

ESCUELA POLITÉCNICA NACIONAL

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS

NIVELES DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN Y DISEÑO DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE MAGÍSTER (MSc)
EN GERENCIA EMPRESARIAL
MENCIÓN SERVICIOS DE SALUD**

DIRECTOR: DR. ALBERTO GONZÁLEZ SALSO MSc.
alberto19512001@yahoo.com

AÍDA CLEMENCIA COLOMA MARCILLO
acomar1234@hotmail.com

Quito, Febrero - 2009

DECLARACIÓN

Yo, Aída Coloma Marcillo, declaro que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentada para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

La Escuela Politécnica Nacional, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su Reglamento y por la normatividad institucional vigente.

Aída Coloma Marcillo

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente Trabajo de Grado: **Niveles de satisfacción de los usuarios del Servicio de Urgencias del Hospital Carlos Andrade Marín y Diseño de un Programa de Gestión de Calidad.**

Fue desarrollado por Aída Coloma Marcillo, bajo mi supervisión, para obtener el Grado de Magíster en Gerencia de Servicios de Salud; considero que el presente proyecto, reúne los requisitos y créditos necesarios para ser puesto a consideración pública y a la evaluación del Jurado examinador que se designe.

Quito, 20 de febrero del 2009

Dr. Alberto González Salso MSc.

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a Dios, porque Él nos dio la vida y con ella la inteligencia, la razón y el pensamiento; estas entre otras facultades por las que el ser humano busca la superación y disfruta del trabajo, razón por la cual, surgió esta investigación que llegó a su final con la satisfacción de brindar un aporte al sistema de salud.

Consagro el esfuerzo y las horas de dedicación y perseverancia de este trabajo a Gaby, Oscar, Andrea y Sebastián; las personas más importantes de mi vida que junto a mi compartieron momentos arduos y difíciles pero que finalmente fueron gratificados con regocijo y mucho amor al ver cumplidos mis anhelos.

Lo dedico también, al Hospital Carlos Andrade Marín, Institución en la cual me desarrollé personal y profesionalmente, para cumplir con el mandato divino y legal de asistir al enfermo, con amor, calidez y humanidad.

Finalmente brindo el producto de mi estudio al actor más importante de este escenario, que inspiró el desarrollo de esta investigación “El usuario del servicio de urgencias”, así como a sus familiares y público en general que diariamente nos dan la oportunidad de cumplir con la noble misión de trabajar por su salud y bienestar con dedicación y profesionalismo.

Gracias a todas las personas que aportaron al cumplimiento de mis sueños, con la inspiración, el amor y la sabiduría de quienes como yo admiran la naturaleza humana.

RECONOCIMIENTOS

A la Universidad Politécnica Nacional, en las Autoridades que tan dignamente la dirigen, al Señor Director de este estudio, a los señores docentes que me impartieron sus conocimientos y que ayudaron a mi formación académica, la que concluyó con la aspiración más grande del ser humano, ser partícipe de los cambios sociales, en este caso, en favor de los usuarios del Servicio de Urgencias del Hospital Carlos Andrade Marín.

A las autoridades del Hospital Carlos Andrade Marín, institución a la que pertenezco, que colaboraron con los datos necesarios para la realización de esta investigación y, muy especialmente, al Doctor Rodrigo Barragán por su apoyo y auspicio en el desarrollo de este trabajo, que constituye un aporte positivo a la institución en beneficio de su razón de ser "EL USUARIO".

A los usuarios del Servicio de Urgencias por su participación, por cuanto, a través de su opinión impulsaron la realización de este trabajo, desarrollado con dedicación y perseverancia con el afán de llegar a plasmar en realidad su sueño de recibir servicios sanitarios de calidad y ser atendidos en sus más importantes expectativas.

INDICE GENERAL

| PAGINAS PRELIMINARES | | pp |
|---|--|-----------|
| Portada | | i |
| Declaración..... | | ii |
| Certificación | | iii |
| Dedicatoria | | iv |
| Reconocimientos | | v |
| Índice general | | vi |
| Resumen..... | | x |
| Abstrac..... | | xi |
| Introducción..... | | 1 |
| | | |
| CAPÍTULO I | | |
| 1. EL PROBLEMA | | |
| 1.1. LA SALUD EN EL CONTEXTO DEL DESARROLLO HUMANO..... | | 5 |
| CONTEXTO INTERNACIONAL..... | | 5 |
| CONTEXTO NACIONAL..... | | 6 |
| REALIDAD DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN..... | | 8 |
| REALIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN | | 10 |
| 1.2. DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA..... | | 11 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | | 13 |
| FORMULACIÓN DEL PROBLEMA..... | | 14 |
| PREGUNTAS DIRECTRICES..... | | 14 |
| 1.3. OBJETIVOS..... | | 14 |
| GENERAL..... | | 14 |
| ESPECÍFICOS..... | | 14 |
| 1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA..... | | 15 |
| | | |
| CAPÍTULO II | | |
| 2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA | | |
| 2.1. ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD..... | | 19 |
| PRINCIPIOS ADMINISTRATIVOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD..... | | 20 |
| Planificación..... | | 21 |
| Organización..... | | 23 |
| Gestión..... | | 27 |
| Monitoreo Control y Evaluación..... | | 28 |
| LA GERENCIA..... | | 30 |
| ESTILOS DE GERENCIA..... | | 29 |
| 2.2. CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD..... | | 31 |
| CONCEPTOS SOBRE GESTIÓN DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS..... | | 33 |
| DIMENSIONES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL..... | | 35 |
| COMPONENTES DE LA CALIDAD..... | | 36 |
| 2.3. LA SATISFACCIÓN COMO MEDIDA DE LA CALIDAD..... | | 37 |
| TEORÍA DE LA MOTIVACIÓN..... | | 36 |
| LA SATISFACCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD..... | | 39 |
| RELACIÓN ENTRE CALIDAD Y SATISFACCIÓN | | 40 |

| | |
|--|----|
| EVIDENCIAS DE LA FALTA DE CALIDAD | 41 |
| 2.4. PROGRAMAS DE GARANTÍA DE LA CALIDAD..... | 43 |
| TIPOS DE PROGRAMAS DE CALIDAD | 44 |
| ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACION EN UN PROGRAMA DE CALIDAD TOTAL | 45 |
| MEDICIÓN DE UN PROGRAMA DE CALIDAD | 45 |
| ACTORES PARA UN PROGRAMA DE CALIDAD..... | 46 |
| 2.5. POSICIONAMIENTO PERSONAL..... | 49 |
| 2.6. MARCO LEGAL | 50 |
| DECLARACIÓN UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS..... | 48 |
| CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR 2001 ... | 49 |
| MANDATO CONSTITUCIONAL..... | 50 |
| LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN EL ECUADOR..... | 51 |

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

| | |
|--|----|
| 3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN | 55 |
| FASES DEL DISEÑO DE LA INVESTIGACION | 56 |
| 3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA | 56 |
| CARACTERÍSTICAS..... | 57 |
| METODO DE MUESTREO..... | 58 |
| 3.3. TECNICAS E INSTRUMENTOS..... | 60 |
| DISEÑO DEL INSTRUMENTO | 60 |
| VALIDEZ DEL INSTRUMENTO | 61 |
| CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO | 61 |
| APLICACIÓN DE LA ENCUESTA | 62 |
| 3.4. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN..... | 63 |
| ESTRUCTURA DE LA PROPUESTA..... | 64 |

CAPÍTULO IV

4. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

| | |
|--|----|
| 4.1. ANALISIS DE RESULTADOS..... | 67 |
| ESTUDIO DE LA FASE DIAGNOSTICA | 67 |
| ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACION | 71 |

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

| | |
|---------------------------|----|
| 5.1. CONCLUSIONES..... | 97 |
| 5.2. RECOMENDACIONES..... | 99 |

CAPÍTULO VI

6. DISEÑO DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS DE CENTROS HOSPITALARIOS

Anexo al final del informe

TABLAS

| | | |
|----|--|----|
| 1 | Distribución porcentual de los encuestados del HCAM octubre 2007 | 71 |
| 2 | Distribución porcentual de los participantes según sexo. HCAM octubre 2007..... | 72 |
| 3 | Distribución porcentual de los participantes según grupos de edades HCAM octubre 2007..... | 72 |
| 4 | Distribución porcentual de los participantes según tipo de afiliación. HCAM octubre 2007..... | 74 |
| 5 | Distribución porcentual de los participantes según grado de instrucción. HCAM octubre 2007..... | 75 |
| 6 | Distribución porcentual de las respuestas correspondientes al lugar donde acude el participante en caso de una emergencia. HCAM octubre 2007..... | 75 |
| 7 | Distribución porcentual de las razones por las que acude al servicio de urgencias..... | 76 |
| 8 | Distribución porcentual de los participantes donde se califica la atención recibida. Octubre 2007..... | 80 |
| 9 | Distribución porcentual de las respuestas correspondientes a la atención del personal en el servicio de urgencias HCAM. Octubre 2007..... | 82 |
| 10 | Distribución porcentual de las respuestas correspondientes a las condiciones de confort del servicio de urgencia. HCAM. Octubre 2007..... | 84 |
| 11 | Distribución porcentual de las respuestas correspondientes a condiciones relacionadas con el confort (otros aspectos) de los pacientes en el servicio de urgencia. HCAM. Octubre 2007..... | 85 |
| 12 | Distribución porcentual de las respuestas correspondientes al tiempo de espera para recibir atención..... | 86 |
| 13 | Distribución porcentual de las respuestas correspondientes al trato brindado por el personal del servicio. HCAM octubre 2007..... | 88 |
| 14 | Distribución porcentual de las respuestas correspondientes a la calificación de los profesionales que atendieron a los participantes. HCAM octubre 2007..... | 90 |
| 15 | Distribución porcentual de las respuestas correspondientes a satisfacción sobre la atención recibida..... | 91 |
| 16 | Distribución porcentual de las respuestas correspondientes a las sugerencias y expectativas de los encuestados..... | 93 |

GRÁFICOS

| | | |
|---|--|----|
| 1 | Población atendida | 57 |
| 2 | Categoría del encuestado del HCAM octubre 2007..... | 71 |
| 3 | Distribución porcentual de los participantes según grupos de edades HCAM octubre 2007..... | 73 |
| 4 | Distribución según tipo de afiliación..... | 74 |
| 5 | Preferencias de atención ante situaciones de emergencias..... | 76 |

| | | |
|---|---|----|
| 6 | Porcentaje de atenciones no urgentes en el servicio de urgencias HCAM, en el periodo investigado (de enero a marzo del 2007)..... | 79 |
| 7 | Distribución porcentual de la calificación de los profesionales que atendieron a los participantes..... | 90 |
| 8 | Niveles de satisfacción de los usuarios del Servicio de Urgencias del HCAM – Octubre 2007 | 91 |

ANEXOS

| | | |
|---|--|------------|
| A | Servicio de urgencias y observación del Hospital Carlos Andrade Marín (Misión y Visión)..... | 102 |
| B | Instrumento de validación de la entrevista para diagnóstico..... | 103 |
| C | Criterios del personal del servicio de urgencias del HCAM. Sobre aspectos de la administración y organización del servicio de relacionados con la satisfacción del usuario..... | 104 |
| D | Instrumento de validación del cuestionario de satisfacción para los pacientes del SUHCAM | 107 |
| E | Instructivo para validación del contenido del instrumento de satisfacción de los pacientes en el proceso de atención recibido en el servicio de urgencias del Hospital Carlos Andrade Marín..... | 108 |
| F | Formulario para la validación del instrumento (cuestionario)..... | 110 |
| G | Encuesta de satisfacción a los usuarios del servicio de urgencias del HCAM octubre 2007..... | 113 |
| H | Guía para la aplicación de la encuesta..... | 115 |
| I | Capacitación para los encuestadores..... | 118 |
| J | Autorización de la Institución (Departamento de Docencia e Investigación..... | 120 |
| K | Imágenes de la capacitación a los encuestadores en el HCAM..... | 121 |
| | Bibliografía..... | 123 |

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: CALIDAD Y GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Niveles de satisfacción de los usuarios del Servicio de Urgencias del Hospital Carlos Andrade Marín y diseño de un Programa de Gestión de Calidad.

RESUMEN

La presente investigación aborda la satisfacción como medida de la calidad en el proceso de atención de los usuarios de los servicios de salud. Siendo la calidad un principio y un derecho, que en la actualidad no se ve correctamente aplicado en los centros hospitalarios, el propósito de este trabajo es determinar los niveles de satisfacción de los usuarios del SUHCAM y los factores que intervienen en el mismo a través de su opinión y cuales son sus expectativas para mejorar la asistencia sanitaria. La población en estudio son 732 usuarios del servicio de urgencias. Es una investigación cualitativa, de campo, de tipo observacional, descriptiva y transversal. La fundamentación teórica sustentará la investigación sobre gestión de calidad en los servicios de salud, como resultado de las políticas sanitarias y la participación del usuario en la evaluación de la calidad. Los resultados establecen los niveles de satisfacción de los usuarios del SUHCAM así: Satisfactorios 44%, Medianamente satisfactorios 46,67%, Insatisfactorios 11,33%. Se concluye que existen varios elementos que ocasionan un bajo nivel de satisfacción de los usuarios del SUHCAM, principalmente la falta de información, escasez de insumos médicos, tiempos de espera prolongados, mal trato a los usuarios, entre otros. Estos factores deben ser atendidos a corto y mediano plazo en busca de mejorar el proceso de atención. Para promover este cambio se proporciona el diseño de un Programa de Gestión de Calidad planteado como un documento marco para los servicios de urgencias de similares características que el HCAM.

Palabras Claves: Satisfacción, Usuario, Calidad.

RESEARCH THEME: QUALITY AND MANAGEMENT OF HEALTH SERVICES

Levels of satisfaction of the users at the Hospital Carlos Andrade Marin Emergency Service and design of a Quality Management Program.

ABSTRAC

The current investigation approaches "satisfaction" like a quality measurement of the process followed to provide attention to the users at health services. Being quality a principle and a right, that is not been applied correctly in health centers. The purpose of this work is to determine the levels of satisfaction of the users at the SUHCAM and the factors that take place, through their opinion and finding out what their expectations are, so that medical assistance can be improved. The subjects of study are 732 users of the emergency service. This is a qualitative field investigation, observation type, descriptive and cross-sectional. The theoretical foundation will sustain the investigation on quality management in health services, as resulting from the sanitary policies and the participation of the user in the evaluation of the quality. The results thus establish the levels of satisfaction of the users of the SUHCAM: Satisfactory 44%, Moderately satisfactory 46.67%, Unsatisfactory 11.33%. One concludes that there are several elements that cause a low level of satisfaction of the users of the SUHCAM, mainly the lack of information, shortage of medical supplies, prolonged times of delay, mistreatment to the users, among others. These factors must be taken care of in short and medium term, in search of improving the attention process. In order to promote this change the design of a Program of Quality Management is provided as a document frame for the emergency services of similar characteristic that the HCAM.

Key words: Satisfaction, User, Quality.

INTRODUCCIÓN

El estudio de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud, es un tema de relevancia a nivel mundial y en la actualidad es un elemento importante tanto para el marketing como para el área de investigación de servicios sanitarios y los procesos de atención en sí mismos. La satisfacción del usuario se considera como un componente importante en la medición de la calidad de atención en el área médica.

En relación al tema Josefina Caminal (2001) expresa: “La satisfacción con los servicios sanitarios es un concepto complejo que está relacionado con una gran variedad de factores como: el estilo de vida, las experiencias previas, las expectativas del futuro y los valores del individuo y la sociedad”¹. Este concepto relaciona el tema de la satisfacción con la calidad.

La calidad es uno de los elementos estratégicos en el que se fundamenta la transformación y mejoramiento de los sistemas sanitarios modernos. La calidad de los servicios sanitarios será el resultado de las políticas sanitarias, de hacer correctamente el trabajo, de la imagen de la organización que perciben los prestadores y receptores de los cuidados, de la definición del servicio atendiendo al cliente interno y externo y de la adecuada interacción entre ambos.

El servicio de urgencias hospitalarias es una de las áreas que requiere mayor atención, debido a los cambios acelerados de la ciencia y de la tecnología, al incremento poblacional, así como a la demanda y frecuentación de los servicios asistenciales.

La atención en urgencias requiere de una evaluación y crítica, sistemática y continua, que debe realizarse tanto a los usuarios como a los profesionales que brindan la atención médica.

¹ CAMINAL J. Taller de medición de la satisfacción. Artículo de opinión. Revista Calidad Asistencial 2001; 16:276-279.Universidad Autónoma de Barcelona.

De acuerdo a estudios realizados los profesionales de urgencias se encuentran sometidos a una observación y evaluación permanentes por parte de usuarios y familiares que acuden en busca de asistencia médica. Esta cultura de evaluación exterior puede ser una oportunidad para que la institución desarrolle programas de evaluación de calidad de los servicios ofrecidos a sus usuarios.

Todos los profesionales de los servicios de urgencias están involucrados en mayor o menor grado en la mejora de la calidad técnica en la asistencia de salud, pero la opinión de la calidad percibida por el paciente y sus acompañantes en los diferentes aspectos de la organización del servicio, es esencial, en la definición del concepto de calidad total que se da en este servicio.

Un cliente satisfecho es transmisor gratuito de la calidad del servicio, cuando hace referencia a la buena organización del servicio, del trato amable del personal y del buen sistema de información durante todo el proceso de la atención recibida.

La satisfacción del usuario es un objetivo institucional, es el resultado del proceso de la atención y un aspecto importante en la evaluación de la calidad percibida. Las encuestas de opinión ejecutadas por investigadores nacionales e internacionales determinan la importancia de realizar estos estudios en forma sistemática y frecuente.

El éxito de una organización depende de la capacidad de satisfacer las necesidades y atender las expectativas de los pacientes, **“que son asuntos sobre los que este es la autoridad última”** Donabedian (1980).

A lo largo de la investigación, la opinión de los usuarios ha demostrado que el Servicio de Urgencias del Hospital Carlos Andrade Marín (SUHCAM), no cuenta con un mecanismo de gestión de calidad. Se han identificado los niveles de satisfacción y los factores que influyen en el mismo.

El trabajo se presenta en seis capítulos: el Capítulo I: Aborda el problema y las estrategias propuestas para su solución, Capítulo II: Fundamentación Teórica,

Capítulo III: Metodología, Capítulo IV: Análisis de resultados. Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones y Capítulo VI: Diseño de un Programa de Gestión de Calidad para el Servicio de Urgencias de Centros Hospitalarios. Se incluye la bibliografía y los anexos.

Se pretende que los contenidos de esta investigación permitan elaborar una propuesta basada en los fundamentos teóricos pertinentes, con el diseño de herramientas orientadas al diagnóstico y a elevar el nivel de satisfacción de los usuarios de los servicios de urgencias de los centros hospitalarios a partir de la innovación o cambio de actitudes y estructuras institucionales.

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. LA SALUD EN EL CONTEXTO DEL DESARROLLO HUMANO

La salud a nivel mundial es objetivo fundamental y de primordial importancia para el Estado, es un indicador de la calidad de vida de la población y el producto de los procesos sociales, económicos, culturales, políticos y de los programas y proyectos sanitarios que se desarrollan para prevenirla y mantenerla.

Siendo de vital importancia garantizar la atención de salud, en beneficio de los usuarios, se han creado organismos internacionales que apoyan el esfuerzo gubernamental, que trabajan y enfocan sus objetivos para mejorar las condiciones de vida a través de una adecuada atención médica, promueven estilos de vida saludables, propenden a la reducción de riesgos para la salud y al desarrollo de sistemas de salud más eficientes y equitativos, mitigando los factores de riesgo para la salud humana.

Con la finalidad mencionada se creó en 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organismo de las Naciones Unidas especializado en la salud humana. Posteriormente; y como iniciativa regional se conformó la Organización Panamericana de Salud (OPS), éstas son dos entidades que apoyan y dan pautas para el trabajo de los servicios asistenciales y abren el camino para una nueva concepción en salud, no solo como un deseo individual sino como un derecho de los pueblos y un deber del Estado.

CONTEXTO INTERNACIONAL

El derecho a acceder a una atención médica de calidad y a la mejora de las condiciones de vida; está presente en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos² y en la Constitución y Leyes propias de cada país. Los Marcos Legales de la Reforma Estructural en el Sistema de Salud a nivel mundial y también en el Ecuador, promulgan principios tendientes a brindar atención de

² UNESCO, Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. La 33va. Sesión de la Conferencia General. 19 de octubre del 2005.

salud que logre la satisfacción de las/los usuarios y su participación como aporte en la toma de decisiones y acciones de control de los servicios prestados, pero para hacer realidad estos pronunciamientos es necesaria la participación de todas y todos los actores en los diferentes escenarios socio políticos y la lucha continua de los pueblos por lograr su bienestar integral.

Aspectos como: la globalización, los cambios socio económicos y tecnológicos, los efectos del ecosistema, la migración, el subempleo, entre otros, influyen también en la demanda de los servicios de salud haciendo más complejo alcanzar la satisfacción de las/los usuarios.

En un documento publicado por la Organización Panamericana de la Salud en agosto del 2001, algunos países de Latinoamérica describieron las tendencias del proceso de la reforma del sector de la salud, entre ellas se dio especial importancia a la participación de las/los usuarios en procesos de evaluación de la atención y su impacto en la calidad de los servicios. Como un ejemplo se menciona que en Brasil, Colombia, Honduras y Paraguay ya existen leyes que garantizan la participación de la población en el mejoramiento de los servicios de salud, en busca de su propia satisfacción y cumplimiento de sus expectativas.

CONTEXTO NACIONAL

En el Ecuador la gestión de los servicios de salud se lo ha realizado en forma segmentada entre pocas instituciones locales como: El Ministerio de Salud Pública (MSP), El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y sus unidades regionales encargadas de la atención a los afiliados, Los Municipios, La Cruz Roja, Los Consejos Provinciales; sin que exista articulación de las acciones entre estas instituciones, que aseguren la calidad de atención a los usuarios de los diferentes servicios públicos o privados y que conlleven a promover y fomentar programas competentes en la gestión de la salud. Por el contrario el accionar fragmentado se evidencia en una insuficiente calidad técnica en la atención brindada y un alto índice de insatisfacción de las y los usuarios.

Para ubicar el contexto socio económico del país, se puede mencionar algunos aspectos como: la crisis financiera del 2001, ocasionada por el congelamiento de los depósitos bancarios; el uso indebido de fondos públicos, la caída del petróleo entre otros y algunos indicadores internos como el incremento de los niveles de pobreza de 46% a 69% en el período de 1999 - 2000, el desempleo neto de 9.6% en el 2000, con un subempleo superior al 50% de la población total, aumento de la migración, la desnutrición, el analfabetismo, y como consecuencia directa en la sociedad se incrementan los problemas de salud que generan mayor demanda en la atención pública.

Estos impactos negativos, repercutieron también en el campo de la salud. A finales del 2001 el déficit fiscal y la dolarización, representaron la disminución del presupuesto para la salud, que sumado a la elevación de los precios de los medicamentos, equipamiento e insumos de consumo médico y los movimientos sociales (paros y huelgas) desestabilizaron el sector de la salud y deterioraron el acceso y la calidad de atención, evidenciándose un cierto grado de insatisfacción de las/os usuarios.

No están lejos de esta realidad las instituciones de salud pública a nivel nacional, es claro su deterioro como lo denuncian periódicamente los medios de comunicación social. De esta realidad y luego de percibir personalmente la necesidad del usuario, surge el interés de vincular el esfuerzo académico de esta investigación a la recuperación de la confianza pública en centros de atención masiva, uno de ellos el Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM).

El Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) son parte del Sistema Nacional de Salud y las principales instituciones del sector salud en el Ecuador. El IESS, es sin duda, una de las instituciones públicas de mayor trascendencia, desde su origen en 1905.

El 30 de noviembre del 2001, en el Registro Oficial N° 465 se publica la Ley de Seguridad Social que contiene 308 artículos, 23 disposiciones transitorias, una

disposición especial única, una disposición general³, con prescripciones encaminadas a lograr el mejoramiento de los servicios de salud de la población que acude al hospital.

A nivel nacional la asignación presupuestaria no permite dar una atención de salud de acuerdo a las nuevas tendencias del sistema de salud y de satisfacción de las/los usuarios. Las ONGs han facilitado en gran parte la atención a familias de áreas críticas de pobreza.

La Reforma en Salud es un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector, con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones, y con ello lograr la satisfacción de necesidades de salud de la población⁴

La atención satisfactoria continúa como problema, a pesar de la existencia de la ley y las reformas adoptadas, no se ha logrado dar cobertura a todos los habitantes, los programas y servicios de salud no son suficientes, las siguientes estadísticas son preocupantes: la tasa de mortalidad infantil es del 40%, las causas de mortalidad general se deben a la falta de atención oportuna de enfermedades fácilmente prevenibles como la desnutrición, otras transmisibles y reproductivas; El MSP (2004) estima que alrededor del 30% de la población del país, o 4,5 millones de ecuatorianos carecen de la cobertura de servicios de salud y el 75% no cuenta con ningún seguro de salud, mientras que el gasto de bolsillo en salud de la población más pobre es alrededor del 40% de sus ingresos.

REALIDAD DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN

En 1958 bajo los auspicios del Servicio Corporativo Interamericano (Punto IV, Agencia de Quito) se empezó la construcción del actual Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM) como parte de una larga historia por mejorar la atención de salud de los afiliados. El 30 de mayo de 1970, se llevó a cabo su inauguración⁵.

³ INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL. Historia. IESS Avanzado para usted. <http://www.iess.gov.ec>. 2005. Agosto 2007.

⁴ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Reforma del Sector de la Salud. Reunión convocada en 1995. <http://es.wikipedia.org/wiki/>

⁵ NÚÑEZ J. (1992) Historia del Seguro Social Ecuatoriano 2º Edición. Ecuador: Unidad Editorial del IESS.

Las transformaciones políticas, sociales y económicas del IESS incidieron también en el HCAM, la Comisión Interventora del IESS en el año 2000 dictó la resolución N° 056 que define la nueva estructura orgánica funcional y el reglamento general de las áreas médicas del IESS que orienta a la reorganización y optimización de todos los servicios de atención médica en todo el país. Esta Ley del Seguro Social, concuerda con la Ley de Modernización del Estado, Privatizaciones y Prestaciones de Servicios Públicos y Privados.

La prestación de los servicios de salud a las/os afiliados está sujeta al proceso de referencia y contrarreferencia efectuadas por las unidades médicas del IESS y los demás prestadores acreditados de acuerdo con la reglamentación correspondiente.⁶

Actualmente el IESS tiene una población afiliada activa de 1627.013 (mayo del 2008)⁷ y a través del Hospital Carlos Andrade Marín, se convierte en el más grande proveedor de los servicios de salud del país, ya que brinda atención al 7.5% de la población afiliada, (con una cobertura de 122.570 afiliados en el 2008).



El HCAM al igual que todas las instituciones hospitalarias prestadoras de servicios de alta relevancia social, enfrenta problemas derivados de la tecnología y sus costos, así como de los cambios bruscos del nuevo milenio, con tal motivo requiere la

aplicación de acciones gerenciales de gran alcance, optimizar las fortalezas existentes e innovar acciones y/o modelos eficientes de atención de salud, que permitan cubrir las demandas constantes de más y mejores servicios de calidad que satisfagan las necesidades más complejas de los usuarios de un hospital moderno.

⁶ Ob. Cit. IESS

⁷ Ob.Cit. IESS Estadísticas. .Enero 2008

El HCAM, Unidad Operativa de Tercer Nivel – categoría asignada por nivel de respuesta - de la Red de Servicios de Salud, brinda atención en todas las especialidades y sub-especialidades, en patologías agudas o crónicas las 24 horas del día, en acciones de fomento, protección, promoción, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud.

REALIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN



Desde su inauguración en los años 70, la utilización de los servicios asistenciales de urgencias por parte de los usuarios ha sido inadecuada, ha producido mayores gastos del presupuesto asignado para este servicio, se han disminuido los recursos para la inversión en áreas tales como: mejorar los servicios de atención de urgencias, investigación, capacitación, entre otras.

La capacidad de cobertura del Hospital ha sido generalmente insuficiente y la demanda de la asistencia sanitaria genera una inadecuada utilización del servicio de urgencias, lo que provoca congestión y atasco, constituyéndose en un problema que impide dar atención inmediata y de calidad con los recursos existentes, consecuentemente se alargan los períodos de espera de atención con la inevitable insatisfacción de las/los usuarios; aspectos que serán tratados en la presente investigación.

La complejidad organizativa en urgencias evidencia una situación problemática, las acciones gerenciales y operativas no alcanzan a cumplir con las demandas del usuario/ria en forma efectiva y satisfactoria. Para conseguir las finalidades propuestas, la gestión en urgencias requiere de planificación, organización, dirección, coordinación, motivación al personal, control y evaluación de las acciones realizadas.

Para apoyar en la solución de estos problemas en el año 2002 un grupo de médicos de urgencias realizó un “Proyecto de optimización del SUHCAM”, en base a los conocimientos impartidos en un Diplomado de Gerencia de Salud. El Proyecto no ha sido difundido ni aplicado, por lo que no se puede valorar su eficacia en la población que recibe los servicios de salud.

La resolución N° 056 del IESS y su reglamento expresa:⁸ ”El Servicio de Urgencias, unidad operativa de gran complejidad y de excesiva demanda tiene la responsabilidad de buscar mecanismos de gestión que permitan la optimización de los recursos existentes y la satisfacción de las necesidades tanto del cliente interno como externo”

El Plan Estratégico SUHCAM no contempla acciones encaminadas a medir la satisfacción del usuario mediante estrategias y procesos de mejora continua, la construcción de indicadores de calidad que permitan obtener una información objetiva de la opinión de los usuarios; el cumplimiento de estándares y de protocolos que garanticen la calidad y que permitan evaluar sistemáticamente la mejora continua para lograr los objetivos propuestos por la Institución.

La gestión de calidad en los servicios de urgencias es una necesidad exigida por los usuarios, que incluye a toda la organización hospitalaria, desde el trabajo profesional individual hasta los niveles de decisión superior, quienes están en la obligación de perfeccionar los procesos asistenciales y administrativos para dar respuesta oportuna a las necesidades y expectativas de la sociedad y de los pacientes. La pregunta es: ¿Por dónde empezar?

1.2. DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

En un mundo convulsionado, cabe hacerse la pregunta ¿cuánta felicidad aporta el desempeño profesional de salud a la comunidad? Para los involucrados en este campo laboral, la satisfacción del deber cumplido se refleja en la satisfacción de

⁸ Ob. Cit. IESS

los pacientes que acuden diariamente al centro hospitalario, de allí que basada en la experiencia laboral desempeñada durante once años en el SUHCAM y en la consideración de ser parte activa y responsable del desempeño del HCAM, destacando las vivencias propias y el testimonio de las personas que fueron atendidas en este servicio durante este periodo, surge la inquietud de conocer el criterio de los usuarios respecto a la satisfacción de sus expectativas de atención médica.

Para fortalecer esta propuesta se realizó una entrevista estructurada a 17 funcionarios varones y mujeres que laboran en el Servicio de Urgencias, relacionada con su apreciación acerca de la gestión administrativa y las opiniones de los usuarios referidas a la atención. (Anexo C). Los resultados obtenidos en el estudio determinan el criterio de los profesionales en los siguientes porcentajes⁹:

- El 65% señala que el usuario no recibe buen trato del personal.
- El 82% considera que el área física no cumple con las condiciones adecuadas para un Servicio de Urgencias.
- El 59% opina que los pacientes no reciben información ni comunicación oportunas.
- El 53% considera que los usuarios no recibe atención inmediata, acorde a su estado clínico.
- El 65% señala que las/os usuarios no utilizan de manera adecuada ni oportuna los servicios de urgencias.
- Solo el 24% del personal entrevistado considera que de los afiliados estarían satisfechos con la atención del Servicio de Urgencias.
- La organización no satisface las demandas de las y los afiliados.
- Falta capacitación y motivación para el personal.
- Los medicamentos e insumos no satisfacen la demanda.



⁹ Testimonio de 15 personas que trabajan en el SUHCAM de 17 entrevistadas en enero del 2007.

- Se destaca la necesidad de contar con estudios de satisfacción de los usuarios y programas que lo promuevan.

El análisis de estos resultados, refleja claramente que existen factores que estarían generando insatisfacción en los usuarios.

Con estos antecedentes se hace prioritario para gestión del SUHCAM, conocer el nivel de satisfacción de los usuarios del servicio de urgencias y los elementos que influyen el mismo, así como la importancia de diseñar un programa que oriente las acciones futuras de mejora.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema identificado se manifiesta a través de los siguientes componentes:

- No existen estudios sobre los niveles de satisfacción de los usuarios del SUHCAM, en relación al proceso de atención general.
- No se conocen los factores o elementos que influyen en la satisfacción del usuario.
- La planificación estratégica y operativa del SUHCAM, ignora la importancia de evaluar las causas de la congestión y saturación del servicio.
- En el SUHCAM no se aplican las herramientas que ayudarían a diseñar un Programa de Gestión de Calidad, que permita elevar el nivel de satisfacción de los usuarios.

El planteamiento de la situación problema se resume de la siguiente manera:

La gestión administrativa del Servicio de Urgencias del HCAM no ha desarrollado estudios sobre la satisfacción y los factores que influyen en la atención del usuario, para diseñar un Programa de Gestión de Calidad que mejore los servicios y eleve los niveles de satisfacción.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los niveles de satisfacción de las y los usuarios del Servicio de Urgencias del Hospital Carlos Andrade Marín y los factores considerados como insatisfactorios en el proceso de atención médica que influyen en la calidad y mejoramiento de sus servicios?

PREGUNTAS DIRECTRICES

- ¿Qué contenidos teóricos sustentaran el desarrollo de la presente investigación?
- ¿Cuál es el nivel de satisfacción de las/los usuarios del SUHCAM en el proceso de atención recibida?
- ¿Cuáles son los factores más importantes que generan insatisfacción en los usuarios del SUHCAM, en relación al proceso de atención general y personalizada?
- ¿A qué conclusiones y recomendaciones llevarían los resultados del estudio realizado?
- ¿Qué elementos deberían considerarse para el diseño de un Programa de Gestión de Calidad, que al aplicarlo, permita elevar el nivel de satisfacción de los usuarios del servicio de urgencias de un centro hospitalario?

1.3.OBJETIVOS

GENERAL

Diseñar un Programa de Gestión de Calidad enfocado a mejorar el nivel de satisfacción de los usuarios del Servicio de Urgencias de Centros Hospitalarios.

ESPECÍFICOS

- Fundamentar el proceso de este estudio, mediante un marco teórico científico y actual sobre gestión de calidad en los servicios de salud y la aplicación de las políticas sanitarias.

- Diagnosticar los niveles y factores de satisfacción de las y los usuarios del SUHCAM en el proceso de la atención recibida.
- Realizar el estudio e interpretación de los datos obtenidos en la investigación, para formular propuestas de cambio a futuro.
- Elaborar el diseño de un Programa de Gestión de Calidad, en base a los datos obtenidos en la investigación, que al aplicarlo, mejore los niveles de satisfacción de los usuarios del Servicio de Urgencias de Centros Hospitalarios.

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

El estudio de los niveles de satisfacción de la atención médica en el servicio de urgencias, responde a la necesidad humana de ofrecer factores protectores para la salud, el bienestar y satisfacción de las y los usuarios de los servicios de atención médica del país, objetivo que está reforzado por una serie de normas preestablecidas como:

La Constitución de la República del Ecuador, en el desarrollo de políticas para la prestación de servicios, contempla la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud, desde la perspectiva de los derechos humanos.

El Ministerio de Salud en el Ecuador en el año 2003¹⁰ presenta Proyectos de Modernización de los Servicios de Salud en referencia al siguiente concepto: “La calidad en salud es el conjunto de características y atributos que reúne un bien o un servicio para ser considerado bueno y satisfactorio para el usuario y el Sistema de Atención de Salud”.

La Ley Orgánica y el Reglamento del Sistema Nacional de Salud señala que: “es obligación dar atención de calidad buscando la efectividad de de las acciones, la atención con calidez y la satisfacción de los usuarios.

¹⁰FUNDACIÓN ISALUD. Instituto superior ISALUD Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales 2003 Proyecto APS- Convenio Ecuatoriano – Belga.

Bajo estos preceptos, la responsabilidad de los gerentes y administradores de salud y de los servicios de urgencias hospitalarias es, planear y desarrollar Programas de Gestión de Calidad, como una necesidad imperativa encaminada a fortalecer la función gerencial con énfasis a garantizar la calidad de los servicios asistenciales a la comunidad.

La satisfacción del paciente que recibe atención de salud en los servicios de urgencias demanda del trabajo arduo, permanente y de equipo, exige la participación proactiva de todos los actores sociales inclusive del mismo paciente, quien con su opinión da la pauta para integrar su visión en los planes y programas de gestión de calidad y mejoramiento continuo de la institución.

Estudios de Caminal J. (2001), Gea T. (2001) Guzmán R. (2005) sobre satisfacción de los usuarios, determinan la necesidad de evaluar la calidad de los servicios de salud, mediante encuestas de opinión para obtener información sobre el logro de los objetivos institucionales en relación a la satisfacción y las expectativas del usuario.

“Una razón adicional para introducir la utilización de la opinión de la población en las organizaciones de salud, es porque ésta se convierte en un instrumento útil para hacer efectivas las políticas más actuales sobre atención de calidad”.

El HCAM históricamente ha sido vanguardia en tecnologías y procedimientos innovadores que responden al desarrollo tecnológico en el campo de la salud y la medicina. Para continuar con esta condición de calidad es necesario conocer los niveles de satisfacción de las y los usuarios del servicio de urgencias y plantear actividades encaminadas a su mejoramiento.

El propósito fundamental de esta investigación, es conocer los niveles de satisfacción y diseñar un Programa de Gestión de Calidad para el mejoramiento de la atención que reciben las y los usuarios del Servicio de Urgencias del HCAM.

Se prevé que su aplicación mejore la correcta utilización de los servicios, minimice las quejas de las y los usuarios y genere un servicio con visión positiva hacia el futuro.

Este es un proyecto factible, con componente diagnóstico, descriptivo y propositivo. Se pretende que el diseño del programa marque las pautas generales que permitan estandarizarlo y aplicarlo a nivel del sector salud y sea útil para los servicios de urgencias de centros hospitalarios.

Cuenta con un marco legal y fundamentos teóricos establecidos y con el aval de la Institución a través del Departamento de Investigación y Docencia, el auspicio de la subgerencia de urgencias y la aprobación de la Jefatura del Servicio de Urgencias del Hospital Carlos Andrade Marín.

CAPITULO II

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1.ADMINISTRACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La salud es un derecho de las personas garantizado por el Estado, pero esto no se logra de manera simple y menos de forma espontánea, se debe trabajar y realizar programas y proyectos de distinto alcance y ámbito para lograrlo. En este sentido, para administrar los servicios de salud es necesaria e imprescindible la gestión de calidad, que conjuntamente con otras herramientas permitirá obtener la satisfacción en los usuarios a nivel individual y de forma global mejorar el estado de salud en la población.

La Ley de la República del Ecuador conceptúa a la salud como un derecho fundamental de las personas y una condición esencial del desarrollo de los pueblos. La actual política de Estado la considera como un eje de trabajo y un compromiso de todas las instituciones de salud. En función de su importancia los servicios de salud deben ser administrados con eficiencia, eficacia y calidad para sus usuarios.

La administración de los centros hospitalarios requiere el desarrollo de programas de gestión de calidad con énfasis en la atención de urgencias, una de las áreas más críticas de la institución, esto permitirá el fortalecimiento de la atención en salud y la satisfacción de las exigencias de un mundo globalizado y cambiante.

Además la gerencia intermedia y de las jefaturas de servicio necesitan desarrollar un estilo gerencial socio estratégico que incluya la participación ciudadana y la involucre en la toma de decisiones.

Para plantear los programas mencionados, es necesario iniciar con un diagnóstico que permita conocer la condición inicial y contar con una línea de base, para conocer el grado de inconformidad de la población presentado por otros medios no cuantitativos, sino de carácter perceptivo.

Para desarrollar esta investigación, es indispensable analizar algunos conceptos básicos que son parte del gerenciamiento de los centros hospitalarios y sus servicios de urgencias.

PRINCIPIOS ADMINISTRATIVOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La administración es el proceso de planear, organizar, dirigir, coordinar, monitorear, motivar al personal, controlar y evaluar el trabajo de los miembros de una organización para lograr los objetivos establecidos.

La Administración es un medio y no un fin, está presente en toda actividad humana realizada por grupos organizados, es un medio de racionalizar toda la actividad para que genere resultados. Cuando una administración olvida sus fines y se concentra en si misma, en sus propios problemas y en la satisfacción de los intereses de sus miembros principalmente, se denomina burocratización (Weber)¹¹.

En toda empresa o actividad humana se gerencian todos los elementos que constituyen las estructuras, los procesos y los resultados. Esto requiere la construcción de ciertos conceptos y herramientas, que posibiliten la calidad del servicio persona a persona, se trata de un enfoque total de de la administración.

Según Crosby (1988) gerencia es "el arte de hacer que las cosas ocurran", sin embargo hoy no basta con hacer que las cosas ocurran, si no que tienen que hacerse bien, con eficacia, eficiencia y de cara al mercado, con resultados concretos y buscando la satisfacción del cliente.

De acuerdo a lo expresado en estos conceptos, la gerencia constituye un reto trascendental, implica la coordinación de todos los recursos disponibles en la empresa (humanos, físicos, tecnológicos y financieros), para alcanzar las metas institucionales.

Es imprescindible determinar como trabajan las instituciones de salud: pública, privada, autónoma o mixta, conocer cómo orientan sus planes, proyectos y

¹¹ Otero J. Gerencia-Gestión en Salud Generalidades. Portal de Gerencia y Marketing de Servicios de Salud. Copyright 2002.

programas hacia el paciente, o si incluyen programas de calidad. Estas condiciones preparan el camino hacia el logro de la satisfacción de quien es la razón de ser de estas instituciones “el paciente”

Moraes Novaes (1996) expresa:” Uno de los subprogramas de la programación local de los servicios de salud constituye la garantía de calidad; tendiente a alcanzar niveles óptimos de calidad, con un mínimo de recursos necesarios y con el más bajo nivel de riesgos y lesiones consecuentes al tratamiento; para obtener la máxima satisfacción por los servicios recibidos, independientemente de que el nivel institucional de atención sea primario, secundario o terciario”.

En general administrar adecuadamente y obtener calidad en el servicio o producto, se establece acorde a la correcta aplicación de las funciones del proceso administrativo.

Planificación

La planificación es una de las funciones de la administración, e implica el deseo y la voluntad de un actor de pasar de una situación inicial actual a una situación objetivo futura. La planificación es la número uno de los elementos más importantes para la puesta en marcha y el funcionamiento de cualquier organización social.

Planificar es proyectar la visión de un futuro deseado y los medios para alcanzarlo, es un proceso a través del cual se realiza una prospección de diversos cursos de acción dirigidos a alcanzar un objetivo y conlleva la puesta en práctica en un medio de acontecimientos imprevisibles.

Planificar es un proceso racional entre la oferta y la demanda que logra vencer los obstáculos que lo dificultan como: falta de conocimientos técnicos, temor a lo desconocido, falta de información o inexactitud. Estos obstáculos son muy reales, sin embargo, se han de superar si se aplica correctamente la planificación.

“Aunque puede ser difícil enfrentarse al futuro, lanzarse hacia él sin ninguna orientación es más riesgoso”.

Principios generales de la planificación

Todo tipo de planificación requiere de principios generales básicos, los principales se detallan a continuación:

- El diagnóstico, permite saber dónde estamos y cómo estamos. Junto a éste se realizará el análisis.
- La flexibilidad y la disposición al enfoque contingente, por parte de quien planifica, lo cual posibilita efectuar cambios sobre la marcha.
- El planeamiento de alternativas. Un plan que propone alternativas tiene mayores posibilidades de éxito.
- El compromiso del cambio y la aceptación del cómo, por parte de quienes planifican.

Resultados de la planificación

Cuando se planifica, las políticas se desagregan, en programas y proyectos. Una política (plan maestro) es un conjunto organizado de propuestas que abarcan un área de la actividad humana. Formular políticas o planes maestros es resorte de las máximas conducciones institucionales. Las políticas constituyen la orientación cualitativa de la acción y son de alcance general.

Un programa forma parte de una política, pero está circunscrito a un objetivo específico. Formular programas es una tarea sectorial. Además de formular aspectos cualitativos, un programa expresa cuantitativamente de forma global las acciones y los recursos necesarios.

Un proyecto es la menor unidad de asignación de recursos con la que se materializa un programa dentro de una política. Está a cargo de un equipo de trabajo y persigue la solución de un problema específico o la satisfacción de una

necesidad puntual. Un proyecto expresa detalladamente las metas, acciones y recursos.

Se observa esta estructura en el siguiente ejemplo: El proyecto de reestructuración de la planta física del Servicio de Urgencias (donde se define presupuesto, cronograma y responsables) se inscribe en el Programa de Gestión de Calidad para el SU dentro de la Política de Calidad Organizacional del HCAM.

Organización

La organización establece la forma de cumplir con las tareas, es distribuir o señalar las actividades necesarias de trabajo entre los miembros del equipo e indica la participación de cada miembro. Implica el establecimiento de una estructura formal que proporcione la coordinación de los recursos necesarios para el cumplimiento de los objetivos. Esta distribución del trabajo está guiada por la consideración de cosas, tales como: la naturaleza de las actividades, los componentes, las personas del equipo y las instalaciones físicas disponibles.

Las empresas de salud requieren una adecuada organización que les permita brindar un servicio eficiente a sus usuarios. Siendo la salud un servicio público es una prestación de interés general pues cubre necesidades colectivas, por lo cual se denomina: servicios de finalidad pública. Estos pueden estar desarrollados por organismos del estado o por concesionarios privados con o sin fines de lucro, a los que se le adjudica la administración, pero no importa el origen sino fundamentalmente el servicio que prestará y el enfoque que se da para atender las expectativas de los usuarios.

En relación a este concepto el objetivo principal de la asistencia sanitaria de una institución pública o privada, ONG o de cualquier índole; debe ser la prestación de servicios de calidad mediante la utilización óptima de todos los recursos y sus resultados dependerán del correcto uso de las prácticas gerenciales.

En el plano de brindar servicios de calidad, es importante reconocer al cliente interno y su satisfacción. Para un directivo de salud su primer foco de atención deben ser las personas que constituyen la organización, al lograr la conformidad de ellos con su posición laboral; es posible aspirar a brindar servicios de calidad a los grupos de la comunidad.

Estructura organizacional de los hospitales

La estructura organizacional de los hospitales es la función gerencial que consiste en establecer quien hace que.

El quién, significa establecer las responsabilidades y las relaciones de acuerdo a las líneas de autoridad y de comunicación para la toma de decisiones, de acuerdo al organigrama de la organización que representa la red de jerarquías. El qué, significa establecer para cada equipo de trabajo las actividades que debe realizar dentro de procedimientos y procesos específicos, para entregar servicios de salud de calidad y que la organización pueda cumplir con su misión y satisfacer las necesidades de los/las usuarios.

Planificación y organización de los servicios de urgencias

Los profesionales sanitarios están interesados en los nuevos aspectos de gestión clínica, ante la clara evidencia de que detrás de este nuevo concepto existen ideas y métodos instrumentales que les ayudarán a resolver las dificultades de la organización, con las que tropiezan cada día, en el intento de conseguir los mejores resultados asistenciales para sus enfermos.

Salvo contadas excepciones, los servicios de urgencias de los hospitales enfrentan una difícil realidad, sin una adecuada planificación sanitaria por lo que no han podido llegar a constituirse como Unidades de Gestión, sino que en su mayoría han generado estructuras muy heterogéneas y con una alta rotación de los responsables de los mismos.

La evolución paralela de los servicios de urgencias y emergencias la han convertido en una pieza fundamental en el funcionamiento del hospital y en general de la estructura sanitaria. Es ahora el momento clave para impulsar el conocimiento de estas áreas. La planificación de los servicios de urgencias requiere tener un concepto claro de lo que significa la urgencia médica:

Esta se define como aquella situación que afecta o pone en peligro la salud o la vida de una o de muchas personas. En la práctica, gran parte de la consulta atendida en los servicios de emergencia de los hospitales no reviste gravedad y está constituida por afecciones banales que alteran el bienestar o la percepción de seguridad de las personas en cuanto a su salud; esto sobrecarga los servicios y puede mermar la disponibilidad de espacios y servicios, atentando contra la calidad de las prestaciones. Eficaces mecanismos de triaje, filtro y referencia permiten el manejo de esta situación, evitando conflictos y mejorando la imagen del establecimiento.¹²

Una característica de los servicios es la intangibilidad “condiciona que su grado de calidad dependa de la percepción y evaluación de los clientes”. Esta definición es básica para planificar las mejoras de los Servicios de Urgencias; es importante evaluar cual es el conocimiento que tiene el usuario sobre la utilización del servicio de urgencias y si esto se relaciona con situaciones de colapso y saturación que se vive en este nivel asistencial, donde se llega a trabajar más allá de su capacidad real, como consecuencia de ello se evidencian carencias de recursos humanos y materiales que repercuten en la calidad de atención y en la satisfacción del paciente.

En relación a la organización de los servicios de urgencias, Jiménez L (2004)¹³ expresa de acuerdo a un estudio que: un aspecto importante es “considerar el constante incremento de la incidencia y gravedad de las dolencias que motivan atenciones médicas de urgencia y la ausencia de criterios para priorizar la atención en urgencias, por falta de personal calificado” Datos de este estudio; indican que en un 33% de los casos, las atenciones se realizan por orden de llegada y en el resto de los casos, calculan que un tercio son priorizadas por personal administrativo.

¹² MORALES R. Urgencias en Medicina Interna. Tomos I y II. Lima, 1989.

¹³ JIMÉNEZ L. Estudio "Urgencias Sanitarias en España. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). fuente Diario Médico del 26/02/2004).7de mayo del 2007.

Los altos costos que representa la asistencia a las y los pacientes de urgencias han inducido a los directivos y jefes de los servicios, ha modificar los planes estratégicos e introducir normas que regulen la atención de urgencias e impulsen su gestión hacia la optimización de los recursos y reducción de costos, ocasionados por las largas esperas en el proceso de atención de los servicios de urgencias.

Una de las preocupaciones de los gerentes y jefes de servicio es realizar cambios en la infraestructura, el desarrollo del talento humano y la implementación de equipos, materiales e insumos para brindar mejores servicios asistenciales en el servicio de urgencias.

Otro punto de interés en la gestión de los servicios de urgencias está enfocado a minimizar las dificultades de ingreso por falta de camas y saturación (camillas en pasillos, falta de intimidad del paciente) que atentan a los derechos de la dignidad y la imagen del paciente.¹⁴

Los sistemas de atención en urgencias médicas, deben priorizar la asistencia de urgencia de acuerdo a la gravedad y complejidad de la enfermedad y mantener la posibilidad de interactuar armónicamente con los servicios multidisciplinarios, para afrontar exitosamente la situación en beneficio del paciente más grave y cumplir con el propósito de reducir la morbi- mortalidad y las secuelas de discapacidades atribuidas a las urgencias médicas y traumatológicas.

Otro aspecto importante es la correcta o incorrecta utilización que dan los usuarios al servicio de urgencias, pues lo frecuentan por ser en muchos casos el primer contacto sanitario y no porque lo requieran de forma emergente, también este problema se ve incrementado por la posibilidad que tiene usuarios de seguros privados de realizar reclamos de devolución en atenciones de urgencias.

Por otra parte el servicio de urgencias puede constituirse en una válvula de escape a la sobre demanda de atención en el Servicio de Consulta Externa, por esta razón es urgente pensar en acciones que mejoren estos problemas.

¹⁴ Ob. Cit. Jiménez L.

La preocupación por la calidad asistencial constituye hoy día un elemento común en todas las instituciones sanitarias, sin embargo, no siempre es fácil de satisfacer, porque las barreras a la calidad son muy diversas aunque suelen tener su origen en determinados desajustes estructurales y organizativos.

Los aspectos de calidad técnica de la prestación sanitaria son trascendentales, pero es evidente que el paciente desempeña un papel importante cuando se valora la calidad de la asistencia sanitaria, su opinión permite realizar cambios sustanciales en el modo de trabajar de los profesionales. Lo más importante para conseguir mejorar la calidad de los servicios de urgencias hospitalarias es conocer las necesidades y expectativas de los pacientes y saber convertirlas en requisitos y en objetivos asistenciales para lograr su satisfacción.

Gestión

Proceso dinámico de interacción entre la estructura (oferta) y la demanda (necesidades), con eficacia y eficiencia. Responde a una planificación con recursos existentes, objetivos, y metas con ciertos indicadores y la planeación.

En nuestro país, junto a otros países de América Latina, los términos gestión y administración han sido usados indistintamente, aunque algunos autores tienden a diferenciarlos progresivamente, considerando que la utilización del término gestión conlleva tres características que lo diferencia de la administración:

- Un modelo de gestión de RRHH más orientado a coordinar voluntades que a ordenar conductas.
- Un modelo de organización menos burocrático y más descentralizado; menos normativo y más flexible.
- Un mayor énfasis en el control de los resultados que en el control de los procedimientos.

Concepto de gestión clínica

La gestión clínica es esencialmente un proceso de cambio organizativo y cultural marcado por la descentralización de las decisiones técnicas, administrativas, gastos y de producción a los responsables de las unidades de producción del hospital, en sus unidades clínicas los gerentes de servicio.

En la Gestión Clínica deben confluir tres factores: conocimiento médico, estrategias de las autoridades sanitarias y opinión de los pacientes.

Monitoreo Evaluación y Control

Proceso:

1. Establecimiento de estándares
2. Medición de lo ejecutado
3. Corrección de las desviaciones de los estándares y planes

Monitoreo: Sistema de información con actividades y procesos realizados de forma continua y rutinaria. El énfasis está en la información que identifica las necesidades inmediatas de acción de acuerdo a los objetivos o planes establecidos.

Control: es comparar contra normas preestablecidas:

- Metas versus logros en atención
- Metas versus logros en utilización de recursos
- Informes de calidad de atención y de control y supervisión de la atención

Evaluación: es comparar lo alcanzado contra lo programado, con el objeto de determinar el grado de obtención de las metas que se habían propuesto.

Evaluar es la función gerencial de valorar si los empleados a cargo han seguido el curso de acción planificada, si los resultados han sido los que se esperaban, si

las metas propuestas se han alcanzado, y por supuesto corregir aquello que ha sido descubierto como no coherente con el objetivo buscado.

La evaluación es importante tanto para el gerente, quien es el último responsable por el trabajo realizado en su unidad, como también para toda la institución, a tal punto que es considerado en las organizaciones modernas como uno de los cuatro pilares fundamentales:

- La estructura organizacional
- El presupuesto
- El sistema de información y toma de decisiones
- El sistema de evaluación gerencial (control de gestión)

Las principales características de un sistema de control de gestión se relacionan con que el servicio sea total, periódico, cuantitativo, integrado y eficaz que sea un claro y sintético espejo de la eficiencia y la calidad de las actividades y productos de cada uno de los centros de responsabilidad.

En toda organización social productiva debe existir el control de gestión, como mecanismo destinado a evitar las incongruencias de objetivos entre los diversos componentes del sistema productivo.

LA GERENCIA

La gerencia es la organización de los recursos humanos, materiales y financieros que componen un sistema determinado, con la finalidad de producir bienes de consumo o servicios. La gerencia se ocupa de la formulación, ejecución y la evaluación de acciones que permiten a una organización el logro y el cumplimiento de sus objetivos.

El gerente desempeña el papel de autor, compositor y director de la totalidad de la agrupación, es el responsable de los ejes estratégicos de la empresa, determina los objetivos de cada uno de los departamentos o secciones que la componen y trabaja para lograr su funcionamiento.

Estilos de Gerencia

Existen numerosos estilos de ejercer la gerencia a continuación se dará una rápida visión de algunos estilos más utilizados por los gerentes y las características más sobresalientes de cada una de ellas.

a. Gerencia Estratégica

Es la administración de las personas y del tiempo para lograr el cumplimiento de los objetivos de una institución. A largo plazo las tareas básicas son:

- Para la formulación de las estrategias institucionales debe considerarse el conjunto de relaciones entre el medio ambiente interno y el externo de la institución que facilite o impide la consecución de los objetivos.
- Para definir las estrategias es necesario considerar a los diferentes actores que participaran: individuos, grupos o instituciones involucradas en la estrategia.
- La institución deberá definir o fijar su visión (imagen para el futuro), su misión (razón de ser), establecer objetivos y metas a largo plazo y considerar estrategias alternativas en caso de presentarse contingencias.

b. Gerencia Normativa o por Resultados

Esta gerencia se preocupa fundamentalmente por la cantidad de producto a producir, o cantidad de servicio a brindar, se mide por la cobertura y metas numéricas. Las principales características son las siguientes:

- Los objetivos fundamentales de este tipo de gerencia son la producción de una cantidad de productos o servicios, permite fijar claramente los objetivos a alcanzar y los recursos necesarios.
- Se caracteriza por un proceso vertical, normativo de productos y servicios de carácter centralizados.

- Tiene problemas inherentes al propio método por su enfoque a corto plazo, sin dirección, lo que origina conflictos internos.
- Si se tiene la capacidad y “valentía” de descentralizarla puede resultar sumamente motivador para los participantes, les permite fijar sus propias metas, períodos de cumplimientos, tareas.

c. Gerencia de Calidad Total

Este tipo de gerencia tiene el objetivo fundamental de aumentar la demanda de los servicios, a través de un proceso continuo y sostenido de mejoría de la asistencia y del proceso, se caracteriza por:

- La venta o prestación de un servicio solo es posible, si existe una necesidad sentida por parte de los usuarios o clientes.
- El aumento del consumo es posible cuando hay mejoría de la calidad percibida por los usuarios o clientes.
- Si el producto o servicio es bien diseñado y aumenta el consumo se producirá un aumento en el impacto.

Cada uno de los estilos gerenciales tiene sus ventajas y desventajas, la utilización de una u otra forma de gerencia depende del momento en que se encuentre la empresa o sistema, la economía del país o región, los problemas por los que estén atravesando. El decidir que tipo de gerencia a emplear en uno u otro caso, depende de muchos factores, el más importante de todos es la perspicacia del propio gerente para decidirse por uno u otro método.

2.2. CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

La calidad es un concepto que tiene que ver con la persona, con sus gustos, sus criterios, el medio familiar donde vive, su cultura y la cultura general del país y la región donde se desarrolla, también con los intereses económicos de grandes empresas etc.; es en definitiva la sumatoria de muchísimos factores.

Calidad es eliminar, o al menos evitar al máximo, los diferentes riesgos a que están expuestos los usuarios promoviendo la mejoría de los insumos y recursos, lo que facilita la práctica profesional, el perfeccionamiento de los métodos para disminuir tiempos y movimientos y lo más importante la modificación de la conducta de las personas, aspecto que permiten mejorar la imagen institucional y las relaciones internas.¹⁵

Donabedian A. (1980) señala que la calidad en salud es lograr los mayores beneficios, con los menores riesgos posibles para el paciente, en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes, pensando en:

- Hacer lo correcto, en forma correcta
- A tiempo, todo el tiempo
- Desde la primera vez
- Mejorando siempre
- Innovando siempre

En los servicios de salud se pueden distinguir:

Calidad Técnica: Es la atención mediante la cual se espera proporcionar al paciente el máximo de satisfacción y de bienestar posible, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan el proceso de atención en todas sus partes. (Donabedian. A. 1984)

Este tipo de calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican: médicos, enfermeras, técnicos, personal de servicio, administrativos entre otros.

Calidad Sentida: Se refiere a la percepción de los usuarios, es subjetiva, explicada y expresada por ellos, se refiere a la satisfacción razonable de su necesidad, luego de la utilización de determinado servicio de salud.

¹⁵ Jaime Alarid, Humberto "Modelos de Atención y Calidad de los Servicios" OPS/OMS Honduras, Tegucigalpa, Abril de 2000.

La calidad por lo tanto se relaciona con la entrega cortés y respetuosa de los servicios de óptima calidad, desde el punto de vista técnico y organizacional del sistema, que funciona de la manera más exacta y casi perfecta posible.

Calidad Total: Es una mezcla y sumatoria armónica de calidad de atención técnica y calidad sentida. Quien pretenda implantar un programa de calidad, se adentrará en un proceso de búsqueda de los medios necesarios para modificar positivamente la calidad técnica de los prestadores de servicios, con un incremento sustancialmente demostrado de satisfacción de los usuarios.

Un elemento que no se debe olvidar es que “la fortaleza de una cadena se mide por la del eslabón más débil de la misma”: por ello, la misión del gerente se dirige a encontrar y reforzar el eslabón más débil de la cadena de prestadores del servicio, para que el esfuerzo común dé el resultado esperado.

CONCEPTOS SOBRE GESTIÓN DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA

La Organización Mundial de la Salud define la calidad en los SU como:

- Un alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos.
- Un mínimo de riesgos para el paciente.
- Un alto grado de satisfacción por parte del paciente.
- Impacto final en la salud.

Control de calidad: Abarca las técnicas y actividades de carácter operativo, utilizadas en la verificación del cumplimiento de los requisitos relativos a la calidad. Es el proceso mediante el cual se puede medir la calidad real, compararla con las normas y actuar sobre la diferencia. Tiene un enfoque técnico.

Costo de fallas o de no calidad: Son los gastos de la producción de bienes o servicios que no están acordes al diseño y/o a las necesidades del usuario. Se clasifican en 2 categorías: fallas internas y externas. Los costos de las fallas

internas ocurren antes de prestar el servicio y los de las fallas externas se detectan después.

Costos de la calidad: Es la suma de todos los gastos efectuados para prevenir que se produzcan errores, comprobar que los resultados son los esperados (gastos de evaluación) más los gastos de la corrección de errores por fallas.

Sistema de aseguramiento. (Garantía de calidad): Comprende el conjunto de acciones planificadas y sistematizadas, necesarias para infundir la confianza de que un bien o servicio va a cumplir con los requisitos de calidad exigidos. Incluye el conjunto de actividades realizadas por el servicio de urgencia, dirigida a asegurar que la calidad producida satisface las necesidades del usuario.

Gestión de la calidad: Es el modo en que los niveles de conducción planifican el futuro, implementan los programas y controlan los resultados de la calidad con vista a su mejora permanente.

Manual de calidad: Es el documento utilizado en la descripción e implantación de los planes de calidad.

Mejora de la calidad: Supone la organización de un cambio cuyo objetivo es lograr niveles de excelencia en el servicio, eliminando errores y mejorando el rendimiento del mismo. Tiene un enfoque socio-técnico.

Planificación de la calidad: Es la definición de políticas, generación de objetivos y estrategias para llegar a ellas, destinada a determinar quienes son los usuarios del servicio y cuales son sus necesidades, desarrollar los procesos y productos requeridos para satisfacerlos, y transferirlos a las unidades operativas.

Política de calidad: Comprende el conjunto de directrices y objetivos generales relativos a la calidad.¹⁶

¹⁶ MATUSEVICH M, QUADRINI N, SLEPETIS A. Calidad en los Servicios de Guardia Médica Junio del 2000 Htal. Gral. de Agudos Enrique Tornú. info@ambiente-ecologico.com. Salud. Edición 71 / (marzo 2007)

DIMENSIONES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.

Buscar una definición para algo tan multifactorial como es la calidad de la asistencia médica, evidencia el carácter diverso y complejo de la actividad, por lo que es necesario considerar varios elementos.

- **Efectividad:** Grado en que una determinada practica asistencial logra producir una mejoría en el estado de salud de la población, sin considerar los costos necesarios para ello.
- **Eficacia:** Grado en que se obtiene una mejoría en el estado de salud de una población con la menor cantidad de recursos necesarios, es decir, relaciona actividad con costos necesarios.
- **Accesibilidad:** Facilidad con que los servicios de salud pueden ser obtenidos por la población.
- **Satisfacción:** Grado en que la atención brindada colma las expectativas de la población a la que va dirigida. Este último concepto no guarda necesariamente relación directa con el nivel científico-técnico del profesional, ni con el grado de eficacia o efectividad, pero si resulta un elemento muy necesario a medir y considerar cuando de buena calidad se trate.

En varias ocasiones al entrevistar a un paciente, manifiesta sentirse realmente satisfecho con la atención recibida, aunque los recursos técnicos del servicio hayan sido escasos.

En otras ocasiones el paciente recibe un “despliegue de atenciones con una gran tecnología y sale insatisfecho de la atención recibida, al considerarla muy buena técnicamente hablando, pero “muy fría” y despersonalizada.

Esto tiene relación con la frase de Donabedian “***Estoy firmemente convencido que ningún equipamiento por sofisticado que sea puede superar a una adecuada relación Médico-Paciente***”.

COMPONENTES DE LA CALIDAD

La calidad tiene varios componentes, que deben ser evaluados de acuerdo al servicio asistencial, algunos de estos son:

- Accesibilidad: Personal, distribución adecuada de los servicios, adecuación cuantitativa.
- Calidad: competencia de los profesionales, aceptabilidad personal, adecuación cualitativa.
- Continuidad: atención personalizada, atención integral, coordinación entre los servicios.
- Eficacia: financiación equitativa, compensaciones económicas adecuadas, administración eficiente y eficaz.

Se unen a estos componentes dos nuevos conceptos más globales que tienen que ver con la satisfacción del consumidor y la del prestador de servicios. El primer concepto engloba la satisfacción del cliente por los servicios recibidos, el segundo plasma los criterios de los prestadores por las condiciones de trabajo, desde el cual brinda el servicio exigido.

Al hablar de calidad, existen clientes internos y externos, los primeros son los prestadores del servicio, quienes tienen sus propios criterios de la calidad y es imprescindible establecer la negociación o los estándares que se desean alcanzar, para que conozcan y se conviertan en parte activa de los esfuerzos para llegar a los niveles de calidad deseados.

Los prestadores tienen criterios de las condiciones del puesto de trabajo, que de no atenderse pueden influir sensiblemente en la calidad del servicio.

Los clientes externos son la razón de ser del servicio, por lo que considerar los criterios de calidad que ellos tienen, es necesario para tratar de aproximarnos a sus parámetros.

2.3. LA SATISFACCIÓN COMO MEDIDA DE LA CALIDAD

La satisfacción es un elemento del control de calidad aplicada en todos los ámbitos y entornos sociales, en que el hombre desarrolla sus actividades en busca de satisfacer desde sus necesidades más elementales hasta las de sus más caras realizaciones con calidad y mejoramiento en su nivel de vida.

En relación al tema existen varias teorías que explican la satisfacción de las necesidades del proveedor de servicios, tomando la motivación como un factor que influye en la calidad de servicios prestados.

Al respecto según Moraes, H (1996) las teorías sobre las necesidades parten de la condición del ser humano que como tal, siempre tiene que satisfacer algo en su vida, una deficiencia, un deseo, una necesidad básica. La necesidad insatisfecha motiva a las personas a buscar en su trabajo una forma de compensación o de autorrealización.

TEORÍA DE LA MOTIVACIÓN

La motivación es una condición interna descrita como: voluntad, anhelos, impulsos, es un estado interno que le activa o induce a algo, pero adquiere mayor importancia en el trabajo que es el lugar en donde el desempeño laboral ocupa la mayor parte de la vida.

¿Por qué trabaja la gente? ¿Por qué algunos empleados ofrecen una alta productividad mientras que otros están satisfechos instalados en la mediocridad o por debajo de ella? ¿Qué puede hacer un directivo para estimular la motivación intrínseca y extrínseca? Las interrogantes permiten adaptaciones individuales en la búsqueda de satisfacción de necesidades del personal que ofrece la atención de salud¹⁷

La satisfacción de los trabajadores es un fin y compromete tanto al trabajador como a la institución a la que pertenece y el éxito de ésta depende a la vez de la satisfacción de los usuarios.

¹⁷ Otero M. Gerencia Salud ¿donde empieza la gerencia de la salud? Portal de gerencia y marketing de servicios de salud. Copyright 2002. www.gerenciasalud.com .

Teoría Maslow de la jerarquía de necesidades¹⁸

La jerarquía de necesidades de Maslow o Pirámide de Maslow es una teoría psicológica propuesta por Abraham Maslow en su trabajo de 1943.

Una teoría sobre la motivación humana.- Maslow formuló una jerarquía de las necesidades humanas y su teoría defiende que conforme se satisfacen las necesidades básicas, los seres humanos desarrollamos necesidades y deseos más elevados.

Estas necesidades se representan de la siguiente manera:



Necesidades fisiológicas: constituyen la primera prioridad de la persona, se relacionan con la supervivencia. La alimentación, el saciar la sed, el mantenimiento de una temperatura corporal adecuada.

Necesidades de seguridad: se relacionan con el temor a perder el control de su vida, están íntimamente ligadas al miedo, a lo desconocido, a la anarquía, su satisfacción busca la creación y mantenimiento de un estado de orden y seguridad.

Necesidades sociales: tienen relación con la necesidad de compañía del ser humano, con su aspecto afectivo y su participación social, se presentan una vez que se satisfacen las necesidades fisiológicas y de seguridad.

¹⁸ WIKIPEDIA, la enciclopedia libre. Pirámide de Maslow <http://es.wikipedia.org/>

Necesidades de reconocimiento: también conocidas como las necesidades del ego o de la autoestima, de la autovaloración y el respeto a sí mismo. Es la necesidad de toda persona de sentirse apreciada, tener prestigio y destacar dentro de su grupo social.

Necesidades de auto-superación: también conocidas como de autorrealización o auto actualización, se convierten en el ideal para cada individuo. En este nivel el ser humano requiere trascender, dejar huella, realizar su propia obra, desarrollar su talento al máximo.

La idea básica de esta jerarquía es que las necesidades más altas ocupan nuestra atención cuando se han satisfecho las necesidades inferiores en la pirámide. Las fuerzas de crecimiento dan lugar a un movimiento hacia arriba en la jerarquía, mientras que las fuerzas regresivas empujan las necesidades prepotentes hacia abajo en la jerarquía.¹⁹

LA SATISFACCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

La satisfacción es el “grado en que la atención brindada colma las expectativas de la población a la que va dirigido el servicio.

La buena asistencia es aquella que conjuga unas prestaciones óptimas, de elevada calificación técnica, con el menor costo posible, logra buena accesibilidad y plena satisfacción del paciente con la atención recibida”.

La satisfacción del usuario, es importante dentro de la valoración de la calidad, esta evaluación se detalla en una serie de indicadores en los que el usuario expresa su satisfacción o insatisfacción.

Vuori HV (1988) Ware J (1978) y Donabedian (1966) señalan la importancia de introducir la satisfacción de los usuarios como parte de las actividades de calidad.

¹⁹ Ob. Cit. Otero M.

Los estudios e investigaciones realizadas demuestran la necesidad e importancia de realizar una medición sistemática de la satisfacción, centrada en la opinión de los pacientes para mejorar la calidad de los servicios asistenciales de salud, especialmente en los servicios de urgencias.

Donabedian (1980) señala que “la satisfacción del usuario es de fundamental importancia como una medida de calidad de la atención, al proporcionar información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del paciente, **que son asuntos sobre los que éste es la autoridad última**”

El estudio de la satisfacción respecto a los servicios sanitarios es un instrumento de valor creciente tanto para el marketing como para la investigación de los servicios sanitarios. En el servicio de urgencias es necesario conocer que opinan los clientes, e incorporar esta visión a la evaluación de las tareas en el proceso tanto administrativo como asistencial de la organización.

RELACION ENTRE CALIDAD Y SATISFACCIÓN

La calidad de servicio y la satisfacción de los usuarios es una de las principales áreas de estudio del comportamiento de los consumidores y usuarios. Los estudios de la calidad del servicio y de la satisfacción de los consumidores y usuarios, tienen en común la importancia del punto de vista de los clientes al valorar el producto y el servicio que proporciona la propia organización. Los expertos reconocen que para realizar una gestión adecuada de la calidad es necesario conocer qué buscan las personas en sus actividades de consumo. (Quintanilla, 2002) ²⁰

Definir la calidad como el grado en que se atienden o no las expectativas de los consumidores o usuarios, supone incluir factores subjetivos relacionados con los juicios de las personas que reciben el servicio.

²⁰ <http://www.efdeportes.com/> Revista Digital - Buenos Aires - Año 10 - N° 73 - Junio de 2004

Es una definición basada en la percepción de los clientes y en la satisfacción de las expectativas, esto es importante para conocer qué necesitan los usuarios, porque la calidad se logra cuando se cumplen a satisfacción las expectativas de los usuarios.

Algunos autores consideran los dos conceptos – calidad y satisfacción - como sinónimos porque están interrelacionados. Las investigaciones sobre satisfacción se centran en las evaluaciones posteriores al consumo o compra, realizadas a través de la opinión subjetiva de los consumidores o usuarios.

El valor del concepto radica en comprender que la satisfacción no sólo depende de costes y beneficios tangibles, sino también de cuestiones más intangibles como en el trato que dan los empleados a los usuarios.

EVIDENCIAS DE LA FALTA DE CALIDAD

La falta de calidad se hace presente en todos los componentes de un servicio, desde el gerente que en su trabajo diario, aborda un grupo de problemas a los que no les presta la debida atención y que ocupan parte de su tiempo y esfuerzo: desperdicios de insumos, los trámites complicados y burocráticos que le complican la vida a los usuarios, entre otros.

Existen también otros problemas a los que quizás no les preste la misma atención y que tienen un costo más elevado para toda la institución como: el envejecimiento y pérdida de eficacia de los equipos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, la subutilización de los recursos humanos contratados, la desactualización de los recursos profesionales y técnicos.

Cada problema tiene un impacto negativo sobre los usuarios de los servicios, la mayor parte de ellos no visibles, que no se expresan en el momento, que en ocasiones no se percata. Lo más peligroso de estos problemas es que, a fuerza de repetición llegan a ser para los participantes, cosas normales.

El círculo de la calidad:



Mejorar la calidad es aplicar un círculo de buena calidad que contrarreste lo señalado anteriormente.



La falta de calidad, la repetición inconsciente o no de malos procedimientos en los servicios, establece un círculo vicioso muy difícil de escapar: por ejemplo el costo monetario y de imagen, la más difícil de calcular resulta al final catastrófico para cualquier institución. “Cada usuario descontento le contará a 11 personas, cada usuario satisfecho le contará solo a 3 “(J. Horovitz)

2.4. PROGRAMAS DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD

Aunque se acepte como premisa que el objetivo personal de todos los prestadores sanitarios, sean profesionales o técnicos, es brindar una adecuada y esmerada atención médica, es necesario elaborar programas, protocolos de diagnóstico y tratamiento para establecer de manera rutinaria, las tareas del equipo de trabajo, las actividades de control y evaluación que nos permitan conocer el grado de calidad de servicios prestados.

De esta forma los programas de gestión de la calidad, además de ser un valioso instrumento para elevar la calidad de la atención médica de las y los pacientes, se convierten en una herramienta insustituible para la superación científico-técnica de las/los profesionales.

Estos programas son de utilidad, no solo para pacientes y prestadores de servicios, sino también para gestores y autoridades sanitarias, responsabilizadas con los programas o la asistencia sanitaria.

Para los profesionales, el tema puede ser de interés por razones puramente éticas: darle solución a los problemas de salud de sus pacientes y elevar su nivel científico-técnico corrigiendo posibles deficiencias en su práctica asistencial.

Para los usuarios de los servicios, el interés puede ser motivado por tener mayor accesibilidad a los servicios y obtener un servicio de calidad.

Para los administradores de salud, las motivaciones tienen un carácter pragmático, lograr que se brinden los mejores servicios con el uso eficiente de los recursos que se destinan para ellos. Los administradores tendrán interés en que los recursos invertidos tengan un fin adecuado, así como una repercusión favorable en la salud de la población a la que van dirigidas sus acciones.

TIPOS DE PROGRAMAS DE CALIDAD

Se pueden establecer programas de garantía de la calidad de dos tipos diferentes, externos e internos, los cuales se complementan entre sí.

Programas externos de la calidad: Son realizados por agentes externos a la institución, su objetivo primordial consiste en comparar un determinado centro con otros de igual tipo que sirven como referencia. A este proceso se le conoce como acreditación.

La acreditación es un proceso complejo, en el que se compara el centro en cuestión con un gran grupo de estándares previamente establecidos para la autorización de la realización de determinadas prácticas asistenciales, docentes, o de investigación. Para la realización de prácticas asistenciales complejas se requiere no solo análisis de estructura, sino también de procesos y de resultados.

Al realizar una acreditación se trabaja sobre la base de la estructura con la que se cuenta y se parte del supuesto de que si el proceso funciona de forma adecuada se infiere que los resultados serán los esperados, el fin último de la acreditación es la homologación con centros semejantes.

Programas internos de calidad: Son los que se realizan al interior de una determinada institución, con los recursos del centro, una vez identificadas las debilidades del sistema y habiéndose discutido con todos los participantes, se proponen las medidas correctivas y se realizan reevaluaciones posteriores y periódicas para verificar si las medidas aplicadas dan los resultados esperados.

ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN EN UN PROGRAMA DE CALIDAD TOTAL

Para la aplicación de un programa de calidad total es necesario que se cumplan determinadas premisas, condiciones previas o supuestos iniciales, por lo que es necesario contestar a las siguientes preguntas:

- ¿Existe un deseo de cambio y de crecimiento de la organización?
- ¿La alta gerencia ha aprobado la implantación del proceso y está dispuesta a implementar los cambios necesarios?
- ¿Existe una descentralización en la toma de decisiones y se respetan las mismas?
- ¿Está dispuesta la alta gerencia a permitir la flexibilización necesaria en el proceso de implantación de cambios y los pasos administrativos que este proceso trae consigo?

De ser afirmativas las respuestas a estas interrogantes, entonces se iniciará el proceso por etapas, documentando cada una de ellas.

MEDICIÓN DE UN PROGRAMA DE CALIDAD

Es imprescindible establecer las formas de medir el programa de calidad aceptado. Para lograrlo se utilizan indicadores que facilitan la evaluación de la atención médica de calidad.

Donabedian (1966) a finales de la década del 60 del pasado siglo introdujo los conceptos de Estructura, Proceso y Resultado, y que son en la actualidad “el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud”

Estructura: Este acápite considera los recursos humanos y materiales existentes, tanto desde el punto de vista cuantitativo, como cualitativo. Otros aspectos que toma en cuenta son: la organización del trabajo, el espacio físico con que cuenta, la organización, la distribución para cada tarea.

Un buen ejemplo de evaluación de estructura lo constituyen las normas de acreditación de centros, ya sean con fines de homologación con otros centros para la realización de actividades docentes como para el financiamiento de determinados programas. Estas evaluaciones son realizadas por agentes externos al centro y en ocasiones también al sistema.

Proceso: Las evaluaciones de procesos son las que se realizan con el fin de medir las actividades que se relacionan con el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, la fluidez de los procesos en determinadas investigaciones, la obtención de los resultados etc. Evidencian la mejoría del estado de salud del paciente y tratan de medir el grado de satisfacción por el trato recibido. Son evaluaciones que se realizan sobre una parte o la totalidad del proceso para presuponer que dificultades existen en su ejecución.

Resultados: Estos estudios miden el resultado final de la asistencia médica: mejoría o curación del paciente con un elevado nivel de satisfacción por la atención recibida. Son estudios de difícil realización, pues en la curación o mejoría ostensible de un paciente, intervienen un importante grupo de factores y elementos externos ajenos al proceso como, la idiosincrasia del paciente, factores genéticos, constitucionales, sociales, etc.

ACTORES PARA UN PROGRAMA DE CALIDAD

Es importante antes de conformar los equipos de trabajo para la aplicación de un programa de gestión de calidad, cambiar la filosofía gerencial estimulando a todos a pensar en colectivo y empoderarse del trabajo, lo cual implica participar también en la toma de decisiones, sin generar entropía en las unidades.

Los actores del proceso, pueden ser agrupados en tres categorías principales:

- Los directivos a los que usualmente se les denomina equipo guía.
- Los líderes, que son los responsables de áreas pequeñas como los servicios.

- El asesor de calidad que por su experiencia brinda el asesoramiento y hace más sencillo el trabajo de los equipos y prevé el reconocimiento de sus acciones por las autoridades.

Equipo Guía:

Está conformado por la máxima instancia de dirección de la organización, en este nivel las funciones fundamentales son:

- Apoyo e impulso irrestricto al proceso y cumplir con otras tareas no menos importantes,
- Conseguir y mantener el apoyo de las instancias de gobierno superior al proceso, para ganar apoyo moral y financiero.

Es una suerte de diplomático capaz de concienciar en los directivos de la máxima instancia que los logros se alcancen, al final redundarán en una ganancia neta de imágenes públicas, como personas inteligentes que bajo su gobierno son capaces de desarrollar grandes y novedosas ideas.

Están en capacidad de desarrollar una labor de mercadeo a otros niveles del sistema, con la finalidad de “vender la idea” y tratar que otras unidades se incorporen al proceso, lo que hace más fácil el desarrollo del proceso dentro de su propia unidad. Fuera del plano diplomático o político el equipo directivo de la entidad debe:

- Conformar los equipos de trabajo y apoyar sus reuniones periódicas.
- Planear procedimientos de motivación y de estímulo a los equipos conformados.
- Proporcionar los medios suficientes y necesarios para lograr la capacitación del personal involucrado.
- Establecer y mantener un proceso efectivo de retroalimentación constante.
- Mantener canales de comunicación eficientes entre los diversos niveles de la institución.

Los Líderes:

En este nivel se incluyen los jefes de departamentos y servicios, son la piedra angular del proceso, en sus manos se encuentra la responsabilidad de desarrollar, dar seguimiento, lograr avances y resultados tangibles en el proceso.

Los líderes tienen funciones específicas que cumplir, entre ellas:

- Iniciar proyectos de calidad con probabilidades elevadas de éxito.
- Fijar metas claras.
- Elaborar y coordinar calendarios de capacitación.
- Buscar adecuado asesoramiento.
- Desarrollar y mejorar la comunicación interna.
- Estimular entre los subordinados la aplicación eficiente y consciente de las herramientas para el establecimiento del proceso.
- Promover actividades de intercambio de experiencias.

Es importante considerar la presencia de líderes informales, que son aquellas personas que por sus años de experiencia en la institución, sus elevados conocimientos en alguna de las ramas de la medicina, por haber participado en la formación académica de muchos de los directivos actuales a ese y otros niveles, puede o no haber tenido responsabilidades gerenciales anteriormente, pero goza de un elevado prestigio entre todos los integrantes del colectivo. Él es llamado de distintas maneras: profesor, maestro, tiene una edad avanzada y pocas tareas de atención directa de enfermos, pero a no dudarlo es el líder informal del grupo.

El asesor de calidad:

La institución debe contar con una persona o varias, previamente capacitadas y con experiencia, para ayudar a los grupos a desarrollar el proceso, con capacidades de administración de proyectos, de conducción de equipos, de dominio del manejo de datos estadísticos entre otros. Es un profesional con una preparación previa y con manejo de la visión y misión institucional.

2.5. POSICIONAMIENTO PERSONAL

Para Romero Fernando “la visión del mundo para el tercer milenio se centra en el desarrollo del enfoque humanista, concebido como elemento transformador y permanente de la vivencia de cada una de las personas”²¹.

Desde esta perspectiva la prestación de servicios de salud, considera a cada persona como una unidad biológica, psicológica, social y cultural que tiene sus manifestaciones propias en el contexto en el que se desenvuelve.

La esencia humanista está basada en creencias a menudo despreciadas por los científicos “objetivos”, que consideran a los rasgos sensibles del ser humano como aspectos empíricos, no posibles de comprobación científica.

Otro aspecto es la forma como las personas se relacionan, se dan y reciben afecto, comparten sus sentimientos y disfrutan de las relaciones fraternas, cordiales, que les brinda satisfacción en los distintos momentos de su vida.

Entre estos aspectos fundamentales se destacan la tendencia de cada persona a vivenciar el desarrollo de sus emociones, a valorar la necesidad de la trascendencia, a reconocer la posibilidad de auto determinarse y la capacidad de responsabilizarse de sus actos, así como la de exigir sus derechos.

Esta es la razón por la que consta en el estudio la base legal sobre salud, la misma que ratifica entre otros los derechos a la atención de salud con calidad y calidez humana.

La aplicación de una política de calidad supone: transformar y construir nuevos escenarios en el área de trabajo, dar paso a las tendencias administrativas de mejorar los procesos, aplicar los principios de equidad, accesibilidad, y universalidad con la participación solidaria y dinámica del personal de salud y de los usuarios, quienes al ser partícipes del proceso generan propuestas de cambio

²¹ ROMERO F. Centro de Asesoría y Consultoría. Colombia. 1989 – 1999. Folleto.

en su propio beneficio, siendo parte activa de la institución y garantizando el cumplimiento de sus expectativas personales.

Es necesario considerar que las personas usuarias puedan mantener una comunicación interpersonal con los profesionales, de quienes requieren a más de la competencia técnica en los servicios, actitudes humanitarias y holísticas que manifiesten la consideración de cada persona como una individualidad y a cada paciente como un caso único.

Al aplicar los objetivos asistenciales orientados a la satisfacción de los pacientes, se establecerá en la relación de los actores de los servicios de salud una capacidad empática que fortalezca la sensibilidad y la comprensión humanas.

2.6. MARCO LEGAL

DECLARACIÓN UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS²²

Artículo 14 Responsabilidad social y salud

1. Teniendo en cuenta que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social, los progresos de la ciencia y de la tecnología deberán fomentar:

- a) El acceso a una atención médica de calidad y los medicamentos esenciales, especialmente para la salud de la mujeres y los niños ya que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien social y humano.

Artículo 15 Aprovechamiento compartido de los beneficios

- 1. b) Acceso a una atención médica de calidad.
 d) Apoyo a los servicios de salud

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR 2001

Sección 4^a: De la Salud

²² UNESCO. Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos. La 33^a sesión de la Conferencia General de la 19 de octubre del 2005.

Art. 42 (Derecho, promoción y protección).- El estado garantiza el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

Art. 43 (Programas de salud pública y garantías).- Los programas y acciones de salud públicas serán gratuitas para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que lo necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados.

EL MANDATO CONSTITUCIONAL²³

Artículo 45 de la Constitución Política de la República dice: El Estado organizará un SISTEMA NACIONAL DE SALUD que se integrará con las entidades: públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector, el mismo que funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa.

Artículo 46 de la Carta Magna Ecuatoriana dice: El financiamiento de las entidades públicas del SISTEMA NACIONAL DE SALUD, provendrá de aportes obligatorios, suficientes y oportunos del Presupuesto General del Estado, de personas que ocupen sus servicios y tengan capacidad de contribución económica y de otras fuentes que señale la Ley.

Art. 55 de la Constitución Política de la República señala: también que la seguridad social es un deber del Estado y un derecho irrenunciable de sus habitantes; y, el artículo 56 establece el Sistema de Seguridad Social, el mismo que incluye la atención a la salud de sus afiliados.

²³ Congreso Nacional. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. N° 8°.RO/ 670 de 25 de Septiembre del 2002.

La Dirección Provincial del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) es responsable del manejo de las cuentas patronales e individuales de los asegurados.²⁴

LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA DE SALUD NACIONAL EN EL ECUADOR

La Ley Orgánica del Sistema de Salud Nacional en el Ecuador: Capítulo I Art. 2.- dice “El Sistema Nacional de Salud tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud. Estará constituido por entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionalmente sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes.”⁽²⁵⁾

El Art. 4.- numeral 2. Hace referencia al principio de: “Calidad.- Buscar la efectividad de las acciones, la atención con calidez y la satisfacción de los usuarios”

Objetivos del sistema (Ley Orgánica, Art. 3)²⁶

- Garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud.
- Proteger integralmente a las personas de los riesgos y daños a la salud.
- Proteger al medio ambiente de su deterioro o alteración.
- Generar entornos, estilos y condiciones de vida saludables.
- Promover la coordinación, la complementación y el desarrollo de las instituciones del sector.
- Incorporar la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos del sistema.

²⁴ Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Historia IESS Avanzado para usted. <http://www.iess.gov.ec>. 2005. agosto-07

²⁵ Ob. Cit. Ley Orgánica

²⁶ Ob. Cit. Ley Orgánica

Principios por los que se rige el sistema nacional de salud en el Ecuador (Ley Orgánica, Art. 4)

Para la organización y funcionamiento del SISTEMA, están establecidos en la denominada: LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

Equidad, Universalidad, Solidaridad, Calidad, Pluralidad, Eficiencia, Participación, Descentralización, Autonomía.

En relación al tema que nos compete, podemos detallar:

EQUIDAD “Garantía de acceso a servicios de calidad a toda la población”

CALIDAD “Efectividad de las acciones, atención con calidez y satisfacción de los usuarios”

Integralidad del sistema (Ley Orgánica, Art.8)²⁷

Forman parte del SISTEMA NACIONAL DE SALUD las entidades que actúan en el sector de la salud o en campos directamente relacionados con ella. La participación de tales entidades se desarrolla “respetando la personería y naturaleza jurídica de cada institución, sus respectivos órganos de gobierno y sus recursos”.

POLÍTICA DEL GOBIERNO / POLÍTICA SECTORIAL²⁸

El Sistema de Salud del Ecuador se caracteriza por una estructura segmentada. El IESS, es parte integrante de este sistema, según lo determina la vigente Ley del Seguro Social Obligatorio²⁹, se mantiene como entidad autónoma, con personería jurídica, recursos propios y distintos de los del Fisco. Se encuentra financiado por cotizaciones de los trabajadores del sector formal.

²⁷ Ob.Cit. Ley Orgánica

²⁸ Wikipedia, Salud en el Ecuador, la enciclopedia libre "http://es.wikipedia.org/wiki/ (consulta: 03/2008/17).

²⁹ Ob. Cit. IESS

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación corresponde a un proyecto de desarrollo, por su modalidad está en caminata a resolver problemas prácticos y orientar el diseño de un programa de gestión de calidad que mejore la atención en el servicio de urgencias.

Por su naturaleza se enmarca en una investigación de tipo cualitativo y obedece a un diseño no experimental, transversal, utiliza la investigación por encuesta cuyo concepto básico es el de obtener una muestra representativa que la recoge en un solo momento temporal; es descriptiva con el propósito de relatar situaciones y eventos. Al describir define cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno, trabaja sobre realidades de hecho, su característica fundamental es la de presentar una interpretación de lo estudiado desde la realidad observada.

El proceso de esta investigación se apoya en los métodos inductivo- deductivo; de análisis y síntesis ya que permiten al investigador cumplir con las diferentes etapas del estudio y de manera secuencial y sistemática encausar el trabajo hacia la propuesta que se desea plantear.

Al ser un proyecto factible, maneja dos componentes: Diagnóstico y Propositivo.

- En el componente diagnóstico se obtuvo la medición de los niveles de satisfacción de los usuarios de urgencias y los factores que influyen en los mismos, a través de la aplicación de una encuesta de opinión.

Es un estudio de campo, parte de la premisa de que, “Si queremos conocer algo sobre el comportamiento de las personas, lo mejor, lo más directo y simple, es preguntárselo directamente a ellas”³⁰.

- En el componente propositivo se realiza el Diseño de un Programa ajustado a los resultados y las conclusiones extraídas del estudio.

³⁰ TAMAYO M. (1998) El proceso de Investigación Científica. 3ª Edición. México. Editorial Limusa S.A

Se trata por tanto, de requerir información a un grupo socialmente significativo de usuarios del SUHCAM afiliados al IESS, para luego sacar las conclusiones que correspondan con los datos recogidos y que permitan fundamentar la propuesta objeto de este estudio.

FASES DEL DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Para la ejecución del estudio: Niveles de satisfacción de los usuarios de los servicios de urgencias del HCAM, se desarrollan las siguientes fases:

- Diagnóstica a través de la investigación de campo.
- Planteamiento y fundamentación teórica que incluye descripción del contexto, revisión bibliográfica, análisis de documentos y conceptualización
- Metodología donde se hace constar diseño, tipo de investigación, población y muestra, validación y confiabilidad de instrumentos.
- Análisis e interpretación de los resultados desde la recopilación hasta la interpretación en forma cualitativa y de porcentajes.
- Definición de conclusiones y recomendaciones.
- Diseño del programa.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población es el conjunto total de personas, objetos o medidas que poseen algunas características comunes observables en un lugar y en un momento determinado. En el proceso de investigación, es necesario determinar una población de análisis que favorezca el conocimiento de los objetivos de estudio.

Para realizar el estudio, se definió la población de la siguiente manera:

- Se recogió la información estadística de la producción del HCAM y del servicio de urgencias, en el primer semestre del 2007

- Se realizó el estudio del número de atenciones realizadas en el primer semestre del año 2007 en el SUHCAM, con lo cual se estableció el promedio mensual y se definió la población en 6.574 usuarios que constituyen la población en estudio.

POBLACIÓN ATENDIDA



Gráfico No. 1

Fuente: Datos del Departamento de Estadística del HCAM

Elaborado por: Aída Coloma M.

Como se puede ver en el Gráfico No. 1, las atenciones mensuales en urgencias no tienen mayor diferencia, por lo que se utilizó un promedio simple como se indicó anteriormente para definir la población.

CARACTERÍSTICAS

La población que recibe la prestación médica está conformada por afiliados activos, jubilados, viudas, huérfanos, voluntarios, personas del Seguro Social Campesino, cónyuges y no afiliados.

Por la naturaleza de la organización, la población es diversa en categorías sociales y económicas, en el nivel de instrucción, en la variedad de profesiones y ocupaciones y en el tipo de dolencias por las que acuden.

Otra característica importante es que, las personas que conforman el objeto de estudio permanecen un lapso de tiempo itinerante que va desde 1 o 2 horas hasta varios días de estadía.

Criterios de inclusión

Fueron incluidos en el grupo muestral las y los usuarios que recibieron atención en algunas de las áreas del servicio, con capacidad para contestar el cuestionario. No se consideraron otras variables como edad, sexo o tipo de dolencia en la muestra de estudio.

Se solicitó el consentimiento informado a cada uno de los participantes, explicándoles el objetivo de la encuesta y el carácter anónimo de la misma. Se pidió a cada entrevistado que la información sea sincera y veraz.

Criterio de exclusión

Fueron excluidos los pacientes en grave estado o con alguna dificultad física o psíquica y quienes no quisieron participar.

METODO DE MUESTREO

Con la ayuda de las muestras se infiere que:

- Las personas tienen alguna(s) propiedades del universo donde se obtienen.
- No es menester estudiar exhaustivamente todos los elementos que lo componen.

- Las dos grandes ventajas del muestro son la economía y la rapidez en la obtención de los datos.³¹

Para el presente estudio se aplicó el método de muestreo no probabilístico, casual para poblaciones finitas definido según Lavayen (2005)³², el mismo que fue utilizado en vista de que los pacientes, objeto de estudio asisten al servicio en forma fortuita o accidental.

Se aplicó la siguiente fórmula:

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

Siendo:

n = tamaño de la muestra

N = tamaño de la población

E = error de muestreo (determinado por el investigador) Ej.: 5% = 0.05

Desglose de variables para el estudio:

N = tamaño de la población = 6.574 (promedio de atenciones en el SUHCAM durante el primer semestre del 2007)

E = error de muestreo (determinado por el investigador) = 3% = 0.03

Cálculo:

$$n = \frac{6.574}{0,03^2(6.574-1)+1} = 732,00$$

Para determinar la confiabilidad se aplicó en la fórmula un margen de error del 3% y para confirmar el nivel de representatividad se trabajó con el 11,13% de la población, esta cantidad brinda elementos de análisis suficientes para lograr los

³¹ ZORRILLA S, TORRES M, CERVO A, BERVIAN P, Metodología de la investigación, 2a. Ed. P 122

³² Lavayen L. Manual Formulación e Informe de Proyectos de Investigación. Santo Domingo de los Colorados. Ecuador. 2005.

objetivos de la investigación. Definiendo de esta manera una muestra de 732 usuarios.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

En el proceso de investigación se utilizaron las siguientes técnicas e instrumentos:

- Observación directa para analizar el proceso de la atención al usuario en urgencias, los aciertos y dificultades y cómo estos repercuten en la percepción del receptor del servicio, desde su admisión hasta su egreso.
- Entrevistas incidentales con los involucrados, luego, una entrevista estructurada aplicada a 17 personas que trabajan en el área de urgencias.
- Encuesta: Se aplica un conjunto de preguntas dirigidas a la población de estudio, con el fin de conocer la opinión de los pacientes en relación al proceso de atención y los factores de satisfacción.

El instrumento utilizado para la investigación fue el cuestionario, el mismo que se aplicó primero en una prueba piloto para verificar su confiabilidad y validez.

En términos generales el cuestionario “es el instrumento escrito que debe resolverse sin la intervención del investigador”³³ a través del cual se elabora las preguntas que tendrán resultados lógicos con relación al problema que se quiere conocer.

DISEÑO DEL INSTRUMENTO

Para la obtención de la información sobre la calidad percibida y la satisfacción del usuario del SUHCAM, para el presente estudio el instrumento utilizado fue un cuestionario que consta de ocho bloques de preguntas:

- El primero contiene datos generales como: sexo, edad e instrucción

³³ Ob. Cit. Zorrilla S.

- Los otros seis abarcan 46 ítems con varios tipos de preguntas como:
 - Preguntas de selección múltiple (cuatro) con 16 alternativas de selección
 - Preguntas de alternativa constante (doce)
 - Preguntas de escala Likert (diez y ocho)
- La última es una pregunta abierta que solicita sugerencias.

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

El análisis de la validez de los instrumentos constituyó un paso previo a la aplicación definitiva de los mismos.

La validación del instrumento se obtuvo a través de:

- Revisión y aprobación del profesional auspiciante de la investigación.
- La consulta a dos expertos en evaluación para recabar sus criterios respecto a la pertinencia de las preguntas del cuestionario, así como para consultar la redacción, a efecto de verificar el uso de un lenguaje apropiado y evitar expresiones ambiguas que afecten la consistencia interna del cuestionario.
- La aceptación y el consentimiento del contenido del cuestionario por parte de las autoridades de la institución a investigarse.

CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

La confiabilidad del cuestionario se determinó por la aplicación de una prueba piloto no probabilística casual al 1% de la población equivalente a 60 usuarios del Servicio de Urgencias, en diferentes horas del día y días de la semana en el mes de junio del 2007.

Los resultados permitieron comprobar la facilidad para ser respondida cada una de las preguntas, los temas que se querían explorar, así como las dificultades que tendrían o podrían tener los usuarios al responder el cuestionario.

También se determinó la consistencia interna del cuestionario y el rediseño para la aplicación definitiva de este instrumento.

APLICACIÓN DE LA ENCUESTA

Los pasos seguidos para la aplicación de la encuesta fueron:

- Definición de los aspectos de la encuesta.
- Elaboración del instrumento borrador (redacción de preguntas según categorías de indicadores y escalas).
- Determinación de la codificación del instrumento.
- Elaboración de la guía de aplicación de la encuesta para facilitar el trabajo de los encuestadores (Anexo H)
- Elaboración de formatos para la validación del instrumento (Anexo F)
- Validación del instrumento mediante el juicio de dos expertos, que verificaron la consistencia de los ítems con relación a las variables y objetivos del estudio, así como la pertinencia de los contenidos.
- Se realizó una aplicación preliminar, mediante una prueba piloto, la misma que permitió analizar la confiabilidad del instrumento.
- Se realizaron correcciones al instrumento de acuerdo a las sugerencias de los encuestados.
- Se procedió a la elaboración y reproducción del instrumento definitivo.
- Definición de la forma de aplicación.
- Capacitación a los encuestadores. Con el auspicio de la Subgerencia del Servicio de Urgencias, se realizó un taller de capacitación a un grupo de treinta alumnos de la Facultad de Medicina, en las aulas de la Institución; los mismos que colaboraron en la aplicación de la encuesta piloto y definitiva. (Anexo K)
- Definición del plan general de aplicación (necesidades logísticas cronograma, asignación de funciones) adjunto a la guía de aplicación. (Anexo I)
- Aplicación de la encuesta.
- Recolección, revisión, clasificación de las encuestas aplicadas.

Aspectos generales de la aplicación de la encuesta

Con la ayuda del grupo de alumnos que cursan la carrera de medicina en este Hospital y que fueron previamente capacitados, se aplicó la encuesta durante dos semanas en el horario diurno y nocturno hasta las 22h00 horas, en el mes de octubre del 2007.

Una dificultad que se tuvo que confrontar fue la negativa de varios pacientes a participar en el estudio, argumentando que eran pacientes habituales del servicio y conocidos por los profesionales que allí laboran.

Uno de los criterios de inclusión en el estudio fue el consentimiento informado en cada uno de los participantes, por lo que se tuvo que extender el tiempo de aplicación del instrumento, para buscar otros usuarios.

La encuesta recopiló la información que determinan los resultados en relación a la opinión de los pacientes sobre los aspectos de satisfacción consultados y los factores que influyen en los mismos.

3.4. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Después de recabar la información deseada a través de la encuesta se procedió a realizar el procesamiento de los datos mediante la tabulación, lo que permitió comprender el alcance y la combinación de la información

Para el efecto se realizó una base de datos en Microsoft Excel, los resultados son planteados en números absolutos, relativos, porcentajes y los más relevantes representados en forma gráfica para ayudar a la mejor interpretación de los mismos.

Finaliza esta fase con la elaboración de conclusiones y recomendaciones.

ESTRUCTURA DE LA PROPUESTA

La elaboración de la propuesta y las herramientas planteadas fueron trabajadas y construidas en función de las conclusiones originadas en los resultados obtenidos en la encuesta aplicada al SUHCAM, que recibió la validación previa de un especialista.

El conocimiento de los niveles de satisfacción de los usuarios y sus principales problemas, permitieron realizar el diseño del programa mencionado a continuación:

Una vez determinado el título: “Diseño de un Programa de Gestión de Calidad para el Servicio de Urgencias de Centros Hospitalarios”, se incluyen páginas preliminares y el cuerpo mismo del programa en 3 fases, a saber:

- Fase 1: **FUNDAMENTOS TEÓRICOS**
- Fase 2: **LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS**
- Fase 3: **PROGRAMA DE GESTION DE CALIDAD**

En la fase 1 se desarrollan los contenidos científicos – teóricos que sustentan el diseño de la propuesta como son: Calidad en los servicios de salud, Satisfacción una medida de calidad en salud; Gerencia de los Centros hospitalarios y los Servicios de Urgencias, Principales problemas en los servicios de urgencias.

En la fase 2 los lineamientos estratégicos desglosados en Diagnósticos institucional y departamental, Normas Legales, Políticas Institucionales y Adaptación al cambio.

Finalmente la fase 3 contiene el programa de Gestión de Calidad que tiene dos grandes aspectos:

1. Preparar el ambiente.
2. Pasos para elaborar un programa de gestión de calidad.

Luego de las fases consta el glosario de términos técnicos y finalmente la bibliografía.

La aplicación y desarrollo del programa pretende mejorar la imagen del Servicio de Urgencias, promover la competencia interna y externa adecuando la oferta asistencial a las necesidades de la población, fortalecer la actual gestión administrativa y lograr la satisfacción de los usuarios.

El objetivo final de este trabajo es promover el mejoramiento continuo del servicio con las recomendaciones para aplicar evaluaciones periódicas y sistemáticas sobre los niveles de satisfacción de los usuarios del Servicio de Urgencias.

CAPITULO IV

4. ANALISIS DE RESULTADOS

4.1. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

“La última etapa del proceso de la investigación consiste en realizar el análisis e interpretación de los resultados, con la ayuda de los instrumentos contruidos para ello. Dicha interpretación es el producto de la operación que se realiza entre el análisis y la síntesis.”³⁴

En este momento, la interpretación adquiere mucha trascendencia, pues los resultados obtenidos en la investigación, mediante la elaboración de cuadros y gráficos ayudan a presentar los hallazgos encontrados y definir las sugerencias y recomendaciones del estudio, de acuerdo con los fundamentos teóricos, las preguntas de la investigación y los objetivos.

ESTUDIO DE LA FASE DIAGNOSTICA

- a. Descripción de las fotos tomadas en el área de atención de urgencias para observar el proceso de atención al usuario de este servicio.

Las fotografías examinan el orden secuencial que adoptan los pacientes en el proceso de atención del SUHCAM y contienen la siguiente información.

1 Llegada del paciente en ambulancia



2 Ingreso directo al área de atención de enfermería en caso de llegada de emergencia.



³⁴ ZORRILLA S, TORRES M, CERVO A, BERVIAN P, Metodología de la Investigación, 2A. ED. P 122

3 Verificación de datos del afiliado o afiliada por un familiar



4 Los pacientes son valorados y atendidos por los médicos y los profesionales de esta área, en el cubículo para pacientes graves



5 Traslado del paciente a los exámenes complementarios, por el personal de camillas.



6 Atención de enfermería de acuerdo con las indicaciones médicas.



7. Valoraciones posteriores realizadas por los médicos residentes.



8 Pacientes ubicados en los cubículos para observación, con sus familiares o acompañantes.



9. Médicos residentes realizando Inter consultas.



10 Pacientes ingresados en urgencias en compañía de sus familiares.



11 Vista del área de ingreso al servicio de urgencias y estación de enfermería.



12 Pacientes con sus familiares ocupan el corredor para ser atendidos.



13 Paciente en el área de curaciones, recibe la atención del médico residente



14. Los pacientes esperan para la: toma de datos vitales y atención en los consultorios de emergencia.



Fuente: Fotos tomadas en el área de atención SUHCAM (Octubre 2007)
Elaborado por: Aída Coloma M.

La lectura interpretativa de las imágenes fotográficas se resume así:

Fotos 1 y 2: La entrada al SUHCAM no reúnen las condiciones necesarias para fácil ingreso de los pacientes que llegan en ambulancias y en camillas, el espacio físico es reducido y ocasiona congestión.

Fotos: 3 y 14: En el área de registro y verificación de datos, no hay aglomeración y el espacio permite que el público se movilice con facilidad, en igual sentido los pacientes que esperan ser atendidos en los consultorios, lo hacen cómodamente en la sala de espera. La sala de curaciones se observa que es adecuada.

Foto 4: Se observa que el espacio de atención para pacientes graves no ofrece las comodidades suficientes para el buen desarrollo del proceso de atención al paciente grave.

Fotos 5, 6, 7, 9, 11 y 12: no hay un área específica para el trabajo de los profesionales, tanto las valoraciones, el registro de datos, la atención de enfermería, toma de muestras etc. se realizan en medio de las camillas de pacientes y familiares, ocasionando falta de privacidad para los pacientes y aumenta la presión en el trabajo del personal. Se nota la saturación del servicio.

Foto 8 y 10: Falta comodidad, confort, en los cubículos donde se encuentran los pacientes y sus familiares. Se evidencia el fácil ingreso de familiares al SU en donde se encuentran pacientes con dolencias graves, situación que influye en la buena asistencia a los pacientes de urgencias y el adecuado manejo de equipos e insumos existentes

En conclusión este análisis demuestra que las características en las que se desarrolla el trabajo en el SUHCAM, no son óptimas para: los profesionales, pacientes, ni familiares. Se deduce que existe un cierto grado de insatisfacción de los clientes tanto internos como externos.

El estudio de los datos obtenidos en la entrevista estructurada aplicada al personal de urgencias se encuentra en el Anexo C.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

El análisis descriptivo y la interpretación de los resultados pronostican estrategias, cambios e innovaciones orientados a la propuesta de la investigación.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ENCUESTADOS DEL SUH CAM OCTUBRE 2007

| Categoría del Encuestado Usuario o acompañante | Número | Por ciento |
|--|--------|------------|
| Pacientes que respondieron | 720 | 98 |
| No respondieron | 12 | 2 |
| Total | 732 | 100 |

Tabla No. 1

Fuente: Encuesta realizada.

Realizado por: Aída Coloma M.

Se demuestra que de 732 encuestados, 720 respondieron ser usuarios y 12 omiten responder; posiblemente por desconocimiento o desinterés.

CATEGORÍA DEL ENCUESTADO DEL H CAM OCTUBRE 2007

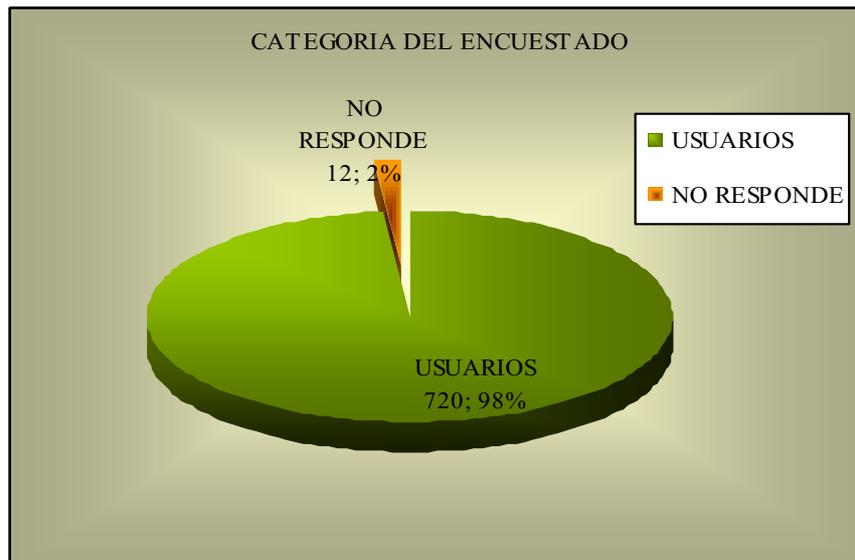


Gráfico No. 2

Fuente: Encuesta realizada.

Realizado por: Aída Coloma M.

Como se observa en el gráfico No. 2, el 98% de los participantes corresponden a los usuarios que asistieron al SU y que respondieron a esta interrogante y solo un 2% no respondieron, tal vez fue por olvido o por que no pusieron atención a la pregunta, lo que determina que los usuarios de este servicio se encontraban en condiciones de participar en el estudio.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN SEXO HCAM OCTUBRE 2007

| Sexo | Número | Por ciento |
|-----------|--------|------------|
| Masculino | 388 | 53 |
| Femenino | 344 | 47 |
| Total | 732 | 100 |

Tabla No. 2
Fuente: Encuesta realizada.
Realizado por: Aída Coloma M.

No existen grandes diferencias entre los participantes según el sexo, ya que el 53% son del sexo masculino y el 47% son sexo femenino. Este dato le da un enfoque de género muy equitativo al estudio.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN GRUPOS DE EDADES HCAM OCTUBRE 2007

| Grupos de edades | Número | Por ciento |
|------------------|--------|------------|
| 13 – 20 años | 10 | 1,30 |
| 21 – 30 años | 151 | 20,60 |
| 31 – 40 años | 146 | 20,00 |
| 41 – 50 años | 126 | 17,20 |
| 51 – 60 años | 137 | 18,70 |
| 61 y más años | 162 | 22,20 |
| Total | 732 | 100 |

Tabla No. 3
Fuente: Encuesta realizada.
Realizado por: Aída Coloma M.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN GRUPOS DE EDADES HCAM OCTUBRE 2007



Gráfico No. 3

Fuente: Encuesta realizada.

Realizado por: Aída Coloma M.

La distribución porcentual por grupos de edades en: (Tabla N° 3 y Gráfico N° 3), demuestra un predominio de los grupos de edades más jóvenes, ya que más del 40% de los participantes se encuentran comprendidos entre los 21 y 40 años, seguido por los mayores de 60 años con un 22,2% y el de 51-60 años con el 18,7%.

Estos resultados se contraponen, radicalmente a las afirmaciones que usualmente se realizan en el HCAM, de que los pacientes que más utilizan los servicios hospitalarios son los jubilados. El 22,2% corresponden a jubilados que acuden al Servicio de Urgencias por la ausencia de un Programa Nacional de atención a las personas de la Tercera Edad.

También se puede ratificar a través de estos resultados que las personas en edad media tiene mayor índice de siniestralidad, y corresponden a la población económicamente activa, por lo que este grupo etario es el que tiene costos más elevados para ingresar al sistema de salud.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN TIPO DE AFILIACION. HCAM OCTUBRE 2007

| Tipo de afiliación | Número | Por ciento |
|--------------------|--------|------------|
| Activo | 561 | 76,7 |
| Jubilado | 171 | 23,3 |
| Total | 732 | 100 |

Tabla No. 4

Fuente: Encuesta realizada

Realizado por: Aída Coloma M.

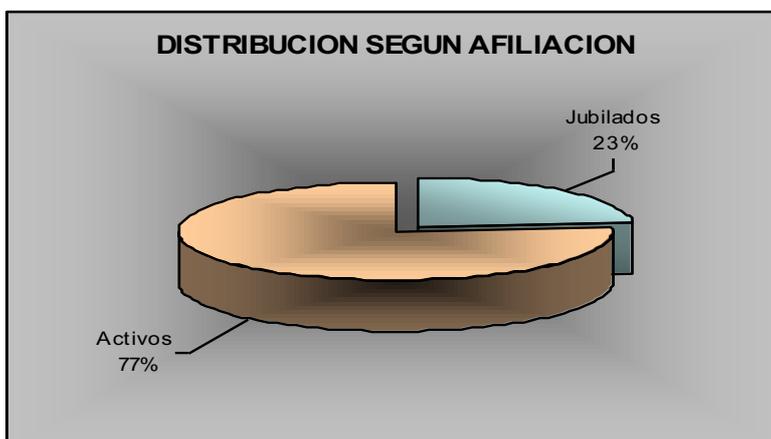


Gráfico No. 4

Fuente: Encuesta realizada.

Realizado por: Aída Coloma M.

En la tabla N° 4 y gráfico N° 4; se observa que el 76,7% de los participantes en el estudio son trabajadores activos, hay que aclarar que en este grupo están incluidos los pacientes de riesgos de trabajo, voluntarios, montepío, hijos de afiliados, no afiliados y solo el 23,3 % son jubilados, lo que viene a reafirmar el criterio de que la mayor atención recibe la población más joven y en edad productiva.

Este análisis también debe considerar que al tener mayor porcentaje de atención a personas en edad productiva implica enfrentar mayores problemas a nivel laboral, familiar y económico, pues en la mayoría de los casos, quien se encuentra hospitalizado es fuente de ingreso importante para su núcleo familiar.

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN.
HCAM OCTUBRE 2007**

| Grado de instrucción | Número | Por ciento |
|----------------------|--------|------------|
| Analfabeto | 5 | 0,6 |
| Primaria | 200 | 27,4 |
| Secundaria | 327 | 44,6 |
| Superior | 200 | 27,4 |
| TOTAL | 732 | 100 |

Tabla No. 5

Fuente: Encuesta realizada.

Realizado por: Aída Coloma M.

La tabla revela que según el nivel de escolaridad, por años de estudios terminados, el mayor porcentaje le corresponde a los que tienen nivel de secundaria con el 44,6%, seguido de los de primaria y nivel superior con el 27,4% a cada uno y solo un 0,6% afirmó ser analfabeto. Este resultado coincide con la información estadística del HCAM y ratifica que el mayor porcentaje de la población afiliada tiene un nivel de instrucción secundaria.

El nivel de estudios y preparación del usuario le permitirá al mismo ser más crítico en la valoración del cumplimiento de sus expectativas, pero también le facilita brindar opiniones sobre los servicios y propuestas de mejora.

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS RESPUESTAS CORRESPONDIENTES AL
LUGAR DONDE ACUDE EN CASO DE UNA EMERGENCIA.
HCAM OCTUBRE 2007.**

| En caso de emergencia acude a: | Número | Por ciento |
|--------------------------------|--------|------------|
| Dispensario del IESS | 117 | 16 |
| Servicio de emergencia HCAM | 615 | 84 |
| Total | 732 | 100 |

Tabla No. 6

Fuente: Encuesta realizada

Realizado por: Aída Coloma M.

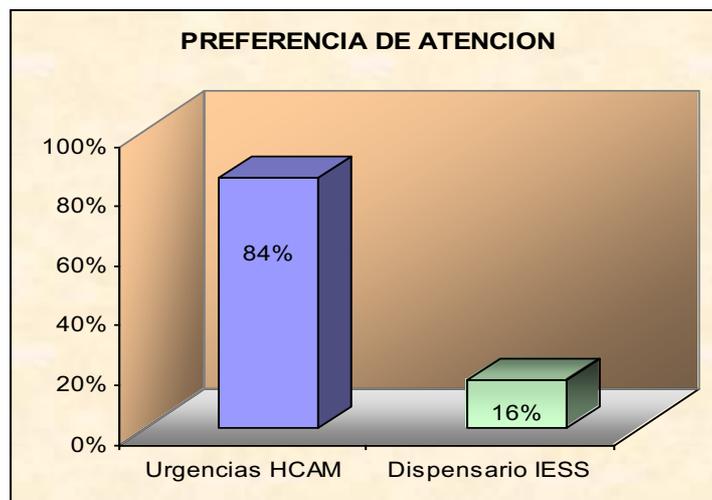


Gráfico No. 5
Fuente: Encuesta realizada.
Realizado por: Aída Coloma M.

En la tabla N° 6, gráfico N° 5; se observa que el 84% de los participantes en la investigación reconocen que asistirían al Servicio de Urgencia ante situaciones en las cuales se vea comprometida su salud y solo un 16 % manifestó que utilizarían los servicios disponibles en un Dispensario del IESS.

La asistencia masiva al SU, se produce por la acogida mínima que ofrecen los Dispensarios, lo que permite reflexionar y concluir que el Sistema del IESS (Seguro Social) no funciona de manera armónica y sincronizada en los procesos de referencia y contrarreferencia, o por lo menos que el usuario no lo percibe así, su confianza esta solo en la matriz.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS RAZONES POR LAS QUE ACUDE AL SERVICIO DE URGENCIAS

| EN CASO DE QUE SU RESPUESTA FUE, AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL "HCAM", POR FAVOR INDIQUE LAS RAZONES DE SU DECISION Y QUE ESTEN DE ACUERDO A LO QUE USTED CREE QUE SATISFACE SUS NECESIDADES | | |
|--|---------------|----------|
| Opciones de respuesta | Número | % |
| Porque tiene profesionales especializados | 473 | 22,61 |
| Porque posee los mejores medios técnicos | 83 | 3,96 |

| EN CASO DE QUE SU RESPUESTA FUE, AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL “HCAM”, POR FAVOR INDIQUE LAS RAZONES DE SU DECISION Y QUE ESTEN DE ACUERDO A LO QUE USTED CREE QUE SATISFACE SUS NECESIDADES | | |
|--|-------------|------------|
| Porque tiene medicamentos y materiales necesarios | 229 | 10,96 |
| Por la rapidez y precisión del diagnóstico | 220 | 10,49 |
| Porque no obtuvo cita en un Dispensario IESS o consulta externa | 122 | 5,83 |
| Por transferencia desde un Centro de Salud o desde provincia | 117 | 5,59 |
| Por la gravedad del problema | 678 | 32,4 |
| Por el horario de atención – 24 horas | 78 | 3,77 |
| Por desconocer la existencia de atención en los Dispensarios | 93 | 4,43 |
| TOTAL | 2094 | 100 |

Tabla No. 7

Fuente: Encuesta realizada.

Realizado por: Aída Coloma M.

Como se observa en la tabla, las causas argumentadas por los usuarios para preferir el SU en lugar de los dispensarios fueron muy diversas entre las que podemos citar: porque tiene profesionales especializados el 22,61%, porque tiene medicamentos y materiales necesarios el 10,96%, por la rapidez y precisión del diagnóstico el 10.49%.

Esta diversidad de las respuestas a la interrogante planteada explica la falta de orientación que los usuarios tienen sobre la utilización correcta de estos servicios, ya que solo el 32,4 % de ellos responde que por la gravedad del problema.

Es de destacar que solo el 4.43% de los participantes plantearon desconocer que estos servicios se brindan en los dispensarios; supuestamente acuden al HCAM porque en los dispensarios no se realizan todos los estudios y exámenes complementarios o no se realiza la suficiente promoción de los servicios que se prestan. En relación a los resultados obtenidos, es importante considerar algunas propuestas que deben ser desarrolladas:

Es importante brindar información y capacitación a los usuarios y familiares, para que conozcan los servicios que brinda el IESS a través de sus diferentes entidades, tanto en la matriz como en sus dispensarios locales y/o provinciales.

Para su ejecución se puede realizar boletines, charlas y videos informativos para las salas de espera o material publicitario a través de medios de comunicación masiva.

Es imprescindible reforzar la gestión administrativa y operativa de los dispensarios del IESS, para que puedan responder de forma adecuada a la demanda de los usuarios, para lo cual es necesario, realizar un análisis presupuestario que permita verificar las necesidades de los Dispensarios y la posibilidad de realizar asignaciones según el requerimiento.

En cuanto a los profesionales que atienden en el SUH CAM y que el usuario considera ser personal especializado; podría analizarse una propuesta de rotación, puesto que en la matriz los profesionales adquieren experiencia y capacitación que puede ser de mucho valor para compartir, a nivel en los Dispensarios.

El 5,38% de pacientes que acuden al SU porque no consiguieron cita en consulta externa o en un dispensario del IESS, debe ser analizado con más detalle, pues no existe justificativo para que el usuario no pueda obtener una cita médica en estas áreas.

En relación a los usuarios que llegan por transferencia de un centro o de provincia, hay que establecer un cálculo muy exacto y considerarlo en la planificación de la atención por referencia y contra referencia, que en varias ocasiones requerirá de ingreso inmediato a los servicios de hospitalización o cirugía urgente. Por razones evidentes la matriz siempre recibirá transferencias en especial cuando la dolencia requiera de atención especializada en un hospital de tercer nivel.

Se evidencia varios casos en los cuales la transferencia de provincia o desde un dispensario, se debe no a la urgencia médica o requerimiento de atención especializada, sino simplemente a la carencia de recursos en el lugar de origen.

**PORCENTAJE DE ATENCIONES NO URGENTES
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HCAM
(Enero a Marzo del 2007)**

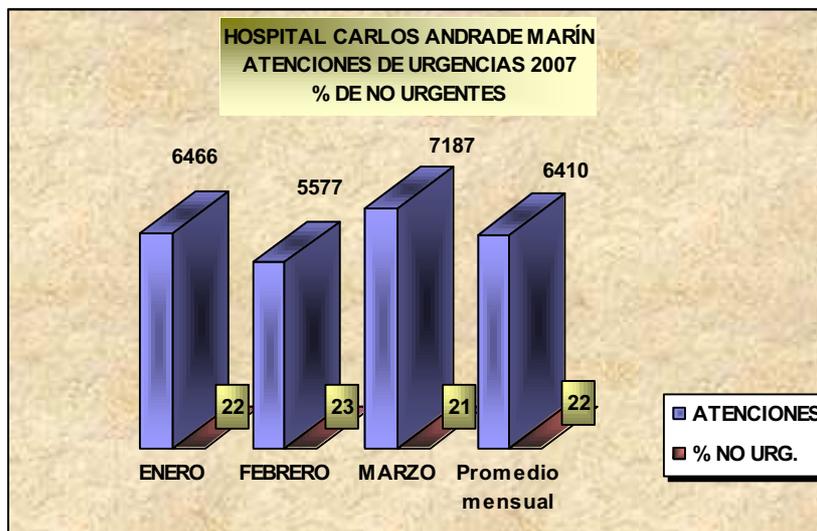


Gráfico No. 6

Fuente: Datos estadísticos del HCAM 2007

Realizado por: Aida Coloma M.

El gráfico indica que los casos de atenciones no urgentes tienen un promedio mensual del 22% en los tres primeros meses del 2007, este dato corrobora el resultado del presente estudio, en el cual se reflejó que solo el 32,40% de los usuarios que acuden a urgencias, lo hacen por la gravedad del problema; y prefieren acudir directamente al SUHCAM en lugar de a un Dispensario del IESS.

Si se comparan estos datos con los registrados desde abril a diciembre del 2007 el porcentaje promedio es de 25%; y en año 2008 las atenciones no emergentes tienen un promedio del 28%. Según los registros de estadística del HCAM.

Esto evidencia un porcentaje promedio significativo del 26 % de mal utilización del servicio de urgencias en estos períodos, tal vez por falta de información al usuario en el uso adecuado del servicio, por comodidad de los usuarios.

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS PARTICIPANTES DONDE SE
CALIFICA LA ATENCIÓN RECIBIDA.
OCTUBRE 2007.**

| CARACTERÍSTICAS DE LAS ATENCIÓN | MALO | | REGULAR | | BUENO | | M. BUENO | | EXCELENTE | | NO RESPONDE | | TOTAL |
|--|------|------|---------|------|-------|------|----------|------|-----------|-----|-------------|------|-------|
| | #* | % | # | % | # | % | # | % | # | % | # | % | |
| Atención rápida y eficiente | 54 | 7,4 | 161 | 21,9 | 342 | 46,7 | 156 | 21,3 | 15 | 2 | 4 | 0,5 | 732 |
| Amabilidad y cordialidad en la atención | 34 | 4,6 | 181 | 24,7 | 288 | 39,3 | 224 | 30,6 | 5 | 0,7 | 0 | 0 | 732 |
| Organización del servicio | 39 | 5,3 | 176 | 24 | 346 | 47,3 | 146 | 19,9 | 15 | 2 | 10 | 1,4 | 732 |
| Cantidad y calidad de los equipos | 34 | 4,6 | 98 | 13,4 | 132 | 18 | 73 | 9,9 | 5 | 0,7 | 390 | 53,3 | 732 |
| Alimentación | 49 | 6,7 | 68 | 9,3 | 142 | 19,4 | 68 | 9,3 | 15 | 2,1 | 390 | 53,3 | 732 |
| Disponibilidad de medicamentos | 83 | 11,3 | 259 | 35,4 | 244 | 33,3 | 102 | 13,9 | 29 | 3,9 | 15 | 2 | 732 |
| Comparación del servicio con otros similares | 24 | 3,2 | 146 | 19,9 | 332 | 45,4 | 185 | 25,3 | 24 | 3,2 | 21 | 2,7 | 732 |

Tabla No. 8

Fuente: Encuesta realizada.

Realizado por: Aída Coloma M.

Nota.- El #* se refiere al número de participantes

En la tabla N° 8 podemos destacar los siguientes resultados:

Un 29,3% de los participantes evaluó la rapidez y eficiencia de la atención como mala y regular y un 46,7 % la catalogó como buena, dejando en evidencia que no es un factor de calidad aceptado por los usuarios. Para su análisis puntual se puede aplicar un mejoramiento de procesos, que verifique la eficiencia de las actividades y controle los tiempos destinados a cada una de ellas, identificando causas de los cuellos de botella o puntos críticos del proceso.

Por su parte la amabilidad y cordialidad es un factor considerado como medianamente aceptado, pero demuestra una clara tendencia a mejorar. Los valores del personal y la filosofía de atención con calidez debe ser trabajado de forma permanente con el personal, hasta conseguir que la misma sea parte de la cultura organizacional, se puede dar charlas motivacionales y realizar reuniones de trabajo sobre temas como: trato al paciente, mejora de relaciones, entre otras.

La organización del servicio es catalogada como buena por el 47,3% de los participantes, mientras que el 29,4% la cataloga de mala y regular. Las deficiencias organizativas son producto de problemas en estructura y procesos, pues esto es más una consecuencia que una causa por si misma, en tal virtud el mejoramiento de procesos repercutirá en la adecuada organización del servicio.

Al evaluar la cantidad y calidad de los equipos, lo más relevante resulta ser que el 53,3% de los participantes no respondieron a esta interrogante, lo que hace pensar que quizás no poseían elementos suficientes para responderla. Este elemento debe ser analizado por un Comité de Expertos, conformado por técnicos y personal asistencial que defina los requerimientos del servicio y su correcta utilización, para presentar una propuesta de adquisición a la gerencia.

Las respuestas sobre la calidad de la alimentación mantuvieron el mismo patrón de respuestas que la interrogante anterior, aunque la explicación puede surgir, dado que no todos los pacientes que son atendidos en este servicio, reciben servicios de alimentación, ya que su período de estancia es mínimo o su situación médica no lo permite.

En el tema de la disponibilidad de medicamentos es donde se obtienen los resultados negativos más significativos, ya que el 48,6% de los pacientes la cataloga de mala y regular solo un 33,3% como buena y el 14 % muy buena. En consecuencia la mitad de los usuarios manifiestan la falta de disponibilidad de medicamentos. Este problema es una carga permanente del IESS, pues uno de sus principales causas es la mínima asignación presupuestaria para este requerimiento. La propuesta de cambio conlleva compromiso gerencial para

asignación financiera, además de montar un sistema global y estandarizado de manejo de inventario para los suministros e insumos del hospital, que permita tener un adecuado control y asignación de los recursos existentes.

Al comparar el SUHCAM con otros servicios similares el 45,4% lo cataloga de bueno, lo que viene a estar de acuerdo a las respuestas recibidas en los ítems anteriormente evaluados, que tienen más o menos el mismo porcentaje de calificación. Es decir en un proceso comparativo se maneja la media, pues los otros centros hospitalarios tienen similares falencias y fortalezas, ya que el sistema de salud es muy similar a nivel de país, especialmente en el área gubernamental. Este aspecto puede ser ampliado para realizar un análisis comparativo con otros centros de salud similares y que permitan un proceso de acreditación a nivel del sistema de salud.

La evaluación de la calidad sentida de acuerdo a lo que se observa en la tabla # 8 sobre la asistencia recibida por los usuarios, es un aspecto muy importante detectado en la investigación y los resultados de la puntuación permiten reflexionar sobre las causas que motivaron dichas respuestas, aspectos sobre los cuales se debe trabajar y que reconocen la necesidad de diseñar y elaborar las estrategias para el mejoramiento de la calidad de atención.

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS RESPUESTAS
CORRESPONDIENTES A LA ATENCIÓN DEL PERSONAL EN EL SERVICIO
DE URGENCIAS HCAM.
OCTUBRE 2007**

| ATENCIÓN PERSONAL | SI # | SI % | NO # | NO % | TOTAL |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------|
| El personal del SU, lo escucharon y ayudaron con sus problemas. | 561 | 76,7 | 171 | 23,3 | 732 |
| Los doctores, le explicaron en forma clara sobre su enfermedad. | 527 | 72 | 205 | 28 | 732 |
| Su diagnóstico y tratamiento fueron oportunos. | 542 | 74 | 190 | 26 | 732 |

| ATENCION PERSONAL | SI # | SI % | NO # | NO % | TOTAL |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------|
| El personal sanitario se interesa por solucionar su problema. | 454 | 62 | 278 | 38 | 732 |
| Se le brindó información oportuna sobre el tiempo de espera aproximado para recibir atención médica. | 108 | 14,7 | 624 | 85,3 | 732 |

Tabla No. 9

Fuente: Encuesta realizada.

Realizado por: Aída Coloma M.

La atención del personal según la información de esta tabla, fue evaluada por los participantes como bastante adecuada, oscilando las respuestas positivas entre un 62% y un 76,7%, esto refleja que el personal procura atender al usuario de forma personalizada aunque aún no es parte de una cultura generalizada.

El aspecto relacionado a la información recibida, fue evaluado de forma negativa por el 85,3% de los participantes, resultado que se debería considerar para realizar los correctivos necesarios, considerando que estar bien informado es un derecho del ser humano. Posiblemente el personal sanitario supone que el paciente no tiene la capacidad de comprender la terminología médica. Además no se toma en cuenta al paciente como el actor principal del proceso, sino como un insumo del mismo.

Se debe brindar información sobre el estado de salud ya sea al paciente o a sus familiares, en términos de manejo común, de fácil explicación que permitan al usuario su comprensión y asimilación, toda vez que el tema tratado es su salud.

Para trabajar en esta situación se puede realizar charlas y capacitación al personal para mejorar la comunicación y relación con el paciente.

Otro aspecto a considerar tiene más un enfoque de la relación con el paciente, pues es mejor informar de lo que se está haciendo y el tiempo aproximado que tomará dicha ejecución, así aunque la persona deba esperar ya tiene un límite para referirse; ya que no tener información hace que el usuario tenga en mente

que no va a ser atendido, no importa si la actividad que se está realizando tiene que ver con su atención, sino es informado al respecto, no se le puede pedir que asuma como verdadero.

Para solventar esta problemática, es importante partir del parámetro técnico que implica fijar estándares para los tiempos de atención y la realización de un triaje o clasificación de usuarios priorizando los criterios para su atención.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS RESPUESTAS CORRESPONDIENTES A LAS CONDICIONES DE CONFORT DEL SUH CAM OCTUBRE 2007

| CONDICIONES | MALA | | REGULAR | | BUENA | | MUY BUENA | | EXCELENTE | | NO RESPONDE | | TOTAL |
|------------------|------|-----|---------|------|-------|------|-----------|------|-----------|-----|-------------|-----|-------|
| | # | % | # | % | # | % | # | % | # | % | # | % | |
| Área ventilada | 102 | 14 | 288 | 39,3 | 293 | 40 | 39 | 5,3 | 5 | 0,7 | 5 | 0,7 | 732 |
| Área iluminada | 10 | 1,3 | 112 | 15,3 | 566 | 77,3 | 39 | 5,3 | 0 | 0 | 5 | 0,7 | 732 |
| Limpieza general | 10 | 1,3 | 112 | 15,3 | 405 | 55,3 | 185 | 25,3 | 20 | 2,7 | 0 | 0 | 732 |

Tabla No. 10

Fuente: Encuesta realizada.

Realizado por: Aída Coloma M.

Por otra parte, las condiciones de confort del servicio en esta tabla, fue evaluada por los participantes de la siguiente manera:

Ventilación.- El 53,2% considera como regular o mala, esto es razonable si se considera la saturación del servicio.

Iluminación.- El 77,3% lo considera buena.

Limpieza.- El 80,6% considerada buena o muy buena.

Se puede observar que la principal debilidad del área física del SU es la ventilación, ya que en cuanto a iluminación y limpieza el usuario presenta mayor satisfacción, por esta razón es importante realizar un análisis de la distribución de la planta física y sus requerimientos.

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS RESPUESTAS CORRESPONDIENTES A
CONDICIONES RELACIONADAS CON EL CONFORT (OTROS ASPECTOS) DE LOS
PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIA. HCAM.
OCTUBRE 2007.**

| CONDICIONES REFERIDAS | SI | SI | NO | NO | TOTAL |
|---|-----|------|-----|------|-------|
| | # | % | # | % | |
| Ruidos | 351 | 48 | 381 | 52 | 732 |
| Alborotos | 225 | 30,7 | 507 | 69,3 | 732 |
| Fácil ingreso | 527 | 72 | 205 | 28 | 732 |
| Intimidad y comodidad adecuados. | 254 | 34,7 | 478 | 65,3 | 732 |
| Comodidad en la sala de espera para la atención en consultorios | 307 | 42 | 425 | 58 | 732 |
| Baños en buen estado y cantidad suficiente. | 176 | 24 | 425 | 76 | 732 |
| Existen letreros de señales de fácil identificación. | 415 | 56,7 | 317 | 43,3 | 732 |

Tabla No. 11

Fuente: Encuesta realizada.

Realizado por: Aída Coloma M.

Al evaluar otras condiciones físicas del servicio la tabla refiere que:

El 52% de los usuarios consideran que no existen ruidos.

El 69,3 % que no hay alborotos.

El 72% responden que hay fácil ingreso.

De acuerdo con la apreciación de los usuarios las condiciones para brindar una adecuada atención son relativamente apropiadas. Es necesario recalcar y considerar que aunque el usuario asume que el área física este bien, no necesariamente cumpla con estándares de atención de urgencias, para lo cual es mejor realizar un análisis de espacios físicos con un experto en el tema.

En cuanto a la privacidad y la existencia de baños, un alto porcentaje considera que no satisface el requerimiento de los usuarios, ya que como se ha evidenciado anteriormente el diseño del área física no aporta para cumplir este objetivo.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS RESPUESTAS CORRESPONDIENTES AL TIEMPO DE ESPERA PARA RECIBIR ATENCIÓN

| Tiempo de espera en el SU | A | | B | | C | | D | | E | | F | | TOTAL |
|---|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-------|
| | # | % | # | % | # | % | # | % | # | % | # | % | |
| Tiempo de espera para obtener un turno | 430 | 58,7 | 102 | 14 | 59 | 8 | 24 | 3,3 | 9 | 1,3 | 108 | 14,7 | 732 |
| Tiempo de espera para ser atendido por el médico | 215 | 29,3 | 210 | 28,7 | 112 | 15,3 | 118 | 16,1 | 68 | 9,3 | 9 | 1,3 | 732 |
| Tiempo de espera para exámenes varios | 59 | 8 | 68 | 9,3 | 88 | 12 | 166 | 22,7 | 254 | 34,7 | 97 | 13,3 | 732 |
| Tiempo de espera para recibir atención de enfermería. | 517 | 70,7 | 68 | 9,3 | 34 | 4,7 | 68 | 9,3 | 15 | 2 | 30 | 4 | 732 |

Tabla No. 12

Fuente: Encuesta realizada.

Realizado por: Aída Coloma M.

A: 10 Minutos

B: 30 Minutos

C: 60 Minutos

D: 2 Horas

E: Mas de 2 horas

F: No responde

LEYENDA

Al analizar los tiempos de espera para recibir la atención en el SUHCAM, se observa que el 58,7 % solo esperó 10 minutos para recibir su turno, que el 29,3% esperó menos de 30 minutos para ser atendido por el médico y 70,7% esperó 10 minutos para recibir atención de enfermería.

En general es fácil observar que los tiempos de espera no son muy prolongados en la etapa inicial de su atención, pero existe un dato importante 34.7% de los usuarios refieren haber esperado 2 horas y más, este dato tiene relación con la espera del paciente que requiere exámenes y/o estudios de Rx y complementarios para definir un diagnóstico; representa la tercera parte de la muestra. Como se mencionó anteriormente, tal vez la falta de información sobre cuanto durará el proceso hace que la percepción del usuario sea como de mayor demora. Es importante analizar los procesos y los tiempos de las actividades para realizar protocolos de atención.

También el 10,6% que espera 2 horas y más está en el grupo de pacientes que esperan valoración de médicos residentes. En consecuencia el 45,3% de los usuarios esperan más de dos horas y los cuellos de botella identificados son exámenes de laboratorio, otros estudios diagnósticos y valoración de médicos residentes.

Trabajar sobre estas variables implica revisar el proceso general, pues en relación a los exámenes el Laboratorio y Rx que son servicios de apoyo, del cual también depende la atención oportuna, hay que verificar en que parte del proceso se generan los largos períodos de espera no justificados.

Por otra parte la espera para valoración de los médicos residentes, especialmente en los turnos de la tarde y noche puede deberse a la falta de médicos tratantes que satisfagan la demanda; o que los médicos residentes por las jornadas extenuantes que realizan no tienen buen rendimiento durante todo su tiempo de permanencia en el turno, ya que a parte de cumplir con sus horas de residencia, también lo hacen con sus horas de clases y prácticas en diferentes pisos. Causales que deben ser estudiadas por las autoridades del centro, a fin de disminuir los tiempos de espera y de racionalizar los recursos humanos de este grupo y sus horarios de trabajo.

En este caso se debería analizar los turnos de trabajo y reasignar funciones, para mejorar la organización y distribución del personal, con horarios que permitan un

permanente rendimiento y desempeño satisfactorios, tanto para el personal como para los usuarios de los servicios y brindar la atención requerida en el menor tiempo posible.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS RESPUESTAS CORRESPONDIENTES AL TRATO BRINDADO POR EL PERSONAL DEL SERVICIO. HCAM OCTUBRE 2007

| ATENCIÓN E INFORMACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL | A | | B | | C | | D | | E | | F | | TOTAL |
|---|-----|------|----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-------|
| | # * | % | # | % | # | % | # | % | # | % | # | % | |
| Recibió un trato amable y cortés | 123 | 16,8 | 97 | 13,3 | 122 | 16,6 | 196 | 26,8 | 194 | 26,5 | 0 | 0 | 732 |
| Recibió orientación sobre la utilización del SU. | 15 | 2 | 10 | 1,33 | 10 | 1,33 | 63 | 8,67 | 10 | 1,33 | 624 | 85,3 | 732 |
| Cuando fue dado de alta, le dieron indicaciones | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 141 | 19,3 | 141 | 19,3 | 450 | 61,3 | 732 |
| Considera que el personal que atiende es suficiente | 77 | 10,7 | 83 | 11,3 | 39 | 5,33 | 313 | 42,7 | 39 | 5,33 | 181 | 24,7 | 732 |

Tabla No. 13

Fuente: Encuesta realizada.

Realizado por: Aída Coloma M.

Nota.- El #* representa el número de usuarios

A: CAMILLEROS

D: ENFERMERAS.

B: RECEPCIONISTA

E: MÉDICOS

C: AUXILIARES

F: NO RESPONDE

LEYENDA

En relación al trato amable y cortés del personal las respuestas fueron: El trato de médicos y enfermeras fue catalogado como el mejor recibido, 26,5 y 26,8% respectivamente; seguido del 16,8% de atención amable por los camilleros y el peor el brindado por la recepcionista.

Estos datos dan la pauta de que no existe una cultura de la amabilidad y el buen trato encaminada a dar una atención con calidez, en la que el paciente manifieste altos niveles de satisfacción por la atención de todo el personal que lo asistió. Es importante que se realicen talleres sobre atención al usuario dirigido a todos los niveles organizacionales.

En cuanto a la orientación recibida sobre la utilización del servicio de urgencias los resultados indican: que el 85,3% no responde a esta interrogante. Es posible que este número mayoritario de usuarios no recibiera ninguna orientación al respecto, que exista desconocimiento del paciente o que estas actividades no se realizan en el proceso de la atención.

La pregunta relaciona a la información recibida cuando fue dado de alta, solo el 19,3% responde que lo hizo el médico y otro 19,3% la enfermera. El 61,3% no responde. Este es un dato de mucha importancia ya que una buena y oportuna información al respecto de su alta, aseguraría una mejor y más rápida recuperación, así como la gratitud y confianza del paciente en los profesionales que lo atendieron.

Como se puede ver el manejo de la información a nivel del SU no es adecuado y los profesionales no mantienen canales de comunicación abiertos con el usuario, es necesario fortalecer formas y tipos de información en ambas vías.

Al preguntarles a los participantes sobre su consideración en relación a la suficiencia de personal el 42,7% de los usuarios opinan que el personal de enfermeras es suficiente, no así de los médicos que alcanzan un 5,33% de su criterio como suficientes; pero el 24,7% no respondió a la interrogante.

Podría considerarse que los encuestados no poseen elementos de juicio suficientes para opinar al respecto, pero consideran que deberían aumentarse médicos tratantes pues ven la demora en la atención con desagrado y la insatisfacción de no alcanzar sus expectativas.

Además si se considera la saturación del servicio, debería analizarse las causas que lo provocan, entre ellas la dificultad de ingresar a los servicios de hospitalización por falta de camas, lo que demanda de más días de estadía de los pacientes en urgencias y no justificaría el aumento del personal médico; caso contrario solamente se producirá mas congestión en el servicio, tomando en cuenta el espacio reducido en el que se labora; esto no solventará el problema propuesto. Por otra parte se deberían reducir las atenciones no emergentes mediante la promoción del uso adecuado del servicio o el sistema de triaje.

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS RESPUESTAS
CORRESPONDIENTES A LA CALIFICACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE
ATENDIERON A LOS PARTICIPANTES. H CAM
OCTUBRE 2007**

| Calificación médica | Número | Por ciento |
|---------------------|------------|------------|
| Médico tratante | 321 | 42,62 |
| Médico residente | 411 | 57,38 |
| Total | 732 | 100 |

Tabla No.14
Fuente: Encuesta realizada.
Realizado por: Aída Coloma M.



Gráfico No. 7
Fuente: Encuesta realizada.
Realizado por: Aída Coloma M.

Referido a la calificación de los profesionales que atienden a los pacientes en el SU, la Tabla N° 14, Gráfico N° 7, registra que el 57,38% de las atenciones son brindadas por residentes, que son profesionales en fases de especialización, explicable por la condición de Hospital Docente de este centro y que cubren los turnos completos. Más del 50% de este personal asume la responsabilidad de los servicios médicos al usuario. En este caso se debe recalcar el tema de no sobrecargar al personal con turnos extenuantes.

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS RESPUESTAS
CORRESPONDIENTES A SATISFACCIÓN SOBRE LA ATENCIÓN RECIBIDA**

| NIVELES | Encuestados | Por ciento |
|----------------------------|-------------|------------|
| Satisfactoria | 322 | 44,00 |
| Medianamente satisfactoria | 327 | 44,67 |
| Insatisfactoria | 83 | 11,33 |
| Total | 732 | 100 |

Tabla No. 15
Fuente: Encuesta realizada.
Realizado por: Aída Coloma M.

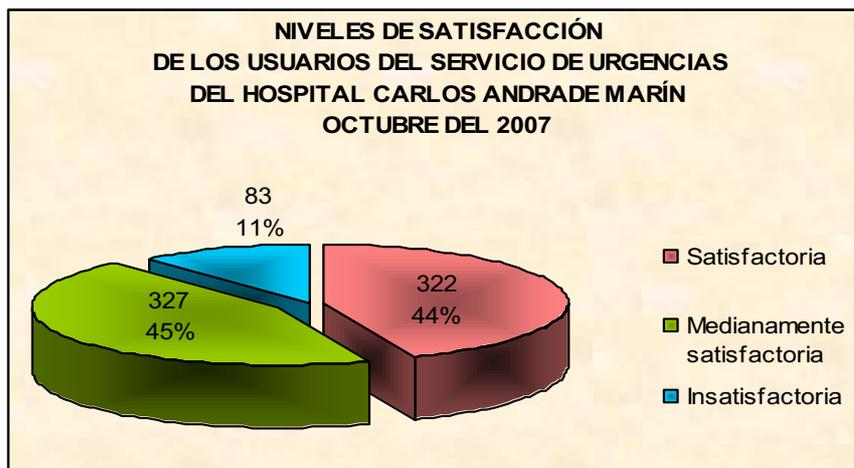


Gráfico No. 8
Fuente: Encuesta realizada.
Realizado por: Aída Coloma M.

Al solicitar a los encuestados marque el casillero correspondiente a los niveles de satisfacción percibidos durante la atención en el SU, en la Tabla No. 15 y Gráfico No. 8, las respuestas demuestran que:

El 44% lo percibe como satisfactoria.

El 45% responden medianamente satisfactoria.

El 11% de insatisfactoria.

Estos resultados ratifican lo indicado en los ítems anteriores, en donde la mayoría de las respuestas tienen una calificación de buena, en esta pregunta el 44% de los usuarios considera que el servicio es satisfactorio, pero el 56% restante lo califican como medianamente satisfactorio o insatisfactorio.

Relacionando las preguntas anteriores podemos definir que los factores que brindan satisfacción al usuario tienen relación con atención rápida y eficiente, la amabilidad y cordialidad de la atención por parte del personal técnico, la organización del servicio, y los aspectos de confort que brinda el servicio.

La insatisfacción por su parte está ligada a la falta de medicación e insumos médicos, a los largos periodos de espera, a la falta de información, a mejorar el trato a los pacientes por parte del personal administrativo, a mejorar las condiciones de privacidad y a brindar elementos de comodidad a los acompañantes de los pacientes del servicio de urgencias, que por su estado de salud y falta de personal de apoyo deben quedarse para ayudarlos en la atención.

La Dirección del HCAM³⁵, tenía previsto alcanzar un índice de satisfacción de 60% hasta finales del 2008, meta que no se ha logrado, como podemos verificar en los resultados de esta investigación.

Después de este análisis y del contexto general de las respuestas, se puede concluir que los usuarios del SUHCAM se encuentran medianamente satisfechos

³⁵ EL RUMBO. IESS. Seguro General de Salud Individual y Familiar. Inversión en salud. Revista interna Julio 2004. N°. Pag. 20.

con la atención brindada. Para mejorar la calidad de los servicios de salud y alcanzar niveles más altos de satisfacción es imprescindible desarrollar un Programa de Gestión de Calidad.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS RESPUESTAS CORRESPONDIENTES A LAS SUGERENCIAS Y EXPECTATIVAS DE LOS ENCUESTADOS

| ASPECTOS MAS RELEVANTES SUGERIDOS POR LOS ENCUESTADOS | % | Prioridad |
|---|----------|------------------|
| 1. Espacio físico más amplio, con mejores condiciones. | 29,3 | 1 |
| 2. Más amabilidad y mejor trato a pacientes y familiares | 21,3 | 2 |
| 3. Que haya medicación y recursos suficientes para la atención de los pacientes | 20,7 | 3 |
| 4. Atender más rápido | 18,7 | 4 |
| 5. Mejorar los equipos y los rayos X | 18,5 | 5 |
| 6. Que haya más personal en especial doctores | 12 | 6 |
| 7. Falta que el personal informe, y se comunique con el paciente y familiares | 9,3 | 7 |
| 8. Readequación del área de urgencias, es incómodo y no hay privacidad. | 8,7 | 8 |
| 9. Mejorar la atención al paciente, algunos médicos son groseros, o están cansados. | 8 | 9 |
| 10. Más consultorios con profesionales más humanos. | 6,7 | 10 |
| 11. Muchos pacientes, pocos médicos | 6,7 | 10 |
| 12. Espera larga, por exámenes y por falta de recursos, hay que esperar que bajen los residentes. | 6 | 11 |
| 13. Que hayan más Camillas | 6 | 12 |

Tabla No. 16

Fuente: Encuesta realizada.

Realizado por: Aída Coloma M.

Con respecto al ítem N° 8 de sugerencias, los usuarios del SU opinaron sobre los aspectos más relevantes y las expectativas que según su percepción se presentan en la tabla y se resumen en los siguientes aspectos:

Área física.- la tabla indica que la principal inquietud manifestada por un 29.3% de los usuarios encuestados es ampliar el espacio físico; el 8.7% coincide también en que debe haber una readequación del área de urgencias. Un 6.7%

hacen referencia a la congestión de pacientes en este servicio que genera desorganización.

Trato de los profesionales del área al paciente: ocupa un segundo lugar, el 21.3% de los encuestados manifiesta que debe existir mejor trato y más amabilidad a los pacientes y familiares, de parte de todo el personal.

Falta de medicación: es un aspecto de interés del usuario y que está en tercer lugar con un 20.7% de los encuestados, quienes piden que haya medicación suficiente acorde al pedido o receta enviada.

Atención más rápida y eficiente: el 18.7 % espera que haya una atención más rápida y eficiente, que se descongestione el servicio mediante transferencias oportunas de los pacientes que ameritan atención hospitalaria.

Recurso humano: el 12% manifiestan la necesidad de que haya más personal, en especial doctores, para que mejore la atención y sea más rápida y eficiente, y el 4% cree que debe haber más especialistas en este servicio.

Sistemas de información y comunicación: el 9.3 % hacen referencia a la falta de información al paciente y familiares sobre su situación de salud y tratamiento, así como también la falta de comunicación y coordinación entre profesionales con otras áreas en caso de transferencias.

Atención que recibe el usuario: el 8% de los encuestados refieren que debe mejorar la atención y los cuidados a los pacientes, así como un 3.3% desea un trato más humano y personalizado; un 2% que se realicen mejores chequeos médicos dando prioridad a los casos de emergencia.

Puestos de trabajo: llama la atención que el 4% de los encuestados manifiesten que los profesionales deben estar en sus puestos de trabajo. Para el usuario es causa de insatisfacción no contar con atención oportuna.

En otra sugerencia que es importante considerarla, piden que los médicos dediquen tiempo suficiente para la atención así como evitar la atención de los pacientes en los corredores.

Tiempo de espera se indica que los exámenes y otros procedimientos diagnósticos deben agilizarse y hacerse en el mismo hospital, ya que en muchas ocasiones los pacientes se complican por tener que salir a realizarse en otros centros hospitalarios, ya sea por falta de tecnología y recursos o por no disponer del mismo en el hospital.

Otros recursos: Un 6% de los encuestados opinan que deben haber más camillas para la atención y movilización de los pacientes e inclusive algunos opinan que debe permitirse la compañía de un familiar y que este también debe tener comodidad para ayudarlo ya que el personal no es suficiente.

Como se puede evidenciar las expectativas y sugerencias de los usuarios están íntimamente ligadas a los factores que le están generando insatisfacción, por lo que anhelan su mejoría y proponen alternativas para su aplicación. Esto refleja la importancia de la opinión de los usuarios en el camino a lograr la satisfacción.

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

La presentación de este estudio destaca la importancia que tiene “la satisfacción del usuario” como un aspecto de relevancia en la gestión de calidad en la atención de los servicios de urgencias de centros hospitalarios.

Con base a esta premisa se analizó los niveles de satisfacción y los factores considerados por los usuarios del SUHCAM como insatisfactorios, en la atención médica recibida. Los resultados obtenidos conducen a las siguientes conclusiones:

NIVEL DE SATISFACCION

- El 44% de los usuarios del Servicio de Urgencias del Hospital Carlos Andrade Marín lo percibe como satisfactoria, el 45% se encuentra medianamente satisfecho y el 11% esta insatisfecho, por lo que se concluye que el nivel de satisfacción de los pacientes están por debajo de la media, lo que refleja que no se alcanzan parámetros de satisfacción determinados por estándares internacionales de salud social.

Es importante detectar los factores que influyen en la insatisfacción de los usuarios del SUHCAM, para poder analizarlos y tomar las debidas acciones correctivas enmarcadas en lineamientos estratégicos que brinden opciones de cambio y mejora continua, encaminando a la organización al éxito y la calidad total.

FACTORES DE INSATISFACCION

AREA ADMINISTRATIVA

- Inadecuadas condiciones físicas del servicio de urgencias.- espacios estrechos que impiden la circulación del personal y transporte de pacientes, inadecuada ventilación, escasez de servicios higiénicos.

- Falta de privacidad y de confort en los cubículos de atención a pacientes.- congestión de camillas en espacios comunes y corredores.
- Escasez de medicación para cubrir requerimientos médicos de los pacientes.- falta de insumos para satisfacer la demanda solicitada por los afiliados.

AREA OPERATIVA

- Trato impersonal y displicente del personal administrativo para el paciente y sus familiares.- no hay una relación cordial con los usuarios, en especial el área de recepción.
- Tiempos de espera prolongados para recibir valoración médica.- períodos de espera extensos hasta recibir atención del médico residente.
- Tiempos de espera prolongados para atención en Laboratorio y Rayos X.- esperas por aglomeración en el laboratorio, inadecuada toma de muestras, falta de insumos.
- Falta de información sobre el diagnóstico, atención y tratamiento que recibe el paciente.- no hay una comunicación abierta de los profesionales con el paciente, ni con su familia quienes desconocen los detalles de su diagnóstico y tratamiento.

ATENCION AL USUARIO

- El uso inadecuado e indiscriminado del servicio de urgencias por parte de los pacientes provoca: congestión, atasco e incomodidad al paciente y al personal.- por su limitado conocimiento del funcionamiento del servicio, el usuario no discierne acerca de las prioridades de atención que brinda este servicio o hace uso inadecuado por comodidad propia.

Como conclusión final, se evidencia que la Institución carece de un Programa de Gestión de Calidad para el Servicio de Urgencias, que se traduzca en una atención eficiente, eficaz y efectiva, brindando satisfacción a los usuarios.

5.2. RECOMENDACIONES

El presente estudio no estaría completo si no existiese una convocatoria para mejorar la calidad en la atención de los servicios de urgencia, razón por la cual se proponen a continuación varias estrategias en las distintas áreas:

AREA ADMINISTRATIVA

- Gestionar a nivel gerencial la readecuación del área física, que permita descongestionar las áreas de acceso y los corredores, así como mejorar las condiciones físicas saludables como son: la ventilación, iluminación, confidencialidad y privacidad para mejorar la calidad de atención a los usuarios del servicio de urgencias.
- Establecer una política de manejo de insumos, que permita estandarizar y agilizar los procedimientos de adquisición, asignación y reposición de medicamentos para entrega al usuario. Capacitar en el tema al personal responsable.
- Sugerir la convocatoria a profesionales expertos en programas de calidad en la asistencia sanitaria, a fin de que se capacite y oriente al personal sobre la importancia de implementar estos programas basados en la opinión de los usuarios.

AREA OPERATIVA

- Realizar charlas y talleres que promuevan el trato cordial y de enfoque humanístico para el paciente y sus familiares, tanto con el personal como con el usuario.

- Realizar replanteamiento de funciones y tiempos para el personal de médicos residentes, evitando jornadas extenuantes.
- Aplicar procesos de control de calidad permanentes y estándares de tiempos de atención en las áreas de Laboratorio y Rayos X.
- Promover canales de comunicación con el paciente, que le permita conocer el proceso de atención al que será sometido.
- Incentivar al personal médico el desarrollo de una cultura de atención personalizada humana y cálida con el usuario y sus familiares.

ATENCION AL USUARIO

- Incrementar las estrategias de marketing informativo, para sensibilizar a los usuarios en el uso adecuado de los servicios que ofrece la institución.
- Generar material impreso, audiovisual y digital para educar al usuario en los diferentes aspectos detectados en la investigación.
- Promover la instalación de monitores en la sala de espera, para orientar al usuario sobre las prioridades en atención de urgencias médicas.

Como recomendación general y considerando todos los elementos detallados anteriormente se sugiere aplicar el **PROGRAMA DE GESTION DE CALIDAD PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS DE CENTROS HOSPITALARIOS**, diseñado en el Capítulo VI de esta investigación, con el objetivo de mejorar la satisfacción de los usuarios del HCAM y otras instituciones de características similares.

“El éxito de una organización depende de la capacidad de satisfacer las necesidades y atender las expectativas de los usuarios.”

ANEXOS

ANEXO A
SERVICIO DE URGENCIAS Y OBSERVACIÓN DEL HOSPITAL
CARLOS ANDRADE MARIN

MISION

El Servicio de Urgencias y Observación del Hospital Carlos Andrade Marín ofrece atención profesional, individual, integral, urgente, oportuna, continua y de calidad técnica científica; dirigida a la curación y tratamiento del usuario, a través de la capacitación del personal para lograr un desempeño inmediato y eficaz.

VISIÓN

El Servicio de Urgencias y Observación del Hospital Carlos Andrade Marín brinda una atención de especialidad, humanística, integral, de alta tecnología; oportuna y eficiente a los usuarios; posee la mayor infraestructura del país y es el centro para la atención inicial del paciente crítico, imponiendo liderazgo internacional con personal capacitado.³⁶

³⁶ Manual Administrativo del Servicio de Urgencias del Hospital Carlos Andrade Marín

ANEXO B

ESCUELA POLITÉCNICA NACIONAL

**ESCUELA DE POSGRADO EN CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRIA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN DE LA ENTREVISTA

Criterios del personal de urgencias del hospital Carlos Andrade Marín sobre la administración y organización del servicio relacionados con la satisfacción del usuario.

Quito, 10 de enero del 2007

Señora Doctora
Ana Llanos V.
Presente

De mi consideración:

Con un cordial saludo me dirijo a usted, para solicitarle que con sus vastos conocimientos y capacidad profesional, patrocine y valide el instrumento que aplicaré al personal del Servicio de Urgencias del Hospital Carlos Andrade Marín, para la fase del estudio diagnóstico de la situación- problemas de gestión frente a la satisfacción de los usuarios.

Adjunto a la presente el instrumento, con el cual se fundamente la investigación de campo y que consiste en una entrevista estructurada, con preguntas relacionadas con el tema a investigarse y determinar si este es o no de interés para la organización.

Segura de contar con su valiosa colaboración, me suscribo.

Atentamente,

Aída Coloma M.

ANEXO C

CRITERIOS DEL PERSONAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HCAM SOBRE ASPECTOS DE LA ADMINISTRACIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE RELACIONADOS CON LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Objetivo:

Determinar la importancia de incorporar en el Plan Estratégico del Servicio de Urgencias, el estudio de los niveles de satisfacción de los usuarios y cuáles son los factores que influyen en la misma.

Instrucciones

Esta es una entrevista anónima, con el objeto de tener su opinión sobre los aspectos administrativos y de organización del servicio y como influyen en la calidad de los servicios al usuario. Por lo que solicitamos conteste con sinceridad las preguntas que a continuación las hacemos, ya que esto ayudará a diseñar un programa de mejoramiento de la calidad en el proceso de atención.

| No. | Personal | Total Entrevistados | | | | Total Porcentajes | | | |
|-----|--|---------------------|----|-----------|----|-------------------|-----|-----------|------|
| | Preguntas | Si | No | Desconoce | T | Si | No | Desconoce | T |
| 1 | ¿Conoce si en el Servicio de Urgencias del Hospital Carlos Andrade Marín, existe un plan estratégico que contemple la evaluación de satisfacción del usuario en el proceso de atención recibida? | 2 | 9 | 6 | 17 | 12% | 53% | 35% | 100% |
| 2 | ¿Sabe si se han realizado encuestas sobre satisfacción de los servicios al usuario de urgencias? | 6 | 8 | 3 | 17 | 35% | 47% | 18% | 100% |
| 3 | Los encuestadores, han presentado resultados. | 0 | 12 | 5 | 17 | 0% | 71% | 29% | 100% |
| 4 | ¿Usted cree que se debería realizar un estudio sobre la opinión de los usuarios de urgencias? | 14 | 3 | 0 | 17 | 82% | 18% | 0% | 100% |

| No. | Personal | Total Entrevistados | | | | Total Porcentajes | | | |
|-----|---|---------------------|----|-----------|----|-------------------|-----|-----------|------|
| | Preguntas | Si | No | Desconoce | T | Si | No | Desconoce | T |
| 5 | ¿Usted cree que los pacientes utilizan de de manera adecuada los servicios de urgencias? | 5 | 11 | 0 | 17 | 29% | 65% | 0% | 100% |
| 6 | ¿Conoce la Misión y Visión del servicio? | 3 | 9 | 5 | 17 | 18% | 53% | 29% | 100% |
| 7 | ¿La atención al usuario cumple con los objetivos de la misión y visión de la institución? | 6 | 7 | 4 | 17 | 35% | 41% | 24% | 100% |
| 8 | ¿La organización del servicio satisface las demandas del afiliado? | 7 | 9 | 1 | 17 | 41% | 53% | 6% | 100% |
| 9 | ¿Ha recibido charlas o capacitación de la institución sobre la satisfacción del usuario, y/o calidad de atención? | 0 | 14 | 3 | 17 | 0% | 82% | 18% | 100% |
| 10 | ¿Las gerencias, subgerencias, coordinaciones y demás autoridades; han demostrado interés en evaluar la calidad de atención que recibe el usuario? | 6 | 11 | 0 | 17 | 35% | 65% | 0% | 100% |
| 11 | ¿El área física cumple con características de confort, privacidad, e ingreso fácil? | 3 | 14 | 0 | 17 | 18% | 82% | 0% | 100% |
| 12 | ¿En su opinión hay largos periodos de espera para que el usuario reciba atención? | 5 | 8 | 4 | 17 | 29% | 47% | 24% | 100% |
| 13 | ¿Existen normas o procedimientos que faciliten la evacuación de los pacientes a las especialidades de hospitalización? | 0 | 8 | 9 | 17 | 0% | 47% | 53% | 100% |
| 14 | ¿Hay coordinación con los jefes de servicio para agilizar las trasferencias y/o valoración de especialidad? | 5 | 7 | 5 | 17 | 29% | 41% | 29% | 100% |

| No. | Personal | Total Entrevistados | | | | Total Porcentajes | | | |
|-----|--|---------------------|------------|-----------|------------|-------------------|-----|-----------|------|
| | Preguntas | Si | No | Desconoce | T | Si | No | Desconoce | T |
| 15 | ¿El usuario ha manifestado satisfacción por el servicio recibido? | 4 | 10 | 3 | 17 | 24% | 59 | 18% | 100% |
| 16 | ¿El triaje de pacientes esta a cargo de personal capacitado? | 5 | 8 | 3 | 17 | 29% | 47% | 18% | 100% |
| 17 | ¿El paciente en urgencias es atendido en forma inmediata y con respeto? | 8 | 9 | 0 | 17 | 47% | 53% | 0% | 100% |
| 18 | ¿A su criterio existen suficientes recursos y medicamentos para la atención del usuario? | 5 | 8 | 4 | 17 | 29% | 47% | 24% | 100% |
| 19 | ¿El usuario recibe información y comunicación oportuna sobre su diagnóstico, exámenes complementarios y tratamiento? | 5 | 10 | 2 | 17 | 29% | 59% | 12% | 100% |
| 20 | ¿UD. Cree que el usuario es atendido en forma cortés, amable y con calidez? | 6 | 11 | 0 | 17 | 35% | 65% | 0% | 100% |
| | TOTALES | 93 | 192 | 53 | 340 | | | | |

Los datos obtenidos evidencian la necesidad de realizar estudios de satisfacción El 82% de los encuestados así lo manifiestan. En general existe desconociendo del plan estratégico y de cual es la misión y visión.

El 82% manifiesta que el área física no cumple con las condiciones adecuadas.

El 65% manifiesta que el usuario no utiliza de manera adecuada el servicio 65% manifiesta que el paciente no recibe buen trato. 59 % no recibe información ni comunicación oportunas. 59 % no manifiesta satisfacción. 53% no recibe atención inmediata.

La organización no satisface las demandas del afiliado, falta coordinación y el personal no recibe capacitación.

Estos elementos dan un diagnóstico acorde con los problemas administrativos percibidos en la teoría y que justifican la puesta en marcha de una investigación centrada en la satisfacción percibida por el usuario y que a la vez permita identificar cuáles son sus expectativas, para elaborar el programa propuesto.

Quito, 10 de enero del 2007

ANEXO D

ESCUELA POLITÉCNICA NACIONAL

**ESCUELA DE POSGRADO EN CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRIA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

**INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN
PARA LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL
CARLOS ANDRADE MARÍN**

Quito, 3 junio del 2007

Señor Doctor
Patricio Nieto M.
Presente

De mi consideración:

Muy comedidamente me dirijo a usted, para solicitarle su valiosa e importante colaboración en la validación del instrumento a utilizarse en la recolección de la información sobre: LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES QUE RECIBEN ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN.

Agradeceré a usted seguir las instrucciones señaladas en la página siguiente y a la que adjunto instrumento que permitirá recopilar la información.

Segura de contar con su beneficiosa ayuda, me suscribo.

Atentamente,

Aída Coloma M.

ANEXO E

INSTRUCTIVO PARA VALIDACIÓN DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN EL PROCESO DE ATENCIÓN RECIBIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN

1. Lea cuidadosamente el cuestionario de opinión.
2. Valore la pertinencia entre los diferentes componentes: problema, y objetivos con los ítems del instrumento.
3. Establezca la calidad técnica de cada pregunta con sus respectivos ítems, y la adecuación de cada uno de ellos al nivel cultural, social y educativo de la población a la que va dirigida el instrumento.
4. Registre las observaciones en el espacio correspondiente.
5. Realice la misma actividad para cada uno de las preguntas, utilizando las siguientes categorías:

A. Correspondencia de las preguntas del instrumento con el objetivo de la entrevista

Marque en la casilla correspondiente:

Pertenencia = P

No Pertenencia = NP

En caso de marcar NP justifique su opinión en el espacio de observaciones.

B. Calidad técnica y representatividad:

Marque en la casilla correspondiente:

Óptima = O

Buena = B

Regular = R

Deficiente = D

En caso de marcar R o D justifique su opinión en el espacio de observaciones.

C. Lenguaje:

Marque en la casilla correspondiente:

Adecuado = A

Inadecuado = I

En caso de marcar I, justifique en observaciones.

ANEXO F

FORMULARIO PARA LA VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HCAM

(A) Correspondencia de las preguntas del instrumento con el OBJETIVO DE LA ENTREVISTA para la etapa diagnóstica

P = Pertenencia

NP = No pertenencia

(B) Calidad técnica y representatividad

O = Óptima

B = Buena

R = Regular

D = Deficiente

(C) Lenguaje

A = Adecuado

I = Inadecuado

| Preguntas | ITEM | A | B | C | OBSERVACIONES |
|-----------|------|---|---|---|---------------|
| 1 | 1 | | | | |
| 2 | | | | | |
| | 1 | | | | |
| | 2 | | | | |
| 3 | | | | | |
| | 1 | | | | |
| | 2 | | | | |
| | 3 | | | | |
| | 4 | | | | |
| | 5 | | | | |
| | 6 | | | | |
| | 7 | | | | |
| | 8 | | | | |
| | 9 | | | | |
| 4 | | | | | |
| 4.1 | | | | | |
| | 1 | | | | |
| | 2 | | | | |
| | 3 | | | | |
| | 4 | | | | |
| | 5 | | | | |
| | 6 | | | | |
| | 7 | | | | |

ANEXO F

(A) Correspondencia de las preguntas del instrumento con el OBJETIVO DE LA ENTREVISTA para la etapa diagnóstica

P = Pertenencia

NP = No pertenencia

(B) Calidad técnica y representatividad

O = Óptima

B = Buena

R = Regular

D = Deficiente

(C) Lenguaje

A = Adecuado

I = Inadecuado

| Preguntas | ITEM | A | B | C | OBSERVACIONES |
|-----------|------|---|---|---|---------------|
| 4.2 | | | | | |
| | 1 | | | | |
| | 2 | | | | |
| | 3 | | | | |
| | 4 | | | | |
| 4.3 | 5 | | | | |
| | 1 | | | | |
| | 2 | | | | |
| | 3 | | | | |
| | 4.4 | | | | |
| 4.4 | 1 | | | | |
| | 2 | | | | |
| | 3 | | | | |
| | 4 | | | | |
| | 5 | | | | |
| | 6 | | | | |
| | 7 | | | | |
| 4.5 | | | | | |
| | 1 | | | | |
| | 2 | | | | |
| | 3 | | | | |
| | 4 | | | | |

ANEXO F

A) Correspondencia de las preguntas del instrumento con el OBJETIVO DE LA ENTREVISTA para la etapa diagnóstica

P = Pertenencia

NP = No pertenencia

(B) Calidad técnica y representatividad

O = Óptima

B = Buena

R = Regular

D = Deficiente

(C) Lenguaje

A = Adecuado

I = Inadecuado

| Preguntas | ITEM | A | B | C | OBSERVACIONES |
|-----------|------|---|---|---|---------------|
| 4.6 | | | | | |
| | 1 | | | | |
| | 2 | | | | |
| | 3 | | | | |
| | 4 | | | | |
| 5 | | | | | |
| | 1 | | | | |
| | 2 | | | | |
| 6 | | | | | |
| | 1 | | | | |
| | 2 | | | | |
| | 3 | | | | |
| 7 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Profesional Validador

CI

Quito 3 de junio del 2007

ANEXO G

HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN

Servicio de Urgencias

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA LOS PACIENTES

Fecha _____

Código _____

Esta es una encuesta anónima cuyo objetivo es mejorar la calidad de atención que Ud. recibe en el Servicio de Urgencias; por lo que solicitamos su colaboración, contestando con sinceridad las siguientes preguntas:

| |
|---|
| 1 Datos generales del encuestado |
|---|

El encuestado es: Usuario Acompañante **Edad** _____

Sexo: Masculino Femenino **Tipo de afiliado:** Activo Jubilado

Grado de instrucción:

Analfabeto Primaria Secundaria Superior Otras _____

A continuación le pedimos leer una serie de aspectos que representan la atención que Ud. ha recibido en el Servicio de Urgencias del Hospital "CAM". Por favor califique cada uno de ellos según su opinión.

| |
|---|
| 2 En caso de una emergencia y en su condición de afiliado al IESS usted acude primero: |
|---|

- | | |
|--|--|
| a. Al Centro de Salud o Dispensarios del IESS | |
| b. Servicio de Urgencias del Hospital Carlos Andrade Marín | |

| |
|--|
| 3 En caso de que su respuesta fue, al servicio de Urgencias del "HCAM", por favor indique las razones de su decisión y que estén de acuerdo a lo que Ud. cree que satisfacen sus necesidades: |
|--|

- | | |
|---|--|
| a. Porque tiene profesionales especializados | |
| b. Porque posee mejores medios técnicos | |
| c. Porque tiene los medicamentos y materiales necesarios para dar una buena atención | |
| d. Por la rapidez y precisión en el diagnóstico | |
| e. Porque no obtuvo cita en un dispensario del IESS o en la consulta externa del Hospital | |
| f. Por transferencia al Hospital desde el Centro de Salud o desde provincia | |
| h. Por la gravedad del problema | |
| i. Por el horario de atención - abierto las veinticuatro horas del día | |
| k. Por desconocer la existencia de atención de emergencia en los Dispensarios del IESS | |

| |
|---|
| 4 ¿Cómo calificaría su estancia en el Servicio de Urgencias? |
|---|

| | | Malo | Regular | Bueno | M. bueno | Excelente |
|---|-----------|------|---------|-------|----------|-----------|
| 4.1 ATENCION EN GENERAL | | | | | | |
| a. Atención rápida y eficiente, de acuerdo a las necesidades | | | | | | |
| b. Amabilidad y cordialidad en el trato al paciente y sus familiares | | | | | | |
| c. Organización del servicio | | | | | | |
| d. Equipos , modernos y en cantidad suficiente | | | | | | |
| e. Alimentación | | | | | | |
| f. Disponibilidad de medicamentos para la atención | | | | | | |
| g. Si compara el servicio recibido en Urgencias de este hospital con otros servicios de urgencias de hospitales generales su opinión es | | | | | | |
| 4.2. ATENCION PERSONAL | | | | | | |
| a. Si usted tuvo dificultades durante la atención; los trabajadores del servicio lo escucharon y ayudaron a resolver sus inquietudes? | SI | | | | | NO |
| b. Los doctores que le atendieron, le explicaron en forma clara sobre su enfermedad a Ud o a su acompañante? | | | | | | |
| c. Su diagnóstico y tratamiento fueron oportunos | | | | | | |
| d. El personal sanitario se interesa por solucionar su problema | | | | | | |
| e. Se le brindo información oportuna sobre el tiempo aproximado de espera para obtener atención médica | | | | | | |

| 4.3. AMBIENTE | | Malo | Regular | Bueno | M. bueno | Excelente |
|--|--|------------|---------------|------------|------------|-----------|
| a. | Area ventilada | | | | | |
| b. | Area iluminada | | | | | |
| c. | Limpieza general | | | | | |
| 4.4. OTROS ASPECTOS | | SI | | | NO | |
| a. | Ruidos | | | | | |
| b. | Alborotos | | | | | |
| c. | Fácil ingreso | | | | | |
| d. | Intimidad y comodidad adecuados | | | | | |
| e. | Sala de espera para la atención en los consultorios: (cómoda) | | | | | |
| f. | Baños en buen estado y cantidad suficiente | | | | | |
| g. | Existen letreros y señales de fácil identificación | | | | | |
| 4.5. TIEMPO DE ESPERA | | 10 min. | 30 min. | 1 hora | 2 horas | Más |
| a. | Tiempo de espera para obtener un turno | | | | | |
| b. | Tiempo de espera para ser atendido por el médico | | | | | |
| c. | Tiempo de espera para exámenes varios | | | | | |
| d. | Tiempo de espera para recibir atención de una enfermera | | | | | |
| 4.6. ATENCION E INFORMACIÓN DEL PERSONAL | | Camilleros | Recepcionista | Auxiliares | Enfermeras | Médicos |
| a. | Recibió una atención amable y cortés. De quién? | | | | | |
| b. | Recibió orientación sobre la utilización adecuada del Servicio de Urgencias. De quién? | | | | | |
| c. | Cuando fue dado de alta le dieron indicaciones que ud. las entendió. Quién lo hizo? | | | | | |
| d. | Considera que el personal que atiende en este servicio es suficiente. Cuál? | | | | | |
| 5. La atención médica la recibió de: (señale el casillero correspondiente) | | | | | | |
| a. | Médico tratante | | | | | |
| b. | Médico residente | | | | | |
| 6. La atención recibida en este servicio fue: (señale el casillero de su opinión) | | | | | | |
| a. | Satisfactoria | | | | | |
| b. | Medianamente satisfactoria | | | | | |
| c. | Insatisfactoria | | | | | |
| 7. Desea hacer alguna sugerencia? | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Agradecemos mucho su colaboración.

ANEXO H

GUIA PARA LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA

Objetivo General

Recoger y procesar información básica sobre la satisfacción de los pacientes que recibieron atención en el Servicio de Urgencias del Hospital Carlos Andrade Marín y los elementos que influyen en la misma, para elaborar un programa de mejoramiento de la calidad asistencial

Características del cuestionario

- ❖ La recolección de información sobre la opinión de los usuarios que recibieron atención en el Servicio de Urgencias del Hospital Carlos Andrade Marín, se efectuará en el siguiente cuestionario, y lo llenarán los usuarios que se encuentren en capacidad de hacerlo, o el acompañante en caso de pacientes graves o con problemas siquiátricos.
- ❖ La participación del encuestador en la recolección de datos es:
 - Pasiva.- si el encuestado puede hacerlo solo y
 - Activa.- si el encuestado necesita ayuda
- ❖ La encuesta se aplicará a los usuarios que hayan recibido atención en la totalidad del proceso, tomando en cuenta los siguientes aspectos:
 - a) Si recibió atención en los consultorios.- La encuesta se aplicará al usuario que fue atendido y que recibió indicaciones y recetas, o si le dieron orden de ingreso a hospitalización (Obstetricia, Cirugía, Sala de Partos, etc.,)
 - b) Los Usuarios ingresados al servicio de Urgencias y que están recibiendo tratamiento y / o exámenes varios para determinar su diagnóstico.
 - c) Los usuarios que fueron transferidos al Servicio de Observación y que serán consultados sobre la atención que recibieron en Urgencias.
- ❖ El cuestionario se codificará de acuerdo al área en la que se aplique y será de la siguiente manera:

| CONSULTORIO | Nº | CODIGO |
|------------------------------|-------------------------------------|--------|
| Consultorio de Clínica | 1 | C 1 |
| Consultorio de Clínica | 2 | C 2 |
| Consultorio de Ginecología | 3 | C 3 |
| Consultorio de Traumatología | 4 | C 4 |
| Servicio de Urgencias | Pacientes internados en Urgencias | S U |
| Servicio de Observación | Pacientes transferidos de Urgencias | S O |

- ❖ El cuestionario se aplicará en los turnos de: mañana, tarde y noche.
- ❖ Las encuestas se aplicarán de lunes a domingo (en dos semanas), de acuerdo al siguiente cronograma.

| DE LUNES A VIERNES | | | |
|--|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| AREAS DE ACUERDO AL CÓDIGO | N° DE ENCUESTAS POR TURNO | | |
| | MAÑANA | TARDE | NOCHE |
| | Horario | Horario | Horario |
| | 8a.m. - 12.m. | 2p.m. – 6 p.m. | 8p.m. -10 p.m. |
| C 1 | 4 | 3 | 2 |
| C 2 | 4 | 3 | 2 |
| C 3 | 3 | 3 | 2 |
| C 4 | 2 | 2 | 2 |
| SU | 8 | 6 | 5 |
| SO | 2 | 2 | 2 |
| SUB TOTAL 1 | 23 | 19 | 15 |
| Total en la semana | 115 | 95 | 75 |
| SABADO | | | |
| C 1 | 3 | 2 | 2 |
| C 2 | 2 | 3 | 1 |
| C 3 | 2 | 2 | 1 |
| C 4 | 2 | 2 | 1 |
| SU | 6 | 5 | 4 |
| SO | 1 | 1 | 1 |
| SUB TOTAL 2 | 16 | 15 | 10 |
| DOMINGO | | | |
| C 1 | 3 | 2 | 2 |
| C 2 | 2 | 3 | 1 |
| C 3 | 2 | 2 | 1 |
| C 4 | 2 | 2 | 1 |
| SU | 5 | 5 | 4 |
| SO | 1 | 1 | 1 |
| SUB TOTAL 3 | 15 | 15 | 10 |
| TOTAL DE LUNES A VIERNES | 115 | 95 | 75 |
| TOTAL SABADO | 16 | 15 | 10 |
| TOTAL DOMINGO | 15 | 15 | 10 |
| TOTAL FINAL DE ENCUESTAS | 146 | 125 | 95 |
| ENCUESTAS REALIZADAS EN LA SEMANA | | | |
| MAÑANA | 146 | | |
| TARDE | 125 | | |
| NOCHE | 95 | | |
| TOTAL EN UNA SEMANA | 366 | | |
| TOTAL DE LAS DOS SEMANAS | 732 | | |

- ❖ Por último, los encuestadores realizarán una aplicación piloto de la encuesta a 60 pacientes en una semana.
- ❖ Una prueba preliminar de los instrumentos y procedimientos puede ser decisiva para evaluar su validez.
- ❖ Por las características físicas del servicio se diseñó un cronograma de aplicación así como la distribución de las encuestas en las distintas áreas de atención desde la admisión hasta su egreso y/o transferencia (consultorios, servicio de urgencias (pacientes que reciben atención en esta área), área de observación).

ASPECTOS A TOMARSE EN CUENTA DURANTE EL PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- La interacción entre encuestador y entrevistado es esencial para lograr el éxito de la operación.
- Los encuestadores -hombres y mujeres- deben saber comunicarse con facilidad con los entrevistados -hombres y mujeres
- Conocer las características culturales que pueden influir en sus respuestas y tener la capacidad de detectar los estereotipos que pueden dar lugar a prejuicios.
- Los encuestadores deben granjearse el respeto del entrevistado para obtener la información correcta.
- Los hombres deben ser extremadamente respetuosos, especialmente cuando entrevistan a mujeres.

Nota.- Todas las encuestas contestadas deberán entregarse al profesional auspiciante.

Dr. Rodrigo Barragán.

Subgerente del Servicio de Urgencias

Gracias por su colaboración.

ANEXO I

CAPACITACION PARA LOS ENCUESTADORES

Los días 15 y 16 de junio en el aula del Hospital Carlos Andrade Marín se llevó a cabo la capacitación de 30 encuestadores y dos supervisores: Dr. Rodrigo Barragán (Subgerente del servicio de Urgencias) y Aída Coloma (autora de la investigación). Por sugerencia del Subgerente, se seleccionó este grupo de personas para participar en la aplicación de la encuesta de satisfacción a los pacientes que reciben atención en el SUHCAM.

La encuesta es la herramienta de la evaluación de los niveles de satisfacción de los usuarios del SUHCAM y las causas que influyen en la misma de acuerdo a la opinión expresada en el cuestionario sobre las preguntas consultadas y que se realizó en la segunda quincena de junio del 2007

Encuesta sobre satisfacción de usuarios del Servicio de Urgencias del Hospital Carlos Andrade Marín

El 13 de junio se revisó el material, el protocolo técnico de la encuesta y se definió las áreas en las cuales se trabajará en la recolección de la información de 732 usuarios. Este es un proceso esencial para la elaboración del programa de mejoramiento de calidad en la atención brindada a los usuarios del SUHCAM. Se proyecta obtener los resultados finales para el mes de julio.

El Subgerente de Servicio de Urgencias facilitó un aula para llevar a cabo la capacitación y también participo en el desarrollo de la misma.

Para la etapa de capacitación se diseño una guía de aplicación, con sugerencias para los instructores con el fin de mantener una uniformidad en cuanto a la parte didáctica, a la temática y al mantenimiento del interés de los participantes.

Para validar el cuestionario se realizó la aplicación de la prueba piloto a 60 usuarios del servicio de urgencias, se realizaron las modificaciones, que fueron pocas y se asignaron los grupos para la recolección de los datos de campo.

El 10 de octubre del 2007 se entregó a los encuestadores la guía de aplicación, el cronograma respectivo y el número de encuestas diarias según el cronograma; los mismos que una vez llenados y recopilados se recibieron diariamente hasta concluir la aplicación.

Este proceso sirvió para tener un mejor control en la recolección de datos y en la entrega de las encuestas llenadas.

ANEXO J

AUTORIZACION DE LA INSTITUCIÓN

Se adjunta oficio entregado por la Coordinación de Investigación y Docencia del Hospital Carlos Andrade Marín, luego de aprobar la Propuesta para el Mejoramiento de la Calidad de atención a los usuarios del servicio de urgencias.

ANEXO K

IMÁGENES DE LA CAPACITACIÓN A LOS ENCUESTADORES.

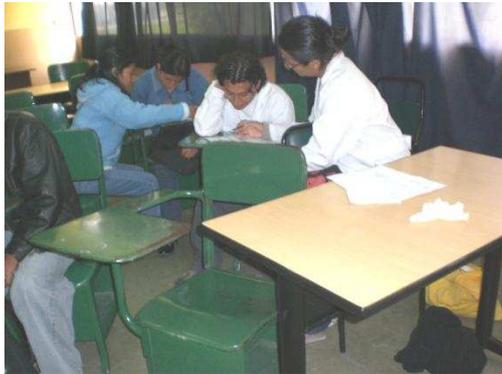
Asistencia de las/los estudiantes a la capacitación para la aplicación de la encuesta. Bienvenida y explicación.



Estudiantes en las aulas del HCAM recibiendo la capacitación para la encuesta.



Analizan las preguntas del cuestionario.



Realizan sugerencias.



Realizan un ejercicio de aplicación piloto con la supervisión de la autora de la investigación.



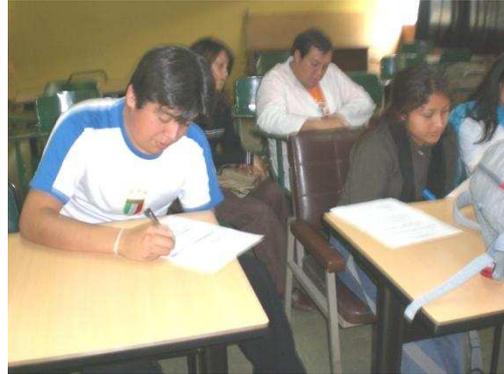
Otro grupo contestando el cuestionario (se toma el tiempo).



Estudiantes que terminaron de contestar el cuestionario, realizan observaciones.



Otro grupo de estudiantes que contestan el cuestionario.



Concluyen la prueba piloto.



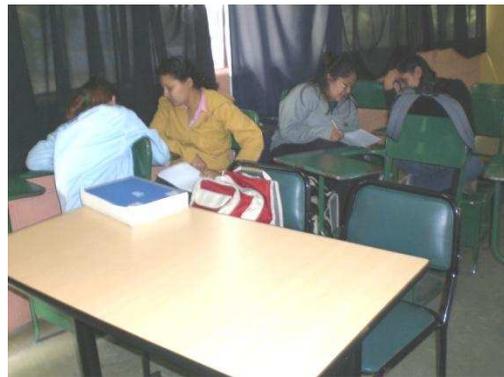
Revisan el contenido y las respuestas.



Aportan con sugerencias para su corrección.



Comentan sobre las dificultades o no de la aplicación de la encuesta.



BIBLIOGRAFÍA

ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD. [CDROMs] Microsoft Power Point. 3. Resumen GSS: EPN CITE; 2005.

ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD \ MODULO GSS – 2005/ Planificación.

ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD \ MODULO GSS – 2005/ 4 Modelo GSS-2005

ALARID H La calidad de la atención: imperativo de la Reforma Consultor de Desarrollo de Servicios de Salud OPS/OMS. Honduras, 2000 20

ALERS H. Principios de la Administración y Dirección Sanitaria: México: Edit. Limusa; 1998. p. 39-83.

ARDOUIN J, y OTROS .Motivación y satisfacción Laboral. Informe (2000). Universidad de Concepción.

BAUTISTA D. Análisis de las reclamaciones de los usuarios en el Hospital “Dr. Peset” de Valencia, durante 1994. Rev. Calidad Asistencial 1996; 11: 108 -12.

CAMINAL J. Artículo de opinión. “Taller de medición de la satisfacción”. Revista Calidad Asistencial 2001; 16:276-279 Universidad Autónoma de Barcelona.

Comité permanente de los Hospitales de la Unión Europea. La calidad de la atención hospitalaria. Seminario europeo del programa HOPE. Limerick (Irlanda). Junio de 1997.

CONFERENCIA GENERAL DE LA UNESCO Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. La 33a sesión de la. 19 de octubre del 2005.

CONGRESO NACIONAL. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Ecuador Nº 8°.RO/ 670 de 25 de Septiembre del 2002.

DE MORAES H. Manual Prototipo de educación en administración Hospitalaria. Motivación. Administración de servicios de salud 2005. Serie HSP/ Manuales Operativos PALTEX Volumen V, Nº 14. 1996.

DONABEDIAN A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Salud Pública Méx.1993; 35 (3): 228-247.

FELISART J. y OTROS . Indicadores de calidad en Urgencias [Google.com]. Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias. Fundación Avedis

FERDOWSI, MIR .Incidencia de la cultura en el desarrollo. Texto completo de un artículo publicado en D+C Desarrollo y Cooperación No. 4, julio-agosto 1994: páginas 8 –12 [marzo2008]

FUNDACIÓN ISALUD Diplomado Superior en Gerencia Hospitalaria. Proyecto de modernización de los servicios de Salud Ecuador. Dic. 2002 abril 2003. Pag. 57.

FUNDACIÓN ISALUD. Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales. Ecuador. Diciembre 2002 Abril 2003 Módulo 2. Pag. 10 -16 Las empresas.

GEA T, y OTROS. Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. (Granada) [Gogle.com Rev. de calidad asistencial 2001; 16:37. [Consulta 23-07 - 2007].

GUZMÁN R. Calidad y gestión de los servicios de salud. Horizonte Sanitario. Vol. 4 N° 2. Mayo Agosto 2005.

HERRERA H. Modelo de Gestión del Conocimiento. Fundamentado en la Satisfacción del personal. Gestión Polis. Revista Digital - Buenos Aires - Año 10 - N° 73 - Junio de 2004

IESS. Rumbo del IESS. Seguro General de Salud Individual y Familiar. Inversión en salud. Revista interna Julio 2004. N°2. Pag.19

IESS. Manual Administrativo del Servicio de Urgencias del Hospital Carlos Andrade Marín.

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL. Historia .IESS Avanzado para usted. <http://www.iess.gov.ec>. 2005. Agosto 2007.

ISALUD JCG. MSP. Proyecto de Modernización de los Servicios de Salud. MODERSA. (CD). Quito. 2005.

JIMÉNEZ L. Estudio "Urgencias Sanitarias en España. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Fuente Diario Médico del 26/02/2004), 7 de mayo del 2007

Lavayen L. Manual Formulación e informe de Proyectos de Investigación. Población y grupo de estudio. Santo Domingo de los Colorados. Ecuador. 2005.

MASLOW, A (1991), Motivación y personalidad, Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

MATUSEVICH M, QUADRINI N, SLEPETIS A. Calidad en los Servicios de Guardia Médica Junio del 2000 Htal. Gral. de Agudos Enrique Tornú. Salud. Edición 71 / (marzo 2007)

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Consejo Nacional de Salud. Marco General De La Reforma Estructural De Salud en el Ecuador. Quito –Ecuador. Junio 2004 Pág. 16.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Marco General de la Reforma Estructural de Salud. Ministerio de Salud Pública, Consejo Nacional de Salud y su

Reglamento. Título 4. Página 39. Tercera Edición Ediciones Abya –Yala Quito Ecuador Agosto de 2006.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Proyecto de Modernización de los Servicios de salud. MODERSA Concepto de organización Social. Pag. 4,5.

MIRA J.J, y OTROS: La satisfacción del paciente: Concepto y aspectos metodológicos. Revista de Psicología de la salud 1992; 4 (1): 88- 116.

MIRA JJ. La gestión de calidad orientada al cliente. (Curso UIMP. Alicante, 2004).

MODULO GSS. Administración de Servicios de Salud [CD Sistemas de Salud]. Word. 2005 [consulta, agosto 2007]

MORALES R. Urgencias en Medicina Interna. Tomos I y II. Lima, 1989.

MSP FUNDACIÓN ISALUD. Instituto Superior SALUD Diplomado superior en gerencia de hospitales 2003 Proyecto APS- Convenio Ecuatoriano – Belga.

MSP. ISALUD JCG. Proyecto de Modernización de los Servicios de Salud. MODERSA. (CD). Quito. 2005.

NÚÑEZ J. (1992) Historia del Seguro Social Ecuatoriano 2º Edición. Ecuador: Unidad Editorial del IESS.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. 2da edición 8 de noviembre del 2001.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Reforma del Sector de la Salud. Reunión convocada en 1995

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD (OPS). Calidad de Servicios de salud en América Latina Y el Caribe: Desafíos para la Enfermería. Agosto 2001 Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (HSO)

OTERO J, OTERO I, Calidad en Salud - Biografías Autores Avedis Donabedian y la calidad de atención en salud. Edición Octubre 2002.

OTERO J. Gerencia-Gestión en Salud Generalidades [Google].Portal de Gerencia y Marketing de Servicios de Salud. Copyright 2002. www.gerenciasalud.com. Acceso 2005 julio 2.

OTERO M. Gerencia de Salud ¿donde empieza la gerencia de la salud? Portal de gerencia y marketing de servicios de salud. Copyright 2002.

PROSPERI J. Asesor Regional en Administración de Hospitales y Sistemas de Salud, Programa Desarrollo de Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, Washington, D.C.

ROMERO F. Centro de Asesoría y Consultoría. Colombia. 1989 – 1999. Folleto.

Servicio de Noticias de las naciones Unidas. Informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 22 de agosto, 2005.

TAMAYO, M. (1.998). El Proceso de la Investigación Científica. 3ª Edición. México. Editorial Limusa S. A.

Testimonios de 15 personas que trabajan en el servicio de urgencias de 17 entrevistadas en enero del 2007

UNESCO, Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. La 33a sesión de la Conferencia General. 19 de octubre del 2005.

VUORI HV. El control de la calidad de los servicios sanitarios. Concepto y Metodología, 1ª ed. Barcelona: Gestión y empresa, 1993.

WARE J. et al. The measurement and maening of patient satisfaction. Health Med Care Service Rev 1978; 1:1.

WIKIPEDIA, la enciclopedia libre. Pirámide de Maslow <http://es.wikipedia.org/wiki/>

WIKIPEDIA, Salud en el Ecuador, la enciclopedia libre "<http://es.wikipedia.org/wiki/> [consulta: 03/2008/17).

ZORRILLA S, TORRES M, CERVO A, BERVIAN P, Metodología de la investigación, 2a. ed. P 122

www.gerenciasalud.com

www.efdeportes.com

www.gencat.net/salut/depsan/units/aatrm/pdf/br0101es.pdf- Páginas similares. Consulta 2008 marzo 03. DONABEDIAN A.

www.google.com/imágenes

Fotografías tomadas en el Hospital Carlos Andrade Marín por Aída Coloma M. autora de la investigación.

CAPITULO VI
DISEÑO DE UN PROGRAMA DE GESTION DE CALIDAD
PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS
DE CENTROS HOSPITALARIOS

INTRODUCCIÓN

La actual gestión hospitalaria exige una visión con énfasis en las tendencias administrativas modernas, el fortalecimiento de la función gerencial, la incorporación de objetivos institucionales, la aplicación de estrategias y programas que logren las metas de calidad, el mejoramiento continuo y la satisfacción de la población.

El sector salud en el Ecuador, a través de la Ley Orgánica³⁷ del Sistema Nacional de Salud reconoce entre otros principios administrativos: La Calidad, que busca la efectividad de las acciones, la atención con calidez y la satisfacción de los usuarios, pero al igual que en la mayoría de los países latinoamericanos, enfrenta singulares retos al tratar de incorporar políticas de salud, que sostengan los procesos de cambio a largo plazo y que contribuyan en el logro de los objetivos del sector; sin dejar de lado la calidad de atención que se refleja en la satisfacción del usuarios.

El cumplimiento de los objetivos institucionales obliga a tomar decisiones adecuadas, a ejercer la autoridad, a contar con la participación proactiva de las direcciones asociadas, de la gerencia intermedia, de los jefes de servicio, de los profesionales, para mejorar la producción hospitalaria y humanizar la atención.

Aplicar estas directrices se torna más complejo en el área de urgencias, punto central de cualquier centro hospitalario, donde la presión y demanda de ayuda, el estrés, el apremio del tiempo, la falta de recursos y sobretodo la premura de atención médica, son temas permanentes y no una excepción en el trabajo diario.

En la actualidad se conoce a través de encuestas de satisfacción y opiniones ciudadanas en medios de comunicación pública, que en algunos países de

³⁷Congreso Nacional del Ecuador. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Ley No 80.R.O. 670 de 25 de septiembre del 2002.

Latinoamérica y Europa, existe un evidente nivel de insatisfacción de los usuarios con relación a la atención de los servicios de asistencia sanitaria, agudizándose esta problemática en estados como el nuestro donde los presupuestos asignados al área de salud disminuyen mientras la demanda de servicios aumenta.

En este sentido a nivel del Ecuador, el aumento de las quejas, la congestión y atasco de los servicios, escasez de insumos, falta de recurso humano, entre otros, se ha convertido en una temática generalizada sobre los centros hospitalarios ya sean públicos o privados.

Considerando que la participación es un derecho de los ciudadanos, es importante promover acciones que involucren a los usuarios de los servicios de salud en propuestas de cambio y que contribuyan en la toma de decisiones, en procura de mejorar los servicios de salud. Uno de los principales retos y preocupación de los administradores de servicios de urgencias hospitalarias, es brindar atención con niveles óptimos de calidad, a personas que asisten continuamente porque sufren procesos de urgencia médica y que requieren de atención clínica inmediata.

De aquí nace el interés de realizar un estudio e investigación en el Servicio de Urgencias del Hospital Carlos Andrade Marín, centro hospitalario que abastece una gran demanda de pacientes en el Ecuador, para medir los niveles de satisfacción de los usuarios.

Con los resultados obtenidos en la investigación se concluyó que los usuarios mantienen un bajo nivel de satisfacción a sus necesidades, por lo que se plantea el diseño de un Programa de Gestión de Calidad, que le permita al Servicio de Urgencias del HCAM, desarrollar una herramienta para solventar esta problemática.

El documento titulado **Diseño de un Programa de Gestión de Calidad para el Servicio de Urgencias de Centros Hospitalarios**, se desarrolla en las siguientes

Fases: 1. Fundamentos Teóricos, 2. Lineamientos Estratégicos, 3. Programa de Gestión de Calidad.

Este estudio va a permitir brindar alternativas de mejoramiento de la calidad asistencial en los servicios de urgencias hospitalarias, considerando un enfoque holístico integrador y humano, se pretende realizar una propuesta de desarrollo y mejoramiento tanto de la atención, cuanto de la satisfacción de los usuarios.

PRESENTACIÓN

La calidad de la atención sanitaria, es un interés de todos los administradores de servicios de salud y su preocupación es tan antigua como lo es el ejercicio médico.

Es necesario transformar el sistema sanitario para fomentar la calidad asistencial a nivel de los centros hospitalarios, para lo cual se debe propender a la mejora continua del desempeño profesional, la optimización de recursos y la renovación de procesos.

La responsabilidad de atención médica de urgencias, implica entregar servicios de calidad, en un ambiente de congestión y crecimiento extremado de necesidad asistencial, impulsado por la conducta frecuentadora de la población que favorece la utilización inadecuada de las urgencias.

Por la complejidad de este servicio, se hace imprescindible un trabajo gerencial y estratégico apoyado en el compromiso de los trabajadores, quienes serán los responsables de llevar a cabo la delicada misión de atender al usuario.

Con este antecedente, se propone el Diseño de un Programa de Gestión de Calidad para el Servicio de Urgencias de Centros Hospitalarios, el cual pretende ser una herramienta para mejorar la atención al usuario, sensibilizando al personal y satisfaciendo las expectativas del cliente externo.

Con la finalidad de facilitar su aplicación se ha desplegado una metodología didáctica para el desarrollo del programa, también cuenta con un módulo conceptual y una orientación general para las fases de diagnóstico, pronóstico y evaluación.

CONTENIDO

| | |
|---|------------|
| PAGINAS PRELIMINARES | pp. |
| Introducción..... | ii |
| Presentación..... | iv |
| Objetivo general..... | vi |
| Objetivos específicos..... | vi |
| FASE 1 | |
| FUNDAMENTOS TEÓRICOS..... | 1 |
| CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD..... | 2 |
| GERENCIA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LOS SERVICIOS DE URGENCIAS..... | 6 |
| Principales problemas en los servicios de urgencias..... | 8 |
| FASE 2 | |
| LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS..... | 11 |
| DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTAL..... | 12 |
| NORMAS LEGALES..... | 15 |
| POLÍTICAS INSTITUCIONALES..... | 19 |
| ADAPTACION AL CAMBIO | 20 |
| FASE 3 | |
| PROGRAMA DE GESTIÓN DE CALIDAD | 21 |
| PREPARAR EL AMBIENTE..... | 21 |
| Definir la motivación para la mejora de la calidad asistencial..... | 21 |
| Establecimiento de las condiciones previas para la aplicación del programa de calidad | 22 |
| Concretar compromisos y apoyo de la directiva | 22 |
| PASOS PARA ELABORAR UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE CALIDAD | 23 |
| Definir actores del programa..... | 23 |
| Diagnosticar el nivel de satisfacción del usuario..... | 25 |
| Determinar herramientas de calidad..... | 28 |
| Tormenta de ideas | 30 |
| Diagrama de causa y efecto | 32 |
| Mejoramiento de procesos..... | 34 |
| Elaborar un plan operativo..... | 39 |
| Aplicar los elementos organizativos..... | 42 |
| Motivación del personal..... | 42 |
| Participación del usuario..... | 43 |
| Aplicación a la cultura organizacional..... | 44 |
| Realizar el monitoreo y control..... | 45 |
| Glosario de términos..... | 46 |
| Bibliografía..... | 50 |

OBJETIVO GENERAL

Proporcionar al centro hospitalario un instrumento de gestión que le permita mejorar el nivel de satisfacción de los usuarios del servicio de urgencias, a través de la aplicación de las herramientas y procesos propuestos.

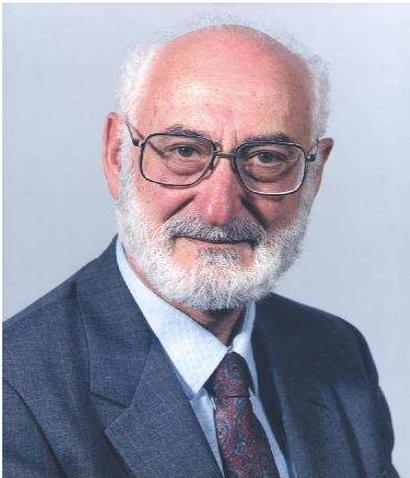
OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer los fundamentos teóricos sobre calidad de atención en urgencias que permitan la adecuada aplicación del programa.
- Diagnosticar la situación institucional y departamental del centro hospitalario en relación con la gestión de calidad.
- Diagnosticar el nivel de satisfacción y principales expectativas de los usuarios en relación a los procesos de atención de los servicios de urgencia.
- Aplicar herramientas de calidad de acuerdo al diagnóstico realizado y en relación con los objetivos institucionales.
- Contribuir a la motivación y desarrollo profesional del personal, para que su compromiso laboral repercuta en la atención de calidad para el cliente.
- Fortalecer la cultura organizacional de los centros hospitalarios mediante la aplicación de las estrategias propuestas en este programa.

FASE 1

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Avedis Donabedian



Nació en Beirut, Líbano (1919 – 2000). El Dr. Avedis Donabedian, fue uno de los pensadores más humanistas en el tema de la calidad en salud.

“La calidad que se observa en el hospital realmente está limitada a la competencia técnica y más recientemente, a la atención superficial al proceso interpersonal. Mantenga contento al paciente, sea amable con el paciente, llámelo señor o señora; recuerde su nombre.

La idea de que los pacientes deben involucrarse en su atención en general no es practicada de manera responsable. Hoy día la gente habla de autonomía del paciente, pero por lo general eso se traduce en abandono del paciente. El médico debe trabajar diligentemente con el paciente a fin de llegar a una solución que a fin de cuentas sea aceptable para éste pero no sea dirigida. El papel del médico es asegurarse activamente de que el paciente llegue a una decisión razonable pero sin ser manipulador”.

Creo que la comercialización de la atención es un gran error. La salud es una misión sagrada. Es una empresa moral y una empresa científica pero no una empresa comercial en sentido estricto.

Los médicos y las enfermeras son guías de algo muy valioso. Su labor es una suerte de vocación y no simplemente un trabajo; los valores comerciales no alcanzan a captar lo que ellos hacen por los pacientes y por la sociedad en su conjunto³⁸”.

Lo esencial para el éxito de un sistema es la dimensión ética de los individuos. A fin de cuentas, **el secreto de la calidad es el amor**. Uno debe amar a su paciente; uno debe amar su profesión; uno debe amar a su Dios. Si tienes amor, entonces puedes volver la mirada para monitorear y mejorar el sistema. El comercialismo no debe ser una fuerza central en el sistema”.

³⁸ www.gerenciasalud.com

CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Para el desarrollo de un programa de Gestión de Calidad, es necesario respaldarse en fundamentos teóricos y conceptos básicos sobre lo que es "calidad de la atención médica" Prosperí³⁹.

Con este antecedente y para el desarrollo de la presente propuesta se deben reforzar ciertos conceptos y contenidos teóricos, los mismos que han sido seleccionados por ser temas de interés en la actividad de todos los administradores de salud, sobre aspectos de calidad en los servicios entregados al usuario.

Para citar a dos grandes autores en el tema de la calidad asistencial, tenemos las siguientes definiciones:

Avedis Donabedian en 1980 definió la calidad asistencial como: "Calidad de la atención es aquella que se espera, 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" y simplificando dice: "La calidad en salud se alcanza cuando a partir de unos recursos disponibles, se obtiene para el paciente los mayores beneficios con los menores riesgos posibles"

ALVAR N. expresa que la Calidad en Salud es el conjunto de características y atributos que reúne un bien o un servicio para ser considerado bueno y satisfactorio para el usuario y el sistema de atención de la salud⁴⁰.

Por su parte la OMS concreta el pensamiento y expresa que existe Calidad de la Atención de la Salud cuando en ella concurren:

- Un alto grado de excelencia profesional
- El uso eficiente de los recursos
- Un mínimo de riesgos para el paciente

³⁹ Guía Metodológica para el desarrollo de un Programa de Gestión de Calidad en la red de Hospitales del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

⁴⁰ ALVAR N, SUÑOL R. LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN. Fundación Avedis Donabedian.

- Un alto grado de satisfacción del paciente
- Un impacto final positivo en la salud

El concepto general de calidad es subjetivo, depende de las características de la persona, varía en función de quién lo utiliza y en consecuencia la idea de calidad será distinta cuando la aplica la gerencia, que cuando el término es aplicado por los profesionales de la salud y aún por los usuarios.

Cuando se habla de calidad en salud, se diferencian tres términos: calidad técnica, calidad percibida y calidad corporativa (total), aunque constituyan aspectos complementarios de una misma realidad.

Calidad Científico-Técnica: es el logro de la práctica médica desarrollada de forma eficaz y eficiente, bajo la aplicación de técnicas científicas. Es el grado de seguimiento de normas contemporáneas para el correcto diagnóstico y el efectivo tratamiento con relación a la condición del paciente. Puede sintetizarse en la expresión: “Hacer lo correcto, correctamente”.



Representa un criterio valorativo desde el punto de vista de los profesionales, basándose en evidencias científicas.



Calidad funcional o interactiva: es aquella que percibe el usuario, es subjetiva y suele estar influenciada por las condiciones socioeconómicas del paciente, así como por razones culturales y religiosas.

Se refiere al componente interpersonal del proceso asistencial (cómo se produce la interacción paciente-profesional). En este los evaluadores son: el paciente y su familia.

Calidad Corporativa (Total): se relaciona con la imagen que los pacientes, los profesionales y aún la población general, tienen del servicio u hospital. Los evaluadores serán el cliente interno y externo.

“En términos generales, la calidad puede definirse como el conjunto de características de un bien o servicio que logra satisfacer las necesidades y expectativas del usuario o cliente”.



Responsables de la calidad de los servicios de salud: La calidad de los servicios de salud, depende de la competencia técnica y del grado de humanismo de los prestadores del servicio, requiere además de políticas saludables regulatorias y normativas que fijen estándares, por debajo de los cuales es inadmisibles que un servicio funcione o que una persona ejerza.

Los responsables de los servicios deben promover la información adecuada para la sociedad civil, abrir canales de comunicación de doble vía para que los usuarios puedan participar en el control de los procesos de calidad y ejercer control social constituyendo alianzas o veedurías ciudadanas.

Uso adecuado del servicio de urgencias: Estudios realizados en el área⁴¹ manifiestan que la calidad de atención está relacionada con el conocimiento que el usuario tiene de la utilización adecuada de este servicio.

⁴¹ <http://www.salud.com>. Tu Otro Médico

El uso inadecuado produce uno de los mayores gastos del sistema sanitario, congestión (atasco) en el trabajo y disminuye la posibilidad de ser atendido inmediatamente por los técnicos de la salud en los casos de verdadera urgencia.

Los programas de mejoramiento de la calidad en los servicios de urgencias, involucran a los proveedores de salud, usuarios y la comunidad en el desarrollo de los procesos. La calidad de la atención de urgencias se manifiesta en el mejoramiento de los niveles de salud y satisfacción de los usuarios.

Las actividades que la administración desarrolle para atender la demanda de servicios por parte del paciente, la familia o la comunidad deben estar planeadas dentro de lineamientos filosóficos de excelencia en la calidad de la atención en salud.

El acceso a los servicios de salud de urgencia, la rapidez y calidad de la intervención médica resultan fundamentales en la etapa de atención inicial.



Desde el punto de vista jurídico existe un principio de carácter humanitario que prescribe que, no se puede negar asistencia a los usuarios que soliciten atención en las salas de emergencia.

La satisfacción, una medida de calidad en salud: La buena asistencia es aquella que conjuga unas prestaciones profesionales óptimas de elevada calificación técnica, con el menor costo posible, de buena accesibilidad y que logra la plena satisfacción del paciente con la atención recibida.

La satisfacción es una medida de la calidad, que permite evaluar los resultados de la atención ofrecida, realizar los correctivos de acuerdo a las expectativas de los usuarios y forma parte de un sistema de mejoramiento continuo enfocado en las expectativas de los pacientes.

GERENCIA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

El progreso de las instituciones hospitalarias en el mundo moderno, es el resultado de la capacidad de gerenciar y responder a los grandes desafíos impuestos por los cambios en el contexto social, económico, político y tecnológico que brinden mejoría constante en la atención y en la productividad, aumentando los niveles de atención primaria, cambiando la consciencia crítica de los usuarios, que generan la demanda de más y mejores servicios de salud⁴².

La complejidad creciente de los hospitales modernos exige la incorporación de nuevos conocimientos interdisciplinarios, como:

Redimensionamiento del espacio físico



RECURSOS FISICOS

Equipos más sofisticados



RECURSOS TECNOLOGICOS

Nuevas formas de financiamiento



RECURSOS FINANCIEROS

Crecimiento de la multi-profesionalidad en la prestación de servicios



RECURSOS HUMANOS

⁴²Cf. Moraes H (1996)

Los centros hospitalarios tienen en sus manos una gran responsabilidad, de su eficiencia depende la vida de los usuarios y este concepto se ve reforzado cuando se trata de un servicio de urgencias, donde convergen por naturaleza los pacientes más críticos que requieren tratamientos específicos.

Si se considera al centro hospitalario como un gran sistema, y al servicio de urgencias como un subsistema específico o una unidad operativa que la mayoría de veces es el punto de partida para el trabajo general, ya que gran parte de los pacientes son ingresados por urgencias y transferidos posteriormente a otros niveles de especialidad, según su estado de salud y su dolencia, debe pensarse en la gran responsabilidad social y humana que les asiste.

Además de ser un punto de clasificación el triaje de pacientes, realizado por profesionales de la salud, hay que tomar en cuenta que en urgencias el trabajo bajo presión y la respuesta a situaciones críticas no se dan de forma excepcional, sino que es la regla del trabajo y la normalidad para el accionar de este equipo de salud. Esto implica la necesidad de incorporar normas que regulen la selección de la urgencia médica para agilizar el proceso de atención a los usuarios críticos.

De lo expuesto se deduce que todos los actores que son parte de esta respuesta emergente, tienen a su cargo funciones y compromisos específicos cuyo objetivo principal es la satisfacción de los usuarios.

En este escenario, el gerente del servicio de urgencias debe procurar la participación eficaz de todo el personal, en el diseño y rediseño del sistema, promover el aprendizaje, reconocer el desempeño, mejorar las condiciones de calidad de vida en el trabajo, estos, entre otros aspectos, contribuirán para que los servicios de



urgencias, mejore en forma progresiva y constante basándose en la calidad humana del personal involucrado.

Para los profesionales de la salud, personal administrativo y de servicios varios, el reto principal es lograr que esta unidad trabaje de manera sistemática respondiendo a cambios imprevistos y bajo situaciones complejas, brindando al usuario una atención de calidad.



El personal que realiza las guardias en urgencias necesita de un ambiente laboral adecuado, armónico que facilite la relación con los pacientes y que evite conductas inapropiadas que podrían ocasionar insatisfacción en los usuarios o por incomodidad, la ejecución inadecuada de procedimientos.

PRINCIPALES PROBLEMAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Los estudios realizados en el ámbito nacional e internacional sobre la situación de urgencias hospitalarias, han permitido establecer los aspectos que caracterizan a estos servicios y consecuentemente los problemas semejantes que abordan en la administración, organización y desarrollo del proceso de atención a los usuarios.

Es importante identificar estas características a fin de atender las demandas y necesidades de los usuarios considerando también su opinión sobre la calidad del servicio recibido.

La organización y funcionamiento de los hospitales tienen sus propias normas y reglamentos, lo que hace más difícil el manejo administrativo para los gerentes hospitalarios; sin embargo, se pueden señalar algunos problemas que se repiten e identifican a los servicios de urgencias:

El crecimiento de los servicios de urgencias es incesante. Esto ocasiona falta de recursos humanos, materiales, financieros que sumados a las carencias organizativas de los gestores de salud; traen como consecuencia los problemas de la organización como son: largas esperas, dificultad para ingresar a las áreas de hospitalización por falta de



camas, saturación del servicio (pacientes en los corredores, camillas en los pasillos, falta de privacidad, comodidad, etc.), se lesionan los derechos a la confidencialidad, a la privacidad y a la dignidad; lo que se traduce en insatisfacción, incomodidad, y descontento de los usuarios familiares y público en general.

La experiencia profesional en estos servicios evidencia la falta de criterios para priorizar la atención de urgencias, sea por falta de personal calificado o porque no se aplica un proceso de triaje ordenado, que priorice las obligaciones.

Los reclamos de los usuarios por falta de atención, por inconformidad o largas esperas son frecuentes y los problemas en relación a la atención son semejantes en los siguientes aspectos:⁴³

- Urgencias masificadas.
- Proceso de triaje inadecuado.
- Largos periodos de espera por exámenes complementarios.
- Falta de médicos tratantes.
- Médicos residentes con guardias de más de 24 horas (agotados)
- Relación médico paciente, deficiente.
- Falta de información al paciente y familiares sobre el estado de salud y tratamiento.

⁴³ CONDE M. El SAS debe mejorar: urgencias pacientes [consulta. Domingo, 09/03/08]

- Insuficientes recursos e insumos médicos para atender la demanda de los usuarios.
- Atención de profesionales poco cálida y humana.



FASE 2

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS

Toda organización es un engranaje de unidades operativas, técnicas, administrativas y de servicios varios, que en su conjunto y de forma armónica le dan vida al sistema.



A nivel de un centro hospitalario, es fácil distinguir la importancia del servicio de urgencia, si se considera que éste, es la puerta de entrada a la organización y que de su accionar depende la satisfacción e incluso la vida y recuperación de quienes acuden a él.

El reto para los prestadores de salud es fomentar la calidad en el desempeño, a través de la práctica de procesos, estándares, y protocolos de atención, que se convierten en una medida de evaluación del servicio entregado. Sin embargo, es importante que la calidad de la atención que se brinda en salud sea regulada y evaluada constantemente bajo criterios estandarizados, para garantizar un servicio sanitario óptimo.

Elaborar un Programa de gestión de Calidad⁴⁴ requiere de la aplicación de un proceso en el que intervienen la Planeación, Ejecución, Evaluación y Control del servicio. Es importante además reconocer que un Programa de Gestión de Calidad, no funciona aisladamente sino que es parte de las estrategias que dispone el Servicio de Urgencias para alcanzar uno de los principales objetivos que es el mejoramiento de la calidad de atención, por lo que se analizan brevemente algunos de sus componentes:

⁴⁴ Ob. Cit.

DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTAL

El Programa de Gestión de Calidad del Servicio de Urgencias debe articularse a los planes estratégicos del centro hospitalario, para aportar tanto a los objetivos institucionales como a los departamentales y conjuntamente alcanzar uno de los principales resultados que es la satisfacción de los usuarios.

Con esta finalidad, se ha de iniciar con el diagnóstico de la Institución mediante la realización del Análisis FODA, con el fin de reconocer la situación actual del centro hospitalario que permitan orientar la actuación a: **Potenciar fortalezas, Corregir debilidades, Aprovechar oportunidades, Afrontar amenazas.**

La matriz FODA es un instrumento de diagnóstico, puede ser aplicado en cada, sección, departamento y a nivel general en toda la Institución.

Metodología:

Primero elaborar la hoja de trabajo, listando factores **internos** que se evidencien en la institución como **fortalezas** para el crecimiento de la misma y **debilidades** manifiestas, como aspectos que dificultan el ejercicio de la tarea. En segundo plano se enumerarán los factores **externos** que coadyuvan a la consecución de los logros del centro hospitalario en la casilla de **oportunidades**, y los aspectos negativos del entorno y de la comunidad que constituyen **amenazas** al desempeño y logro de los objetivos institucionales.

| | |
|---|---|
| FORTALEZAS | DEBILIDADES |
| Enumerar fortalezas claves (Observadas a lo interno del Hospital) | Enumerar debilidades claves (Observadas al interno del Hospital) |
| OPORTUNIDADES | AMENAZAS |
| Enumerar oportunidades claves (Observadas a lo externo del Hospital) | Enumerar amenazas claves (Observadas al externo del Hospital) |

Ejemplo:

Debilidad: En un centro hospitalario gubernamental. La falta de asignación presupuestaria para la compra de medicamentos e insumos.

La lista debe ser calificada (alto, mediano, bajo) de acuerdo al impacto que genera para el centro hospitalario y definir los factores clave de éxito.

| OPORTUNIDADES | IMPACTO | | | AMENAZAS | IMPACTO | | |
|---------------|---------|---|---|-------------|---------|---|---|
| | A | M | B | | A | M | B |
| | | | | | | | |
| FORTALEZAS | IMPACTO | | | DEBILIDADES | IMPACTO | | |
| | A | M | B | | A | M | B |
| | | | | | | | |

Ejemplo:

Asignación presupuestaria para compra de medicamentos e insumos se define como de alto impacto para la organización.

Como se ve en el ejemplo todos los elementos de alto impacto deben seguir el proceso y pasar al planteamiento de estrategias.

Finalmente se debe definir un primer acercamiento para la formulación de estrategias, que serán planteadas en función de los factores clave para el centro hospitalario.

| | |
|---|--|
| <p>OPORTUNIDADES ¿Cómo aprovechar estas oportunidades?</p> | <p>AMENAZAS ¿Cómo convertirlas en oportunidades?</p> |
| <p>FORTALEZAS ¿Cómo aprovechar estas fortalezas?</p> | <p>DEBILIDADES ¿Cómo prevenir el efecto de las debilidades?</p> |

Ejemplo:

Realizar un análisis presupuestario real en función de las necesidades del centro hospitalario.

Esta técnica permitirá conocer la situación del Centro Hospitalario, para poder saber como enfocar el Programa de Gestión de Calidad.

Es importante también obtener un diagnóstico FODA a nivel del Servicio de Urgencias que permita conocer la situación de este ente operativo, para analizar las causas de los problemas y proponer alternativas de soluciones factibles y realistas, en relación al sistema central.

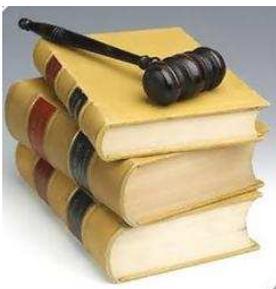
Esta información debe ser socializada y analizada por todo el personal del servicio como introducción al desarrollo del programa, esto permitirá que las acciones que se propongan tengan el enfoque institucional.

Se puede aprovechar este momento para realizar un archivo de la documentación estratégica con que cuente el servicio.

También es importante dejar visibles los principales elementos estratégicos del servicio como misión, visión y valores tanto al alcance del personal para que lo tengan presente, como a la mirada del usuario para que lo conozca.



NORMAS LEGALES



Otro análisis previo se enmarca en el estudio y conocimiento de las normas legales establecidas para la atención de urgencias, el Programa de Gestión de Calidad debe tener concordancia con el marco jurídico de los servicios asistenciales.

Es importante conocer que las normas constitucionales y legales a nivel mundial garantizan el derecho a la salud e imponen la obligación de brindar la atención de urgencias a todas las personas que lo soliciten.

De acuerdo con estos preceptos toda institución prestadora de servicios de salud debe cumplir con las obligaciones legales y aplicar los conceptos de calidad tácitamente en todas sus acciones, como parte de su cultura organizacional por alcanzar el objetivo más importante, la satisfacción del usuario.



A continuación se detalla en citas textuales, el marco legal que respalda la propuesta y aplicación de un Programa de Gestión de Calidad para el Servicio de Urgencias.

DECLARACIÓN UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS⁴⁵

Artículo 14 Responsabilidad social y salud

1. Teniendo en cuenta que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza,

⁴⁵ UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. La 33ª Sesión de la Conferencia General de la 19 de octubre del 2005.

religión, ideología política o condición económica o social, los progresos de la ciencia y de la tecnología deberán fomentar:

- a) El acceso a una atención médica de calidad y los medicamentos esenciales, especialmente para la salud de la mujeres y los niños ya que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien social y humano.

Artículo 15 Aprovechamiento compartido de los beneficios

- b) Acceso a una atención médica de calidad.
- d) Apoyo a los servicios de salud

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR 2001

Sección 4ª De la Salud

Art. 42 (Derecho, promoción y protección)

El estado garantiza el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

Art. 43 (Programas de salud pública y garantías)

Los programas y acciones de salud públicas serán gratuitos para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que lo necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados.

EL MANDATO CONSTITUCIONAL ⁴⁶

Artículo 45 de la Constitución Política de la República dice: El Estado organizará un SISTEMA NACIONAL DE SALUD que se integrará con las entidades: públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector, el mismo que funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa.

Artículo 46 de la Carta Magna Ecuatoriana dice: El financiamiento de las entidades públicas del SISTEMA NACIONAL DE SALUD, provendrá de aportes obligatorios, suficientes y oportunos del Presupuesto General del Estado, de personas que ocupen sus servicios y tengan capacidad de contribución económica y de otras fuentes que señale la Ley.

Art. 55 de la Constitución Política de la República señala: también que la seguridad social es un deber del Estado y un derecho irrenunciable de sus habitantes; y, el artículo 56 establece el Sistema de Seguridad Social, el mismo que incluye la atención a la salud de sus afiliados.

La Dirección Provincial del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) es responsable del manejo de las cuentas patronales e individuales de los asegurados.⁴⁷

LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA DE SALUD NACIONAL EN EL ECUADOR

Ley Orgánica del Sistema de Salud Nacional en el Ecuador en el Capítulo I Art. 2.- dice "El Sistema Nacional de Salud tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud. Estará constituido por entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionalmente sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes"⁴⁸.

⁴⁶ Congreso Nacional. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. N° 8°.RO/ 670 de 25 de Septiembre del 2002.

⁴⁷ Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Historia IESS Avanzado para usted. <http://www.iess.gov.ec>. 2005. agosto-07

⁴⁸ Ob. Cit. Ley Orgánica.

El Art. 4.- numeral 2. Hace referencia al principio de: “Calidad.- Buscar la efectividad de las acciones, la atención con calidez y la satisfacción de los usuarios”

Art. 3: Objetivos del sistema

- Garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud.
- Proteger integralmente a las personas de los riesgos y daños a la salud.
- Proteger al medio ambiente de su deterioro o alteración.
- Generar entornos, estilos y condiciones de vida saludables.
- Promover la coordinación, la complementación y el desarrollo de las instituciones del sector.
- Incorporar la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos del sistema.

Art. 4: Principios por los que se rige el sistema nacional de salud en el Ecuador

Para la organización y funcionamiento del SISTEMA, están establecidos en la denominada: LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: Equidad, Universalidad, Solidaridad, Calidad, Pluralidad, Eficiencia, Participación, Descentralización y Autonomía.

En relación al tema que nos compete, podemos detallar: EQUIDAD “Garantía de acceso a servicios de calidad a toda la población”, CALIDAD “Efectividad de las acciones, atención con calidez y satisfacción de los usuarios”

Art.8: Integralidad del sistema⁴⁹

Forman parte del SISTEMA NACIONAL DE SALUD las entidades que actúan en el sector de la salud o en campos directamente relacionados con ella. La

⁴⁹ Ob.Cit. Ley Orgánica

participación de tales entidades se desarrolla “respetando la personería y naturaleza jurídica de cada institución, sus respectivos órganos de gobierno y sus recursos”.

POLÍTICA DEL GOBIERNO / POLÍTICA SECTORIAL⁵⁰

El Sistema de Salud del Ecuador se caracteriza por una estructura segmentada. El IESS, es parte integrante de este sistema, según lo determina la vigente Ley del Seguro Social Obligatorio⁵¹, se mantiene como entidad autónoma, con personería jurídica, recursos propios y distintos de los del Fisco. Se encuentra financiado por cotizaciones de los trabajadores del sector formal.

POLÍTICAS INSTITUCIONALES

Es importante verificar la inclusión de la calidad de atención en las políticas establecidas por los Centros Hospitalarios. Las políticas son las principales directrices de la institución lo cual compromete la atención de calidad desde el nivel central hasta el operativo.

Se cita algunos ejemplos de cómo incluir el tema de calidad para el servicio de urgencias; pero cada centro hospitalario puede redactarlo acorde a su realidad, con mayor o menor complejidad, según sea el caso:

Ejemplos:

- Fortalecer el Servicio de Urgencias, unidad de salud que cumple con uno de los mandatos constitucionales: “dar atención de salud a quien lo solicite”.

⁵⁰ Wikipedia, Salud en el Ecuador, la enciclopedia libre "http://es.wikipedia.org/wiki/ [consulta: 03/2008/17).

⁵¹ Ob. Cit. IESS

- Desarrollar un sistema de capacitación, comunicación e información permanente para los proveedores de salud y los usuarios.
- Aplicar un Programa de Gestión de Calidad, que garanticen niveles óptimos de calidad para el usuario, adaptado a las disponibilidades y recursos del Centro Hospitalario.
- Realizar procesos continuos de evaluación de la calidad del desempeño en el área de urgencias.

ADAPTACION AL CAMBIO

Es importante tener presente que la aplicación de un Programa de Gestión de Calidad requiere modificar conductas establecidas o inclusive eliminarlas, así como también incorporar nuevas alternativas y formas de trabajo. Por lo tanto para implementar un cambio con la aceptación del personal es necesario:

- Plantear la situación a los miembros del servicio de urgencias, explicarles la necesidad de realizar un cambio y la importancia que para ello tiene la participación de todos y cada uno de integrantes.
- Convencer al personal, comprometerlos y hacerlos partícipes del desafío. Permitir que se de un empoderamiento del proceso.
- Realizar una comparación entre el patrón y lo existente. Cuantificación de la magnitud del cambio.
- Definir los requerimientos necesarios (equipos, tecnología, capacitación, controles) para el cambio, financiamiento, responsables y viabilidad el mismo.
- Dar luz blanca y empezar el desarrollo del programa y aceptar sus implicaciones.
- Monitorear y evaluar el proceso de cambio de acuerdo a indicadores.

FASE 3

PROGRAMA DE GESTION DE CALIDAD

Los fundamentos teóricos sobre calidad, satisfacción y el análisis estratégico del centro hospitalario, son la apertura para plantear el desarrollo del **Programa de Gestión de Calidad**.

PREPARAR EL AMBIENTE

Antes de iniciar la elaboración del plan operativo es necesario, analizar con todo el personal del servicio de urgencia los siguientes temas:

DEFINIR LA MOTIVACIÓN PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Es importante identificar la razón por la cual se iniciará el proceso de mejora en la calidad asistencial, esto le dará al equipo un empoderamiento del trabajo.

Para orientar el tema, se pueden citar algunas alternativas que habitualmente presentan las instituciones que han emprendido el camino a la calidad:

- Es producto de un mandato institucional que promueva la acreditación de los servicios que contengan requisitos mínimos para que la organización funcione
- Es la alternativa para corregir un problema puntual, generado por la transgresión o la inobservancia de los valores éticos en una situación concreta.
- Es un motivo o necesidad social generada por la evidencia de un deterioro de la imagen institucional (por situaciones políticas, económicas, sociales).

Este paso inicial es muy importante, porque motivará para llevar a cabo la mejora y se convertirá en el estandarte de lucha durante el proceso de cambio.

ESTABLECIMIENTO DE LAS CONDICIONES PREVIAS PARA LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE CALIDAD

Para definir el ambiente de trabajo sobre el cual se aplicará el proceso de mejora, es importante conocer la respuesta a las siguientes preguntas:

¿Existe un deseo de cambio y de crecimiento en el servicio?

¿La alta gerencia ha aprobado la implantación del proceso y está dispuesta a efectuar los cambios necesarios y dotar de los recursos que sean requeridos?

¿Existe una descentralización en la toma de decisiones y se respetan las mismas?

¿Está dispuesta la alta gerencia a permitir la flexibilización necesaria en el proceso de implantación y de cambios de los pasos administrativos que este proceso trae consigo?

Estas condiciones son importantes para concretar la elaboración y sobretodo la correcta aplicación del programa, pues si no existe voluntad a todos los niveles jerárquicos y sino se dispone del ánimo, los recursos y la flexibilidad que este proceso requiere, no se alcanzará el resultado esperado.

CONCRETAR COMPROMISOS Y APOYO DE LA DIRECTIVA

Estos aspectos pueden ser discutidos y analizados en talleres grupales, círculos de trabajo, grupos específicos o tipo asamblea, pero finalmente deben ser socializados por todos, para concretar el acuerdo en un documento oficial con la validación de todo el personal y sobretodo con el apoyo de la directiva del centro hospitalario.



Es positivo realizar un pequeño acuerdo y poner a la vista del público, pues esto demuestra al usuario, que la institución esta trabajando en la mejora de los procesos y por ende en su satisfacción.

PASOS PARA ELABORAR UN PROGRAMA DE GESTION DE CALIDAD

Varios autores han hecho referencia a la mejora de la calidad ofreciendo diferentes puntos de vista, metodologías o elementos. A continuación se analizan algunas propuestas para establecer un Programa de Gestión de Calidad en el Servicio de Urgencias de Centros Hospitalarios.

Los pasos propuestos para el desarrollo del programa se puntualizan de la siguiente manera:

1. Definir actores del programa
2. Diagnosticar el nivel de satisfacción del usuario
3. Determinar las herramientas de calidad
4. Elaborar un plan operativo
5. Aplicar los elementos organizativos
6. Realizar el monitoreo y control

1. DEFINIR ACTORES DEL PROGRAMA

Para iniciar el trabajo y desarrollar el Programa de Gestión de Calidad, la organización debe definir y asignar responsables para dar seguimiento, monitorear y principalmente operativizar el trabajo que se propone.

Equipo Guía:



Está conformado por la dirección máxima del Centro Hospitalario ya que debe conseguir y mantener el apoyo de las instancias de gobierno central de la institución, tiene un papel casi diplomático. Sus principales funciones son:

- Conformar los equipos de trabajo y apoyar sus reuniones periódicas.
- Planear procedimientos de motivación y de estímulo a los equipos conformados.
- Proporcionar los medios suficientes y necesarios para lograr la capacitación del personal involucrado.
- Establecer y mantener un proceso efectivo de retroalimentación constante.
- Mantener canales de comunicación eficientes entre los diversos niveles de la institución.

Los Líderes:

En este grupo intervienen jefes de servicio, por lo que se debe considerar al Jefe del Servicio de Urgencias y en caso de existir jefaturas medias acorde al personal: médicos, enfermeras, servicios varios, laboratorio, etc. Su responsabilidad es desarrollar, dar seguimiento, lograr avances y resultados tangibles en el proceso. Entre sus funciones puede asumir las siguientes:



- Iniciar proyectos de calidad con probabilidades elevadas de éxito.
- Fijar metas claras.
- Elaborar y coordinar calendarios de capacitación.
- Buscar adecuado asesoramiento.
- Desarrollar y mejorar la comunicación interna.

- Estimular entre los subordinados la aplicación eficiente y consciente de las herramientas para el establecimiento del proceso.
- Promover actividades de intercambio de experiencias.

El asesor de calidad:



El Centro Hospitalario debe contar con una persona o varias, previamente capacitadas y con experiencia, para ayudar a los grupos a desarrollar el proceso, con capacidades de administración de proyectos, de conducción de equipos, de dominio del manejo de datos estadísticos entre otros.

Es un profesional con una preparación previa y con manejo de la visión y misión institucional, en este caso será el encargado de coordinar el desarrollo del Programa de Gestión de Calidad.

2. DIAGNOSTICAR EL NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Para medir aspectos de la calidad percibida por los usuarios, se pueden utilizar varias herramientas. Una de las más usadas es la encuesta de satisfacción, elaborada acorde a las funciones del personal y la disposición de los recursos, es un instrumento que les permite a los usuarios ser parte de la gestión de la institución, pues ya no son un elemento aislado, sino participantes activos de las decisiones administrativas.

Esta herramienta debe ser elaborada y aplicada en función de la realidad de cada centro hospitalario y sobretodo del servicio de urgencias, se adjunta un ejemplo de modelo de encuesta aplicado a un servicio de urgencias de tercer nivel de la ciudad de Quito.

Para aplicar la encuesta, previamente se deberá definir una muestra representativa de la población en estudio, para que la aplicación y los resultados sean completos y nos den una clara visión de los niveles de satisfacción de los usuarios. A continuación se presenta un modelo de encuesta que consta de preguntas de alternativa constante (si o no), selección múltiple y escala de Likert:

| CENTRO HOSPITALARIO _____ | | | | | |
|--|--|--|------|--------------|-----------|
| Servicio de Urgencias | | | | | |
| ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA LOS PACIENTES | | | | | |
| Fecha _____ | | | | Código _____ | |
| <i>Esta es una encuesta anónima cuyo objetivo es mejorar la calidad de atención que Ud. recibe en el Servicio de Urgencias; por lo que solicitamos su colaboración, contestando con sinceridad las siguientes preguntas:</i> | | | | | |
| 1 Datos generales del encuestado | | | | | |
| El encuestado es: Usuario <input type="checkbox"/> Acompañante <input type="checkbox"/> Edad _____ | | | | | |
| Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Tipo de afiliado: Activo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Grado de instrucción: | | | | | |
| Analfabeto <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Otras _____ | | | | | |
| <i>A continuación le pedimos leer una serie de aspectos que representan la atención que Ud. ha recibido en el Servicio de Urgencias. Por favor califique cada uno de ellos según su opinión.</i> | | | | | |
| 2 En caso de una emergencia usted acude primero: | | | | | |
| a. Al Centro de Salud o Dispensarios Público | | | | | |
| b. Servicio de Urgencias del Centro Hospitalario | | | | | |
| 3 En caso de que su respuesta fue, al servicio de Urgencias, por favor indique las razones de su decisión y que estén de acuerdo a lo que Ud. cree que satisfacen sus necesidades: | | | | | |
| a. Porque tiene profesionales especializados | | | | | |
| b. Porque posee mejores medios técnicos | | | | | |
| c. Porque tiene los medicamentos y materiales necesarios para dar una buena atención | | | | | |
| d. Por la rapidez y precisión en el diagnóstico | | | | | |
| e. Porque no obtuvo cita en un dispensario público o en la consulta externa del Hospital | | | | | |
| f. Por transferencia al Hospital desde el Centro de Salud o desde provincia | | | | | |
| h. Por la gravedad del problema | | | | | |
| i. Por el horario de atención - abierto las veinticuatro horas del día | | | | | |
| k. Por desconocer la existencia de atención de emergencia en los Dispensarios | | | | | |
| 4 ¿Cómo calificaría su estancia en el Servicio de Urgencias? | | | | | |
| 4.1 ATENCION EN GENERAL | | | | | |
| | | | Malo | Regular | Bueno |
| | | | | | M. bueno |
| | | | | | Excelente |
| a. Atención rápida y eficiente, de acuerdo a las necesidades | | | | | |
| b. Amabilidad y cordialidad en el trato al paciente y sus familiares | | | | | |
| c. Organización del servicio | | | | | |
| d. Equipos , modernos y en cantidad suficiente | | | | | |
| e. Alimentación | | | | | |
| f. Disponibilidad de medicamentos para la atención | | | | | |
| g. Si compara el servicio recibido en Urgencias de este hospital con otros servicios de urgencias de hospitales generales su opinión es | | | | | |

La tabulación y análisis de los resultados que se obtengan, definirán los principales factores de satisfacción e insatisfacción de los usuarios, revelando los principales puntos críticos de la gestión del servicio. Y develarán otros aspectos implícitos que no habían sido considerados.

La misma encuesta utilizada en el diagnóstico puede ser empleada como herramienta de evaluación y aplicarla después de ejecutar el programa, esto permitirá realizar un estudio o análisis comparativo sobre el tema, identificar logros y debilidades que persisten u oportunidades subutilizadas. De esta manera se puede crear un levantamiento estadístico que permita delinear estrategias a futuro, en relación a los resultados obtenidos.

Por otra parte se debe considerar los distintos factores que intervienen en la satisfacción del usuario, y reconocer otros instrumentos que aportan para el diagnóstico, como ejemplos se citan:

- Indicadores de atención médica (tasa de mortalidad, infecciones, etc.)
- Evaluaciones de la relación médico / paciente
- Encuestas de calidad en la atención según la percepción de los familiares
- Encuestas al personal para medir la satisfacción del cliente interno

3. DETERMINAR LAS HERRAMIENTAS DE CALIDAD

La mayor parte de los hospitales realizan algunas actividades enfocadas a la calidad, sean estas formales o no.

Para iniciar el desarrollo de un programa, es necesario averiguar y reconocer si en el centro hospitalario se dan algunas de estas actividades y conjuntamente con la nueva propuesta generar un producto final; es importante, esta consulta previa, no se deben desconocer los esfuerzos realizados anteriormente, ya que esto puede desmotivar al personal.

Adicionalmente, se deben analizar los problemas detectados, priorizarlos y buscar sus causas, para plantear posibles soluciones, para lo cual es necesario identificar la herramienta que se aplicará.

Las herramientas de la calidad permiten recolectar y estructurar el saber colectivo empleando datos lingüísticos y numéricos. Es mejor enseñar al personal un número limitado de herramientas hasta que adquieran experiencia y puedan aplicarlas a problemas reales, posteriormente se puede avanzar en complejidad según el requerimiento de los mismos participantes.

Existen varias herramientas para calidad, algunas de las más utilizadas son:

Tormenta de ideas: es la generación de pensamientos pertinentes a una temática o problema que permite organizar varias ideas sin priorizar de antemano las más relevantes o eliminar duplicaciones, facilita la participación masiva.

Multivoto: es una técnica grupal de toma de decisiones, permite escoger de una lista general, los ítems que se consideran más relevantes.

Reglas básicas para las reuniones: son lineamientos para llevar a cabo en reuniones efectivas de trabajo de equipo y con resultados prácticos.

Hoja de verificación: es un instrumento que permite recolectar y registrar datos según el requerimiento, es utilizada normalmente como insumo para otras técnicas como el mejoramiento de procesos.

Gráfico de corrida: es una línea de tendencia que muestra como evoluciona un dato a lo largo del tiempo, permite visualizar ciclos, directrices, períodos, etc.

Diagrama espina de pescado: es un gráfico que muestra la relación entre la causa (origen) y el efecto que la misma produce (resultado). No permite priorizar porque es lineal.

Diagrama de Pareto: es un gráfico para ordenar las causas de un problema y priorizarlas para definir su origen.

Mejora de procesos: es una tendencia administrativa, que se presenta utilizando gráficos y tablas y que permiten analizar de forma global procesos, detectar sus problemas y plantear alternativas de mejoramiento continuo.

Dependiendo de la actividad que se realiza y de la pericia del líder y la disposición de los participantes se escogerá la herramienta más apropiada, por ejemplo para priorizar una lista de causas probables para un problema podemos utilizar una tormenta de ideas, pero si ya se ha reconocido como causa y se pretende mejorar el proceso, la herramienta más propicia será el mejoramiento de procesos.

En este programa se desarrollan 3 de las herramientas más utilizadas las mismas que incluyen un ejemplo para facilitar la aplicación de la misma.

TORMENTA DE IDEAS

Esta herramienta es práctica y sencilla, además permite la participación de todo el personal.

Metodología:

Realizando una convocatoria previa, reúna a todo el personal en una sala o auditorio luego de la motivación e información oportunas realice lo siguiente:

- Defina claramente y recalque con los participantes el “problema” sobre el que trabajarán.
- Solicite a los participantes que expongan sus ideas sobre las causas probables, en turnos de participación. Pueden hacer por más de una ocasión si lo requieren.

- Escriba en un cartel frente al público los aportes, cada idea debe ser plasmada como se presentó, no realice comentarios al respecto.
- Aclarar las ideas, verificar su comprensión y eliminar duplicaciones.
- Trabajar en las posibles soluciones utilizando este mismo método o herramientas similares.
- Concretar el resultado y socializarlo.

Ejemplo:

Problema identificado

Uso inadecuado e indiscriminado del servicio de urgencias por parte de los pacientes.



Lista de causas

- El paciente no discierne prioridades de atención.
- No consigue cita en dispensarios.
- Desconoce que puede ser atendido en dispensarios.
- Prefiere usar el servicio de urgencias por comodidad propia.
- Tiene poco tiempo para sacar turno en Consulta Externa

Posibles soluciones

- Incrementar las estrategias de marketing informativo, para sensibilizar a los usuarios en el uso adecuado de los servicios que ofrece la institución.

- Generar material impreso, audiovisual y digital para educar al usuario en los diferentes aspectos de utilización de los servicios de urgencias.
- Promover la instalación en la sala de espera, de monitores, para orientar al usuario sobre las prioridades en atención de urgencias médicas.
- Realizar previamente el procedimiento de clasificación (triaje) para remitir a los pacientes que realmente requieren este servicio.

Para priorizar las temáticas se puede aplicar conjuntamente otra herramienta como el Multivoto o el Diagrama de Pareto.

DIAGRAMA DE CAUSA-EFECTO (ESPINA DE PESCADO)

Para utilizar este diagrama es necesario incluir a todos quienes intervienen en el problema que se analiza, ya que se tratará de relacionar un efecto generalmente negativo con sus causas probables.

Un diagrama de esta clase hecho con amplitud y detalle por aquellos que conocen el tema que se está analizando, toma la forma de un espinazo de pescado y de allí su sobrenombre.

A través de este análisis se puede obtener las causas que han generado los problemas pero luego se debe desarrollar una propuesta para la solución de los mismos.

Metodología:

En un salón o auditorio, de preferencia ubique al personal en forma de U, frente a un rotafolio o pizarra, donde diagramará la espina de pescado, luego realice lo siguiente:

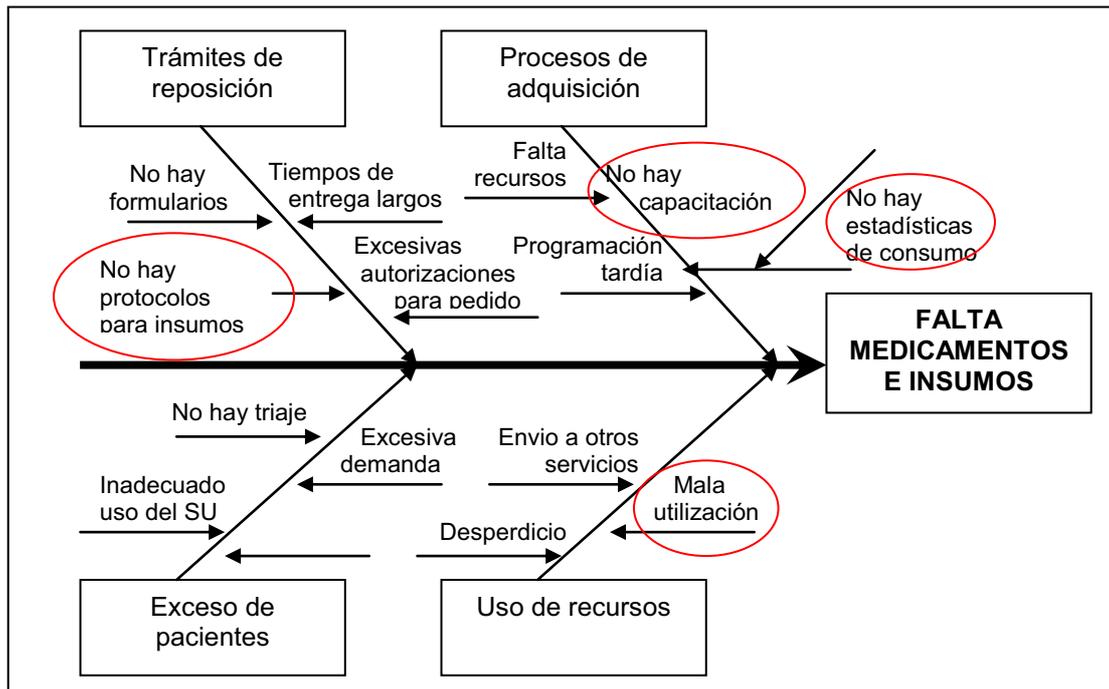
- Defina el problema o efecto clara y objetivamente, esto constituirá la espina principal y la definición hará de cabeza.
- Defina las categorías mayores de las causas posibles, utilizando ramas genéricas y amplias, de lo contrario se hará un diagrama muy complicado.

- Comience a construir el diagrama insertando las categorías principales en las espinas del pez.
- Las espinas secundarias se pueden construir realizando una tormenta de ideas.
- Identifique y rodee con un círculo las que detectan como “probables causas muy importantes”.
- Verifique los temas escogidos para ver si se justifica la selección.
- Analice cada tema para definir posibles soluciones.
- Concrete los resultados y socialice.

Ejemplo:

Problema identificado

Escasez de medicación para cubrir requerimientos médicos de los pacientes.



Posibles soluciones

- Establecer una política de manejo de insumos, que permita estandarizar y agilizar los procedimientos de adquisición, asignación y reposición de medicamentos para entregar al usuario. Capacitar en el tema al personal responsable.
- Protocolizar la adquisición, asignación y reposición de insumos.
- Implementar un programa informático para manejo de inventarios.
- Capacitar al personal involucrado en manejo y control de inventarios.
- Sensibilizar al personal para la adecuada y eficiente utilización de recursos e insumos médicos.
- Establecer estándares de utilización de insumos y medicamentos y mantener un control estadístico de los mismos

Se debe recalcar que entre las causas de falta de insumos se menciona el exceso de pacientes, pero al analizar cada alternativa, es evidente que esto no es una causa primaria para el problema mencionado aunque si aumenta los inconvenientes.

MEJORAMIENTO DE PROCESOS ⁵²

El mejoramiento de procesos es una técnica fundamental dentro de la gestión de calidad, razón por la cual se ha considerado en este programa.

La gerencia de procesos “Se fundamenta en que, solo aquel que conoce el trabajo es quien puede gerenciarlo”, independientemente del nivel jerárquico”. En este aspecto se puede obtener el aporte de todos los profesionales de la salud, en relación a sus conocimientos, experiencias y habilidades mediante el trabajo en equipo, desarrollando y aplicando las herramientas básicas de control, evaluación y mejoramiento o corrección de los procesos.

⁵² MARIÑO H. Gerencia de procesos. Primera edición. Alfaomega Colombiana SA. Bogotá 2001.

Además permite conectar al Servicio de Urgencias con el Centro Hospitalario pues los procesos son interdepartamentales y puede evidenciarse en algunos casos, qué cuellos de botellas o tiempos de espera provienen fuera del servicio de urgencias.

Metodología:

Debido a que esta herramienta es más compleja y estructurada es mejor inicialmente dictar una charla o taller explicativo para todo el personal sobre el mejoramiento de procesos. La técnica implica los siguientes pasos:

Identificación de los procesos

De acuerdo a los problemas identificados se debe definir a que procesos pertenecen, pues aquí no trataremos a los mismos de forma aislada sino como un componente o insumo de un proceso. Es importante marcar los límites del proceso y realizar un mapeo del mismo.

Asignar propietarios del proceso

Una vez identificado el proceso, es importante asignar un grupo de personas que se responsabilicen por el mismo y designar entre ellos un líder de proceso, quien se encargará de dar seguimiento al trabajo.

Medir el funcionamiento del proceso

Una vez establecido el proceso, es importante definir indicadores y realizar un análisis de tiempos, para poder establecer en ¿dónde? y ¿por qué? se generan cuellos de botella, esto será el punto de partida para el mejoramiento del proceso.

Mejoramiento de procesos

Del análisis anterior se obtiene las causas probables y es necesario analizar con el mismo grupo de trabajo los posibles correctivos.

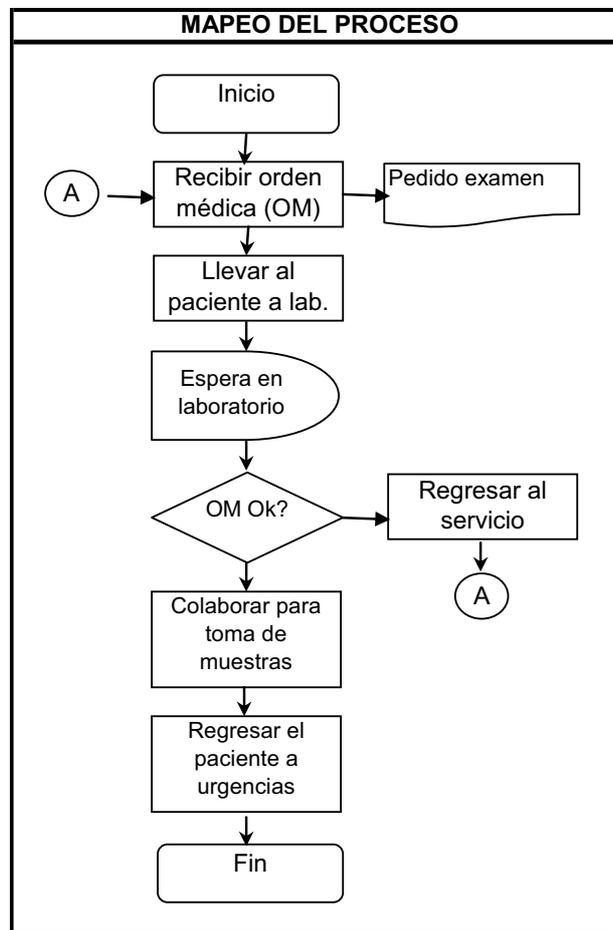
Con esta información se genera un plan de trabajo y nuevamente se realiza el análisis para ver si se obtuvo una mejora o no, en caso de resultados negativos es mejor aplicar una reingeniería y diseñar nuevamente el proceso.

Ejemplo

Problema identificado

Tiempos de espera prolongados para atención en Laboratorio y Rayos X.

Mapeo del proceso



Medir el funcionamiento

| No. | Actividad | Responsable | Tiempo |
|-----|--|-------------|--------|
| 1 | Recibir orden médica | Camillero | 1 min |
| 2 | Trasladar al paciente al laboratorio | Camillero | 15 min |
| 3 | Espera para atención en el laboratorio | Laboratorio | 35 min |

| No. | Actividad | Responsable | Tiempo |
|-----|---|----------------------------|--------|
| 4 | Verificar si la orden médica esta correcta | Responsable de Laboratorio | 1 min |
| 5 | NO: Regresar al servicio e iniciar nuevamente el proceso | Camillero | 15 min |
| 6 | SI: Colaborar para toma de muestras (movilización del paciente) | Camillero | 10 min |
| 7 | Regresar el paciente a urgencias | Camillero | 15 min |

Estado actual: 77 minutos

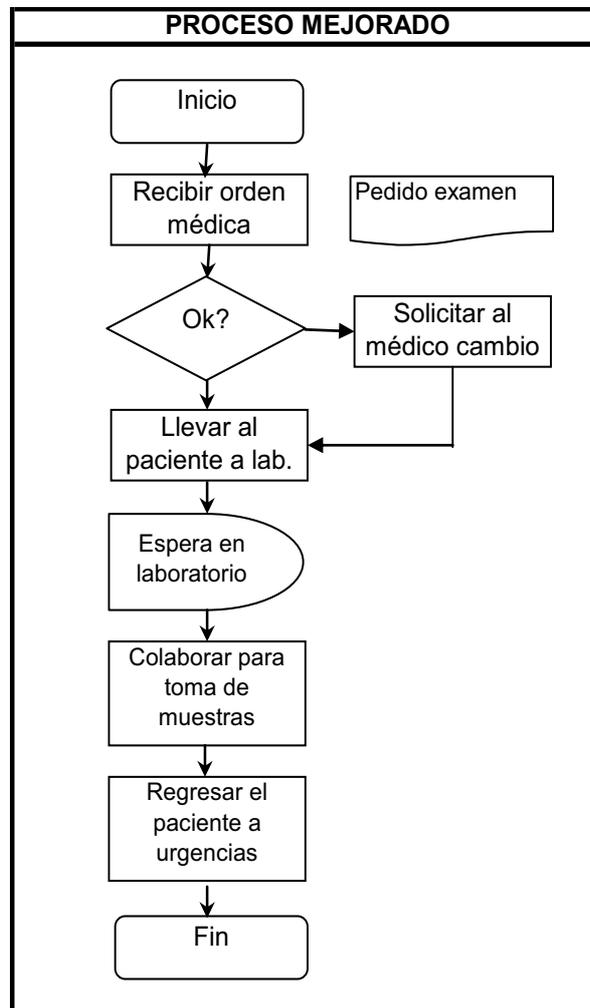
Estado actual con anomalías: 143 minutos

Con el mapeo y control de tiempo, podemos reconocer dos problemas principales:

- El tiempo de espera en laboratorio es excesivo para un paciente que viene de urgencias. Debería darse prioridad a estos casos y mantener un control diferente para pacientes de piso.
- La orden médica es revisada por el responsable de laboratorio antes de realizar los exámenes. En caso de que el documento este incompleto o mal llenado, no se puede continuar el proceso, por lo que el camillero debe repetirlo y regresar al servicio de urgencias nuevamente para buscar al médico.



Mejoramiento del proceso



Medir el funcionamiento

| No. | Actividad | Responsable | Tiempo |
|-----|---|-------------|--------|
| 1 | Recibir orden médica | Camillero | 1 min |
| 2 | Verificar si la orden médica esta completa | Camillero | 1 min |
| 3 | NO: Solicitar al médico completar información | Médico | 1 min |
| 4 | SI: Trasladar al paciente al laboratorio | Camillero | 15 min |
| 5 | Espera para atención en el laboratorio | Laboratorio | 5 min |
| 6 | Colaborar para toma de muestras (movilización del paciente) | Camillero | 10 min |
| 7 | Regresar el paciente a urgencias | Camillero | 15 min |

Estado mejorado: 48 minutos

Posibles soluciones:

Aplicar procesos de control de calidad permanentes y estándares de tiempos de atención en las áreas de Laboratorio y Rayos X.

Plan operativo:

Es necesario además del planteamiento del proceso mejorado considerar algunas actividades adicionales como:

- Capacitar al personal de servicios varios (camillero) sobre la manera en la que la orden médica debe ser llenada, no en cuanto contenido sino en la forma que estén llenos los espacios.
- Sensibilizar a los médicos para confirmar que las órdenes sean llenadas correctamente.
- Formular protocolos de atención en laboratorio, para priorizar la atención de pacientes que llegan del servicio de urgencias. Establecer estándares sobre el tiempo de espera en laboratorio (por ejemplo. máximo 5 minutos).
- Socializar el proceso mejorado y realizar pruebas para confirmar su adecuada aplicación.

4. ELABORAR UN PLAN OPERATIVO



Se debe establecer con claridad que cada vez que se aplica una de estas herramientas, se debe definir como llevar a la práctica el resultado del análisis, por lo que hay que generar un documento general del plan de acción, donde específicamente se incluya temas como: propuestas,

responsables, plazo y la metodología para su desarrollo.

| PROPUESTAS | RESPONSABLES | METODOLOGÍA | PLAZO |
|---|--|---|---------|
| Mejorar tiempos de espera para toma de muestras de laboratorio de pacientes de urgencias. | Equipo del proceso: <ul style="list-style-type: none"> • Gerentes de área: urgencias y laboratorio. • Personal de servicios varios. Médicos. | <ul style="list-style-type: none"> • Mejoramiento de procesos. • Capacitación. • Definición de protocolos. | 3 meses |

En base a este plan de acción se debe definir un cronograma y presupuesto para las acciones a emprender.

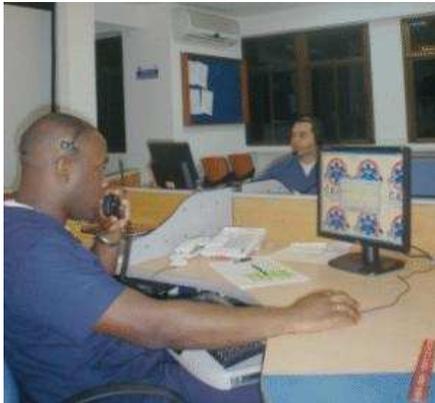
Para orientar el desarrollo del plan de acción, se cita a continuación algunos ejemplos de propuestas o líneas de acción⁵³, que se generan en un proceso de gestión de calidad. Pueden ser tomados como referencia y adaptados a la realidad de cada servicio de urgencias:

- Adaptar la organización, flexibilidad horaria y asignación de recursos del centro hospitalario, según las características de la población que atiende.
- Proponer un análisis estructural y funcional de la arquitectura y diseño del servicio de urgencias acorde a los estándares internacionales, que permita remodelar el espacio físico.
- Editar y difundir los procesos asistenciales en lenguaje asequible para los usuarios y sus familiares.
- Generar una amplia red de comunicación e información con el usuario, a través de la web, teléfono, otros instrumentos telemáticos y de forma presencial.
- Promover un proyecto de atención al usuario, mediante la recepción de sus quejas, problemas o sugerencias.



⁵³ HOSPITAL ANDALUS, Programa de Gestión de Calidad para el Sistema Sanitario. España, 2005.

- Proporcionar información sobre acceso (dirección, horarios, especialidad) de los centros hospitalarios y sus servicios de urgencias.



- Elaborar y distribuir material impreso y digital sobre uso adecuado del servicio de urgencias.
- Publicar las mejoras implantadas a partir de las opiniones de los usuarios.
- Desarrollar un servicio de atención médica telefónica con atención 24 horas.
- Establecer planes de desarrollo profesional ligados a los procesos de capacitación continua.
- Incorporar planes de incentivo y motivación al personal a través de reconocimientos económicos y públicos.
- Promover programas de capacitación continua orientados al desarrollo de competencias, la creatividad, la innovación, la cooperación y liderazgo.
- Promover acciones orientadas a incentivar la investigación como parte de la tarea asistencial.
- Organizar la incorporación y la reposición de tecnologías según un procedimiento estandarizado y racional y acorde al presupuesto del centro hospitalario.
- Disponer de protocolos que orienten el uso adecuado de las tecnologías del servicio de urgencias.
- Definir el marco legal que ampara el accionar de los planes o programas de calidad en los servicios asistenciales de urgencias.
- Establecer programas de capacitación para el personal en gestión de calidad, relaciones con el usuario y mejoramiento continuo.
- Implementar la estandarización de protocolos y establecer procesos para mejorar la calidad de atención.
- Promover la acreditación del centro hospitalario mediante la aplicación de regulaciones y normativas internacionales.



- Mantener políticas de asignación y utilización de recursos, mediante el uso de indicadores y control de inventarios
- Definir y/o ampliar los deberes y derechos de los usuarios del sistema sanitario: derecho de acompañamiento, derechos del niño hospitalizado.
- Utilizar herramientas de evaluación y control de la calidad y tomar acciones correctivas o de ajuste.
- Potenciar la evaluación de desempeño como canal de comunicación entre supervisores y personal, fomentando el desarrollo de competencias.
- Sistematizar la información relacionada con la satisfacción del usuario para utilizarla como base en el desarrollo del programa.
- Difundir los derechos y deberes de los pacientes a través de informativos, mecanismos de participación ciudadana, medios de prensa, etc.
- Realizar una evaluación sistémica de la satisfacción de los usuarios, mediante encuestas de opinión, verificación de indicadores, entre otras.



5. APLICAR LOS ELEMENTOS ORGANIZATIVOS

Como refuerzo a los pasos anteriores, se debe trabajar el sistema organizativo del servicio de urgencias para lo cual se puede priorizar la motivación del personal, la participación del usuario y la cultura organizacional.

Motivación del personal

Para que la aplicación de este programa sea un éxito, se requiere que el personal que participa esté motivado y comprometido con el trabajo.

Es importante reconocer públicamente los logros que se obtienen a través de su aplicación, sin duda esto avivará el dinamismo del personal, algunas alternativas son:

- Entregar diplomas o certificados de reconocimiento por los aportes brindados. Esto puede hacerse en forma individual, en grupos de trabajo, grupos por procesos, etc.
- Entregar bonos de incentivo al personal acorde a los niveles de satisfacción de los usuarios.



- Apoyar e incentivar al personal para la capacitación o formación profesional relacionada con su área.
- Incorporar sistemas de formación interna relacionados con el programa.
- Coordinar intercambios con otros Centros Hospitalarios para analizar procesos afines y conocer alternativas.
- Elaborar boletines, informes y poner en páginas web los avances obtenidos.

Participación del usuario

Un elemento adicional que debemos considerar es que todo el programa y los esfuerzos realizados por el personal y la institución están destinados a obtener la satisfacción del usuario, por lo tanto él debe estar consciente y ser partícipe de las acciones emprendidas. Para esto se puede realizar diversas actividades como:

- Incluir grupos de usuarios en diferentes etapas de análisis de procesos y solicitar sus opiniones y experiencias en los servicios recibidos.
- Realizar foros de participación y veeduría ciudadana.
- Aplicar encuestas de satisfacción en forma periódica sobre distintos aspectos de la atención.



- Crear un departamento de sugerencias que le permita al usuario dar a conocer sus expectativas. También se puede utilizar otras alternativas como: buzón, correo electrónico, vía telefónica, entre otros.
- Mantener canales de información para que los usuarios conozcan los cambios que se están realizando. Elaborar boletines, videos, publicaciones sobre los aspectos concernientes a la participación e información a los usuarios.
- Desarrollar programa de capacitación para los usuarios en temas relacionados con el cuidado de su salud y el uso de los servicios del sistema sanitario.

El cliente final es parte del monitoreo y control del proceso, pues nuevamente su opinión será la que marque el resultado del programa.

Aplicación a la cultura organizacional

La calidad no es un concepto que se aplique de forma efímera, trasciende en el tiempo y se promueve como un valor de la cultura organizacional. Este elemento juega un papel protagónico, pues el programa deberá fomentar y aplicar desde la misma raíz de la institución, a través de sus creencias, normas, sistemas y procesos.

Trabajar en la cultura organizacional, permite que el personal operativo que está en contacto directo con el usuario, tome decisiones importantes sin intervención jerárquica, favoreciendo la satisfacción del cliente, con un servicio de calidad.

Algunas propuestas son:

- Desarrollar talleres motivacionales y de refuerzo de valores para el personal.
- Sensibilizar al personal sobre el compromiso de atención de calidad.
- Establecer espacios para que el personal comparta sus experiencias en la aplicación de nuevas tendencias administrativas y promueva sus resultados.
- Destacar y reconocer públicamente los logros del personal.



El cambio en la cultura organizacional implica sensibilización y compromiso de los trabajadores para aumentar la producción, la calidad del servicio, la calidad de vida de los usuarios y su satisfacción personal.

6. REALIZAR EL MONITOREO Y CONTROL

Es importante mantener un monitoreo sobre el programa, para saber cual es el resultado de su aplicación, además nos permite reconocer si hay cambios o anomalías para corregirlas a tiempo, para esto es necesario basarse en información objetiva y confiable, que permita:

- Evaluar el desempeño de un proceso (Logro de las metas en relación a los resultados).
- Definir la estabilidad de un proceso (Causas comunes o espaciales en los resultados).
- Fijar el nivel de desempeño deseado en relación al alcanzado o la información de referencia de otra organización (acreditación).
- Detectar problemas u oportunidades de mejoramiento.
- Evaluar medidas correctivas.
- Facilitar la comunicación.



Para realizar el monitoreo podemos aplicar:

- Encuesta (satisfacción de los clientes, desempeño del personal)
- Estándares de atención (aplicación de protocolos, desarrollo de procesos, cumplimiento de indicadores, control de tiempos)
- Reportes (estadísticas, contabilidad)

El control es un proceso a través del cual se compara lo alcanzado con los fines propuestos para poder evaluar los resultados. Este proceso lo aplicará el grupo de Directivos utilizando indicadores de garantía de calidad (satisfacción de los usuarios, eficiencia y efectividad) respaldado en los grupos de mejoramiento continuo de procesos.

GLOSARIO DE TÉRMINOS TECNICOS

Accesibilidad: Es la posibilidad que tiene una determinada población de obtener los servicios que necesita, en el momento y lugar donde los necesite, en cantidad suficiente y a un costo adecuado. Facilidad con que los servicios de salud pueden ser obtenidos por la población.

Atasco: Impedimento que no permite el paso.

Atención personalizada: El trato es más íntimo y con más seguridad para los pacientes, ya que perciben que son atendidos con orden y se cuida mucho el aspecto de la humanización.

Calidad científico-técnica: Bajo este concepto se engloba la competencia profesional para utilizar de forma adecuada los más avanzados conocimientos científico-técnicos y los recursos disponibles para producir salud y satisfacción en la población.

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

Calidad percibida (sentida): Es subjetiva de los usuarios y debe ser explicada y expresada por ellos, se refiere al componente interpersonal del proceso asistencial (cómo se produce la interacción paciente-profesional) luego de la utilización de determinado servicio de salud.

Calidad: conjunto de características de un bien o servicio que logra satisfacer las necesidades y expectativas del cliente.

Calidez: Trato Humano.

Congestión: Obstruir o entorpecer el paso, la circulación o el movimiento de algo. Dificultad que retrasa la marcha de un asunto.

Continuidad: Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Control de calidad: Es el proceso mediante el cual se puede medir la calidad real, compararla con las normas y actuar sobre la diferencia. Tiene un enfoque técnico.

Control: Controlar es comparar contra normas preestablecidas.

Cultura organizacional: estrategia que facilita del proceso de cambio y que vela permanentemente por el cumplimiento de las normas y políticas que permitan alcanzar y mantener los objetivos propuestos.

Descentralizar: Transferir a diversas corporaciones parte de la autoridad que antes ejercía el Estado.

Directrices: Conjunto de instrucciones o normas generales para la ejecución de algo

Diseño estratégico: El diseño estratégico consiste en la capacidad que alguna persona tenga para poder lograr hacer una buena táctica a la hora de afrontar temas de toda índole.

Efectividad: Grado en que una determinada practica asistencial logra producir una mejoría en el estado de salud de la población, sin considerar los costos necesarios para ello.

Eficacia: Grado en que se obtiene una mejoría en el estado de salud de una población con la menor cantidad de recursos necesario, es decir, relaciona actividad con costos necesarios.

Eficacia: Grado en que se obtiene una mejoría en el estado de salud de una población con la menor cantidad del recurso necesario.

Eficiencia: Complementariedad y comunicación entre niveles, sin vacíos, traslapes ni repeticiones

Encuesta de satisfacción: es conocer la percepción que los clientes tienen de nuestros productos y servicios. Es esta percepción la que generará o no la tan preciada satisfacción.

Estándares: son criterios de tipo ideal que, generalmente un grupo de expertos establecen de lo que ellos consideran deben ser servicios de buena calidad.

Evaluar: es comparar lo alcanzado contra lo programado, con el objeto de determinar el grado de obtención de las metas que se habían propuesto.

Expectativas: Son el servicio esperado. Están relacionados con la historia previa: La calidad percibida por el usuario en los procesos de atención depende de su percepción y de su expectativa.

Gerencia: Arte de hacer que las cosas ocurran.

Gestión de la calidad: Es el modo en que los niveles de conducción planifican el futuro, implementan los programas y controlan los resultados de la Calidad con vista a su mejora permanente.

Gestión: Proceso dinámico de interacción entre la estructura (oferta) y la demanda (necesidades) Con eficacia y eficiencia.

Holístico: Doctrina que propugna la concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen.

Humanizar: Hacer humano, familiar y afable a alguien o algo

Indicador de Salud: Calibradores que permiten evaluar problemas relacionados con la salud de la población, y que ayudan a la gestión de los servicios de salud que asisten a la comunidad.

Jerarquía: Grupo de personas calificadas por rango, grado o clases.

Marco legal: bases sobre las cuales las instituciones construyen y determinan el alcance y naturaleza de la participación política.

Mejora de la calidad: Supone la organización de un cambio cuyo objetivo es lograr niveles de excelencia en el servicio, eliminando errores y mejorando el rendimiento del mismo. Tiene un enfoque socio-técnico.

Monitoreo: Sistema de información con actividades y procesos realizados de forma continua y rutinaria.

Planificación de la calidad: Es la definición de políticas, generación de objetivos y estrategias para llegar a ella, Es la actividad destinada a determinar quienes son los usuarios del servicio y sus necesidades, desarrollar los procesos y productos requeridos para satisfacerlos, y transferirlos a las unidades operativas.

Planificación estratégica: Es de largo plazo, en donde los niveles máximos de conducción establecen políticas, objetivos primarios generales y contenidos cualitativos de las acciones a realizarse en la organización.

Planificación operativa: A corto plazo, se refiere a las actividades de mantenimiento diarias.

Planificar: es proyectar una visión de un futuro deseado y los medios como alcanzarlo

Política o Plan maestro: es un conjunto organizado de propuestas que abarcan un área de la actividad humana.

Políticas: constituyen la orientación cualitativa de la acción, y son de alcance general.

Proceso: conjunto de actividades que generan valor.

Programa: Es parte de una política, pero está circunscrito a un objetivo específico. Es una Serie ordenada de operaciones necesarias para llevar a cabo un proyecto. Expresa cuantitativamente, aunque globalmente, las acciones y los recursos necesarios.

Proyecto: es la menor unidad de asignación de recursos con la que se materializa un programa dentro de una política. Expresa detalladamente las metas, acciones y recursos.

Satisfacción: Grado en que la atención brindada colma las expectativas de la población a la que va dirigida.

Socializar: Promover las condiciones sociales que, independientemente de las relaciones con el Estado, favorezcan en los seres humanos el desarrollo integral de su persona.

Triage: niveles de priorización o clasificación, basada en el grado de urgencia y la complejidad de los pacientes que acuden a los servicios de urgencias y que se aplica como medida para mejorar la calidad de la asistencia a los usuarios.

Urgencia médica: se define como aquella situación que afecta o pone en peligro la salud o la vida de una o de muchas personas

Valor: percepción que tiene un cliente sobre la capacidad de un producto o servicio de satisfacer su necesidad

BIBLIOGRAFÍA

ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD \MODULO GSS - 2005\ 4 Modelo GSS-2005

ALARID, H "Modelos de Atención y Calidad de los Servicios" OPS/OMS Honduras, Tegucigalpa, Abril de 2000

ALARID, H. La Calidad de la Atención Imperativo de la Reforma. Consultor de Desarrollo de Servicios de Salud. Honduras 2000.

ÀLVAR N, SUÑOL R. La calidad de la atención. Fundación Avedis Donabedian.

ARANAZ A. Servicio de Medicina Preventiva. Hospital General Universitario de Alicante. Departamento de Salud Pública. Universidad Miguel Hernández de Elche.

ARANAZ J. La Calidad en los Servicios Sanitarios. [google.com]. Una Propuesta General para los Servicios Clínicos. <http://neurología.rediris.es/congreso-1/conferencias/asistencia-7.html>. [2008-04-21]

ARANAZ, J.M. Y BUIL, J.A. Gestión Sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales. Med Clín (Barc), 1995; 106: 182-184.

BADORREY C. Implantación de un Programa de Calidad en el Servicio de Urgencias Hospitalario. Rev. Calidad Asistencial 1997; 12:241-56.

BERTOS P. Utilización inadecuada de los Servicios de Urgencias Hospitalario. Justificación de una consulta rápida. Todo Hospital 1997; 139:29-38.

CONDE M. El SAS debe mejorar: urgencias pacientes [consulta. Domingo, 09/03/08]

Congreso Nacional del Ecuador. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Ley No 80.R.O. 670 de 25 de septiembre del 2002

DE BRIGARD A. Urgencias una verdadera encrucijada. Revista Hospitalaria 2001; 12:6- 12.

DE BRIGARD A. Urgencias una verdadera encrucijada. Revista Hospitalaria 2001; 12:6- 12.

DE MORAES H. Manual Prototipo de educación en administración Hospitalaria. Motivación. Administración de servicios de salud 2005. Paulo Roberti Mota. Serie HSP/ Manuales Operativos PALTEX Volumen V, N° 14. 1996.

DONABEDIAN A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quart 1996; 44 (2): 166-202.

DONABEDIAN A. La calidad de la Atención Médica. La prensa Mexicana SA de CV. México DF, 1984.

GILMORE CM, De Moraes H. Manual de gerencia de Calidad. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Washington, 1996.

GONZÁLEZ A. Sistemas de Información Gerencial. Modulo Maestría en Gerencia de Servicios de Salud. Oct. 2006.

Guía Metodológica para el desarrollo de un Programa de Gestión de Calidad en la red de Hospitales del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

JCAHO. Estándares de acreditación de hospitales. Fundación Avedis Donabedian. Barcelona, 1997.

JESÚS M^a ARANAZ ANDRÉS. Servicio de Medicina Preventiva. Hospital General Universitario de Alicante. Departamento de Salud Pública. Universidad Miguel Hernández de Elche.

MARIÑO H. Gerencia de procesos. Primera edición. Alfaomega Colombiana SA. Bogotá 2001.

MATUSEVICH M y OTROS. Calidad en los Servicios de Guardia Médica Htal. Gral. de Agudos Enrique Tornú. info@ambiente-ecologico.com. Salud. Edición 71 / Junio del 2000 (marzo 2008)

Ministerio de Salud Pública Marco General de Reforma Estructural de Salud en el Ecuador. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Ediciones Abya-Yala Quito Ecuador. Agosto del 2006. Capitulo I. Art. 4.Principios. Calidad. pag.40

Mira JJ. La gestión de la calidad orientada hacia el cliente. Curso UIMP. Alicante, 2004 (en prensa).

MIRA, J.J y OTROS ¿Es posible mejorar la coordinación entre niveles asistenciales, Med Clín (Barc), 1997; 109: 439.

MIRA, J.J y OTROS. Calidad corporativa hospitalaria. ¿Qué transmite la prensa escrita? Todo Hospital, 1996; 131: 25-32

MIRA, JJ, ARANAZ JM y OTROS. Mira atrás para seguir adelante! XV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Reus, 21-24 de octubre de 1997.

OPS Organización Panamericana de la Salud. Programa de garantía de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 1999. [Consulta enero 2008]

OTEO LA, Hernández JF. Rediseño de/en organizaciones sanitarias: de la teoría a la práctica. En Llano del J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Gené J. Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos. Masson. Barcelona, 1998.

ROJAS M. Gerencia de Procesos. Modulo Maestría en Gerencia de Servicios de Salud. Quito-2004

ROSS A, y OTROS. La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe [<http://www.scielo.org/scielo.php>]. Revista Panamericana Salud Publica v.8 n.1-

SANAZARO PJ. Autoevaluación profesional y calidad de la atención médica. Control de Calidad asistencial, 1987; 2: 99-104.

SUÑOL R y OTROS. El auditor Médico: un método para la evaluación de la asistencia. Control de Calidad Asistencial, 1986; 1: 27-30.

www.gerenciasalud.com

www.salud.com. Tu Otro Médico

www.google.com/imágenes

Fotografías tomadas en el Hospital Carlos Andrade Marín por Aída Coloma M. autora de la investigación.