, analizando los factores técnicos y administrativos que se identificaron que afectan la calidad de la atención.
6. Propiciar el desarrollo de una Propuesta Técnica para dar continuidad a la mejora continua de la calidad de la atención basada en un Programa de Concientización sobre Humanización y Trato Digno.

A la Jefatura del Servicio de Emergencias:

7. Incentivar procesos de medición de la Calidad con el fin de establecer un sistema de análisis e información para realizar proyectos de mejora en el Servicio de Emergencias del hospital.

8. Realizar monitoreo frecuente para evaluar la ejecución de la Propuesta Técnica con el fin de promover y dar seguimiento a la Calidad de Atención en todas las etapas del proceso.
9. Analizar la distribución del personal de salud en el Servicio de Emergencia, acorde a las necesidades de atención en cada una de las jornadas laborales en concordancia con lo descrito en los Estándares de Calidad Hospitalaria del Ministerio de Salud.

IX. PROPUESTA TECNICA

PROPUESTA TECNICA DEL TRATO HUMANIZADO AL USUARIO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL “DR. JOSÉ ANTONIO SALDAÑA”

INTRODUCCION

La calidad es uno de los elementos estratégicos que fundamenta la transformación y mejora de los sistemas sanitarios modernos. En esta propuesta se argumenta la satisfacción de los pacientes y profesionales de salud; en cuanto a la calidad de los servicios sanitarios que serán el resultado de las políticas sanitarias y el compromiso en la gestión del Gobierno actual, la imagen de la organización que perciben los clientes internos y externos y de la adecuada interacción entre ambos vendrá a contribuir a la mejora de los procesos de atención del Servicio de Salud.

La elaboración de la Propuesta Técnica sobre Evaluación de la Calidad de Atención del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional “Dr. José Antonio Saldaña” estará constituida por un programa de capacitación continua al cien por ciento de los recursos humanos de dicho servicio y a la vez implementar una herramienta que contribuya a la evaluación sistemática de la calidad de atención brindada

El desarrollo de un Programa de Mejora de la Calidad en el servicio es un proceso lento que supone, necesariamente, un cambio en la forma de hacer las cosas, se ha de involucrar a todos los profesionales impulsando el espíritu de equipo y compartiendo metas comunes.

Basándose en estatutos internacionales, en XIII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, realizada en el 2003, incluyó en su Declaración de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, la Resolución en la que los mandatarios de veintiún países expresaron su compromiso para avanzar en la profesionalización de la función pública de los países de la Región y respaldaron los principios y orientaciones de la “Carta Iberoamericana de la Función Pública”. En ella se plantea que toda gestión pública debe estar referenciada a la satisfacción del ciudadano, ya sea como usuario o beneficiario de servicios y programas públicos, o como legítimo

participante en el proceso formulación, ejecución y control de las Políticas Públicas bajo el principio de corresponsabilidad social. Que, en una gestión pública de calidad, la atención a todos los(as) ciudadanos(as) se realiza con imparcialidad, asegurando que serán tratados con igualdad, sin discriminación por motivos tales como: el género, edad, raza, ideología, religión, nivel económico, situación social o localización geográfica.

En El Salvador, desde 29 de agosto de 2014. Autoridades de Salud oficializaron el Sistema Participativo para la Humanización del Trato en la Prestación de Servicios de Salud, con el objetivo de fortalecer el buen trato y generar un cambio en la cultura de servicio orientada a la satisfacción de las personas usuarias. El Ministerio de Salud ha venido trabajando en la mejora continua de la calidad de los servicios de salud en diferentes ámbitos: infraestructura, equipamiento, disminución de las listas de espera, contratación de recursos humanos y otros. Uno de los logros importantes de la Reforma de Salud ha sido la creación de la Unidad por el Derecho a la Salud (UDS), que contribuye a garantizar este derecho, orientando y facilitando la comunicación entre la ciudadanía y la institución, mediante diferentes mecanismos de participación ciudadana.

La UDS del MINSAL en el quinquenio pasado recibió un total de 11,505 peticiones de las cuales 1,700 fueron denuncias, que se remitieron para su investigación a diferentes instancias del MINSAL e instituciones como Procuraduría de Derechos Humanos , Alcaldías, ISSS Defensoría del Consumidor y Fiscalía General de la República, entre otras instituciones gubernamentales involucradas. Se han capacitado y acreditado a 252 recursos en “humanización de la salud”, obteniéndose 30 propuestas de mejoramiento en hospitales y 17 en SIBASIS. La tarea de humanizar la asistencia sanitaria compete a instituciones públicas como privadas, personal de salud, personas usuarias de los servicios de salud y familiares.

Los pilares para la humanización son: el derecho humano a la salud; el acceso a los servicios de salud con trato digno y respetuoso; la confidencialidad; la no discriminación ni estigmatización, por razones de sexo, género, edad, etnia, creencia religiosa, condición social, orientación sexual, condición terminal de salud

y discapacidad; así como el recibir información y orientación oportuna y pertinente; poder elegir la atención a partir del consentimiento informado y la participación y ejercicio de la contraloría social que se espera perfeccionar en el futuro. En la primera fase de trabajo se abrieron Oficinas por el Derecho a la Salud (ODS) y se conformarán Comités por el Derecho a la Salud (CDS) en 9 hospitales escuelas (HN de la Mujer, Bloom, Rosales, Zacamil, Saldaña, Soyapango, San Rafael, Santa Ana y San Miguel). La segunda fase fue en los hospitales departamentales y la tercera en hospitales básicos y primer nivel de atención. Los CDS han sido presididos por la coordinación de la ODS, con una representación paritaria del personal de salud y la sociedad civil. Entre las principales funciones de las ODS y CDS está la orientación a la población en los procesos relacionados a su atención; la recepción, clasificación, procesamiento y respuesta oportuna a quejas, denuncias, solicitudes, sugerencias o reconocimientos de la población que busca atención de los servicios de salud. Además realizarán evaluaciones permanentes y emisión de recomendaciones; organizar los eventos de rendición de cuentas a la población de responsabilidad. La ciudadanía puede interponer sus solicitudes de consulta, denuncia o sugerencia de forma escrita, oral, o virtual, mediante las ODS, página Web, redes sociales o en los buzones.

OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

General:

Desarrollar un programa de Capacitación para el personal Médico y de Enfermería sobre la Mejora Continua de la Calidad de atención en el trato humanizado a los usuarios en la atención emergente brindada en el servicio.

Específicos:

- ✓ Actualizar conocimientos sobre que es el Programa de Mejora Continua de Calidad de Atención en salud.
- ✓ Socializar herramienta de Evaluación de Calidad de Atención SERVQUAL

A QUIÉN VA DIRIGIDO

- ✓ A todo el personal de Salud del Servicio de Emergencia y usuarios del servicio

EJES DE LA IMPLEMENTACIÓN:

- ✓ Mejorar la calidad de atención que se brinda en la Emergencia
- ✓ Eje educativo
- ✓ Eje participativo de la mejora continua

CÓMO SE VA A IMPLEMENTAR O ESTANDARIZAR.

- ✓ A través de actividades a desarrollar con el personal de salud del servicio.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

- ✓ Coordinar con el Director y Enfermera jefe del Departamento para presentación de resultados de la investigación.
- ✓ Se coordinará con jefe médico de servicio y de enfermería para solicitar apoyo en el desarrollo de programa de capacitación y aplicación de instrumento SERVQUAL.
- ✓ Seleccionar el lugar donde se llevará a cabo el Programa de Mejora Continua de Calidad en el Trato Humanizado al Usuario en el Servicio de Emergencia
- ✓ Establecer con autoridades fechas y hora que se ejecutara el Proyecto.
- ✓ Solicitar y coordinar con profesionales expertos en la temática para participar en el Proyecto.
- ✓ Se solicitará recursos didácticos y materiales para ejecutar el proyecto.
- ✓ Promover la realización del Programa en reuniones matutinas y mensuales.

COMPONENTES

- ✓ Conceptos de Teoría de calidad de atención en salud en el trato humanizado
- ✓ Antecedentes teóricos
- ✓ Bases legales de calidad
- ✓ Programas de mejora Continua de Calidad
- ✓ Estándares de Evaluación
- ✓ Instrumento SERVQUAL

ESTRATEGIAS DE LA PROPUESTA.

- ✓ Estandarizar herramienta SERVQUAL en Servicio de Emergencia
- ✓ Actividades.

EQUIPO DE TRABAJO

- ✓ Responsables del Proyecto

- ✓ Personal Médico y de Enfermería
- ✓ Invitados especiales (expertos en el tema)

SELECCIÓN DE PACIENTES

- ✓ Aplicación de instrumento SERVQUAL a usuarios que se van de alta del servicio
- ✓ Lineamiento para manejo de casos complejos y complicados.

MONITOREO DEL CUMPLIMIENTO Y RESULTADOS PARA REALIZAR AJUSTES.

- ✓ Se realizará por entrevistas de satisfacción del instrumento SERVQUAL que se evaluará cada mes de usuarios egresados

SEGUIMIENTO

- ✓ Mensual y posteriormente cada tres meses

RESULTADOS ESPERADOS

- ✓ Mejora Continua de la Calidad de Atención de los usuarios
- ✓ Satisfacción de los usuarios externos.
- ✓ Satisfacción de los usuarios internos.

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

- ✓ El hospital Nacional Dr. “José Antonio Saldaña”, no cuenta con financiamiento para realizar capacitaciones, pero se pagará la asistencia a las capacitaciones con tiempo programado. (\$ 375.00 del presupuesto institucional/ en hora laboral)
- ✓ Parte del gasto será asumido por las organizadoras
- ✓ Presupuesto de jornada educativa. (\$96.25).

ROL SOCIAL

El Ministerio de Salud como ente rector del derecho a la salud del país y teniendo como marco lo que establece la Política de Salud, de fortalecer y ampliar el Sistema Nacional de Salud y para el Hospital Nacional “Dr. José Antonio Saldaña” es importante Según el nuevo modelo de atención en salud ser categorizado como hospital Departamental de segundo nivel de atenci

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anep de la fundación Àlvar Net. Presidente de la Fundación Avedis Donabedian, la calidad de atención sanitaria. Disponible en: www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf.
2. Balderas Pedrero, ML. Administración de los servicios de enfermería. México: McGraw Hill, 2005.
3. Betancourt, Y. Mayo, JC. La Evaluación de la Calidad del Servicio. Revista Contribuciones a la Economía. Universidad de las Tunas, Cuba. 2010. ISSN 1696- 8360.
4. Chang, M., alemán, M., Cañizares, M., & Ibarra, A. (2011). Satisfacción de los pacientes con la atención médica. Cuba: Rev cubana.
5. Conceptos de Calidad en Salud, Urquiza R. Evidencia Actual Practica ambulatoria,2004; cap. 7:152-155, disponible en URL:<http://es.scribd.com/doc/19225918/Conceptos-de-Calidad-en-Salud>
6. Cruz, J. Historia de la calidad. Excellentia. Disponible en: <http://www . tecnologia y calidad . galeon.com/calidad/.htm>
7. Cuesta, A; Moreno, JA; Gutiérrez, R. Control de calidad de la asistencia hospitalaria. Conceptos generales en la calidad de la asistencia hospitalaria. Barcelona. Doyma. 1986; 1 17.
8. Díaz, L. (2010). Sistema de atención en el área de emergencia. Revista cubana de medicina intensiva y emergencia.
9. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Méjico: La Prensa Mexicana, 1984. Pág 26-32
10. Donabedian A. La calidad en la atención médica y definición de métodos de evaluación. La Prensa Médica Mexicana, México 1991. Pag 45-48
11. Donabedian A. Responsabilidades institucionales en la garantía de calidad. Centro de documentación sanitaria. Informativo de control de calidad. 1990.
12. Duke T. New WHO guidelines on emergency triage assessment and treatment. Lancet. 2016 February; 387.

13. Ellbrant J, Åkeson J, Åkeson P. Pediatric Emergency Department Management Benefits From Appropriate Early Redirection of Nonurgent Visits. *PediatricEmergencyCare*. 2015 febrero.
14. Evaluación de la calidad de atención en los servicios de salud. Schapira de Kaplan Formato de archivo: PDF/Adobe Acrobat, disponible en URL: www.calidadensalud.org.ar/Documentos/Jornadas/06.pdf
15. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: Important general considerations. *BMJ* 1992; 302: 887-8.
16. Gracia D, Júdez J et al. Bioética para clínicos: una necesidad, una iniciativa, una propuesta. En *MedClin (Barc)* 2001; 117:16-17.
17. Hernández R, Fernández C y Baptista P. Metodología de la investigación. México: Edit. Mc Graw Hill; 2006.
18. Hoffman, F.M. Gestión económica en direcciones de enfermería. Barcelona: Doyma, 1989.
19. Hugh, K. Gestión total de la calidad en la sanidad. Barcelona: S.G. Fundación AvedisDonabedian, 1994; 17-29.
20. Humet, C. Calidad, ética y coste. *Calidad asistencial* 1994; 1: 6-7.
21. Ignacio E, Córdoba JA, Serrano A, Figueroa E, Moreno J, Arriaga E, Ignacio JM, Gallego C, Mompó E, Rodríguez-Cornejo MJ. La Calidad aplicada al campo de la Enfermería. Cádiz: Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería, 1997.
22. Instituto Colombiano de Normas Técnicas y de Certificación, ICONTEC. Dirección de Acreditación en salud. Sistema Único de Acreditación en Salud. Disponible en www.acreditacionensalud.org consultado en enero 2019.
23. José Ma. Paggani y de Morales N. Humberto. La garantía de calidad. Estándares e indicadores para la acreditación de Hospitales en América Latina y el Caribe. Pub. OPSOMS/OMS: Washington, D.C. 1994.
24. Joseph M. Juran Tomado de Juran: Manual de Control de Calidad, 4º Ed. McGraw Hill, 1988.
25. Juran, JM. Juran y la planificación para la calidad. Madrid: Díaz de Santos, Madrid. 1990; 1-13.

26. Kahn, J. Gestión de calidad de los centros sanitarios. Barcelona: Editorial S.G. 1990; 42-45.
27. Lineamientos Técnicos para Realizar Triage en los Hospitales de la RIISS, Ministerio de Salud, El Salvador 2012.
28. Lineamientos técnicos de mejora continua de la calidad en hospitales de las RIISS. Ministerio de salud, El Salvador 2012.
29. Ley general de sanidad. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo. Secretaría general técnica, 1991.
30. Lorenzo Martínez S, Mira Solves J, Ignacio García E. Gestión de la Calidad. En: Ayuso Murillo D, Grande Sellera R. et al. La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones. Madrid: Díaz de Santos, 2006; 527-553.
31. Martínez SH, Villasis KMA, Torres LJ, Martínez CCS, García PMC. Las múltiples facetas de la investigación en salud 3.
32. Mejía Y. y Amaya R. Evaluación de calidad de atención en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Nueva Guadalupe en el período de abril a [consultado 15 diciembre 2015]. [consultado 11 d i c i e m b r e 2 0 1 5] . junio 2011. Tesis para optar al grado de maestro en gestión hospitalaria en la Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina, Maestría en Gestión Hospitalaria. Disponible en: http://www.medicina.ues.edu.sv/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=256&Itemid=85
33. Millares, JL, Ruiz, J. La paradoja de “cliente” en los servicios sanitarios. MedClin (Barc) 1995; 105: 418-419.
34. MINSAL, Sistema de Morbilidad en Línea SIMMOV, www.transparencia.gob.sv.
35. MINSAL, Estrategia para la mejora continua de la calidad en los servicios hospitalarios. San Salvador, Diciembre 2012. Disponible en: asp.salud.gob.sv/regulación/pdf/.../estrategia_calidad_hospitales.pdf

36. Nokoff N, Brunner AM, Linakis JG, Amanullah S. Presentation to Either the Pediatric Emergency Department or Primary Care Clinic for Acute Illness. *PediatricEmergencyCare*. 2014 March; 30.
37. Palmer, RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989; 17-20.
38. Proyecto de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud en El Salvador
39. OPS/OMS, El Salvador. 1999.
40. Revistas Medicina y Sociedad, Editorial la calidad de atención medica Nélide, Fernández Busso, Edición trimestral año 28 #2, junio /2008, disponible:http://www.medicinaysociedad.org.ar/publicaciones/20_junio2008/editorial.htm
41. Rosander, AC. La búsqueda de la calidad en los servicios. Madrid: Díaz de Santos, 1992.
42. Salud y Desarrollo, Calidad de la Atención en salud, España 2006, pág. 13.
43. Saturno PJ, Quintana O, Varo J et al. Tratado de Calidad asistencial en atención primaria. Madrid: Dupont Pharma, 1997.
44. Saturno, PJ. La definición de la calidad de la atención. En: Marquet, R. Garantía de calidad en atención primaria de salud. Monografías clínicas en Atención Primaria. Barcelona: Doyma, 1993; 7-31.
45. SECLÉN, J. y DARRAS, C. Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Perú 2000. En: Anales de la Facultad de Medicina Lima. Vol. 66, No.2 (2005); p.127-141.
46. Segundo C Acho, Calidad de Atención y Mejora Continua en el Tópico de Ginecoobstetricia de un Hospital Nacional del departamento de Emergencia, Universidad Peruana Cayetano Heredia , 2010: pág. 137-142.
47. Servicios de Salud de Castilla-La Mancha, Manual de Calidad Asistencial, España,2009, pág. 70.
48. Sistema de Morbimortalidad en línea (SIMMOW), MINSAL, www.transparencia.gob.sv Mayo2019.

49. Sociedad de Calidad Asistencial Castilla -La Mancha Manual de Calidad Asistencial, España, Servicios de Salud de Castilla La Mancha(DESCAM). (2009) pág. 69.
50. Soler W, Gómez M, Bragulat E, Álvarez A. El triage: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. An SistSanitNavar. 2010; 33(Supl1)
51. Temes, JL. Los profesionales sanitarios, presente y futuro. Todo hospital 1989; 56: 18-21.
52. Thompson T, Stanford K, Dick R, Graham J. Triage Assessment in Pediatric Emergency Departments - A National Survey. PediatrEmer Care. 2010 Aug; 26(8).
53. Torres, M., Vásquez, C. y Luna, M. Análisis estratégico de la evaluación de la calidad del servicio en el sector público. En: Compendium. Vol. 14, No. 27 (2011); p. 39-59.
54. Torrea, J. Posibilidades, logros y desafíos en la implementación de modelos de calidad en los gobiernos latinoamericanos. En: Estudios Gerenciales. Vol. 27, No. 119 (2011); p.33-57.
55. Tudela P, Mòdol J. Urgencias Hospitalarias. Med Clin. 2003 Mayo; 120(18).
56. Udaondo, M. Gestión de calidad. Madrid: Díaz de Santos, 1992; 1-63.
57. Vanormelingen, K, Pineda, H. et al. La gerencia de calidad en salud. Ecuador: Ministerio de Salud Pública, 1994; 3-29
58. Varo, J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid: Díaz de Santos, 1993; 3-29.
59. Varo, J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios: un modelo de gestión hospitalaria. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos. 1994. 30-33
60. Vuori H. Control de calidad de los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Barcelona: Masson SG, 1989; 37
61. W.Edwards Deming: Fuera de la Crisis MIT, 1988.