

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



**NIVEL DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN EL POLICLINICO “ROMA” INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL SAN SALVADOR, FEBRERO A SEPTIEMBRE 2019**

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

**PRESENTADO POR:**

**Dr. William Alfonso Cruz Joya**

**ASESORA:**

**Dra. Ana Guadalupe Martínez de Martínez MGH**

**SAN SALVADOR, EL SALVADOR, OCTUBRE 2019**

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

**MSC. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO**

**RECTOR**

**DRA. MARITZA MERCEDES BONILLA DIMAS.**

**DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA**

**LICDA. REINA ARACELI PADILLA, M. S. P.**

**COORDINADORA GENERAL DE LAS MAESTRIA  
EN SALUD PÚBLICA**

**TRIBUNAL EVALUADOR**

**Licda. Msp. Reina Araceli Padilla Mendoza**

**Presidente**

**Dra. Mgh. Ana Guadalupe Martínez de Martínez**

**Secretaria**

**Licda. Msp. Margarita Elizabeth García**

**Vocal**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios todopoderoso que por su infinita misericordia me ha bendecido en todo momento y no me ha desamparado para obtener un triunfo más en mi vida, bendito sea su nombre.

A mis maestros que me fueron guiando paso a paso y que sin su ayuda no hubiera alcanzado la meta, en especial a Dra. Ana Guadalupe Martínez de Martínez que sin su guía y amistad no habría alcanzado la meta.

A mis hijos David Alejandro y Diego Andrés que son mi inspiración y motivo para salir adelante.

A mis padres Pedro Cruz y Santos Eduviges Joya los cuales siempre me han estado apoyando en todo momento

William Alfonso Cruz Joya

## RESUMEN

**Título:** Nivel de Satisfacción de usuarios ingresados en el Servicio de Cirugía en el Policlínico “Roma” Instituto Salvadoreño del Seguro Social San Salvador, febrero a septiembre 2019

**Propósito:** Contribuir a la toma de decisiones para mejorar la atención al usuario a través de una propuesta técnica con estrategias que fomenten la calidad en el servicio.

**Objetivo:** Identificar el nivel de satisfacción de los usuarios externos hospitalizados en el Servicio de Cirugía General del Policlínico “Roma” Instituto Salvadoreño del Seguro Social San Salvador, de febrero a septiembre 2019

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo

**Resultados:** De los 136 usuarios externos encuestados en el servicio de hospitalización de cirugía predominaron los adultos con nivel de instrucción entre secundaria y superior. El sexo femenino predominó en el servicio de cirugía. La percepción de la satisfacción, fue mayor en pacientes de sexo femenino, adultos y con nivel de instrucción superior secundaria. Las dimensiones con mayor satisfacción fueron la fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía. Los usuarios externos estuvieron satisfechos con la calidad de atención recibida durante su estancia.

**Conclusiones:** El nivel de satisfacción del usuario externo fue mayor al 70% (100% de encuestados). Hubo satisfacción de las necesidades y demandas de los usuarios externos, superando sus expectativas.

**Recomendaciones:** Implementar, ejecutar y controlar el desarrollo y estudio de diferentes métodos de análisis sobre la calidad y desempeño del servicio. Desarrollar estudios basados en la investigación de factores asociados al nivel de satisfacción de los usuarios externos. Programar actividades con temas de calidad atención actualizados, donde exista la participación activa del personal de salud y administrativo.

## INDICE

RESUMEN .....	iii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVOS.....	13
III. MARCO TEÓRICO.....	4
IV. DISEÑO METODOLOGÍCO. ....	37
V. RESULTADOS .....	49
VI. DISCUSION .....	60
VII. CONCLUSIONES. ....	65
VIII. RECOMENDACIONES.....	66
IX. PROPUESTA TECNICA.....	68
X.BIBLIOGRAFIA. ....	72
ANEXOS .....	75

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

**Gráfico N.º 1** Sexo de pacientes ingresados en el servicio de cirugía.

**Gráfico N.º 2** Edad de pacientes ingresados en el servicio de cirugía.

**Gráfico N.º 3** Nivel de estudios de pacientes ingresados en el servicio de cirugía.

**Gráfico N.º 4** Nivel de satisfacción según sexo de pacientes ingresados en el servicio de cirugía.

**Gráfico N.º 5** Nivel de satisfacción según grupo etario de pacientes ingresados en el servicio de cirugía.

**Gráfico N.º 6** Nivel de satisfacción de pacientes ingresados en el servicio de cirugía.

**Gráfico N.º 7** Nivel de satisfacción según el grado de educación del paciente ingresado en el servicio de cirugía.

**Gráfico N.º 8** Grado de expectativa de pacientes ingresados en el servicio de cirugía.

**Gráfico N.º 9** Grado de percepción de pacientes ingresados en el servicio de cirugía.

**Gráfico N.º 10** Nivel de satisfacción en el Servicio.

**Gráfico N.º 11** Nivel de satisfacción según sector del servicio de hospitalización

## INDICE DE TABLAS

**Tabla N.º 1** Sexo de pacientes ingresados en el servicio de cirugía

**Tabla N.º 2 Edad** de pacientes ingresados en el servicio de cirugía.

**Tabla N.º3** Nivel de estudios de pacientes ingresados en el servicio de cirugía.

**Tabla N.º 4** Nivel de satisfacción según sexo de pacientes ingresados en el servicio de cirugía.

**Tabla N.º 5** Nivel de satisfacción según grupo etario de pacientes ingresados en el servicio de cirugía.

**Tabla N.º 6** Nivel de satisfacción de pacientes ingresados en el servicio de cirugía.

**Tabla N.º 7** nivel de satisfacción según el grado de educación del paciente ingresado en el servicio de cirugía.

**Tabla N.º 8** Grado de expectativa de pacientes ingresados en el servicio de cirugía.

**Tabla N.º 9** Grado de percepción de pacientes ingresados en el servicio de cirugía.

**Tabla N.º10** Nivel de satisfacción en el Servicio

**Tabla N.º11** Nivel de satisfacción según sector del servicio de hospitalización

## **ACRONIMOS.**

**ISSS:** Instituto Salvadoreño del Seguro Social

**MINSAL:** Ministerio de Salud

**ISO:** International Organization for Standardization.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**SERVPERF:** Service Performance.

**CODECA:** Comité de calidad en salud y seguridad del paciente.

**DECSS:** Departamento de evaluación de calidad de los servicios de salud.

## I. INTRODUCCIÓN

La definición de la calidad en la asistencia sanitaria significa asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios, diagnóstico y tratamiento terapéutico para una atención sanitaria óptima, considerando los conocimientos del paciente y del servicio médico con lo que se logrará mejores resultados con el mínimo riesgo y la máxima satisfacción en el proceso.

En la última década, la calidad de atención en salud ha surgido como un tema relevante, particularmente por la 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 de los servicios hospitalarios. Con el propósito de alcanzar dicha meta se requiere de un proceso de adaptación y ajuste constante en el cual los hospitales deberán encaminarse, permitiendo así, administrar eficientemente sus recursos, obtener resultados de forma inmediata y tomar decisiones oportunas a nivel local.

En este contexto, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social implementó la calidad de atención como un eje fundamental en la reestructuración de los servicios y como un elemento importante en la dinámica de los hospitales. Es fundamental evaluar la calidad de la atención, para proponer soluciones a las complicaciones que se presentan, no sólo por el número creciente de usuarios que se atiende sino porque cada vez existen más usuarios que precisan de atención especializada y oportuna. Es posible minimizar su impacto si se dispone de mecanismos o intervenciones eficaces claramente definidos en función de los costos, la atención prioritaria que merecen y llevando a la práctica las políticas y programas de salud establecidos.

Dada la importancia de la calidad se realizó un análisis de los procesos de atención, la relación entre demanda y disponibilidad, así como se evaluó la satisfacción de los usuarios, utilizando como referencia en modelo SERVPERF.

Por lo que, para mejorar la gestión de los procesos, de atención en el Servicio de Cirugía, el investigador se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel de satisfacción de los usuarios externos hospitalizados en el Servicio de Cirugía General del Policlínico “Roma” Instituto Salvadoreño del Seguro Social San Salvador, de Febrero a septiembre 2019?

## **II. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo General:**

Identificar el nivel de satisfacción de los usuarios externos hospitalizados en el Servicio de Cirugía General del Policlínico “Roma” Instituto Salvadoreño del Seguro Social San Salvador, de Febrero a septiembre 2019

### **2.2. Objetivos Específicos:**

2.2.1. Determinar las características sociodemográficas de los usuarios externos hospitalizados en el Servicios de Cirugía General

2.2.2. Determinar el nivel de satisfacción de los usuarios externos hospitalizados en el Servicio de Cirugía General según sexo, grupo etario y nivel de instrucción.

2.2.3. Describir el grado de satisfacción de los usuarios externos hospitalizados en el Servicio de Cirugía General según las dimensiones de percepción y expectativa en los aspectos de confianza, empatía, capacidad de respuesta, fiabilidad y aspectos tangibles.

2.2.4. Comparar el nivel de satisfacción de los usuarios externos hospitalizados según sexo en el Servicio de Cirugía General

### III. MARCO TEÓRICO

#### 3.1 Generalidades

La calidad de atención en salud ha sido definida por diferentes actores en momentos determinados, dentro de los cuales se presenta a AvedisDonabedian en 1980, propuso “Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes”

Posteriormente en 1989, la (ISO) define qué calidad “es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado”

Para 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: “Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”.<sup>1</sup>

Con base a estas definiciones se puede determinar que la calidad ha sido un proceso que cada vez avanza en las organizaciones hasta el punto de llegar a ser parte importante de los procesos por lo que debe ser calificada, evaluada, transformada.

El ISSS como institución prestadora de servicios de salud, forma parte de los sistemas que enfocan la calidad de atención como instrumento importante de atención, en el año 2010 inicia el programa atención humanizada, posteriormente en el año 2015, se crean comités de calidad cuyo propósito es “evaluar y recomendar mejoras a la calidad en los servicios de salud para hacer eficaces y eficientes los procesos en los centros de atención”. Aunado a ello a nivel jurídico nacional se establece la ley de deberes y derechos de paciente y prestadores de servicios de salud.

---

<sup>1</sup>Hita SR. Calidad de Atención en salud. Catalogo. La Paz: OPS/OMS; 2010.

Por consiguiente el Hospital Policlínico “Roma” parte del ISSS, y como ente prestador de servicios de salud, cree firmemente en que la calidad de los servicios debe ser una premisa importante en la administración y ejecución de sus servicios, dentro de los recursos con que cuenta para la verificación de la calidad se encuentra, en sus inicios a través del comité de humanización en el año 2012 en el cual se evaluó tres aspectos: Opinión del derecho habiente, opinión de los trabajadores, Infraestructura hospitalaria, siendo comparativa con encuesta efectuada en 2010, el 17 de diciembre del 2015 se aprueba la creación del comité de calidad en salud y seguridad del paciente el cual posteriormente se denominó como CODECAS.

El CODECAS es uno de los elementos fundamentales del componente de evaluación de calidad de servicios de salud que depende administrativamente de la dirección local, y técnicamente del departamento de evaluación de calidad de los servicios de salud (DECSS), con excepción del coordinador quien dependerá únicamente del DECSS.

El CODECAS es un conjunto de personas de un determinado centro de atención que están comprometidas con la mejora continua de la calidad de, los procesos de atención en salud en sus lugares de trabajo, y que han recibido autorización del consejo directivo del ISSS para ser garantes de la calidad de los servicios de salud.

Los CODECAS tienen dos categorías: CODECAS categoría uno y CODECAS categoría dos, que serán articulados entre los diferentes centros de atención para garantizar el 100 % de cobertura institucional (ISSS Roma posee un CODECAS categoría uno). El CODECAS categoría uno está conformado por 5 propietarios, distribuidos de la siguiente manera: Coordinador de comité, Secretario de comité y 3 vocales propietarios del comité. En el caso de los vocales estos representaran a un 1 representante de participación ciudadana y 2 miembros del personal del centro de salud.

Las tareas antes mencionadas poseen evaluaciones empíricas, que llevan a una idea con respecto a la mejora de la calidad, se debe reconocer que se dieron muchos cambios en cuanto a calidad y percepción del paciente respecto a calidad.

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común, a partir de ello es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociadas en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas.<sup>2</sup>

Según Arellano (1996), la percepción es el proceso por el cual un individuo selecciona, organiza e interpreta los estímulos para integrar una visión significativa y coherente del mundo que lo rodea, los usuarios toman decisiones basándose en lo que perciben, más que sobre la base de la realidad objetiva.

Schiffman y Lazar (1997), afirman que para saber qué tan satisfechos están los usuarios con la calidad del servicio es necesario evaluar su percepción, debido a que ellos juzgan con base a una variedad de claves informativas, las cuales asocian con el servicio.

La calidad de servicio, desde la óptica de las percepciones de los usuarios puede ser definida como la amplitud de la discrepancia o diferencia que existe entre la expectativas o deseos de estos y sus percepciones (Zeithaml et al., 1993)

La calidad de acuerdo con la academia de la Real lengua española es “La propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de la misma especie”, esta definición establece una comparativa para evaluar la calidad, sin embargo, la pregunta debe ser ¿en base a que se debe comparar la calidad de salud?, la respuesta está dada por las diversas teorías que se han desarrollado al respecto, las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de atención en los últimos años se han venido justificando en el modelo desarrollado por Donabedian.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup>ISS. Historia del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. [Online].; 2012 ultima actualizacion [cited 2019 febrero 25. Available from: [http://www.iss.gov.sv/index.php?option=com\\_content&view=article&id=49&Itemid=84](http://www.iss.gov.sv/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=84).

<sup>3</sup>R S. La calidad de la atencion sanitaria. [Online].; 2014 [cited 2019 marzo 22. Available from: [http://www.cordinaraprofunds.org/docs/214/rosa\\_sunol.pdf](http://www.cordinaraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf).

El autor señala dos dimensiones fundamentales de la calidad que están íntimamente enlazadas, la técnica y la interpersonal; en la primera considera la aplicación de conocimientos y técnicas para la atención a la salud y en la segunda, la relación que se establece entre los proveedores de servicios y los usuarios de los mismos sin dejar de considerar para ambas dimensiones el contexto sociocultural donde se otorgue el servicio, también hace referencia a tres enfoques útiles para evaluar la calidad: estructura. Proceso y resultado.

La estructura engloba los recursos humanos, materiales, tecnológicos y organizacionales de los lugares donde se proporciona la atención.

El proceso incluye todo lo que el personal de salud hace por los usuarios de los servicios y la habilidad con que lo realiza; considera también en este rubro lo que los propios usuarios hacen por ellos mismos.

Los resultados incluyen los cambios que se obtienen en la salud derivados del servicio otorgado, buenos o malos; la satisfacción del usuario y del personal de salud; el conocimiento que se genera durante la atención para las personas que reciben los servicios y para los que lo otorgan.

### **3.1.1. Desarrollo Histórico de la Calidad**

La preocupación por atender a los pacientes con la mayor calidad posible es tan antigua como la práctica clínica, tal como puede observarse en los siguientes hitos históricos: <sup>4</sup>

- Código de Hammurabi: En el año 2000 A. C. promulgaba el código que regulaba la atención médica y en el que incluía las multas que estos debían de pagar por los malos resultados de sus cuidados.
- Papiro de Egipto: 2000 A. C. se encuentran algunos de los primeros estándares referidos a la práctica médica.
- En China: se encuentran documentos que datan de 1000 A. C. en el que se presenta el estado del arte de la medicina en aquella época y se regulan las competencias de los profesionales.

---

<sup>4</sup>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.

- Tratado de Hipócrates de Cos 500 A. C. recoge las primeras bases éticas y legales de obligado cumplimiento para los médicos que aún siguen vigentes.
- Tratado de Galeno: 200D.C. es un trabajo donde se estandariza el conocimiento médico de la época.

Todos estos trabajos estaban dirigidos a normalizar el proceso de la práctica clínica. Los primeros trabajos de evaluación sistemática de la atención sanitaria comienzan a ser realizados por epidemiólogos entre ellos cabe destacar el tratado escrito por Sir W. Petty uno de los padres de la epidemiología moderna. En este se comparan los hospitales de Londres y París y llega a la afirmación de que “los hospitales de Londres son mejores que los de París, pues en los mejores hospitales de París fallecen 2 de cada 15 pacientes, mientras que en los peores hospitales de Londres fallecen 2 de cada 16.

Cómo podemos apreciar, ya desde el principio de la medicina encontramos ejemplos de evaluación y mejora de la práctica profesional, la mayoría de autores están de acuerdo en mencionar elementos más modernos provenientes del trabajo de Florence Nightingale en el Barrack Hospital durante la guerra de Crimea (1854). Cuando ella y sus enfermeras llegaron al hospital, la tasa de mortalidad de los pacientes ingresados era del 40%. Después de seis meses de aplicar acciones de mejora en los cuidados básicos y en la higiene de los hospitales, dieta adecuada, ambiente limpio, material sanitario redujo la tasa de mortalidad al 2%. La Sra. Nightingale utilizó las estadísticas de mortalidad para cada tipo de patología para demostrar que las mejoras en la higiene, cuidados, y condiciones sanitarias en las que se atendía a los pacientes mejoraban los resultados y justificaban la moderna atención de enfermería que ella propugnaba. Posteriormente estableció lo que podría entenderse como los primeros estándares de la práctica de enfermería en su publicación *Notes on Nursing* (1860), que se refieren a las condiciones estructurales en las que se realiza la atención.<sup>5</sup>

En las primeras décadas del siglo XX encontramos en Europa y en EEUU una

---

<sup>5</sup>NIGHTINGALE F. *NOTES ON NURSING* What it is, and what it is not. primera ed. New York: D. Appleton and Company; 1860.

intensa preocupación por la mejora de la enseñanza de la medicina. En este campo cabe destacar el Informe Flexner (1910), en el cual se ponía de manifiesto la falta de estandarización de los estudios de medicina y la deficiente formación de algunos profesionales. Como resultado de la aplicación de dicho informe se cerraron un importante número de facultades de medicina en EEUU. Otro importante predecesor en este campo fue el Dr. Ernest Codman, cirujano de Massachusetts General Hospital, en Boston, estaba profundamente preocupado por el tema de los resultados en los pacientes quirúrgicos. Es uno de los fundadores del American College of Surgeons. Codman propuso “Todo hospital debería realizar un seguimiento de cada uno de los pacientes que trata durante el tiempo suficiente para saber si el tratamiento ha sido positivo y si no lo ha sido averiguar las razones” Fue encargado de desarrollar el programa de estandarización de los hospitales en 1918 que se basó principalmente en aspectos estructurales, este fue la base del futuro desarrollo de la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO). Esta primera etapa se caracteriza por la preocupación ética inicial de los profesionales de forma individual por la calidad de su trabajo, el interés por los resultados obtenidos en el paciente después de la atención y la dificultad de medir los resultados a nivel global en los centros, decantándose por evaluar la estructura.

En la década de los 30 se publicó el informe de Lee y Jones sobre el coste de la atención médica que incluía una lista de características de acuerdo a las cuales se debía evaluar la calidad de la atención dispensada por los profesionales y los centros, estos criterios han sido punto de referencia del desarrollo de los esfuerzos de calidad durante muchos años.

### **3.1.2. Criterios de la atención sanitaria de calidad. Lee y Jones:**

La buena atención médica:

1. Se limita a la práctica de la medicina racional basada en la ciencia médica
2. Enfatiza la prevención
3. Requiere cooperación inteligente entre el público y los profesionales que practican una atención científica
4. Trata al individuo como un todo
5. Mantiene una estrecha relación y continuada entre el médico y el paciente

6. Coordina todo tipo de servicios médicos
7. Implica la aplicación de todos los servicios necesarios de la medicina moderna y científica a las necesidades de todas las personas

De 1940 a 1960: creación de la JCAHO y las bases para el desarrollo de los métodos de proceso: La aportación más importante de este periodo fue la de Paul Lemboke cirujano de la Jhon Hopkins University Medical School, el cual desarrollo un nuevo método para evaluar la calidad: el audito médico. Lemboke estaba muy preocupado por la variabilidad de resultados que observaba en su práctica diaria, estableció lo que fue el desarrollo de los criterios explícitos que permitían la comparación entre centros y profesionales y una sistemática de recogida de información. El programa de acreditación de hospitales seguía su crecimiento, de forma que en 1951 se revisaban 3.290 centros y era financiado exclusivamente por la American College Of Surgeons. Ante el crecimiento de este proyecto en 1952 la American College of Surgeons se une a otras asociaciones profesionales las cuales dan origen a la Joint Commission on Accreditation of Hospital que posteriormente pasará a llamarse Joint Commission on Accreditation of Health Organizations.

Década de los sesenta: Una característica importante de este periodo es la asociación de los programas de calidad con la financiación de los centros. En 1965 y 1966 se crean en los EEUU los programas federales de atención a ancianos y personas sin recursos (MEDICARE Y MEDICAID), se establece que solo los hospitales que se acrediten por la JCAHO serán reconocidos para la atención de esos pacientes. De este modo la acreditación que hasta ahora era unos elementos de prestigio, pasa a ser un elemento crucial para su financiación y supervivencia económica.<sup>6</sup>

La acreditación en 1964 establece como requisito la realización en cada centro de un determinado número de auditorías, lo que representa un avance en la evaluación en la que la atención de los evaluadores no se detiene exclusivamente en los datos de estructura necesaria para prestar la atención, sino que evalúan aspectos de cómo se

---

<sup>6</sup>Hoffman, F.M. Gestión económica en direcciones de enfermería. Barcelona: Doyma, 1989.

desarrollan las actividades sanitarias. La generalización de las auditorías sentó las bases para el desarrollo de las comisiones clínicas en los centros. La internalización de los programas de calidad se benefició también de los trabajos de Marie Phaneuf que desarrollo un conocido método de auditoria de enfermería en 1964. M.A. Morehead estudió la calidad en atención primaria de salud mediante la revisión por pares y la discusión de los casos con los profesionales que los atendieron. Osborne y Riedelintrodujeron el uso de los criterios explícitos en la evaluación. En 1967 se inicia la acreditación por parte de la JCAHCO de los centros de atención ambulatoria.

En el campo del desarrollo metodológico destaca especialmente el trabajo de AvedisDonabedian, en el cual propone una clasificación de los métodos de Calidad en estructura, proceso y resultados y establecía las bases para el futuro desarrollo metodológico y de investigación de los años siguientes.<sup>7</sup>En este período el énfasis de los estudios de calidad era la mejora de los procesos de atención y la autoevaluación de los profesionales.<sup>8</sup>

Década de los 70: Este periodo es uno de los más fecundos en el desarrollo de la calidad, también fue el inicio del desarrollo de los métodos de resultados, en este apartado cabe citar los trabajos de J. Williamson que introdujo una nueva metodología con la formulación del concepto ABNA (beneficio posible no alcanzado), que mide la diferencia entre los estándares considerados como deseables para el diagnóstico y tratamiento y la práctica real evaluada tanto mediante la revisión de las historias clínicas como mediante la revisión del estado de salud de los pacientes y el envío de cuestionarios en el que daban información sobre su estado de salud.

Los años 70 y principios de los 80 fueron también un periodo importante de reflexiones teóricas sobre la definición y dimensiones de la calidad. De esta época son las aportaciones clásicas de A. Donabedian y de RH. Palmer sobre la definición y naturaleza de los estudios de la calidad. La aportación de RH. Palmer sobre las dimensiones de la calidad influyó de forma decisiva en la conceptualización de esta disciplina. El interés por los resultados de la atención hizo que se incluyeran, en el estudio de la calidad de la atención, la opinión de los pacientes sobre el servicio

---

<sup>7</sup>Hoyle, D. Iso 9000 Manual de sistemas de calidad. Madrid: Paraninfo, 1994; 21-34

<sup>8</sup>Hugh, K. Gestión total de la calidad en la sanidad. Barcelona: S.G. Fundación AvedisDonabedian, 1994; 17-29.

recibido. En este sentido son importantes los trabajos realizados por B. Hulka sobre satisfacción de los pacientes en el ámbito de la atención primaria.

Años 80: El principio de esta década se caracteriza por una preocupación en la contención de costes, se crean sistemas de pagos prospectivos por grupos relacionados por el diagnóstico, en el ámbito de la calidad, este sistema representó el desarrollo de los métodos concurrentes de medición frente a los retrospectivos. Durante la última parte de la década tuvieron especial relevancia los estudios sobre la variabilidad de la atención.

En cuanto al desarrollo organizativo de los programas de Calidad existían a mediados de los ochenta en los hospitales diferentes instancias que se ocupaban de los proyectos de mejora. Durante esta década la JCAHO establece como requisito para la acreditación la existencia en los centros de planes de calidad integrados a nivel global, y estableció la implantación de los sistemas de monitorización, como mecanismo para realizar la valoración global de un servicio. Pero la influencia más importante para el desarrollo de futuros programas de calidad se derivó de la adaptación de los conceptos y estrategias de la calidad industrial al sector sanitario, que se inicia a finales de los 80. Dentro de este apartado son importantes las aportaciones de autores como Shewhart, Deming, Feigenbaum, Juran, Crosby, y de expertos japoneses como Taguchi, Ishikawa.

En resumen, aportan la idea de la Mejora continua de la calidad, la utilización de los métodos estadístico para lograrlo, la importancia de conocer las necesidades de los usuarios, la necesidad de un cambio de cultura en la organización en la que los directivos deben de liderar la gestión de la calidad y en la que deben de participar todos los integrantes de dicha organización como la educación en estos temas, etc.<sup>9</sup>

Década de los 90: Se inicia el traslado de algunas experiencias industriales al sector sanitario, se demostró con claridad que las técnicas de mejora de la calidad utilizadas en la industria podían ser aplicadas con éxito en la atención sanitaria. De las experiencias que se realizan se desprende que la mejora continua de la calidad es un esfuerzo integrado que se dirige fundamentalmente a los clientes y no como hasta ahora que había sido a las actividades de los profesionales. El propósito y el

---

<sup>9</sup>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

éxito de una organización se basan en sus clientes internos y externos.

La mejora continua de la calidad es la integración de:

- **Una filosofía de mejora continua orientada a los clientes.** Un principio básico es que los empleados quieren dar lo mejor de sí mismos, que son los que mejor conocen su propio trabajo y que deben estar implicados en la planificación de mejoras.<sup>10</sup>
- **Habilidades analíticas.** Tomar decisiones basándose en la utilización de los datos y herramientas analíticas
- **Habilidades interpersonales.** Se generan mejores ideas y se hacen los cambios más rápidamente si las personas que están más cercas de los procesos están implicadas en el análisis y en la toma de decisiones. En las organizaciones se debe de estimular el estilo de gestión participativo, la formación continuada para todos los profesionales, la dinámica de grupos, comunicación entre clientes, etc.
- **Estructura y organización.** Para asegurar el éxito de mejora de la calidad se debe establecer una estructura y una organización que de soporte a las actividades que surjan del equipo de mejora de la calidad.

En esta década sigue existiendo una preocupación creciente por la variabilidad de la atención, lo cual se traduce en un esfuerzo de sistematización de la evidencia científica mediante el desarrollo de “guías de prácticas clínicas”, en las cuales se establecen la conducta diagnóstica y terapéutica adecuada a cada patología.<sup>11,12</sup>

Sin embargo, el desarrollo más importante en los últimos años, es el cambio del papel de los pacientes en el sistema sanitario. Así podemos observar como la demanda de la sociedad hacia los temas de calidad en los países desarrollados se ha generalizado a todos los ámbitos del servicio y por tanto a los servicios sanitarios. El aumento de la demanda social hacia los temas de calidad está cambiando

---

<sup>10</sup> Irwin, P, Fordham, J. Evaluating the Quality of care. USA: Churchill Livingstone, 1995; 919

<sup>11</sup> Juran, JM. Juran y la planificación para la calidad. Madrid: Díaz de Santos, Madrid. 1990; 1-13

<sup>12</sup> Kahn, J. Gestión de calidad de los centros sanitarios. Barcelona: Editorial S.G. 1990; 42-45

también la forma en que se dispensa la atención sanitaria.<sup>13,14</sup>

### 3.1.3. Definiciones de la Calidad

Hay múltiples definiciones de lo se entiende por calidad de los servicios de salud. Todas responden a diversas interpretaciones sobre qué significa atender las necesidades de atención sanitaria de la población a la que se ofrecen los servicios cuya calidad queremos definir. A continuación, se puede ver las aportaciones más relevantes en el campo de la salud:

El Instituto de Medicina de EEUU en 1972 la define como “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 ello. Donabedian dice que la atención sanitaria tiene mayor o menor calidad en la medida que sus atributos se aproximen a los del prototipo. También la define como “el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención”.<sup>15</sup> Para su análisis

Donabedian propone tres puntos de vista diferentes según quién la define:

- **Calidad absoluta:** Es aquella que establece el grado en que se ha conseguido restaurar la salud del paciente, teniendo en cuenta el componente científico-técnico. Este concepto se basa en el concepto de salud-enfermedad, en el estado de la ciencia y la tecnología. Por lo tanto, también es llamada calidad científica, técnica o profesional.
  
- **Calidad individualizada:** Desde una perspectiva individual, es el usuario el que define la calidad de la atención sanitaria, intervendrían sus expectativas y valoración sobre los costes y los beneficios y los riesgos que comportan la asistencia. Este enfoque obligaría al paciente a implicarse en la toma de

---

<sup>13</sup> Millares, JL, Ruiz, J. La paradoja de "cliente" en los servicios sanitarios. MedClin (Barc) 1995; 105: 418-419

<sup>14</sup> Rosander, AC. La búsqueda de la calidad en los servicios. Madrid: Díaz de Santos, 1992.

<sup>15</sup> Saturno PJ, Quintana O, Varo. Tartado de calidad asintecial en atención primaria. Madrid: Dupont Pharma, 1997

decisiones a partir de la información proporcionada por el profesional sanitario, es decir, exige que sea el paciente quien decida sobre su proceso, el profesional informará y el paciente y/o familia decidirá.

- **Calidad social:** Desde esta perspectiva habría que valorar el beneficio o la utilidad netos para toda una población, el modo de distribución del beneficio a toda la comunidad y procurar producir, al menor costo social, los bienes y servicios más valorados por la sociedad. (Eficiencia. Distribución del beneficio a toda la población.)

Según la OMS, “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 los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”.

Las dimensiones implícitas en esta definición responden a tres criterios complementarios:

**Criterio Técnico.** Aplica la ciencia y la tecnología médica y otras ciencias de la salud a un problema sanitario individual, de forma que se maximicen los beneficios y se minimicen o no se incrementen los riesgos.

**Criterio interpersonal.** Regula la interacción social y psicológica entre el cliente y el profesional y considera el grado de autonomía y responsabilidad del usuario frente al grado de dependencia que genera la actividad asistencial. Significa encontrar el equilibrio en la interacción empresa-cliente.

**Criterio económico.** Supone la distribución y utilización racional de los recursos disponibles a fin de conseguir los objetivos propuestos, lo cual obliga a establecer previamente preferencias. Calidad y coste son dos factores inseparables. La atención insuficiente, excesiva, innecesaria o ineficaz origina un coste de calidad y, en consecuencia, una disminución de la calidad de la asistencia.

A principios de los noventa el Instituto de Medicina de EEUU (IOM) lanzó una

segunda definición de calidad: “el grado en que los servicios de salud, para los individuos y las poblaciones, incrementa la probabilidad de los resultados deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual”. Revisando la variedad de definiciones existentes, se hace evidente una primera conclusión: no es posible elegir una y darla por universalmente válida, porque este tipo de definiciones no existe. Hay que tomar aquella definición que más se adecue a las circunstancias del entorno donde va a ser aplicada.<sup>16</sup>

#### **3.1.4. Motivaciones para la Calidad de Atención:**

Existen diferentes motivos que nos implican a los profesionales sanitarios en asegurar y mejorar la calidad de nuestras prestaciones y que vamos a analizar a continuación:

##### **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.<sup>17</sup> Por otra parte, el sucesivo desarrollo y empleo de nuevas tecnologías nos obliga a conocer el riesgo sobreañadido que esto supone a un proceso patológico y al que se ven sometidos los pacientes, solo por el hecho de estar atendidos en un medio hospitalario, donde los procesos diagnósticos, terapéuticos son de gran complejidad. El personal sanitario tiene que valorar dicho riesgo, actuar para minimizarlos, prevenir errores y/o complicaciones que serán precisos analizar, garantizar la atención oportuna, en tiempo real y a toda la población que lo precise. También se fundamenta en la actitud ética que debe regir la actividad profesional, ofreciendo al usuario la posibilidad de recibir la información que precise, en un lenguaje comprensible para que pueda cooperar en la recuperación óptima de su salud.<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> Saturno, PJ. La definición de la calidad de la atención. Garantía de la calidad de atención en la atención primaria de salud. Monografías clínicas de atención primaria. Barcelona. Doyma 1993; 7-31

<sup>17</sup> Temes, JL. Los profesionales sanitarios, presente y futuro. Todo hospital 1989; 56: 18-21.

### **3.2. 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). Este organismo declara textualmente “Para 1990 la calidad de la asistencia sanitaria ha de ser una materia de evaluación y control integrada en el funcionamiento ordinario del Hospital. Sus órganos directivos y los conocimientos técnicos y promoción han de ser conocidos y utilizados por un amplio número de profesionales como herramienta para la mejora de la asistencia prestada en los servicios. Deberán al menos existir experiencias concretas en el campo de la enfermería y de la atención primaria, capaces de generar programas de carácter generalizado”.

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”.<sup>18</sup>

#### **3.2.1. MARCO JURIDICO DE LA SALUD EN EL SALVADOR**

A nivel Nacional algunos elementos que forman parte del marco jurídico son:

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

---

<sup>18</sup>Udaondo, M. Gestión de calidad. Madrid: Díaz de Santos, 1992; 1-63

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.

### **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;
- Sustener 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.

### **3.2.2. DIMENSIONES DE LA CALIDAD**

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.<sup>19</sup>

**a. 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 ejemplo, para que haya competencia profesional en los servicios prestados por los trabajadores de salud de un pueblo, esa persona debe tener la capacidad y los conocimientos necesarios para realizar las tareas, lo que debe hacer en forma uniforme y precisa (desempeño real). La competencia profesional se relaciona con la ejecución de las pautas y

---

<sup>19</sup>Vanormelingen, K, Pineda, H. et al. La gerencia de calidad en salud. Ecuador: Ministerio de Salud Pública, 1994; 3-29

normas para el ejercicio de la profesión y realización en términos de fiabilidad, precisión, confiabilidad y uniformidad. Esta dimensión es pertinente tanto para los servicios clínicos como no-clínicos. Para los grupos de salud, comprende las técnicas relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento, así como la capacidad de suministrar asesoramiento efectivo en salud y establecer una buena relación con el paciente. La competencia administrativa profesional exige idoneidad en supervisión, capacitación y solución de problemas. 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.<sup>20</sup>

- b. 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 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.

---

<sup>20</sup> Varo, J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid: Díaz de Santos, 1993; 3-29.

- c. **Disponibilidad:** Grado en que los servicios sanitarios se hallan en estado operativo. Como regla general, los cuidados médicos deben estar disponibles cuándo se necesiten durante el ciclo de vida del paciente y cuando surja cualquier necesidad.
- d. **Calidad científico-técnica.** Grado de aplicación de los conocimientos y tecnología médicos disponibles.
- e. **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 debe responder a las preguntas: Cuando el tratamiento se aplica correctamente ¿Produce los resultados deseados? Y ¿Es el tratamiento recomendado y la tecnología usada la más apropiada para el medio el cual se presta el servicio? La eficacia es una dimensión importante en la calidad en el ámbito central donde se define las normas y especificaciones
- f. **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 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. Dichas relaciones son las que producen confianza y credibilidad, y se demuestran por medio del respeto la confidencialidad, la cortesía, la comprensión y compenetración
  - ✓ **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.

- g. 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.
- h. 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 serían eliminar el derroche y evitar los errores al mismo tiempo en que reducen los costos.
- i. 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.
- j. 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.

**k. 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.

### 3.2.3. EVALUACION DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

La evaluación tiene cuatro componentes: identificar, cuantificar, valorar y comparar. En consecuencia, uno de los pasos iniciales para evaluar la calidad asistencial es medirla, pero ¿cómo podemos aspirar a medir algo tan intrínsecamente cualitativo, que como ya hemos dicho incorpora juicios de valor, sin caer en la subjetividad? 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 de los motivos de discrepancia y la sugerencia de los cambios necesarios para evitarla, comprobando posteriormente su eficacia.<sup>21</sup>

El abordaje más sistemático para el análisis de la calidad de asistencia se debe a Donabedian, autor que formuló en su trabajo la más conocida clasificación de los métodos de análisis de la calidad de la asistencia:

- Análisis de la calidad de los medios: Evaluación de la estructura.
- Análisis de la calidad de los métodos: Evaluación del proceso.
- Análisis de la calidad de los resultados: Evaluación de los resultados.

Se trata de una clasificación esencialmente didáctica que no supone en modo alguno una secuencia temporal de análisis. Es decir, cuando evaluamos la calidad de la asistencia, contemplaremos a un tiempo elementos de la estructura, del proceso y de

---

<sup>21</sup>Vuori H. Control de calidad de los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Barcelona: Masson SG, 1989; 37-61.

los resultados. Y para ello nada mejor que recurrir a indicadores que nos ayudarán a objetivar lo subjetivo.

**Indicadores:** 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, Makover propone evaluar la calidad atendiendo a dos indicadores: estructura y Proceso, Proceso y resultado, pero ninguna de las nuevas formas ha modificada la más completa evaluación como lo es la propuesta por Donabedian. El indicador puede dirigir la atención hacia aquellas áreas en las que puede encontrarse un problema.<sup>21</sup>

### **3.2.4. 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.

#### ***Gestión de 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.

En el marco del **Plan de Gobierno**, una de las acciones estratégicas, es la

implementación de programas de Mejora Continua de la Calidad en todos los establecimientos de salud, lo que conllevó a elaborar el Programa Nacional de Garantía de la Calidad de los establecimientos de salud, en el cual se enfatiza la calidad en aspectos relacionados al trato cordial, infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos, procesos de atención, competencia técnica, entre otros. Así mismo, el **Sistema Nacional de Salud** contiene entre los objetivos estratégicos, “mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud, considerando como eje del modelo de atención a la persona, familia y la comunidad, garantizando la calidad y la calidez de la relación con los usuarios de los servicios de salud”.

### **3.2.5. CIRUGIAS ELECTIVAS:**

Es toda cirugía que no sea de emergencia y que pueda ser demorada al menos por 24 horas. Cuando una persona requiere cirugía electiva, el médico especialista le determina una categoría clínica de acuerdo a la evaluación que le haya efectuado. En condiciones normales, la cirugía a pacientes agrupados bajo la categoría más urgente (Categoría 1) tendrá prioridad sobre la de otros pacientes.

Existen tres categorías clínicas, usadas a nivel nacional, para clasificar a los pacientes de cirugía que son las siguientes:

Categoría 1 – Urgente. El tiempo de espera deseable para la cirugía urgente es de 30 días o menos.

Categoría 2 – Semi-urgente. El tiempo de espera deseable para la cirugía semi-urgente es de 90 días o menos.

Categoría 3 – No-urgente El tiempo de espera deseable para la cirugía no-urgente es de 12 meses o menos.

Si bien el hospital trata de no exceder estos plazos de espera, deben dar prioridad a los pacientes de cirugía de urgencia que necesiten internación. Lo anterior no serviría de nada si no se hace una preparación adecuada de los pacientes, o sea una adecuada evaluación pre operatoria que es la columna vertebral de los pacientes con cirugías electivas. La meta de la evaluación preoperatoria es asegurar que el

paciente ingrese al quirófano en las mejores condiciones fisiológicas posibles a fin de reducir la morbimortalidad vinculada con la intervención a la que será sometido, teniendo en cuenta que la anestesia y el acto quirúrgico suman a la enfermedad de base una injuria adicional puesto que estimulan el eje neuroendocrino, incrementan la carga circulatoria y respiratoria, y acrecientan el metabolismo. De esta evaluación pueden surgir asimismo recomendaciones sobre el mejor manejo clínico en el periodo peri operatorio. El objetivo final es lograr que la cirugía se realice con el menor riesgo contingente y el máximo beneficio para el paciente, que el postoperatorio transcurra sin interurrencias desfavorables y, finalmente, que todo el proceso se desarrolle de manera costo-efectiva.

Desde el punto de vista cronológico la asistencia del enfermo quirúrgico (y por lo tanto la actuación del cirujano), se puede dividir esquemáticamente en tres períodos: el *preoperatorio*, el *intraoperatorio* y el *postoperatorio*. Cada uno de ellos se caracteriza por requerir del profesional distintas acciones y generarle diferentes preocupaciones. A su vez el paciente, al transcurrir por cada una de estas fases, sufre modificaciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas influidas por la preparación para la cirugía y la agresión quirúrgico-anestésica. El resultado final será adecuado si el encadenamiento y el progreso de las tres etapas es normal y armónico.

### **3.2.6. OBJETIVOS Y ALCANCES DE LA EVALUACIÓN PREOPERATORIA**

La evaluación preoperatoria está orientada a conocer el estatus de salud del paciente y a descartar la existencia de patología desconocida o de una alteración momentánea que pueda incrementar el riesgo (ya sea durante el acto quirúrgico o en el postoperatorio inmediato). Las conclusiones de la evaluación podrían determinar la necesidad de posponer la cirugía para corregir un déficit advertido, de modificar la estrategia elegida o incluso de denegar la operación.

El mejor predictor de morbimortalidad peri operatoria es la condición clínica preoperatoria. Por este motivo, las medidas de estudio y de preparación que se adopten pueden tener trascendentales efectos sobre los resultados de la intervención, ya que permiten:

- Identificar trastornos no sospechados.
- Estratificar el nivel de riesgo de la intervención programada.
- Realizar las interconsultas necesarias para corregir los desvíos.
- Tomar las medidas adecuadas para el transporte del paciente hacia y desde el quirófano (en caso de requerirse cuidados especiales).
- Optimizar la ecuación costo-beneficio del procedimiento a llevar a cabo sin disminuir la calidad de la atención.

Estas actividades preparatorias incluyen la evaluación física, bioquímica e imaginológica y las intervenciones terapéuticas necesarias, y deben ser realizadas con la antelación suficiente a fin de modificar los desvíos hallados. Para cumplir con este objetivo se debe llevar a cabo un programa que comprenda los estudios indispensables y la preparación adecuada, acciones que deben respaldarse exclusivamente en criterios médicos y no meramente en datos estadísticos. Se debería descartar la indicación rutinaria e indiscriminada de exámenes, reemplazando esta práctica generalizada por investigaciones elegidas a partir de una base racional.

## **CRONOLOGÍA DE LA CIRUGIA ELECTIVA:**

### **A. PREOPERATORIO:**

El preoperatorio es el lapso que transcurre desde el momento en que se decide la operación hasta el comienzo de la anestesia. Su duración ideal debería ser de varias semanas a fin de contar con tiempo suficiente para evaluar la situación clínica del paciente y corregir los eventuales hallazgos anormales. En este período se informa al paciente y a sus allegados sobre la conducta a adoptar (para la cual se solicita su consentimiento); se confirma que el paciente se halla en condiciones de ingresar al quirófano; se analiza la medicación que recibe el paciente (tanto la indicada como la de venta libre); se recogen los antecedentes médicos y quirúrgicos y la respuesta a prácticas anestésicas previas; se realizan las consultas previas necesarias (por parte del anesthesiólogo u otros especialistas); se planean la estrategia y la táctica quirúrgicas y se prepara convenientemente al paciente para que pueda

superar la agresión que implica el acto quirúrgico-anestésico, subsanando las anomalías que se detecten (salvo que una emergencia extrema obligue a una intervención inmediata).

- a. Etapas del Preoperatorio son: a) la primera consulta, b) las consultas subsiguientes en las que se evalúan los exámenes solicitados, y c) la preparación para el acto quirúrgico en el preoperatorio inmediato.

En la *primera consulta* (tratándose de patología no urgente), el interrogatorio y el examen físico estarán dirigidos a verificar y completar el diagnóstico, planear la solución quirúrgica más adecuada, evaluar la patología concomitante conocida y descartar la presencia de patología desconocida. Ello permitirá definir los estudios complementarios requeridos y, en caso necesario, la oportunidad de un tratamiento preoperatorio (que incluso puede retrasar el acto quirúrgico planeado). Otro aspecto a relevar es el soporte familiar y social con que cuenta el paciente previendo las condiciones y requerimientos del postoperatorio.

En las *consultas subsiguientes* se establece y consolida la relación médico paciente y se genera un contrato tácito o expreso por el que el paciente acepta la indicación propuesta por el cirujano y éste último asume la responsabilidad (contractual o extracontractual) de brindarle todos los medios a su alcance para asistirlo con prudencia y diligencia, aunque no se compromete a obtener un determinado resultado y menos aún la curación. Todo ello se debe desarrollar en un contexto en el que se buscará instalar una relación de empatía con el paciente y su familia. En este sentido el cirujano debe tener conciencia de que la evaluación es mutua y bidireccional y que la construcción de un ambiente de óptima relación contribuye al logro de los mejores resultados terapéuticos.

### **3.2.7. VALORACIÓN DEL RIESGO**

El otro objetivo de esta *segunda etapa* es estimar el riesgo clínico. A este efecto (si bien el cirujano es quien está a cargo del manejo preoperatorio) una correcta evaluación puede requerir en determinadas circunstancias la participación del internista, del cardiólogo y del anestesiólogo.

Una evaluación apropiada incluye el examen y la indagación acerca de:

- Peso y talla.
- Estado general y cardiopulmonar.
- Antecedentes hematológicos: hemostasia (historia personal o familiar), anemia.
- Posibilidad de embarazo.
- Experiencias quirúrgico-anestésicas previas.
- Tabaquismo.

Los factores de riesgo inherentes al paciente son: su condición clínica, la edad, el estado de nutrición y el de inmunidad, la naturaleza y antigüedad de la enfermedad y la existencia de patología preexistente o concomitante. Los factores relacionados con la cirugía son: la anestesia, la duración y complejidad de la operación, el carácter electivo o de urgencia, la experiencia del equipo interviniente, las cualidades técnicas del establecimiento de internación y los recursos con los que se cuenta (tanto en el quirófano como en las unidades de internación). Si los riesgos superan a los beneficios, la cirugía sólo se encarará si es indispensable para la conservación de la vida.

El *enfermo de edad avanzada* no requiere investigaciones especiales por el mero hecho de la edad ya que esta condición por sí sola no determina un incremento de las complicaciones. En cambio, las comorbilidades (que se pueden comprobar mediante los estudios básicos) son de por sí un determinante de mayores tasas de complicaciones.

Se consideran *pacientes de alto riesgo* aquellos que presentan una alta probabilidad de complicaciones cardíacas como consecuencia de su patología de base. La mayor parte de ellos cursa con:

- Enfermedad pulmonar severa (uso crónico de oxígeno, distress respiratorio en reposo, etc.).
- Diabetes mal controlada.
- Hipertensión severa (diastólica mayor de 110 o sistólica mayor de 180).
- Anemia sintomática.

- Síndromes coronarios inestables (infarto de miocardio reciente, angina inestable o severa).
- Insuficiencia cardíaca congestiva descompensada.
- Arritmias significativas.
- Enfermedad valvular severa.

### **3.2.8. PREPARACIÓN PARA EL ACTO QUIRÚRGICO**

La *tercera etapa* del preoperatorio es la preparación para el acto quirúrgico. La posibilidad de corregir en el preoperatorio inmediato las deficiencias detectadas está en relación con el estado del paciente, con la cantidad de variables monitoreadas y con la exactitud de los datos recogidos. En el *enfermo estable*, basta con contar con controles clínicos y de laboratorio normales. En el *paciente crítico*, si el tiempo destinado al preoperatorio lo permite (y sólo en ese caso), se tratará de disponer de determinaciones más precisas para evaluar el estado clínico, tomando en cuenta la función de los distintos órganos y sistemas (el corazón y la circulación, las alteraciones de la respiración y del transporte de oxígeno, las perturbaciones metabólicas, el posible compromiso séptico, el estado hematológico, las alteraciones del tracto gastrointestinal, del tracto urinario y las del sistema nervioso). Diferentes circunstancias derivadas de la patología del paciente dificultan esta valoración tornando difícil la interpretación de los resultados, por lo que se requiere una especial competencia al respecto. En estos pacientes, si se opta por llevar cabo el acto quirúrgico, se debe tener en cuenta que se trata de una decisión de salvataje frente a una situación terminal en un enfermo descompensado en el que la dilación para lograr mejores condiciones no hará más que precipitar la muerte. Ante el hallazgo de anomalías, la reparación de las alteraciones debe ser agresiva, modificando cualquier déficit con las intervenciones terapéuticas adecuadas (drogas, expansión, respiración asistida, etc.). En estos casos el preoperatorio es brevísimo, y hasta podría ser necesario tomar conductas en el mismo quirófano buscando obtener las condiciones cardiovasculares mínimas para soportar la operación.

### **3.2.9. CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO FÍSICO DEL PACIENTE Y ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CLÍNICO**

Confirmada la indicación quirúrgica, el cirujano (en colaboración con el clínico, el internista o el anestesiólogo) debe catalogar el estado físico del paciente. La Asociación de Anestesiólogos de los EE.UU. (*ASA – American Society of Anesthesiologists*) elaboró una escala ampliamente utilizada: la Escala de Estado Físico (*Physical Status Scale*), que si bien es un buen predictor de la evolución del paciente no permite tomar decisiones anestésicas, ya que el tipo de anestesia depende del acto quirúrgico a realizar. La clasificación no tiene pretensión científica ni se basa en determinaciones de estudios complementarios, sino en la interpretación del cuadro por parte del anestesiólogo. Por lo tanto, no está dirigida a establecer el nivel de riesgo quirúrgico, sino que facilita el uso de una terminología uniforme para identificar situaciones semejantes, comparables entre sí.

La evaluación de la historia clínica permite clasificar a los enfermos en las siguientes categorías según la Escala de Estado Físico de la ASA (**Sociedad de Anestesiólogos de los EE. UU.**):

**Tabla, 1 Escala de Estado Físico de la ASA**

Clasificación	Descripción	Ejemplos	Mortalidad
<b>ASA I</b>	Paciente en condiciones normales de salud, no sometido a cirugía de urgencia.	Hernia inguinal en paciente en buen estado general. Mioma uterino en mujer sana.	0.08 %
<b>ASA II</b>	Paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante (sin limitación funcional), que puede o no estar relacionada con la causa de la intervención.	Obesidad moderada. Edades extremas. Diabetes controlada con dieta. Hipertensión moderada. EPOC.	0.27 %
<b>ASA III</b>	Paciente con enfermedad sistémica grave, con limitación funcional definida pero no incapacitante.	Cardiopatía severa o descompensada. <i>Diabetes mellitus</i> no compensada acompañada de alteraciones orgánicas vasculares sistémicas. Insuficiencia respiratoria de moderada a severa. <i>Ángor pectoris</i> . Infarto de miocardio antiguo. Obesidad mórbida, etc.	1.8 %
<b>ASA IV</b>	Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante, que constituye una amenaza constante para su vida y que no siempre se puede corregir por medio de la cirugía.	Insuficiencia cardíaca, respiratoria o renal severas (descompensadas). <i>Ángor</i> persistente. Miocarditis activa. <i>Diabetes mellitus</i> descompensada con complicaciones severas en otros órganos, etc.	7.8 %
<b>ASA V</b>	Enfermo terminal o moribundo cuya expectativa de vida, con o sin tratamiento quirúrgico, no supera las 24 horas.	Ruptura de aneurisma aórtico con shock hipovolémico severo. Traumatismo craneoencefálico con edema cerebral severo. Embolismo pulmonar masivo, etc.	9.4 %
<b>CIRUGÍA EMERGENCIA</b>	<b>DE</b>	Se agrega el sufijo "E" (en cualquiera de las anteriores categorías) para denotar el peor estado general de un paciente cuando debe ser operado de urgencia.	
<b>EDAD AVANZADA</b>	Incrementa el índice ASA de I a II.		

Fuente: Clasificación de las condiciones físicas según la Sociedad de Anestesiólogos de los EE. UU. (ASA)

El *Índice ASA* es altamente sensible pero poco específico. Tomando como referencia los grupos III y IV y utilizando este criterio para predecir complicaciones, se obtiene una sensibilidad del 82% con una especificidad de sólo el 58%. Ello se

debe al hecho de que el riesgo es una contingencia multifactorial y depende de factores no incluidos en este Índice.

### **3.4. EVALUACIÓN PREOPERATORIA**

#### **Comprende las siguientes acciones:**

- a) Evaluar el estado general del paciente.
- b) Evaluar el estado de nutrición del paciente.
- c) Descartar patología concomitante o asociada.
- d) Evaluar el estado inmunitario del paciente con respecto al tétanos.

#### **Tiempo de vigencia de los exámenes preoperatorios.**

Los datos de diversos estudios permiten concluir que el intervalo entre la cirugía electiva y los análisis efectuados no debería superar los cuatro meses si los resultados son normales y si no hay variantes clínicas. En presencia de resultados anormales los exámenes deben repetirse. Lo mismo puede establecerse en cuanto al electrocardiograma.

#### **Preparación para la Intervención Quirúrgica**

- a) Efectuar las intervenciones terapéuticas destinadas a corregir las alteraciones que se hubieran encontrado (siempre que se pudiera diferir la decisión quirúrgica).
- b) Suspender toda medicación que pudiera complicar el acto anestésico o las maniobras quirúrgicas.
- c) Realizar la profilaxis antibiótica correspondiente.

#### **Selección de pacientes para cirugía ambulatoria**

Se tendrá en cuenta la importancia de la enfermedad a tratar y la complejidad del procedimiento quirúrgico correspondiente. Los puntos a considerar son:

- La aceptación de la cirugía ambulatoria por parte del paciente y su familia.
- Que las condiciones de salud del paciente no determinen un riesgo mayor si el procedimiento se realiza sin internación.
- Que no exista un mayor riesgo de presentar complicaciones postoperatorias independientemente de las condiciones de salud del paciente.

- Que el establecimiento y su equipamiento sean adecuados y que la intervención se pueda llevar a cabo con el mismo índice de seguridad que en una internación.
- La necesidad de brindar instrucciones especiales antes de la internación.

Como regla general se puede aceptar que los pacientes de riesgo clínico 1 y 2 y categoría ASA I y II son aptos para procedimientos ambulatorios.

Los pacientes de categoría ASA III y IV, y Riesgo Clínico 1 sólo serán intervenidos en forma ambulatoria si la cirugía se puede hacer con anestesia local. Se debe tener en cuenta que la edad incrementa por sí misma el riesgo quirúrgico.

### **3.5. EL MODELO SERVPERF EN LA EVALUACIÓN DE SERVICIOS**

Un factor clave para asegurar el éxito de toda organización es la calidad del servicio que prestan al consumidor. Es por esta razón que conocer la opinión de lo que piensan los usuarios que reciben el servicio es vital para conocer los aspectos que se pueden mejorar para lograr satisfacer por completo al consumidor (Gutiérrez, H., 2010). Las instituciones que brindan servicios de salud también deben estar al tanto de la calidad del servicio que el paciente recibe, ya que “un servicio de salud tiene como principal objetivo mantener, restaurar y promover la salud mediante una interacción constante entre el usuario (o paciente) y los proveedores, por lo tanto, todos los esfuerzos técnicos, administrativos y científicos se enfocan para mejorar la calidad de la atención al paciente, posteriormente él será el mejor juez para evaluarla” (Torres Navarro, Jélvez Caamaño y Vega Pinto, 2014).

Debido a que existen un gran número de factores que intervienen en la prestación de un servicio de salud, es necesario diseñar un instrumento de evaluación de la calidad del servicio que permita conocer los aspectos favorables y negativos que puede llegar a tener el proceso de atención en esta área. Para medir la calidad del servicio ofrecido existen un gran número de modelos, pero resaltan de entre los más importantes el modelo SERVQUAL y SERVPERF. SERVPERF debe su nombre a la exclusiva atención que presta a la examinación del desempeño. Los inicios de este modelo de evaluación se remontan al año de 1985, para la gestión de la calidad del

servicio partiendo de la búsqueda de respuestas a preguntas relacionadas con el servicio y su mejora, la cual fue una tarea designada a Parasuraman, Zeithaml y Berry por la Universidad de Texas. Para responder a tales preguntas, los investigadores antes mencionados realizaron una serie de estudios cualitativos y cuantitativos a clientes de diferentes comercios y negocios, como bancos, telefonía, corredores de bolsa, entre otros. Para el año de 1992, mediante una investigación sobre la capacidad de medición de una escala más concisa, basada exclusivamente en el desempeño y tomando directamente los ítems del modelo SERVQUAL, Cronin y Taylor desarrollaron un nuevo modelo al que nombraron SERVPERF, el cual a diferencia del SERVQUAL, sólo se enfoca en las percepciones de los clientes sobre el servicio que se les ha brindado. El modelo SERVPERF se utiliza para la examinar el desempeño de un establecimiento o servicio, el cual arroja una medición de la efectividad de un servicio. Se fundamenta en las percepciones del encuestado, ya que expresa el nivel de efectividad en lo que se desea analizar. Con esto se puede arrojar la eficacia de que los clientes o personas que usan el servicio, expresan su valoración sobre el servicio recibido. Cronin y Taylor (1992) y (1994), llegaron a la conclusión de que el modelo SERVQUAL de calidad de servicio, propuesto por Zeithaml, Parasuraman y Berry no era el más adecuado para evaluar la calidad del servicio, ya que este evaluaba a su vez las expectativas y la percepción del servicio, cuya diferencia significarían las distancias entre lo que espera recibir el cliente y lo que finalmente recibe, por lo que crearon una escala más concisa para medir solamente la satisfacción del servicio o lo que se conoce como la percepción del servicio producto de la experiencia obtenida, retomando los mismos ítems propuestos por el modelo Servqual(Díaz M. & García M., 2008)

#### **IV. DISEÑO METODOLÓGICO**

##### **Tipo de Estudio:**

El estudio fue observacional, descriptivo, de tipo, transversal. Con enfoque cuantitativo. Observacional, ya que no se realizó ninguna intervención a los usuarios externos hospitalizados. Descriptivo, ya que se describió el nivel de satisfacción de los usuarios externos hospitalizados. Y de tipo transversal, ya que se tomaron los datos en un determinado tiempo.

##### **Universo:**

El universo de estudio estuvo compuesto por todos los usuarios externos hospitalizados en el servicio de cirugía.

##### **Población:**

La población estuvo constituida por el promedio de la población de usuarios externos que estuvieron hospitalizados en el servicio de cirugía en los meses de febrero a septiembre del 2019. Siendo el promedio 211 por mes de usuarios externos hospitalizados en el servicio.

##### **Muestra:**

La muestra estuvo formada por 136 usuarios externos hospitalizados en el servicio de cirugía durante el periodo de febrero a septiembre del 2019, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión descritos en la investigación.

##### **Tamaño de la Muestra:**

El tamaño de la muestra se determinó a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia, utilizando la fórmula de cálculo de proporciones para estudios transversales, para obtener un tamaño de muestra para el servicio. Se eligió un error de 5% (0.05) para establecimientos de nivel III, con un nivel de confianza del 95%,

asumiendo un  $p = 0.5$  y  $q = 0.5$

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

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

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:

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 211}{(211-1) (0.05)^2 + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{(3.84)^2 \times 0.25 \times 211}{(210) (0.0025) + (3.84) \times 0.25}$$

$$n = \frac{202.56}{0.525 + 0.96}$$

$$n = \frac{202.56}{1.485}$$

**n = 136 Pacientes**

**Unidad de Observación:**

El Servicio de Cirugía del Policlínico “Roma” del Instituto Salvadoreño del Seguro Social

**Unidad de Análisis:**

Usuario externo hospitalizado o acompañante del usuario incapaz de contestar por sí mismo la encuesta SERVPERF

**Fuente de Información:**

**Primaria:** Usuarios externos del Servicio de Cirugía del Policlínico “Roma” del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

**TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS E INSTRUMENTOS****Técnicas:**

- a) **La Encuesta:** Proporcionó información de los usuarios, sus opiniones, conocimientos y sugerencias para la atención en el área de Cirugía.
- b) **La Entrevista:** Se obtuvo de respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre la atención recibida, aplicando el cuestionario con preguntas cerradas: de alternativa múltiple.

**Cuestionario SERVPERF :** La técnica que se utilizó en la investigación fue la encuesta SERVPERF modificada de la “Guía técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos y servicios médicos de apoyo” que consta de 22 preguntas de expectativas y 22 preguntas de percepciones, distribuidos en las 5 dimensiones de fiabilidad (pregunta 01-05), capacidad de respuesta (pregunta 06-09), de seguridad (pregunta 10-13), empatía (pregunta 14-18), y aspectos tangibles (pregunta 19-22). Las dimensiones están diseñadas en escala de Likert del 1 al 7, siendo la puntuación extremadamente muy satisfecho (6,7), muy satisfecho (5), satisfecho (4), muy insatisfecho (3) y extremadamente insatisfecho (2, 1)10,20. Se utilizó el modelo SERVPERF el cual considera que la calidad percibida depende únicamente de la percepción que tiene el cliente sobre el

desempeño del servicio, ponderado por la importancia que cada atributo tiene en la evaluación de la calidad.

El cuestionario SERVPERF, de forma anónima, constituido por cinco preguntas para los datos sociodemográficos (edad, sexo, grado de estudio, estado familiar y ocupación) y 22 preguntas para la satisfacción del paciente respecto a los cuidados deseados y percibidos; distribuidos en cinco dimensiones (Tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía) con una escala de respuesta tipo Likert dando un valor mínimo de 1 y máximo de 7.

El cual consta de 22 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: Preguntas del 1-4; Fiabilidad: preguntas del 5 al 9; Capacidad de respuesta: preguntas del 10 al 13; Seguridad: preguntas del 14 al 17; Empatía: preguntas del 18 al 22. En cada uno de los ítems el paciente otorgará 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

En sus dimensiones: **Fiabilidad**: Habilidad para realizar el servicio de modo cuidadoso y fiable. **Capacidad de respuesta**: Disposición y voluntad para ayudar a los usuarios y proporcionar un servicio rápido. **Seguridad**: Conocimientos y atención mostrados por los empleados y sus habilidades para dar credibilidad y confianza. **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 SERVPERF permitió disponer de puntuaciones sobre expectativas respecto a cada característica del servicio evaluado. La diferencia entre percepción y expectativas indicó los déficits de calidad cuando la puntuación de expectativas supere a la de percepción.

c) **Guía de Observación de evaluación del trato médico paciente:** Se realizó un registro visual de lo que ocurre en las diferentes jornadas de trabajo clasificando y consignando los procedimientos pertinentes de acuerdo a los estándares de calidad y los criterios definidos en el estudio.

**B. Secundarias:**

La fuente de carácter secundario 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 SISMOW.

## **RECOLECCIÓN DE DATOS**

En la investigación se utilizó la encuesta SERVPERF modificada de la “Guía técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos y servicios médicos de apoyo”, la cual ha sido validada a través de múltiples estudios, como el de Cabello y Chirinos de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Motivo por el cual no se realizó prueba piloto.

## **TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Con las encuestas realizadas se procedió a la revisión de las mismas, con el fin de verificar su correcto llenado. Una vez verificadas las encuestas, se calculó el nivel de satisfacción a través de la diferencia entre el puntaje promedio de expectativas y percepciones teniendo en cuenta que una puntuación menor o igual a cero indica satisfacción por el usuario externo, por el contrario, una puntuación mayor a cero indica insatisfacción. Con el resultado del nivel de satisfacción de cada encuesta realizada, se creó una base de datos estadísticos, para el análisis de las variables a través del programa SPSS 5.0, utilizando estadística inferencial y medidas de frecuencia descriptiva.

**Grupo Seleccionado:**

Usuarios externos hospitalizados y a cargo del servicio de cirugía.

Usuarios externos con consentimiento informado firmado.

Acompañantes de los usuarios externo incapaces de contestar por sí mismos la encuesta.

**Consideraciones éticas del estudio:**

En el desarrollo del estudio se respetó la confidencialidad de la información y el anonimato del usuario externo encuestado; así como, los principios éticos establecidos en la declaración de Helsinki.

El estudio se sometió a consideración del comité de Ética e investigación del Hospital Policlínico “Roma” del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Para obtener la aprobación de su realización. A los pacientes atendidos se les explicó sobre los beneficios para mejorar la atención en el proceso de cirugía del Servicio de Cirugía del hospital; que los datos serán confidenciales y anónimos respetando los principios de la Bioética; que no se afectará el proceso de la atención.

El estudio no tuvo repercusiones en el proceso de salud-enfermedad de los pacientes puesto que se trató de un estudio observacional. Por lo que se siguieron los siguientes principios éticos:

- Autonomía: nos pide ver a los individuos como agentes con la capacidad de tomar sus propias decisiones
- Beneficencia: Las investigaciones desarrolladas tienen siempre que tener el propósito de beneficiar a los participantes o a los futuros pacientes.
- No maleficencia: Es importante minimizar los posibles daños a los participantes en las investigaciones o a los pacientes.
- Justicia: Se deben de distribuir los bienes y servicios buscando proveer el mejor cuidado de la salud según las necesidades y promover el interés público.

### **Procedimiento:**

Para la realización de este estudio se solicitó autorización a la Dirección del hospital para realizar el trabajo de tesis. Se trabajó con usuarios externos en el área del Servicio de Cirugía de lunes a viernes de 9.00. a 11.00 am y 5.00 pm durante los meses de febrero a septiembre del año 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.

Para la realización de la investigación, previamente se informó sobre el mismo al Director del Hospital, al Comité de Ética y de Investigación del Hospital, con el fin de obtener la autorización correspondiente. Así mismo, se solicitó la autorización del jefe del Servicio de Cirugía. Con las autorizaciones, se procedió a entregar el consentimiento informado escrito a los usuarios externos hospitalizados en el servicio de cirugía durante el periodo estudiado previa comunicación oral del mismo. Luego, se realizó la selección de participantes para el estudio mediante los criterios de inclusión y exclusión. Una vez seleccionada la muestra se procedió a la entrega de las encuestas SERVPERF modificadas, empezando por la encuesta de expectativas, seguido de percepciones. Las encuestas fueron numeradas por un código de identificación único para cada paciente y por lo tanto para cada encuesta realizada. Así mismo, se orientó y se contestó todas las preguntas relacionadas a la encuesta y a la investigación en general.

### **Análisis de contenido de documentos:**

Inicialmente se clasificaron los documentos de acuerdo a la guía de análisis y posteriormente se contrastaron los datos con las observaciones realizadas en el Servicio de Cirugía.

**Análisis de procesos:**

Con la observación se obtuvieron los elementos que permitieron elaborar el flujo de la atención de los pacientes, el trámite de ingreso, enfatizando el tiempo entre las actividades, los nudos críticos en el área, el traslado de camas, etc. Que retrasan los procesos de atención de las pacientes que ingresan al área a una cirugía electiva.

**Clasificación de las opiniones de las pacientes:**

Tomando en consideración lo descrito por el modelo SERVPERF las respuestas se ordenaron acorde a las dimensiones de calidad en tablas y gráficos, relacionando lo expresado y el momento de la atención en las diferentes jornadas laborales identificando las brechas entre lo esperado y lo encontrado por los usuarios externos, denotando de esta manera el nivel de la calidad de la atención en el Servicio de Cirugía del Hospital y tomando como referencia los estándares de calidad del Instituto Salvadoreño del Seguro Social

**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. La información se presentó y tabuló en una base de datos creada en Excel. La presentación de análisis de datos generados por las encuestas, se obtuvo por medio un modelo estadístico, se utilizó el sistema SPSS. (Del inglés StatisticalPackagefor Social Sciences), que significa Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales. Después se hizo análisis de gráficos, tablas, porcentajes para la presentación de los resultados

## VARIABLES

<b>VARIABLE</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>
Sexo	Género	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hombre</li> <li>2. Mujer</li> </ol>
Edad	Años cumplidos	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. 18 a 20 años</li> <li>4. 20 a 30 años</li> <li>5. 30 a 40 años</li> <li>6. 40 a 50 años</li> <li>7. 50 a 60 años</li> <li>8. Más de 60 años</li> </ol>
Nivel de Instrucción	Grado de estudio	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analfabeto</li> <li>2. Primaria</li> <li>3. Media</li> <li>4. Secundaria</li> <li>5. Universitario</li> </ol>
Nivel de Satisfacción	Tipo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Satisfecho</li> <li>2. Insatisfecho</li> </ol>
Fiabilidad	Tipo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Extremadamente muy satisfecho (6 y 7)</li> <li>2. Muy satisfecho (5)</li> <li>3. Satisfecho (4)</li> <li>4. Muy insatisfecho (3)</li> <li>5. Extremadamente muy insatisfecho (1 y 2)</li> </ol>
Capacidad de respuesta		
Seguridad		
Empatía		
Aspectos Tangibles		

## MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Tipo	Naturaleza	Escala de medición	Indicador
Sexo	Interviniente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Género
Edad	Interviniente	Cuantitativa	De razón	Años cumplidos
Nivel de instrucción	Interviniente	Cualitativa	Ordinal	Grado de estudio
Nivel de satisfacción	Dependiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Tipo
Fiabilidad (preguntas del 1 al 5)	Independiente	Cualitativa	Nominal Policotómica	Tpo
Capacidad de respuesta (Preguntas del 6 al 9)	Independiente	Cualitativa	Nominal Policotómica	Tpo
Seguridad (Preguntas del 10 al 13)	Independiente	Cualitativa	Nominal Policotómica	Tpo
Empatía (Preguntas del 14 al 18)	Independiente	Cualitativa	Nominal Policotómica	Tpo
Aspectos Tangibles (Preguntas del 19 al 22)	Independiente	Cualitativa	Nominal Policotómica	Tpo
Servicio de Hospitalización	Interviniente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Tpo
Servicio de Cirugía General	Interviniente	Cualitativa	Nominal Policotómica	Tpo

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Unidad de medida	Dimensión	Definición operacional	Definición conceptual
Sexo	Porcentaje	Biológica	Hombre Mujer	Condición que diferencia al hombre de la mujer
Edad	Intervalo en años	Biológica	Adulto Adulto mayor	Tiempo de vida de una persona desde su nacimiento
Nivel de instrucción	Porcentaje	Social	Analfabeto Primaria Media Secundaria Universitario	Nivel de estudios realizados
Nivel de satisfacción	Porcentaje	Social	Satisfecho Insatisfecho	Diferencias entre el puntaje total de expectativas y percepciones
Fiabilidad (preguntas del 1 al 5)	Porcentaje	Individual	1. Extremadamente muy satisfecho (6, 7) 2. Muy satisfecho (5) 3. Satisfecho (4) 4. Muy insatisfecho (3) 5. Extremadamente muy insatisfecho (1)	Capacidad de un servicio o institución para llevar a cabo de forma adecuada, los ofrecimientos y cuidados brindados al usuario externo
Capacidad de respuesta (Preguntas del 6 al 9)	Porcentaje	Individual	1. Extremadamente muy satisfecho (6, 7) 2. Muy satisfecho (5) 3. Satisfecho (4) 4. Muy insatisfecho (3) 5. Extremadamente muy insatisfecho (1)	Disposición del servicio de salud de brindar a sus usuarios externos, una atención rápida, oportuna y eficaz, satisfaciendo sus necesidades y demandas
Seguridad (Preguntas del 10 al 13)	Porcentaje	Individual	1. Extremadamente muy satisfecho (6, 7) 2. Muy satisfecho (5) 3. Satisfecho (4) 4. Muy insatisfecho (3) 5. Extremadamente muy insatisfecho (1)	Confianza que posee el usuario externo respecto a la atención que recibe del servicio de salud, debido a que este último cuenta con características que satisfacen los requerimientos del usuario externo
Empatía (Preguntas del 14 al 18)	Porcentaje	Individual	1. Extremadamente muy satisfecho (6, 7) 2. Muy satisfecho (5) 3. Satisfecho (4) 4. Muy insatisfecho (3) 5. Extremadamente muy insatisfecho (1)	Capacidad de ponerse en el lugar de otra persona, comprendiendo sus necesidades, preocupaciones y demandas

Aspectos Tangibles (Preguntas del 19 al 22)	Porcentaje	Individual	1. Extremadamente muy satisfecho (6, 7) 2. Muy satisfecho (5) 3. Satisfecho (4) 4. Muy insatisfecho (3) 5. Extremadamente muy insatisfecho (1)	Aspectos físicos de un servicio de salud como las instalaciones, equipos, recursos humanos, materiales, comodidad
Servicio de Hospitalización	Porcentaje	Individual	Cirugía General	Lugar de hospitalización de los usuarios externos
Servicio de Cirugía General	Porcentaje	Individual	Cirugía Hombre Cirugía Mujeres	Sector de hospitalización del servicio de cirugía

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

### **Variable dependiente:**

- Nivel de satisfacción

### **Variables independientes:**

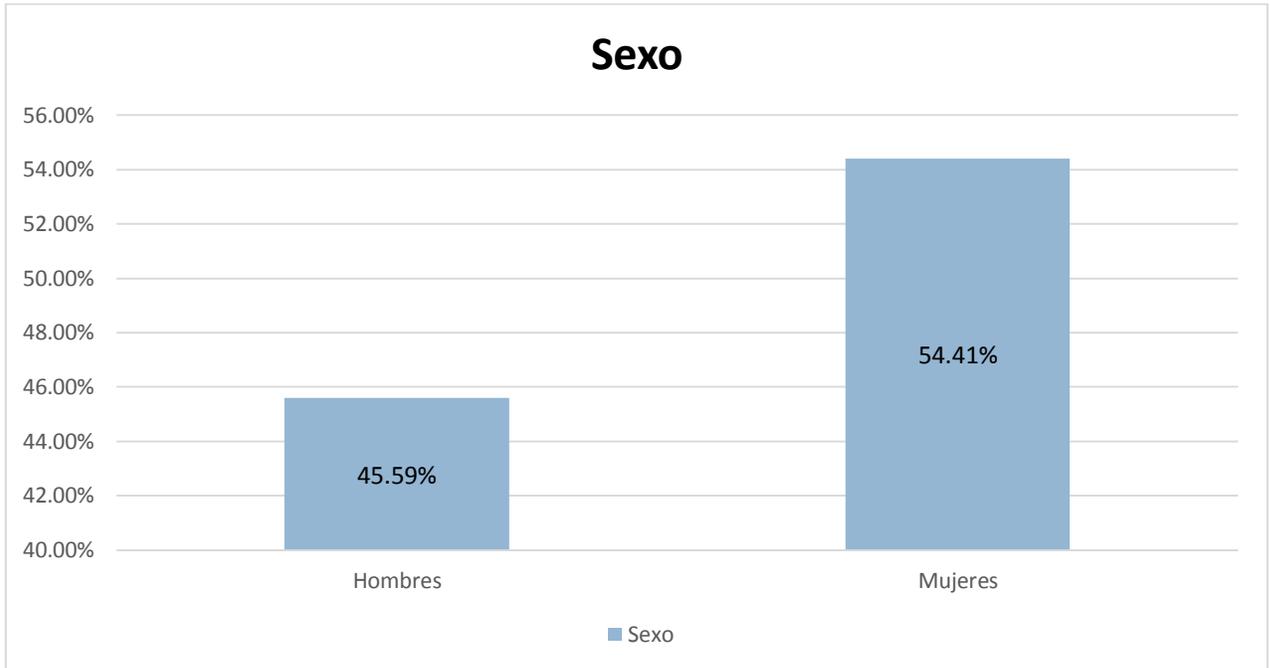
- Capacidad de respuesta
- Confianza
- Empatía
- Fiabilidad
- Aspectos tangibles

### **Variables intervinientes**

- Sexo
- Edad
- Nivel de instrucción
- Servicio de hospitalización
- Sector de cirugía

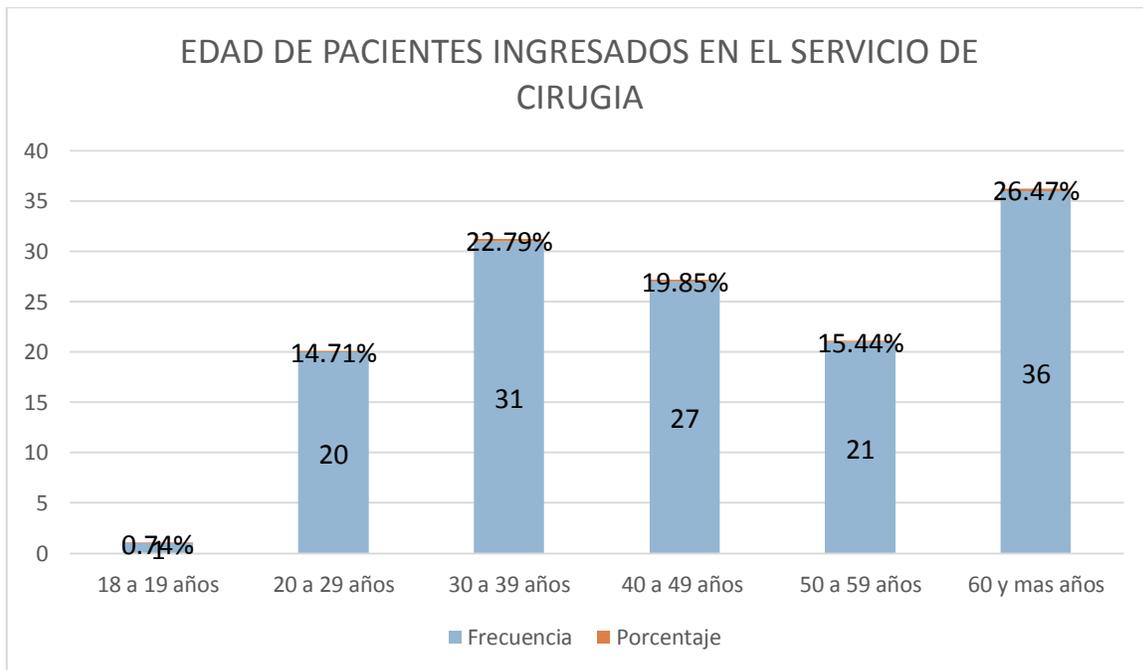
## V. RESULTADOS

**Grafico 1 SEXO DE PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA**



Los usuarios externos que ingresan al servicio de cirugía están distribuidos de la siguiente manera, un 54.41% (74) está integrado por mujeres y un 45.59% (62) de hombres. En el servicio de hospitalización de cirugía se encontró que el mayor porcentaje eran pacientes femeninas (54.41%,74).

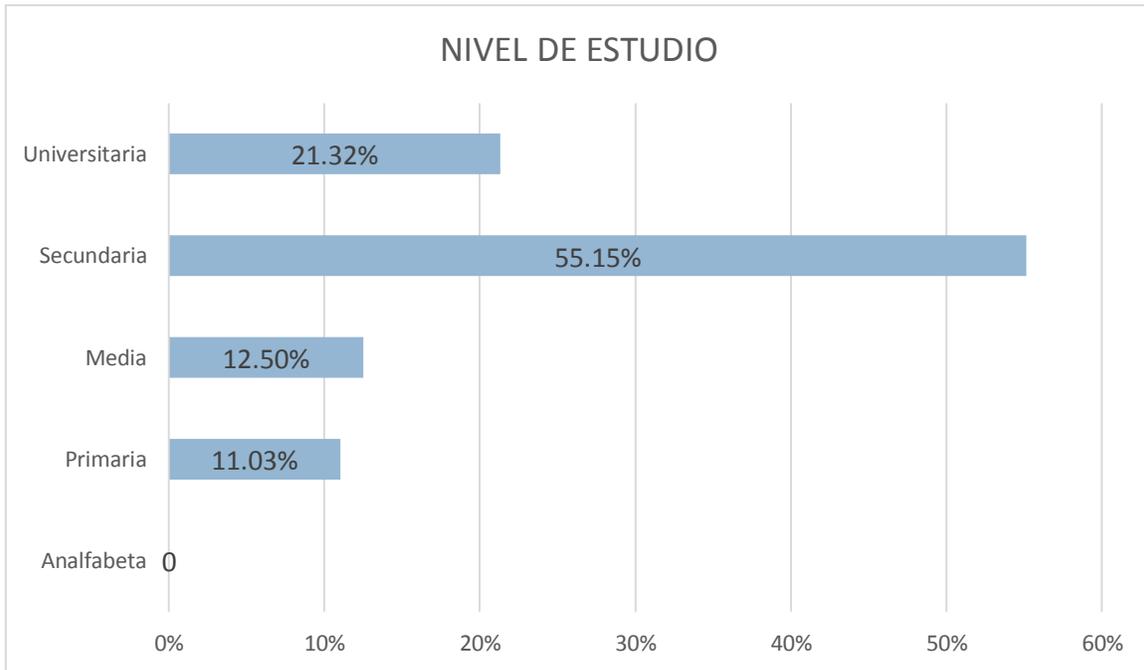
## Grafico 2 EDAD DE PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA



Denotamos la distribución de la población en estudio iniciando de la edad de 18 años en adelante ya que en este servicio solo se atienden personas adultas, teniendo el mayor porcentaje en los pacientes de 60 años y más con un 26.47% , seguido por los pacientes en rango de 30 a 39 años con un 22.79%, continuando con los que están en el rango de 40 a 49 años con 19.85% seguido con los de 50 a 59%, además se observa que los de rango de 18 a 19 y los de 20 a 29 son los que ocupan el menor porcentaje de 0.74% y 14.71% respectivamente.

### Grafico 3

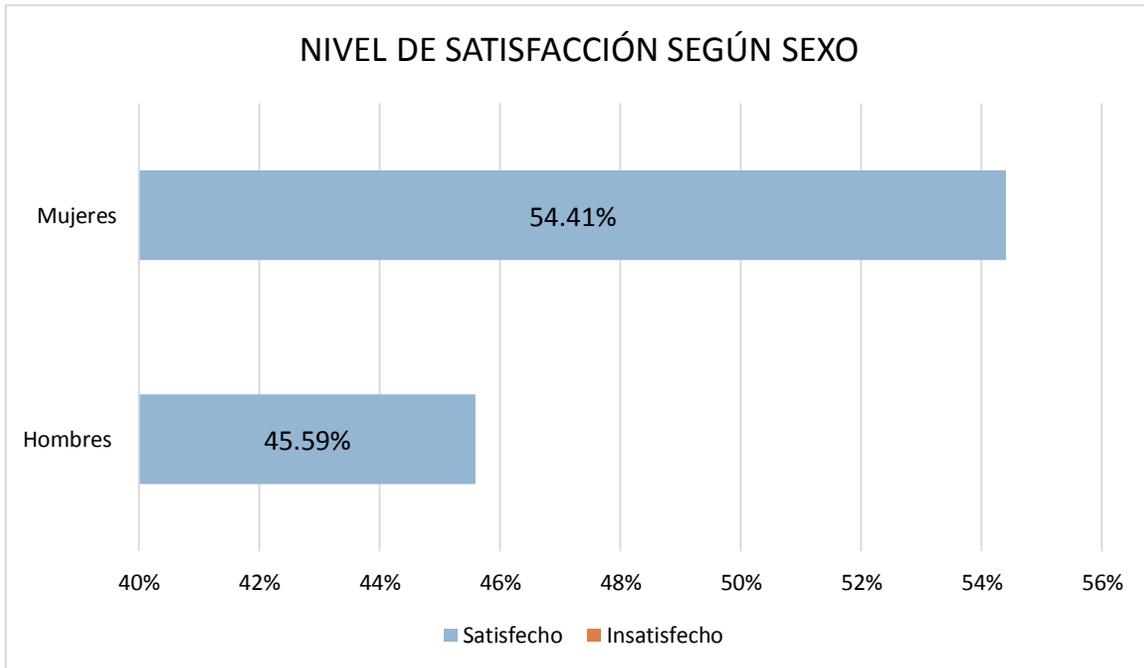
#### NIVEL DE ESTUDIOS DE PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA



Podemos determinar que el mayor porcentaje lo tienen los pacientes de secundaria los que terminaron hasta el bachillerato con el 55.15% de la muestra seguido con los que tienen un grado universitario con el 21.32%, continuando con los de educación media y primaria con el 12.50% y 11.03% respectivamente; es de notar que no se encontró pacientes analfabetas en el estudio.

#### Grafico 4

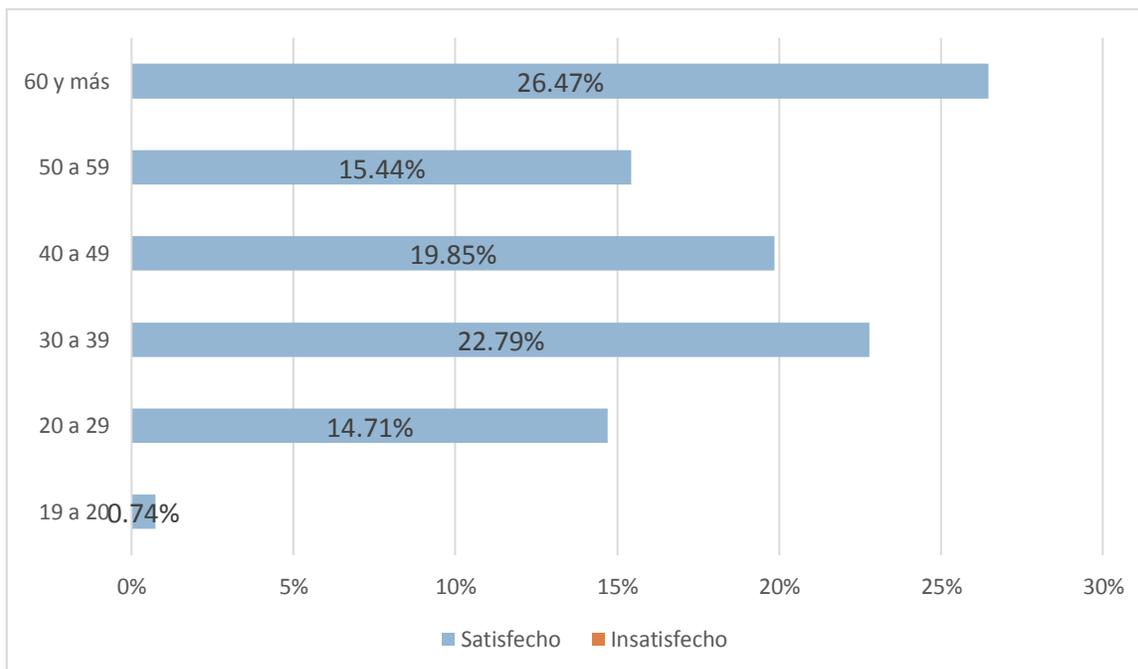
### NIVEL DE SATISFACCIÓN SEGÚN SEXO DE PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA



Se observa que, de los 136 pacientes en estudio, no hubo insatisfacción en el trato que se le brindó en el Policlínico Roma. Es de destacar que, si hubo puntos específicos que no estaban muy de acuerdo. Quedan en nivel de satisfacción para los usuarios. Satisfechos con el 54.41% de mujeres y 45.59% de hombres; Insatisfecho no hubo pacientes.

**Grafico 5**

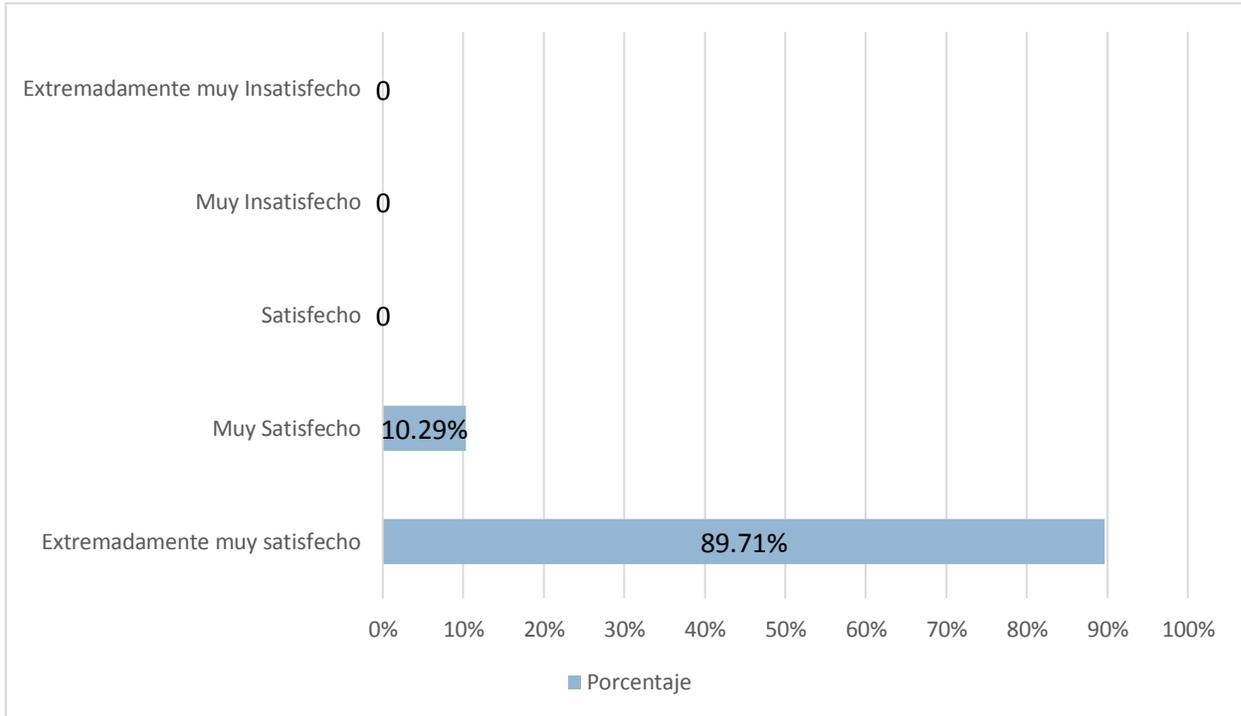
**NIVEL DE SATISFACCIÓN SEGÚN GRUPO ETARIO DE PACIENTES  
INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA**



Este grafico identifica el nivel de satisfacción del usuario del servicio de cirugía según edad con respecto si están satisfecho o insatisfechos. Lo que se demostró en el gráfico fue que los usuarios con mayor satisfacción fueron los de 60 y más años con un porcentaje de 26.47%(36), le siguen los de 30 a 39 años con un porcentaje de 22.79% (31), luego los de 40 a 49 años 19.85% (27), continúan los de 50 a 59 años con un 15.44% (21) y los de 20 a 29 años con 14.71% (20) finalizando con el grupo de 18 a 20 años con 0.74% (1).

**Grafico 6**

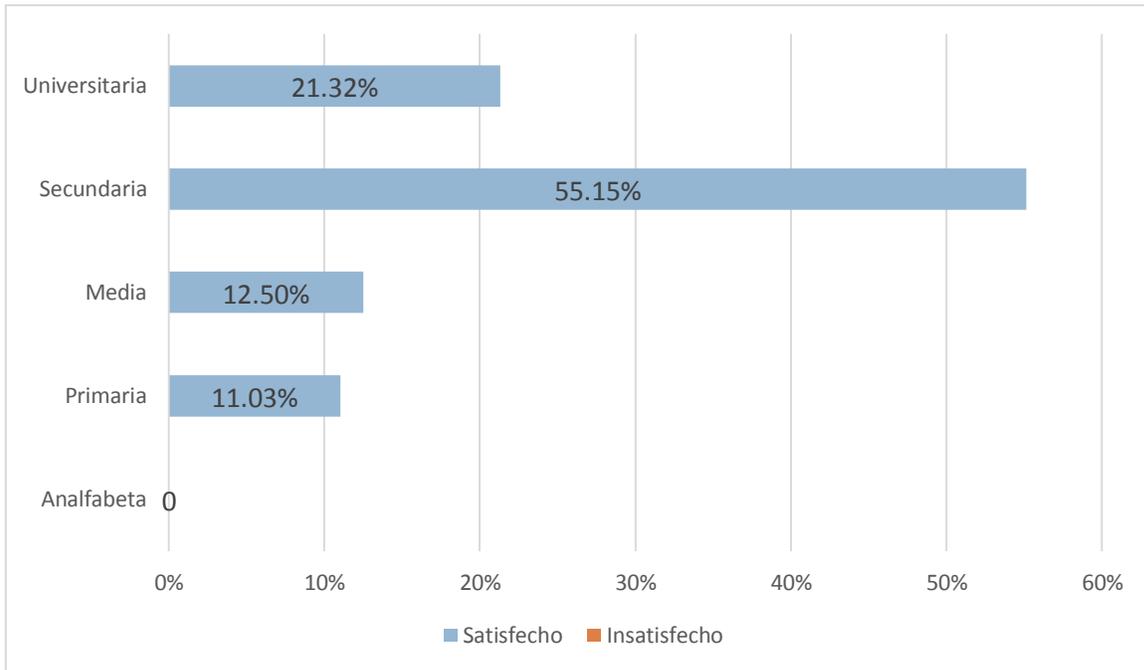
**NIVEL DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA**



En este grafico se determinó varios grados de satisfacción por el tipo de cuestionario que se realizó, Extremadamente muy Satisfecho (EMS) 89.71% con 122 usuarios, muy satisfecho (MS) 10.29% con 14 usuarios, satisfecho (S)0%, muy insatisfecho (MI) 0%, extremadamente muy insatisfecho(EMI) 0%, observando que todos los pacientes de la muestra entraban en los primeros dos rubros de satisfacción, no habiendo contabilizados ninguno para los otros niveles.

**Grafico 7**

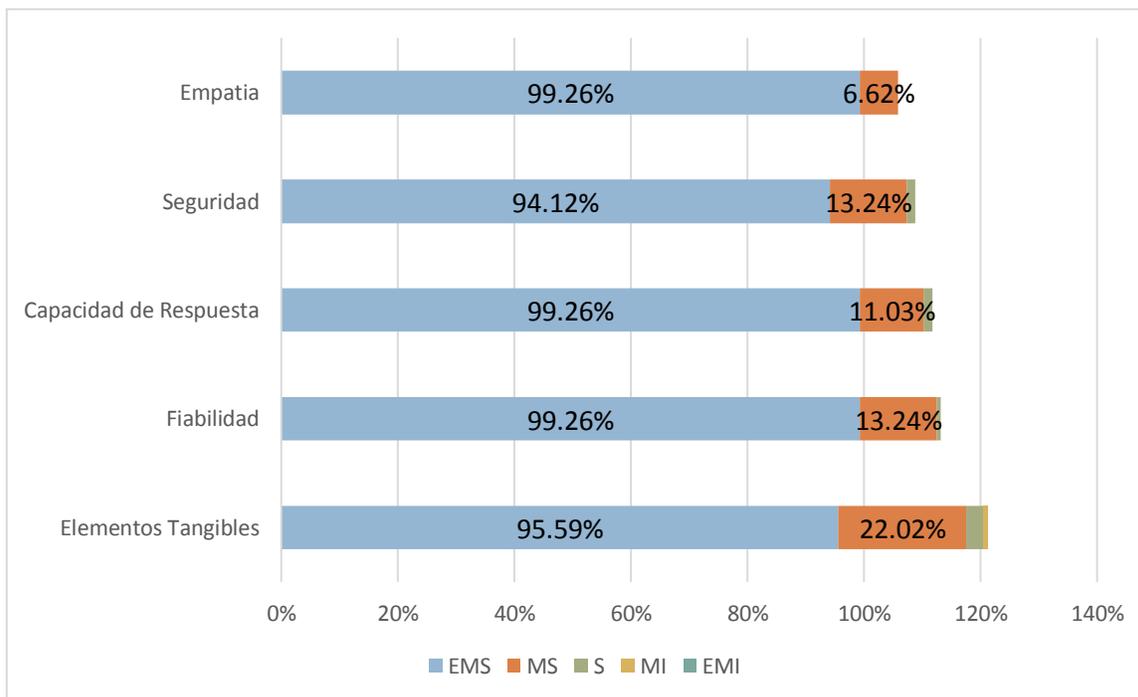
**NIVEL DE SATISFACCIÓN SEGÚN EL GRADO DE EDUCACION DEL  
PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA**



En este grafico se evaluaron los niveles de satisfacción de los pacientes entrevistados según su grado de educación y si estaban satisfecho o insatisfecho con el servicio recibido. Los que resultaron de la siguiente manera, a nivel de Secundaria con 55.15% (73) es el que tiene el mayor porcentaje seguido de educación universitaria 21.32% (31), le siguen media 12.50% (17) y primaria 11.03% (15); no se encontró paciente analfabetas 0.

**Grafico 8**

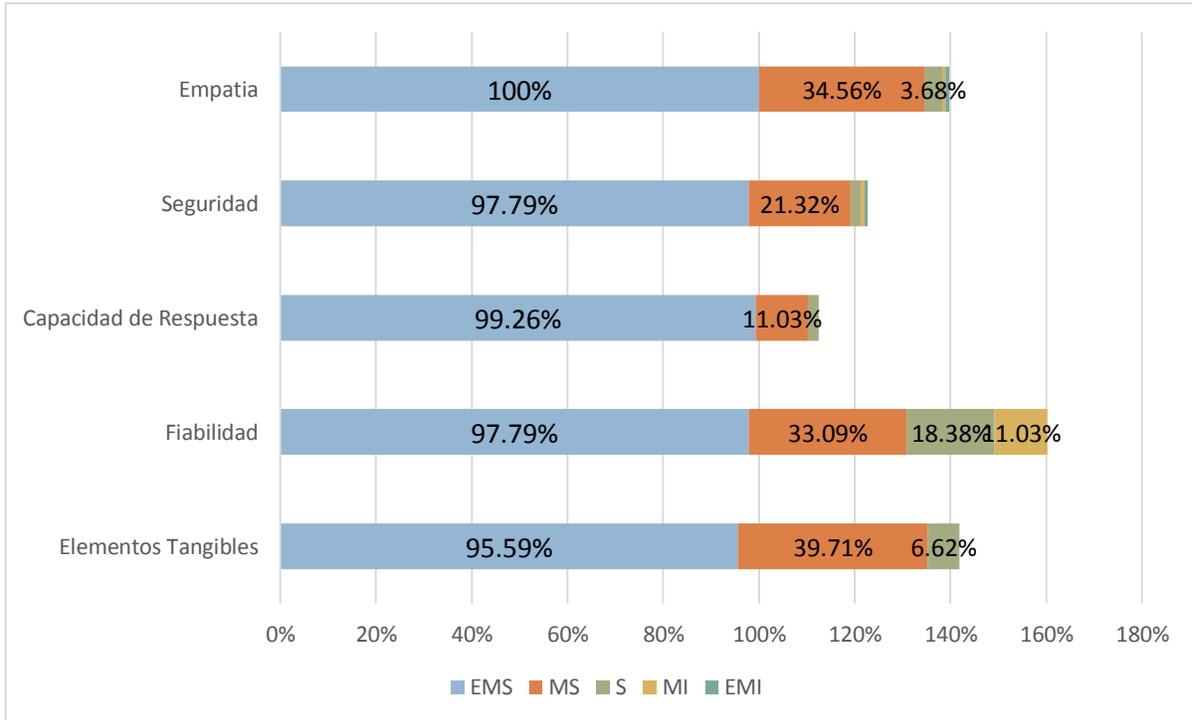
**GRADO DE EXPECTATIVA DE PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA**



En el servicio de Cirugía, donde predominó la expectativa de extremadamente muy satisfecho (EMS) en las dimensiones de elementos tangibles 95.59%, fiabilidad 99.26%, capacidad de respuesta 99.26%, seguridad 94.12% y empatía 99.26%. Mientras la expectativa Muy Satisfecho (MS) en las dimensiones de Elementos Tangibles 22.02%, fiabilidad 13.24%, capacidad de respuesta 11.03%, seguridad 13.24% y empatía 6.62%. Expectativa de Satisfecho (S) elementos tangibles 2.94%, fiabilidad 0.74%, capacidad de respuesta 1.47%, seguridad 1.47%, empatía 0; expectativa muy insatisfecho (MI), elementos tangibles 0.74%, mientras que la fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía tuvieron 0; en extremadamente muy insatisfecho (EMI) en su totalidad tuvieron 0.

**Grafico 9**

**GRADO PERCEPCION DE PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA**



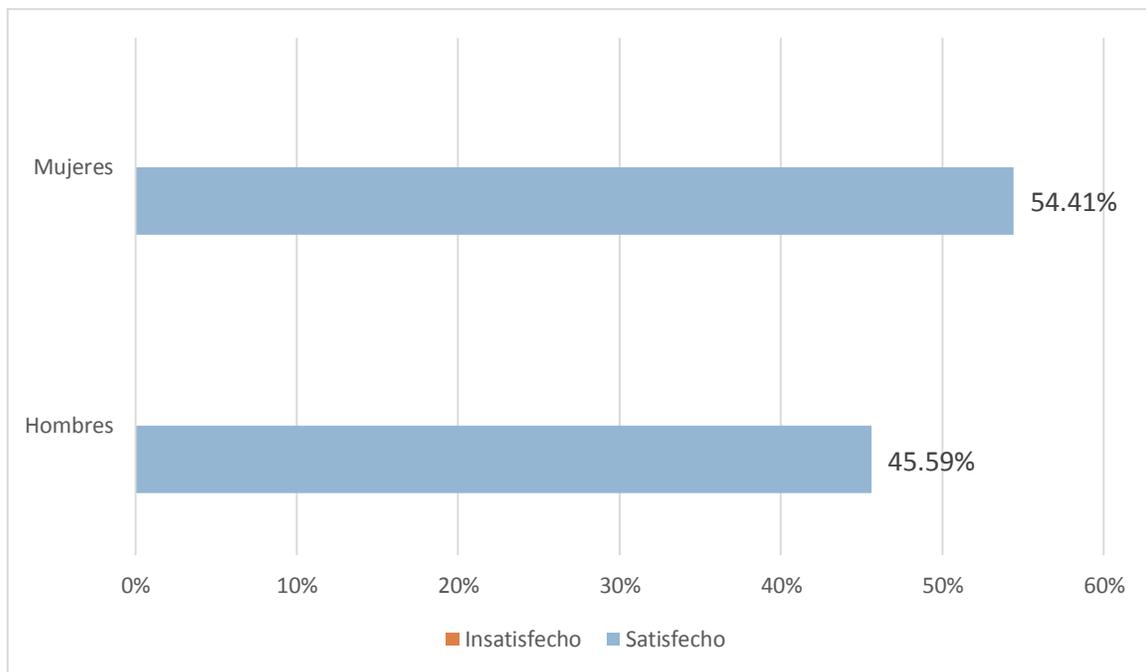
En el servicio de Cirugía, donde predominó la percepción de extremadamente muy satisfecho (EMS) en las dimensiones de elementos tangibles 95.59%, fiabilidad 97.79%, capacidad de respuesta 99.26%, seguridad 97.79% y empatía 100%; Muy Satisfecho (MS) elementos tangibles 39.71%, fiabilidad 33.09%, capacidad de respuesta 11.03%, seguridad 21.32% y empatía 34.56%; Satisfecho (S) elementos tangibles 6.62%, fiabilidad 18.38%, capacidad de respuesta 2.21%, seguridad 2.21% y empatía 3.68%; Muy Insatisfecho (MI) fiabilidad 11.03%, seguridad 0.74%, empatía 0.74%, elementos tangibles y capacidad de respuesta 0; Extremadamente muy Insatisfecho (EMI) seguridad 0.74%, empatía 0.74%, elementos tangibles, fiabilidad y capacidad de respuesta 0.

### Gráfico 10. NIVEL DE SATISFACCIÓN EN EL SERVICIO

	<b>SATISFECHO</b>	<b>INSATISFECHO</b>
<b>Pacientes ingresados</b>	100%	0

En el servicio de cirugía se encontró que el mayor porcentaje estaba satisfecho con los recursos humanos, técnicos y estructurales recibidos durante su estancia hospitalaria. Siendo en el servicio de hospitalización de cirugía, donde se encontró el 100%. No se encontró un porcentaje de pacientes insatisfechos. Se observa que el porcentaje de satisfacción es mayor al 70%, por lo que se cataloga como servicio de hospitalización que brinda un alto nivel de calidad de atención.

**Gráfico 11. NIVEL DE SATISFACCIÓN SEGÚN SECTOR DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN**



En el servicio de hospitalización de cirugía se encontró que el mayor porcentaje de pacientes satisfechos pertenecía al sector de mujeres (54.41%, 74), seguido del sector de hombres (45.59%, 62). No se encontraron individuos que hayan presentado ningún grado de insatisfacción.

## VI. DISCUSIÓN

En el estudio nos permitió determinar las características sociodemográficas del servicio de hospitalización de cirugía, encontrando el predominio de pacientes del sexo femenino (54.41%), adultos mayores (26.47%), seguido de pacientes adultos (58.08%) y con nivel de instrucción secundaria (55.15%). Seguido del nivel de instrucción superior universitario (21.32%). Se encontró, aunque en menor número pacientes con nivel de instrucción media (12.50%), primaria (11.03%); no se encontraron analfabetas (0). Lo que nos indica que la población encuestada estuvo conformada por adultos y adultos mayores con nivel de instrucción entre secundaria y superior, con un porcentaje nulo de analfabetos y de adultos jóvenes; siendo predominante el sexo femenino en el servicio de hospitalización.

En relación a la satisfacción según características sociodemográficas, se determinó que en el servicio de hospitalización de cirugía general el porcentaje mayoritario de pacientes independientemente del sexo, grupo etario y nivel de instrucción estaba satisfecho con la atención recibida durante su estancia hospitalaria; encontrándose que la percepción de satisfacción es mayor en pacientes de sexo femenino (54.41%), adultos mayores (26.47%) y con nivel de instrucción secundaria (55.15%), seguido de los adultos de 40 a 49 años (19.85%) y usuarios externos con nivel de instrucción universitaria (21.32%).

Además de que, en el servicio de hospitalización, el sexo femenino es más susceptible a la satisfacción de sus necesidades y demandas, debido al buen trato, la amabilidad, la empatía con las que se le atendió o por la confianza hacia sus médicos tratantes, que son uno de los factores en los que más énfasis pone el sexo femenino.

En el caso de los pacientes con nivel de instrucción secundaria se debió no solo a la empatía recibida sino también a la capacidad de respuesta; es decir a la atención rápida, oportuna y eficaz que satisfagan sus necesidades y demandas. Y, por último, en relación al grupo etario, se atribuye a que los pacientes adultos y adultos mayores

son menos exigentes en cuanto a sus necesidades y demandas, haciendo que su expectativa sea menor a su percepción.

Sobre la calidad de atención, Cabello y Viera la definieron como el conjunto de actividades realizadas por los servicios de salud para el beneficio de los usuarios externos que comprende un proceso de atención técnico y humano, en base a las expectativas y percepciones de la atención recibida por el usuario externo en las que participan las dimensiones de fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles. Motivo por el cual en el estudio se determinó el grado de satisfacción según estas dimensiones de percepción en cirugía, encontrándose que el 89.71% estaba extremadamente muy satisfecho, el 10.29% muy satisfecho en las dimensiones de fiabilidad, capacidad de respuesta y empatía, no se encontraron pacientes insatisfechos.

En la dimensión de seguridad se encontró que el 97.79% estaba extremadamente muy satisfecho; el 21.32% y el 2.21% muy satisfecho y satisfecho, respectivamente, muy insatisfecho 0.74%, extremadamente muy insatisfecho 0.74%. Lo que nos indica que el usuario externo percibió una atención rápida, eficaz, con amabilidad y comprensión sobre sus preocupaciones y necesidades recibidas durante su estancia hospitalaria, destacando el conocimiento, responsabilidad, capacidad para la comunicación de información de adecuada, precoz y confidencial y confianza en el personal de salud.

Concluyendo que, si bien existe limitaciones para la ejecución de las prioridades ya mencionadas debido a la falta de estructura organizacional, planificación y gestión de las mismas, se logra en un porcentaje considerable el bienestar del paciente. Así mismo es notorio que en el servicio existió mayor grado de satisfacción, siendo la empatía la dimensión con mayor satisfacción, seguido de la fiabilidad y capacidad de respuesta.

Por otro lado, en el servicio de cirugía general se observó que las dimensiones de fiabilidad, capacidad de respuesta y empatía tenían un mismo grado de satisfacción, por lo que atención era más homogénea en relación a los ofrecimientos, cuidados,

atenciones rápidas oportunas y eficaces, y a la comprensión sobre sus preocupaciones, necesidades y demandas recibidas durante su estancia hospitalaria.

Este resultado puede deberse a que si bien ambos servicios se encuentran divididos por sectores (varones y mujeres), el servicio de cirugía cuenta con un solo equipo de personal de salud encargado de todo el servicio.

Además de que cada usuario posee expectativas y demandas diferentes según sus necesidades y según el servicio donde se encuentre hospitalizado, concordando de esta manera que la calidad de atención se basa según quien la valore, ya que la percepción de satisfacción es subjetiva, individual, multifactorial y directamente relacionada a la ética médica. Concluyendo finalmente, que el alto nivel de satisfacción encontrado en el estudio se debe a que la perspectiva del usuario externo basada principalmente en el respeto, la comunicación y el sentirse escuchados. Así como, en el buen trato, la amabilidad, la paciencia, la seguridad, confianza y habilidad del personal de salud, seguido de una atención eficaz, eficiente y completa, teniendo en cuenta que la mejora y abastecimiento de equipos e infraestructura lograrían el mayor beneficio posible del paciente.

Sobre el grado de satisfacción que esperaba encontrar el usuario externo en el servicio de cirugía, se obtuvo que en el primero el 89.71% y 10.29% esperaba estar extremadamente muy satisfecho y muy satisfecho, respectivamente con los ofrecimientos y cuidados (fiabilidad), con el conocimiento, responsabilidad, con la capacidad para la comunicación de información de adecuada, precoz y confidencial (seguridad) y que las atenciones sean rápidas oportunas y eficaces (capacidad de respuesta). En la dimensión de empatía se encontró que el 99.26% esperaba estar extremadamente muy satisfecho, mientras el 6.62% muy satisfecho.

Concluyendo que en el servicio de cirugía se encontró mayor expectativa (extremadamente muy satisfecho) en las dimensiones de elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía. Lo que nos indica que el usuario externo valora más los aspectos técnicos e interpersonales, considerando el

factor psico-social y principios éticos más importantes que la infraestructura y disponibilidad de equipos y materiales biomédicos.

Además de la valoración del concepto de proceso (actividades realizadas por el servicio de salud para lograr el bienestar del usuario externo y capacidad realizar estas actividades de manera eficaz y eficiente) y de resultados (cambios positivos o negativos resultantes de la satisfacción del usuario externo en relación a la estructura y al proceso) descritos por Donabedian.

Gracias a los resultados obtenidos en los gráficos de grado de satisfacción según dimensiones de percepción y expectativa se logró determinar el nivel de satisfacción en los servicios de hospitalización de cirugía, a través de la metodología SERVPERF, donde según Cabello y Chirinos un usuario satisfecho es aquel cuya diferencia entre sus percepciones y expectativas resulta positivo o cero; caso contrario un usuario insatisfecho es aquel cuya diferencia entre sus percepciones y expectativas resulta negativo. Obteniendo de esta manera en el servicio de cirugía el 100% de pacientes satisfechos con la calidad de atención recibida durante su estancia hospitalaria. Lo que nos indica que los pacientes se encontraron más satisfechos de lo que esperaban estar; es decir, sus expectativas fueron superadas por sus perspectivas en las áreas de proceso, estructura y resultados en porcentaje mayor al 70%.

Estos resultados nos reflejan que una calidad de atención de nivel alto o un servicio con adecuada calidad de atención no solo se debe a factores psico-sociales y/o culturales sino también a factores como la elaboración, ejecución y control de programas, guías y normas técnicas de mejora de calidad en los servicios de salud que tienen en cuenta la satisfacción de las necesidades y demandas propias de cada usuario externo.

Por otro lado, se encontró puntos específicos de inconformidad de los usuarios externos que a la larga no afectaron en gran medida el grado de satisfacción. Esto debido a que los usuarios externos esperan recibir más por el servicio de cirugía. Por todo esto se concluye que aún existe mejoras a realizar en la atención brindada que incluyen no solo los aspectos tangibles, sino también las otras dimensiones, ya que

de acuerdo con Avis Donabedian (1980), un servicio con alta calidad es aquel que busca y logra maximizar el bienestar del paciente, a través del equilibrio entre la salud y los riesgos que se presentan en todas las dimensiones; así como, la ejecución de actividades de manera eficaz y eficiente. Siendo cirugía, el servicio donde mayor énfasis se debe poner para la realización de estas mejoras, teniendo en cuenta que sus usuarios tienen altas expectativas.

Continuando con el estudio, se determinó el nivel de satisfacción de los usuarios externos según los sectores del servicio de hospitalización de cirugía encontrando que el mayor porcentaje de pacientes satisfechos pertenecía al sector de cirugía mujeres con 54.41% seguido con el de cirugía de hombre 45.59%

En términos de dimensiones, el usuario externo percibe en mayor porcentaje la amabilidad, buen trato, interés en sus preocupaciones y necesidades, así como la responsabilidad, el conocimiento y la comunicación de información de forma confidencial, precoz y adecuada por parte del personal de salud. Siendo sus expectativas alcanzadas en un gran porcentaje.

Teniendo en cuenta que para que se lleve a cabo estas mejoras es necesario, no solo la realización de estrategias, programas, guías y/o normas técnicas renovadas en base a las necesidades del usuario externo, sino también el desarrollo y estudio de diferentes métodos de análisis sobre la calidad y desempeño de los servicios de hospitalización. Siendo la ejecución de actividades donde exista la participación activa del personal de salud y administrativo fundamental en este proceso de mejora y búsqueda del beneficio máximo posible de los pacientes.

## **VII. CONCLUSIONES**

1. El nivel de satisfacción del usuario externo hospitalizado fue mayor al 70% (teniendo el 100% satisfacción) en el servicio de cirugía.
2. En el servicio de cirugía el mayor porcentaje de usuarios externos eran adultos, de sexo femenino y con nivel de instrucción secundaria
3. La satisfacción es mayor en el sexo femenino, adultos mayores y con nivel de instrucción secundario.
4. Las dimensiones con mayor percepción y expectativa de satisfacción fueron la fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía, en comparación con la dimensión de aspectos tangibles
5. En el servicio de cirugía se percibió una satisfacción de (100%); en las necesidades y demandas de los usuarios externos, superando sus expectativas.
6. No se encontraron usuarios externos insatisfechos, aunque es de aclarar que si hubo puntos específicos que percibieron con inconformidad.

## **VIII. RECOMENDACIONES**

### **A LA INSTITUCION:**

1. Implementar, ejecutar y controlar el desarrollo y estudio de diferentes métodos de análisis sobre la calidad y desempeño de los servicios de hospitalización.
2. Desarrollar estudios basados en la investigación de factores asociados al nivel de satisfacción de los usuarios externos, profundizando principalmente los factores culturales.
3. Programar actividades con temas de calidad atención actualizados, donde exista la participación activa del personal de salud y administrativo para mejorar la calidad de atención y así poder lograr el beneficio máximo posible de los pacientes.

### **A LAS JEFATURAS:**

4. Desarrollar estrategias, programas, guías y/o normas técnicas renovadas sobre calidad de atención en base a las necesidades, demandas y expectativas de los usuarios externos
5. Mejorar la estructura organizacional, planificación y gestión de los programas de calidad de atención.
6. Actualizar el programa de Gestión de gerencia en base a las necesidades, demandas y expectativas del usuario externo
7. Implementar y renovar los espacios administrativos que regulen el tiempo de espera del ingreso y alta del usuario hospitalizado en el servicio.

## **AL PERSONAL MEDICO Y ENFERMERIA**

8. Implementar la sensibilización del médico y el personal de enfermería en la atención del usuario.
9. Realizar jornadas educativas orientadas a la humanización del personal médico y de enfermería.
10. Fortalecer la educación continua de sensibilización del personal del servicio de cirugía.

## **IX. PROPUESTA TÉCNICA**

### **PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCIÓN DEL USUARIO EXTERNO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA**

#### **OBJETIVO GENERAL**

Organizar los tiempos de espera del paciente al momento del ingreso al servicio de hospitalización de Cirugía en el Hospital Roma del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Definir las principales líneas de actuación en el ingreso y el alta del paciente.
2. Favorecer la integración de los profesionales al trabajo en equipo.
3. Orientar los procesos del Servicio de Cirugía hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios externos.

#### **MODELO DE GESTIÓN PROPUESTO**

Proyecto de mejora de la atención del usuario externo que ingresa al Servicio

#### **ESTRATEGIAS**

- a. Elaborar un plan para adecuar la demanda en el momento del ingreso
- b. Agilizar el ingreso y disminuir los tiempos de demora máxima
- c. Llevar a cabo la implantación del proceso garantizando la realización de todas las actividades de los diferentes profesionales en una misma jornada
- d. Elaboración de una base de datos para ingreso y alta hospitalaria

#### **EJES DE IMPLEMENTACIÓN**

1. Calidad y eficiencia de la actividad asistencial
2. Accesibilidad de los usuarios al hospital
3. Ejecución del Plan

## **FASES DEL PLAN**

1. Elaboración de mensajes de promoción

Que contenga información acerca del proceso del ingreso y alta hospitalaria (horarios, realización de trámites, etc.).

2. Edición de trípticos con información:

Con relativa a los derechos y obligaciones de los usuarios y distribuirlos en los puntos clave del Hospital (recepción, Puntos de Información del Servicio de Atención).

- 3, Garantía de la inclusión de los procesos en el Plan: Guía de Usuario

4. Protocolo para la identificación de los profesionales, custodia de documentación clínica, horario de las visitas de familiares, información sobre las normas del centro y derechos y deberes de los usuarios.

5. Participar en diversos medios de comunicación (prensa, revistas de salud, radio, televisión) para la difusión de mensajes a la población.

## **ACTIVIDADES A DESARROLLAR:**

1. Elaboración de un plan para adecuar la demanda del ingreso del usuario externo al servicio
2. Minimizar el tiempo de espera con especial atención al proceso de ingreso y alta del servicio.
3. Optimizar la gestión del Registro de Demanda del ingreso del usuario para reducir los tiempos de espera en el ingreso y en el alta del servicio.
4. Adecuar el funcionamiento del servicio a la reducción de tiempos de espera, garantizando el cumplimiento de los plazos establecidos
5. mayor satisfacción de los pacientes con la atención recibida.

6. Análisis de los procedimientos que presentan obstáculos al momento del ingreso y del alta hospitalaria
7. Diseño de un plan de acción que incluya la incorporación de aspectos de mejora propuestos por el personal involucrado
8. Cronograma de actividades
9. Evaluación de resultados
10. Presentación de resultados.

## **UNIDADES DE APOYO**

Profesionales

Jefaturas

Personal del área de emergencia

Personal de servicio

Esdomed

Jefaturas de los servicios afectados

- Niveles administrativos
- Nivel operativo hospitalario
- Consulta Externa
- Servicio de Cirugía

## **SEGUIMIENTO:**

- Evaluación individual del procedimiento en el servicio
- Evaluación trimestral en las áreas
- Presentación de resultados
- 1. Personal de salud empoderado
- 2. Alto conocimiento gerencial
- 3. Desarrollo de habilidades
- 4. Identificación y solución de problemas

## X. BIBLIOGRAFIA

1. Chavez Z, Carolina S. Satisfacción de los usuarios externos acerca de la infraestructura y de la calidad de atención en la consulta del servicio de gineco-obstetricia del Hospital de la Solidaridad de Comas agosto 2011 – febrero 2012. Repos Tesis - UNMSM. 2015; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4411>
2. Miranda G, Luz D. Percepción y Expectativas de la calidad de la atención de los servicios de Salud de los usuarios del centro de Salud Delicias VillaChorrillos en el Periodo Febrero-Mayo 2013. Univ Ricardo Palma. 2013 ; Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/246>
3. Milina-Garduza LA, Rivera-Barragán M del R. Percepción del cliente interno y externo sobre la calidad de los servicios en el Hospital General de Cárdenas, Tabasco, 2011. Salud En Tabasco. 2012;18(2):56-63.
4. Vicuña N, Michael W. Percepción de la calidad de servicio de los usuarios en el consultorio externo de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en enero del 2014. Univ Nac Mayor San Marcos. 2014; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3569>
5. Tinoco Begazo M. Satisfacción del usuario externo en el servicio de consulta externa del Hospital Nacional P.N.P. Luis Nicasio Sáenz en el periodo octubre-diciembre 2015. Univ Ricardo Palma. 2016; Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/473>
6. Huisa H, Lucas R. Percepción de la calidad de atención en los usuarios del servicio de emergencias del hospital I santa margarita de Andahuaylas, 2015. Univ Nac José María Arguedas. 2015; Disponible en: <http://20.20.9.10/handle/123456789/227>
7. Normas Legales: Decreto Supremo que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1175, Ley del Régimen de Salud de la Policía Nacional del Perú. El Peruano. 2015. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.com.pe/download/url/decreto-supremo-queaprueba-el-reglamento-del-decreto-legislativo-n-1175-ley-d-1193296-3>
8. Rivera S., Giovanna T. Expectativas y percepciones de la calidad de atención en los consultorios de Medicina General del Hospital Nacional Luis N Saenz de la PNP. Lima, setiembre 2013- febrero 2014. Facultad de Medicina; Unidad de Postgrado. UNMSM. 2016. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4986/1/Rivera\\_sg.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4986/1/Rivera_sg.pdf)
9. Rivera S. Govanna T. Satisfacción de los usuarios a través de sus expectativas y percepciones en la atención médica .Diagnóstico Vol 54 (1) Enero - Marzo. Univ. UNMSM. 2015. Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/diag/v54n1/a2.pdf>

10. Cabello E, Chirinos JL. Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. Rev Medica Hered. abril de 2012;23(2):88-95.
11. Medina H, Angela E. Nivel de satisfacción de los usuarios atendidos en el topico de medicina del servicio de emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, enero del 2015. Repos Tesis - UNMSM. 2015; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4033>
12. Hermida, D. Satisfacción de la calidad de atención brindada a los usuarios de la consulta externa del Centro de Salud N° 2. Cuenca. 2015.CuencaEcuador: Universidad de Cuenca-Facultad de Ciencias Médicas.
13. Larrea Ascue J. Calidad de servicio de la consulta externa de medicina interna en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú durante Setiembre – Noviembre 2015. Univ. Ricardo Palma. 2016; Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/452>
14. Rojas Espinoza V. Expectativas y percepción del usuario de la calidad de atención en el servicio de emergencia del hospital Militar Central, junio 2016. Repos Tesis - URP 2017; Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/966>
15. Dávalos Córdova C. Nivel De Satisfacción Y Factores Asociados De Los Usuarios De Consultorios Externos De Medicina Interna Del Hospital María Auxiliadora En Enero Del 2017. Repos Tesis - Urp. 2017; Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/974>
16. Soleimanpour H, Gholipouri C, Salarilak S, Raoufi P, Vahidi RG, Rouhi AJ, et al. Emergency department patient satisfaction survey in Imam Reza Hospital, Tabriz, Iran. Int J Emerg Med. 27 de enero de 2011;4:2.
17. Viera OB, González JC, Rubiera AB. La ética y la calidad en la atención médica. Medimay. 10 de marzo de 2012;18(1):131-42.
18. Bustamante P, Cañas DA, Martín BC, Alvarado EO, Alemany FX, Asenjo M, et al. Evaluación de la satisfacción del paciente con la atención recibida en un servicio de urgencias hospitalario y sus factores asociados. Emerg Rev Soc Esp Med Urgenc Emerg. 2013;25(3):171-6.
19. Cardero B, Enrique J. Nivel de satisfacción de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencia del Centro de Diagnóstico Integral «Los Arales». MEDISAN. julio de 2014;18(7):942-7.
20. Documento Técnico: Sistema de gestión de la calidad en salud. Dirección de salud de las personas. Dirección de calidad en salud. Lima 2006 RM-5192006 SGC.pdf. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/sistema/RM-5192006%20SGC.pdf>

21. Documento Técnico: Política nacional de calidad. Dirección General de Salud de las personas. Dirección de Calidad en Salud. Lima, Perú. 2009. RM N° 727-2009/MINSA. PDF - politica\_nacional\_calidad.pdf. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/politica\\_nacional\\_calidad.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/politica_nacional_calidad.pdf)
22. Memoria Anual: Fondo de aseguramiento en salud de la policía nacional del Perú. Equipo funcional de planeamiento, presupuesto y Desarrollo. 2016. Disponible en: [https://www.saludpol.gob.pe/wpcontent/uploads/Planeamiento\\_Organizacion/Memoria\\_Anual\\_2015.pdf](https://www.saludpol.gob.pe/wpcontent/uploads/Planeamiento_Organizacion/Memoria_Anual_2015.pdf)
23. Mendoza Morales M. Nivel de satisfacción de los usuarios de consultorios externos de medicina interna del Hospital Nacional Dos de Mayo en diciembre del 2015. Univ. Ricardo Palma. 2016; Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/557>
24. Barrón S, Alberto L. Satisfacción de los usuarios de consulta externa en una institución de seguridad social en Guadalupe, Nuevo León. 2012; Disponible en: <http://cd.dgb.uanl.mx//handle/201504211/5473>
25. Guía Técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos y servicios médicos de apoyo. Biblioteca Nacional del Perú. Dirección de Calidad en Salud. RM N°527-2011/MINSA.. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2252.pdf>
26. Cabrera Moresco M. Nivel de satisfacción del usuario externo atendido en el Tópico de Medicina del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Noviembre 2015. Univ. Ricardo Palma. 2016; Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/449>
27. Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011-2021. Ministerio de Salud. Biblioteca Central del Ministerio de Salud. N° 2011-0763. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1620.pdf>
28. Ortiz Vargas P. Nivel de satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención en los servicios de salud según encuesta SERVQUAL, en la micro red Villa-Chorrillos en el año 2014. Univ. Ricardo Palma. 2016

# ANEXOS

## ANEXO 1

### ENCUESTA DE SATISFACCION A LOS USUARIOS EXTERNOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA EN EL HOSPITAL POLICLÍNICO “ROMA” DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

Edad: _____ años.	Sexo: M	F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estado civil:	Casado(a)	Unión libre
Ultimo grado de estudio cursado: _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soltero (a)	Viudo (a)
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Separado	Divorciado (a)
<b>Ocupación/ Situación laboral:</b>							
Hogar: <input type="checkbox"/>	Empleado del sector público: <input type="checkbox"/>		Empleado del sector privado: <input type="checkbox"/>				
Estudiante: <input type="checkbox"/>	Desempleado: <input type="checkbox"/>	Independiente: <input type="checkbox"/>	Pensionado: <input type="checkbox"/>				

#### Escala de Likert:

1	2	3	4	5	6	7
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Indiferente</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>

EXPECTATIVAS									
E	Califique las expectativas, que se refieren a la IMPORTANCIA que usted le otorga a la atención que espera recibir en el servicio de Hospitalización. Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.	E	E	E	E	E	E	E	E
PREGUNTAS									
No.	ELEMENTOS TANGIBLES	1	2	3	4	5	6	7	
1	Que todos los días reciba una visita médica								
2	Que usted comprenda la explicación que los médicos le brindarán sobre la evolución de su problema de salud por el cual permanecerá hospitalizado								
3	Que usted comprenda la explicación que los médicos le brindarán sobre los medicamentos que recibirá durante su hospitalización: beneficios y efectos adversos								
4	Que usted comprenda la explicación que los médicos le brindarán sobre los resultados de los análisis de laboratorio								
FIABILIDAD		1	2	3	4	5	6	7	
5	Que al alta, usted comprenda la explicación que los médicos le brindarán sobre los medicamentos y los cuidados para su salud en casa								
6	Que los trámites para su hospitalización sean rápidos								
7	Que los análisis de laboratorio solicitados por los médicos se realicen rápido								
8	Que los exámenes radiológicos (rayos X, ecografías, tomografías, otros ) se realicen rápido								
9	Que los trámites para el alta sean rápidos								

<b>CAPACIDAD DE RESPUESTA</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>10</b>	Que los médicos muestren interés para mejorar o solucionar su problema de salud							
<b>11</b>	Que los alimentos le entreguen a temperatura adecuada y de manera higiénica							
<b>12</b>	Que se mejore o resuelva el problema de salud por el cual se hospitaliza							
<b>13</b>	Que durante su hospitalización se respete su privacidad							
<b>SEGURIDAD</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>14</b>	Que el trato del personal de enfermería sea amable, respetuoso y con paciencia							
<b>15</b>	Que el trato de los médicos sea amable, respetuoso y con paciencia							
<b>16</b>	Que el trato del personal encargado de los trámites de admisión sea amable, respetuoso y con paciencia							
<b>17</b>	Que el trato del personal encargado de los trámites de alta sea amable, respetuoso y con paciencia							
<b>EMPATIA</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>18</b>	Que el personal de enfermería muestre interés en solucionar cualquier problema durante su hospitalización							
<b>19</b>	Que los ambientes del servicio sean cómodos y limpios							
<b>20</b>	Que los servicios higiénicos para los pacientes se encuentren limpios							
<b>21</b>	Que los equipos se encuentren disponibles y se cuente con materiales necesarios para su atención							
<b>22</b>	Que la ropa de cama, colchón y frazadas sean adecuados							

<b>PERCEPCIONES</b>								
<b>P</b>	Califique las percepciones que se refieren a como usted HA RECIBIDO, la atención en el servicio de Hospitalización. Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación	<b>P</b>						
<b>PREGUNTAS</b>								
<b>No.</b>	<b>ELEMENTOS TANGIBLES</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>1</b>	¿Durante su hospitalización recibió visita médica todos los días?							
<b>2</b>	¿Usted comprendió la explicación que los médicos le brindaron sobre la evolución de su problema de salud por el cual permaneció hospitalizado?							
<b>3</b>	¿Usted comprendió la explicación de los médicos sobre los medicamentos que recibió durante su hospitalización: beneficios y efectos adversos?							
<b>4</b>	¿Usted comprendió la explicación que los médicos le brindaron sobre los resultados de los análisis de laboratorio que le realizaron?							
<b>FIABILIDAD</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>5</b>	¿Al alta, usted comprendió la explicación que los médicos le brindaron sobre los medicamentos y los cuidados para su salud en casa?							
<b>6</b>	¿Los trámites para su hospitalización fueron rápidos?							
<b>7</b>	¿Los análisis de laboratorio solicitados por los médicos se realizaron rápido?							
<b>8</b>	¿Los exámenes radiológicos (rayos X, ecografías, tomografías, otros) se realizaron rápido?							
<b>9</b>	¿Los trámites para el alta fueron rápidos?							
<b>CAPACIDAD DE RESPUESTA</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>10</b>	¿Los médicos mostraron interés para mejorar o solucionar su problema de salud?							
<b>11</b>	¿Los alimentos le entregaron a temperatura adecuada y de manera higiénica?							
<b>12</b>	¿Se mejoró o resolvió el problema de salud por el cual se hospitalizó?							
<b>13</b>	¿Durante su hospitalización se respetó su privacidad?							
<b>SEGURIDAD</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>14</b>	¿El trato del personal de enfermería fue amable, respetuoso y con paciencia?							
<b>15</b>	¿El trato de los médicos fue amable, respetuoso y con paciencia?							
<b>16</b>	¿El trato del personal de nutrición fue amable, respetuoso y con paciencia?							
<b>17</b>	¿El trato del personal encargado de los trámites de admisión o alta fue amable, respetuoso y con paciencia?							
<b>EMPATIA</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>18</b>	¿El personal de enfermería mostró interés en solucionar cualquier problema durante su hospitalización?							
<b>19</b>	¿Los ambientes del servicio fueron cómodos y limpios?							
<b>20</b>	¿Los servicios higiénicos para los pacientes se encontraron limpios?							
<b>21</b>	¿Los equipos se encontraron disponibles y se contó con materiales necesarios para su atención?							
<b>22</b>	¿La ropa de cama, colchón y frazadas son adecuados?							

## ANEXO 2 TABLAS

**TABLA 1 SEXO DE PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	62	45.59
Mujeres	74	54.41
Total	136	100

Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios externos del servicio de cirugía en el Hospital Policlínico Roma del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

**TABLA 2 EDAD DE PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
18 a 19 años	1	0.74
20 a 29 años	20	14.71
30 a 39 años	31	22.79
40 a 49 años	27	19.85
50 a 59 años	21	15.44
60 y más años	36	26.47
Total	136	100

Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios externos del servicio de cirugía en el Hospital Policlínico Roma del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

**TABLA 3 NIVEL DE ESTUDIOS DE PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA**

Educación	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeto	0	0
Primaria	15	11.03
Media	17	12.50
Secundaria	75	55.15
Universitario	29	21.32
Total	136	100

Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios externos del servicio de cirugía en el Hospital Policlínico Roma del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

**TABLA 4 NIVEL DE SATISFACCIÓN SEGÚN SEXO DE PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA**

Sexo	Frecuencia Hombres	Porcentaje	Frecuencia Mujeres	Porcentaje
Satisfecho	62	45.59	74	54.41
Insatisfecho	0	0	0	0
Total				

Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios externos del servicio de cirugía en el Hospital Policlínico Roma del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

TABLA 5 NIVEL DE SATISFACCIÓN SEGÚN GRUPO ETARIO DE PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA

Edad	Frecuencia 18 a 19 a	Porcentaje	Frecuencia 20 a 29 a	Porcentaje	Frecuencia 30 a 39a	Porcentaje
Satisfecho	1	0.74	20	14.71	31	22.79
Insatisfecho	0	0	0	0	0	0
Total						

Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios externos del servicio de cirugía en el Hospital Policlínic Roma del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

Edad	Frecuencia 40 a 49 a	Porcentaje	Frecuencia 50 a 59 a	Porcentaje	Frecuencia 60 y más	Porcentaje
Satisfecho	27	19.85	21	15.44	36	26.47
Insatisfecho	0	0	0	0	0	0
Total						

Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios externos del servicio de cirugía en el Hospital Policlínic Roma del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

TABLA 6 NIVEL DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA

NIVEL DE SATISFACCION	N° PACIENTES ENTREVISTADOS	PORCENTAJE
Extremadamente Muy Satisfecho (EMS)	122	89.71
Muy Satisfecho (MS)	14	10.29
Satisfecho (S)	0	0
Muy Insatisfecho (MI)	0	0
Extremadamente Muy insatisfecho (EMI)	0	0
Total	136	100

Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios externos del servicio de cirugía en el Hospital Policlínic Roma del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

TABLA 7 NIVEL DE SATISFACCIÓN SEGÚN EL GRADO DE EDUCACION DEL PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA

EDUCACION	SATISFECHO	Porcentaje	INSATISFECHO	Porcentaje
Analfabeta	0	0	0	0
Primaria	15	11.03	0	0
Media	17	12.50	0	0
Secundaria	73	55.15	0	0
Universitaria	31	21.32	0	0
Total	136	100	0	0

Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios externos del servicio de cirugía en el Hospital Policlínic Roma del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

TABLA 8 GRADO EXPECTATIVA DE PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA

Grado de Satisfacción por Dimensiones	Elementos Tangibles		Fiabilidad		Capacidad de Respuesta		Seguridad		Empatía	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Extremadamente Muy Satisfecho (EMS)	130	95.59	135	99.26	135	99.26	128	94.12	135	99.26
Muy Satisfecho (MS)	30	22.02	18	13.24	15	11.03	18	13.24	9	6.62
Satisfecho (S)	4	2.94	1	0.74	2	1.47	2	1.47		
Muy Insatisfecho (MI)	1	0.74	0	0	0	0	0	0	0	0
Extremadamente Muy insatisfecho (EMI)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total										

Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios externos del servicio de cirugía en el Hospital Policlínico Roma del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

TABLA 9 GRADO PERCEPCION DE PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA

Grado de Satisfacción por Dimensiones	Elementos Tangibles		Fiabilidad		Capacidad de Respuesta		Seguridad		Empatía	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Extremadamente Muy Satisfecho (EMS)	130	95.59	133	97.79	135	99.26	133	97.79	136	100
Muy Satisfecho (MS)	54	39.71	45	33.09	15	11.03	29	21.32	47	34.56
Satisfecho (S)	9	6.62	25	18.38	3	2.21	3	2.21	5	3.68
Muy Insatisfecho (MI)	0	0	15	11.03	0	0	1	0.74	1	0.74
Extremadamente Muy insatisfecho (EMI)	0	0	0	0	0	0	1	0.74	1	0.74
Total										

Fuente: Encuesta de satisfacción a los usuarios externos del servicio de cirugía en el Hospital Policlínico Roma del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

Tabla 10. Nivel de satisfacción en el Servicio

	<b>SATISFECHO</b>	<b>INSATISFECHO</b>
<b>Pacientes ingresados</b>	100%	0

Tabla 11. Nivel de satisfacción según sector del servicio de hospitalización

	<b>Satisfecho</b>	<b>Insatisfecho</b>
<b>Hombres</b>	45.59%	0
<b>Mujeres</b>	54.41%	0

## COSENTIMIENTO INFORMADO

	CONSENTIMIENTO INFORMADO	
---	--------------------------	--

Buenos días, mi nombre es:

\_\_\_\_\_ Vengo de la Universidad de El Salvador. Y con el permiso del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, estoy aquí para realizar una investigación sobre el NIVEL DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN EL POLICLINICO “ROMA” INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL SAN SALVADOR, FEBRERO A SEPTIEMBRE 2019

Usare los resultados de esta investigación para proponer recomendaciones de mejora.

A usted se le está invitando a participar en este estudio con propósitos y uso académico que, llevado a cabo por William Alfonso Cruz Joya de la especialidad de Cirugía General, el cual realizará la investigación, antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados: este proceso se conoce como Consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Todo lo que usted nos diga sobre la calidad del servicio nos va a servir de base para que los materiales informativos sean adecuados.

Firma \_\_\_\_\_ Huella digital