

INSTITUTO CENTROAMERICANO DE ADMINISTRACION PÚBLICA

ICAP



**PROGRAMA DE MAESTRÍA NACIONAL EN
GERENCIA DE LA CALIDAD**

“Propuesta para la Medición del Servicio al Cliente y Análisis de la Calidad Percibida por el Usuario del Servicio de Emergencias del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño de Liberia en el segundo semestre del 2014”.

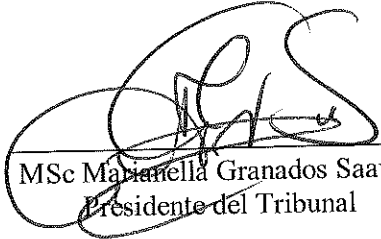
Vanessa Montiel Cubillo

Gabriela Sánchez Cervantes

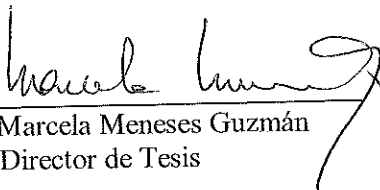
San José, Costa Rica

Noviembre 2014

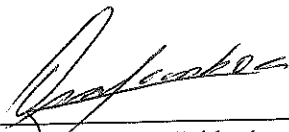
Esta tesis fue aprobada por el Tribunal Examinador de la Maestría en Gerencia de la Calidad del ICAP, como requisito para obtener el título de Magister Scientiae en Gerencia de la Calidad.



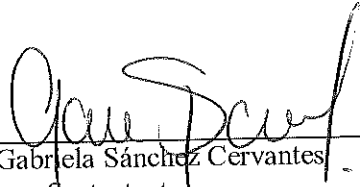
MSc Marianella Granados Saavedra
Presidente del Tribunal



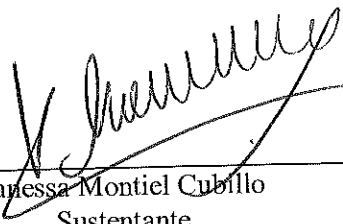
Dra. Marcela Meneses Guzmán
Director de Tesis



Ing. Oscar Gamboa Calderón
Examinador Designado



Gabriela Sánchez Cervantes
Sustentante



Vanessa Montiel Cubillo
Sustentante

Agradecimientos

A Dios por darnos la vida y enseñarnos a utilizar todas las herramientas necesarias para llegar a obtener con éxito nuestros objetivos.

Dedicatoria

A nuestras familias que son el pilar de nuestra existencia.

RESUMEN EJECUTIVO

Este estudio fue realizado en el Servicio de Emergencias del Hospital Enrique Baltodano Briceño de Liberia y consistió en desarrollar un instrumento que permitió medir y evaluar la percepción de la calidad de los usuarios del Servicio, relacionado con la atención y el trato brindado por el personal médico, enfermería y seguridad del Servicio de Emergencias.

El objetivo del estudio fue diseñar un instrumento para medir la calidad de la atención, que permita apoyar la toma adecuada y oportuna de decisiones de la gestión del Servicio, para mejorar la calidad del servicio brindado a los usuarios.

La confección del instrumento que se utilizó, se realizó tomando en cuenta las diferentes quejas y disconformidades que los usuarios presentaron a la jefatura de urgencias pero también los aspectos positivos del servicio. Del estudio se logró documentar que del total de usuarios encuestados el 74% respondió afirmativamente la encuesta, el 19% en forma negativa y hubo un 7% que no respondió algunas de las preguntas de la encuesta.

Esto evidencia que a pesar de las disconformidades o aspectos de mejora del servicio, la evaluación general de calidad de la atención es positiva y se traduce en que el usuario estuvo satisfecho con la atención recibida.

Las tres principales insatisfacciones que se documentaron se relacionan con la limpieza de los servicios sanitarios, el tiempo de espera de la atención y la inadecuada infraestructura (Falta de espacio físico, hacinamiento, áreas inadecuadas y pequeñas para la demanda del usuario, estructura física en mal estado, poca ventilación, entre otros).

Los tiempos de espera ocupan el primer lugar de las insatisfacciones. Se propone aumentar la vigilancia y limpieza de los servicios sanitarios, y brindar a través de actores locales educación a la población acerca del uso adecuado del material de limpieza.

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN | 8 |
| CAPITULO I..... | 11 |
| 1. Antecedentes..... | 11 |
| 1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES | 11 |
| 1.2 ANTECEDENTES NACIONALES..... | 13 |
| 1.3 ANTECEDENTES LOCALES..... | 17 |
| 1.4 Ubicación contextual..... | 18 |
| 1.4.1 Antecedentes históricos..... | 18 |
| Descripción de distritos: | 19 |
| Liberia. | 19 |
| Cañas Dulces. | 20 |
| Mayorga | 20 |
| Nacascolo | 20 |
| Curubandé | 20 |
| 1.4.2 VISIÓN HEBB. | 24 |
| 1.4.3 Misión HEBB. | 25 |
| 1.4.4 MISIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS. | 25 |
| 1.4.5 VISIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS. | 25 |
| 1.4.6 VALORES INSTITUCIONALES: | 26 |
| 1.4.7 UBICACIÓN GEOGRÁFICA. | 26 |
| 1.4.8 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA. | 27 |
| FUENTE: DEPARTAMENTO DE REDES HEBB | 28 |
| 1.4.9 DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS | 29 |
| 1.4 PROBLEMA | 33 |
| 1.5 JUSTIFICACIÓN | 34 |
| 1.6 OBJETIVOS | 37 |
| 1.6.1 Objetivo General..... | 37 |
| 1.6.2 Objetivos Específicos | 37 |
| CAPITULO II..... | 39 |
| 2.1 <i>Concepto de Calidad.</i> | 39 |
| 2.2 <i>Enfoque al cliente</i> | 42 |
| 2.2.1 Cliente Interno..... | 42 |
| 2.2.2 Cliente Externo. | 43 |
| 2.2.3 La calidad debe ser percibida por el Usuario [Joffre Valtanian, 1999] | 44 |
| 2.3 <i>Concepto de Satisfacción y Calidad Percibida</i> [Marcela Pezoa, 2010] | 45 |
| 2.4 <i>Medición de la Satisfacción del Cliente</i> [Evaluación de los Servicios de Salud, 2012] .. | 47 |
| 2.4.1 Formas de monitoreo | 48 |
| 2.4.2 Métodos de Monitoreo | 49 |

| | |
|--|-----|
| a) Grupos de Consulta (Focus Group)..... | 49 |
| a) Reuniones con miembros de la Comunidad..... | 50 |
| b) Entrevista Individual Frente a Frente..... | 50 |
| c) Entrevistas de Entrada vrs Entrevistas de Salida..... | 51 |
| d) Visitas a Hogares de la Comunidad y Observación del Cumplimiento de Indicaciones o Uso de Insumos..... | 51 |
| e) Recorridos con los Usuarios..... | 52 |
| f) Encuestas (usuarios directamente o de hogares -de población- y estas pueden ser directas -en entrevista personal-, por teléfono o por correo)..... | 52 |
| 2.5 SERVQUAL..... | 54 |
| 2.6 CRONBACH..... | 54 |
| MARCO CONCEPTUAL..... | 55 |
| CAPITULO III..... | 62 |
| 3.1 Tipo de investigación..... | 63 |
| 3.2 Área de estudio..... | 63 |
| 3.3 Objeto y sujeto del estudio..... | 63 |
| 3.4 Población y Muestra..... | 64 |
| 3.5 Fuentes de información..... | 65 |
| 3.6 Operacionalización de variables..... | 65 |
| 3.7 Diseño de Técnica e Instrumento..... | 67 |
| 3.8.1 Alcances | 67 |
| 3.8.2 Limitaciones | 67 |
| CAPITULO IV..... | 69 |
| CAPITULO V..... | 102 |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 102 |
| 5.1 Conclusiones..... | 102 |
| 5.2 Recomendaciones..... | 105 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 109 |
| ANEXOS..... | 113 |
| <i>Encuestas de Validación</i> | 115 |

INTRODUCCIÓN

El Hospital Enrique Baltodano Briceño (HEBB) es un Hospital Regional que cubre toda la Región Chorotega con una población adscrita directa de 62,987 habitantes e indirecta de 370,906 habitantes, según el Censo 2011 realizado por el INEC.

Los servicios de urgencias hospitalarios, a pesar de las características que los diferencian claramente de otros niveles y servicios asistenciales, no deben escapar a las técnicas de evaluación y control de calidad.

La atención en urgencias se encuentra sometida a una evaluación y crítica continuas, por parte de los usuarios externos, los usuarios internos y sus familiares, una vez éste ha necesitado de una atención de urgencia.

Esta cultura de evaluación exterior y autoevaluación continua, lejos de representar una dificultad, constituye una oportunidad única para la puesta en marcha de estrategias, obtenidas desde la percepción del mismo usuario de los Servicios de Salud y lograr así la mejora continua en la prestación de Servicios a los usuarios.

Por tanto es de suma importancia la evaluación continua en busca de la excelencia, A través de la formulación de objetivos estratégicos, de identificar aquellas acciones que contribuyan a superar las expectativas en la atención que reciben los usuarios de los servicios de salud, lo cual es el motivo fundamental de este trabajo.

La consulta urgente es uno de los aspectos que siempre preocupa a los sistemas de salud. Estos servicios garantizan la atención 24 horas al día, todos los días del año y se organizan para dar una respuesta “a demanda” en la que la unidad usuario/familia es quien interpreta la necesidad y la urgencia de atención basándose en su percepción de salud.

Las personas que precisan asistencia en salud urgente esperan recibir una atención de calidad, segura, en un tiempo adecuado y recibiendo esta de profesionales calificados.

También esperan recibir información comprensible sobre su estado y sobre el tratamiento, al tiempo que son escuchadas e implicadas de forma activa en la toma de decisiones sobre los cuidados a recibir.

El presente estudio analizará las principales quejas que tienen los usuarios del Servicio de Emergencias con el fin de diseñar un instrumento, que permita apoyar la toma adecuada y oportuna de decisiones de la gestión del Servicio, para mejorar la calidad del servicio brindado a los usuarios y disminuir las quejas.

Actualmente de la mano con el crecimiento poblacional, está el aumento de la cantidad de usuarios de los Servicios Médicos en Emergencias, los cuales se han vuelto más demandantes de una atención con criterios de calidad, y a su vez demuestran más su insatisfacción en muchos casos con la atención recibida.

El problema más que todo se basa en la insatisfacción diaria de los usuarios del Servicio de Emergencias por lo prolongado de los tiempos de espera para su atención, además de factores como el trato y la insatisfacción de no haber recibido lo que esperaban de su atención.

Este trabajo permitió identificar los componentes principales de gestión orientados al usuario, que tienen incidencia en sus percepciones de calidad, así como también los elementos del servicio que influyó en su satisfacción, y analizó la relación entre las variables calidad, satisfacción, imagen, confianza en el contexto de un Servicio de Urgencias Hospitalario.

CAPITULO I

MARCO CONTEXTUAL

CAPITULO I

Marco contextual

1. Antecedentes

1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Si se hace referencia a lo que ocurre a nivel internacional, es posible analizar y concluir que la problemática de la saturación del servicio de emergencias y la insatisfacción al usuario se presenta en muchos países alrededor del mundo.

En la Revista Peruana de Medicina y Salud Publica (2011) se cita lo siguiente: “Elevar los niveles de salud de una población implica asegurar la calidad de la atención, lo que a su vez está relacionado con la satisfacción del paciente. Se pone cada vez mayor énfasis a la calidad de los cuidados hospitalarios de los niños, en especial en países de recursos limitados, pero también en países más desarrollados”.

En concordancia con ello, se cita en la Revista Peruana de Medicina y Salud Pública del 2012, volumen 29, que la Organización Mundial de la Salud convocó a una reunión en Bali para revisar el tema y compartir la experiencia de dichos países. Como resultado de dicha reunión y de las experiencias de los diversos países, se desarrolló un instrumento genérico de evaluación de la calidad de atención en establecimientos de salud de nivel referencial, el cual se basa en el marco clásico de calidad de atención que involucra estructura, procesos y resultados y que puede ser adaptado a las necesidades locales.

Por lo menos desde 1994 los gobiernos de la región de las Américas han abordado el tema de calidad en los servicios básicos de salud como parte de los procesos de reforma del sector, reflejando su relevancia tanto para el sector público como para el privado.

El marco clásico para la evaluación de la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria incluye criterios que se pueden clasificar como pertenecientes a la estructura, a los procesos y a los resultados, a lo que habría que agregar el criterio de accesibilidad. Conocer el grado de satisfacción (o insatisfacción) del paciente (usuario externo) constituye un elemento necesario para garantizar la calidad, y debe ser uno de los indicadores reportados por los establecimientos de salud [Villatoro, 2005]

Calidad en los servicios de salud y satisfacción del paciente están estrechamente relacionados. El grado de satisfacción del acompañante cumple una función importante en la atención médica. Se trata, en primer lugar, de un juicio sobre la calidad de la atención, que incorpora las expectativas y percepciones del paciente.

En segundo lugar, se trata de un resultado de la atención: un aspecto del bienestar psicológico del paciente y también un signo de éxito para la institución sanitaria. En tercer lugar, la satisfacción del paciente asegura que cumpla su tratamiento, alentando a los pacientes en la búsqueda de atención y para que colaboren en lograr su mejoría. Por extensión, mala calidad de la atención se asocia con insatisfacción del paciente, lo cual se refleja en quejas, reclamos y denuncias en los medios de comunicación, impacto en la sociedad, desprestigio de las instituciones y, en algunos casos, en procesos judiciales.

La evaluación de la insatisfacción debería contribuir al planteamiento de mejoras en la atención hospitalaria, además de servir de referente de atención para otros establecimientos de salud.

Un estudio realizado en los servicios públicos de salud en los distritos Norte e Ichilo (Bolivia), identifica la percepción de la población respecto a la calidad recibida en el hospital, enfatizando la relación entre los trabajadores de salud y los pacientes. Se utilizaron métodos cuantitativos y cualitativos tales como: encuesta, grupos focales, observación directa, entrevistas abiertas con informantes clave y discusiones abiertas con la comunidad.

Los resultados muestran que la reputación de los servicios, está afectada por algunos elementos, tales como las actitudes discriminatorias hacia la gente que pertenece a un nivel socioeconómico bajo, problemas de comunicación entre el trabajador de salud y el paciente, la percepción de insuficiente capacidad diagnóstica y terapéutica.

La Organización Mundial de la Salud, tratando de abarcar la perspectiva de los distintos grupos involucrados (clientes, proveedores, planificadores, sanitaristas), define la calidad así: "La Calidad en la Atención en Salud consiste en la apropiada ejecución (de acuerdo a estándares) de intervenciones de probada seguridad, que son económicamente accesibles a la población en cuestión, y que poseen la capacidad de producir un impacto positivo en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición". Tratando de unificar la definición de calidad, se cita la de W. Edwards Deming, un pionero de la calidad en la industria. En su enunciado más básico, proveer de buena calidad significa: "Realizar las cosas correctas de manera correcta".

1.2 ANTECEDENTES NACIONALES.

Si se analiza lo que está ocurriendo actualmente en el país, se puede notar la gran necesidad de reorganizar y replantear el servicio y abordaje que se brinda en los servicios de emergencias, la demanda de la población es cada vez mayor, pero el personal y la infraestructura continua siendo la misma.

La Revista Costarricense de Salud Pública, volumen 19 del 2010, anota que se han realizado estudios a nivel nacional en la evaluación de la Calidad de la Gestión de los servicios brindados a los usuarios del sistema de salud pública, como por ejemplo los servicios de apoyo, laboratorio, rayos x, etc. y se ha determinado que las organizaciones de salud presentan diferentes formas, dimensiones y especializaciones. Por ello es muy complejo determinar una forma de actuar del personal frente a la calidad de la gestión en las clínicas y hospitales.

Se hace necesario ingresar a la realidad de cada uno de estos centros para entender y conocer sus propios perfiles, tomando en cuenta que allí laboran en forma conjunta desde un profesional con postgrado hasta un empleado sin mayor instrucción. Los profesionales que trabajan en las instituciones de salud deben tener claro el concepto de calidad de la gestión en la atención, y considerar el avance que actualmente se tiene sobre satisfacción de usuarios.

Las instituciones de salud han planteado estrategias nacionales que pretenden el rescate de la calidad, lo que implicaría el incremento en la satisfacción del usuario, vista como indicador de la gestión de la calidad, donde la calidad se mide en función de mantener, restaurar y promover la salud, con la finalidad de lograr la satisfacción total del cliente.

El interés de la calidad de la atención médica tiene su origen no sólo en el malestar expresado por los usuarios de los servicios de salud, sino también en el deseo de disminuir la desigualdad en el sistema de salud de los diferentes grupos sociales.

En la atención de la salud, calidad también significa ofrecer un rango de servicios que sean seguros y efectivos y satisfagan las necesidades y expectativas de los clientes. En Costa Rica se han realizado varios estudios relacionados con la gestión de calidad en los servicios hospitalarios; sus resultados, en general, indican dónde se está fallando y cuáles pueden ser las medidas correctivas. Uno de estos estudios se llama, "La inducción como factor de éxito en la gestión del cliente interno de las áreas de salud de la Región Chorotega" (Ruiz Artavia, et al, 1999); en él se expone que una de las limitaciones en el proceso de Operacionalización de las políticas de salud actuales es la ausencia de un modelo de inducción al personal de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) que facilite la integración de los funcionarios de nuevo ingreso, así como de los habituales, en el proceso de cambio que enfrentan las organizaciones de salud.

En atención a esa necesidad de corroborar lo citado, se analizó la situación de la inducción formal e informal desarrollada en la Región Chorotega, a partir de las características presentes en la organización de los procesos de trabajo, de las experiencias, expectativas y necesidades del cliente interno de las Áreas de Salud y de las políticas institucionales, para la propuesta de acciones alternativas orientadas hacia la calidad de la gestión. En otro estudio, se analiza la cultura organizacional como variable que facilita u obstaculiza el logro de los objetivos del Servicio de Urgencias del Hospital Dr. R. A. Calderón Guardia. (Duarte, 2001, p. 35 a 52)

Se realizó un estudio sobre "La motivación laboral de los empleados en el Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera. La investigación buscó identificar el nivel de motivación de los empleados del Hospital Nacional de Niños. El estudio mostró que la motivación laboral en el hospital es baja, en los aspectos relacionados con la satisfacción laboral, el ambiente laboral y el salario, pero existe gran identificación con la institución, (Hernández Gómez, et al, 2000, p 33-39).

Existen también estudios sobre satisfacción en el área de consulta externa: en un estudio realizado en la Clínica Clorito Picado (Montero, 1989) se entrevistó a 203 usuarios donde el 91% expresó mucha satisfacción por la privacidad con que lo atendieron, un 75% reportó satisfacción por la calidad del servicio y el 57% manifestó satisfacción en cuanto a la rapidez de los servicios.

En otro estudio, en Puriscal y Turubares realizado a 270 usuarios sobre la satisfacción de los servicios de salud (López Madrigal ,1997), se encontró que en lo referente a los horarios de atención el 58.9% expresó moderada satisfacción; en cuanto a la accesibilidad, los usuarios manifestaron mucha satisfacción en un 80.37%, en relación con el tiempo de espera el 48.41% reportó insatisfacción y el 21.8% expresó insatisfacción por las condiciones de infraestructura.

En un trabajo sobre la incidencia de los tiempos de espera, infraestructura y empatía en la satisfacción de los usuarios de la consulta externa de cardiología en el Hospital México (Bonilla, 2002), se concluye que existe insatisfacción en los tiempos de espera y en el trato recibido por parte del personal entre los usuarios encuestados.

En otro estudio denominado “CALIDAD DE ATENCIÓN DADA POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD A LOS USUARIOS EXTERNOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL” (Cabascango, Villegas,2009-2010), se concluyó lo siguiente: El servicio de emergencia del Hospital San Vicente de Paúl es una área de gran demanda de pacientes, la infraestructura con que cuenta permite el fácil acceso de las mismas en cuanto a ubicación, horario, capacidad resolutive, personal eficiente y la eficacia del servicio.

La eficiencia del personal del área puede verse afectada por factores como el exceso de carga y stress laboral, turnos intensivos y extensivos, exigencia por parte del usuario entre otros aspectos, lo que impacta negativamente en la calidad del servicio que presta.

La satisfacción de la necesidad del usuario es el punto de discusión, su capacidad resolutive media hace que en muchas ocasiones sea cuestionada. La eficacia e impacto del servicio en la satisfacción de su necesidad de atención es cuestionable ya que un 41% manifiesta que debe regresar nuevamente para ser atendido, sin embargo de ello la falta de recursos económicos por parte de la población hace que regrese nuevamente por un “mal servicio” esto demuestran las respuestas obtenidas, Pero el 57 % restante admite que la calidad de atención es rápida y oportuna lo que quiere decir que existe un tiempo de espera prolongado para recibir atención ya sea por diferentes factores adversos, como la afluencia extrema de pacientes, la falta de personal y otros, pero el momento de brindar atención los profesionales de salud lo hacen con la mayor calidad y calidez humana.

Como se mencionó anteriormente un aspecto que incide negativamente en el impacto al servicio son los tiempos de espera prolongados lo que hace aún más que los usuarios piensen que el servicio sea inoportuno, ineficiente e ineficaz.

En términos generales se puede encontrar en todos los estudios antes citados que lo que más preocupa a los prestadores de servicios de salud a nivel nacional, es como mejorar la satisfacción de los usuarios, que en la mayoría de los estudios evidencian estar insatisfechos ya sea por el tiempo de espera, por la infraestructura o por el trato recibido, esto es importante porque brinda la información necesaria para saber qué es lo que el usuario espera de los servicios que se le brindan y poder así enfocar los esfuerzos para construir herramientas que permitan mejorar la calidad de la atención en los diferentes servicios de la Institución.

1.3 ANTECEDENTES LOCALES.

A nivel local no se dispone de documentos relacionados con el tema de análisis de esta tesis, sin embargo es de interés local encontrar la forma más adecuada de mejorar la calidad percibida por el usuario de los servicios de salud.

1.4 Ubicación contextual.

1.4.1 Antecedentes históricos.

Historia del Sector De Liberia

Al llegar los conquistadores Españoles al territorio costarricense, existían tres núcleos culturales, uno de ellos localizado en la Provincia de Guanacaste, con rasgos culturales procedentes de Meso América, dicho núcleo era el más poblado y con mayor nivel cultural.

Con la llegada de los colonizadores y con los cambios sufridos en su estilo de vida y la propagación de epidemias, fueron los principales motivos que hicieron declinar rápidamente la población indígena.

En el año 1770, se produjo la afluencia de mulatos Nicaragüenses y de ladinos del Norte de Nicoya, lo que dio lugar al nacimiento de núcleos de población, uno de ellos sería Liberia. Varios hechos permitirían su creación, entre los que se destacan: su posición geográfica, la congruencia de caminos formados por el que va de Nicaragua a Costa Rica, y el que se desprende de esta hacia Nicoya, lo cual la convierte en un punto estratégico para la formación de un poblado.

Durante esa época lo peculiar fue el lugar donde está una Ermita, punto de partida para la formación del poblado, al cual se le dio el nombre de Villa Guanacaste en lo que es hoy el parque central de Liberia.

Guanacaste es una palabra indígena que proviene de dos vocablos Aztecas: Quatl (árbol) y Nacazthi (oreja).

En decreto # 31 del 23 de julio de 1831 se le concedió al pequeño caserío el título de Villa Guanacaste. El 27 de Marzo de 1835 apareció la división departamental, correspondiendo

a Guanacaste las Villas de Guanacaste, Bagaces y los pueblos de Santa Cruz, Nicoya y Cañas, donde la ciudad de Guanacaste fue elegida cabecera en el año 1842.

El 25 de Abril de 1854, en Acto Solemne, los vecinos de la Villa Guanacaste piden cambiar el nombre de la provincia del mismo nombre por el de Provincia de Moracia en honor al Presidente Mora y a la capital Ciudad de Guanacaste, por el de Ciudad de Liberia, la cual fue aceptada.

En el año 1860 por causas políticas Gubernamentales, se borra de la división territorial el nombre de Provincia de Moracia y se restablece el de Guanacaste, permaneciendo el de Liberia como ciudad cabecera hasta la fecha.

El 7 de Diciembre de 1848 se le otorga a Liberia, el título de Cantón mediante el Decreto # 167, siendo el cantón de la provincia de Guanacaste y cabecera de la misma.

El cantón de Liberia es el primer cantón de la provincia de Guanacaste, localizado en la Región Pacífica Norte o Chorotega.

Tiene una extensión de 1440.04 Km², con una densidad de población de 40.13 habitantes por Km². La población es de 62,987 habitantes, según datos del Censo 2011 realizado por el INEC.

Liberia limita al Norte con los cantones de La Cruz y Upala, al sur con el cantón de carrillo al Este con el cantón Bagaces y al Oeste con el Océano Pacífico.

Descripción de distritos:

Liberia.

Liberia es el distrito primero del Cantón, con una población a 62.987 habitantes. Tiene una extensión de 561,57 kilómetros cuadrados, y una densidad de población de 78,57 habitantes por kilómetros cuadrado.

Este distrito presenta características de zona urbana, concentra la mayor parte de población del cantón de Liberia, con un 75% del total.

Cañas Dulces.

Cañas Dulces cuenta con una población de 3.230 habitantes, considerando como zona rural, tiene una extensión de 247,87 kilómetros cuadrado. Se localiza al nordeste de la ciudad de Liberia, a 18 kilómetros de distancia y tiene una densidad de población de 11,55 habitantes por kilómetro cuadrado.

Mayorga

Mayorga cuenta con una población de 1.599 habitantes. Es el tercer distrito del cantón, conocido como Quebrada Grande, con una extensión de 226,67 kilómetros cuadrados y una densidad de población de 6,34 habitantes por kilómetros cuadrado. Se localiza a 49 kilómetros de la Ciudad de Liberia hacia el Noroeste. Es considerado como zona rural, su principal actividad educativa es la ganadería de leche, la cual se hace posible dadas las condiciones climatológicas, pues es una zona alta lluviosa.

Nacascolo

Nacascolo cuenta con una población de 2.249 habitantes, es conocido como el Distrito de Guardia, tiene una extensión de 333,27 kilómetros y una densidad de población de 3,47 habitantes por kilómetros cuadrado.

Se encuentra ubicado al oeste de la ciudad de Liberia, aproximadamente a 20 kilómetros de distancia.

Curubandé

Curubandé cuenta con una población de 2.527 habitantes, es el quinto distrito del cantón. Tiene una extensión de 70,66 kilómetros cuadrados, con una densidad de población de 45,38 habitantes por kilómetros cuadrado. Está ubicado a 15 kilómetros de la Ciudad de Liberia, hacia el noroeste.

Historia del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño de Liberia.

Desde la fundación de Liberia (entonces Guanacaste), en septiembre de 1769, hasta su consolidación como cantón y como cabecera, el 30 de mayo de 1854 por Ley Nº 3, no se contaba con un centro hospitalario donde atender a su población, esta tenía que trasladarse hasta San José, al Hospital San Juan de Dios, con todos los inconvenientes que ello implicaba, o hacia Puntarenas, donde a mediados del siglo XIX ya se contaba con un hospital fundado en 1852 que prestaba sus servicios a todos los vecinos de la región y en especial a los extranjeros que lo necesitaran.

Liberia empezó a tomar importancia como centro político y administrativo en el siglo XVIII, ya que tenía la facilidad de ser un pueblo de descanso para quienes viajaban a Nicaragua a hacer sus negocios y además poseía un clima favorable para los hacendados, al estar situado al margen derecha del río Guanacaste y muy cerca del río Tempisque haciendo favorable la ganadería.

Su localización estratégica de punto de encuentro permitió que en 1856 funcionara como centro de operaciones en el conflicto en que vivió Costa Rica contra los filibusteros en la Campaña Nacional y facilitó el funcionamiento de un Hospital de Campaña, dirigido por el médico alemán Carl Hoffmann.

Para la edificación del local tuvo que recurrirse a las viejas edificaciones de bahareque del Hospital San Juan de Dios de San José, que fueron de gran utilidad de dicha guerra y sirvieron como centro de atención de muchos heridos y enfermos.

Por lo tanto no es gratuito que se le nombrara al principio como Hospital San Juan de Dios, como aparece registrado en los anuarios estadísticos.

La atención de heridos requirió que el Dr. Hoffmann hiciera una amplia solicitud de medicinas y equipo para el hospital, por lo que el 28 de abril de 1856, se le enviaron 3 cajones con medicinas y médicos para el ejército expedicionario.

En Liberia y al cuidado del Dr. Santiago Hogan, se improvisó un Hospital para heridos que fuesen llegando procedentes de Nicaragua.

La epidemia del cólera tuvo un gran impacto en la salud y el bienestar de la población en general, los estragos que produjo en Liberia motivaron al gobierno a tomar medidas para amortiguar los efectos.

En el siglo XIX, nuestro país disponía de 3 Hospitales que funcionaban con muchas limitaciones (el Hospital San Juan de Dios en San José, El San Rafael en Puntarenas y el San Francisco de Asís en Grecia). Esta situación se sostuvo así hasta que se fundaron los Hospitales de Cartago y Liberia.

Liberia, luego de los hechos bélicos de 1856, no fue hasta 20 años después (9 de septiembre de 1877), cuando se reúne el gobernador de la provincia de Guanacaste, Pedro Acosta Mena, con un grupo liberianos para elegir la junta directiva que estableciera un hospital de caridad en dicho lugar.

El motivo que expuso Acosta fue: “Esta capital necesita como una de sus apremiantes necesidades de un hospital”.

Otros factores que propiciaron el establecimiento del hospital fue la donación de 500 colones hecha por el presbítero Juan Casas quien murió en Bagaces en 1876. Dicha donación iba dirigida al Hospital San Juan de Dios pero como existía un proyecto de abrir un hospital en Liberia, se resolvió dedicarlo a ese fin.

Documentos como el expediente N° 156 de la serie de Beneficencia del Archivo Nacional de 1878, datan sobre el proyecto de establecer un hospital de caridad en el cantón de Liberia, además se incluían los planos del edificio que lo albergaría.

Una vez decidido el sitio, el gobernador de Guanacaste Pedro Acosta decidió el 15 de febrero de 1878, establecer un plan de arbitrios e impuestos para el mantenimiento del hospital, siendo estas las primeras iniciativas para dotar al nuevo hospital de equipo y de personal. Su primer nombre fue: “Hospital de Caridad Provincial de Liberia”. Luego cambió por el de San Juan de Dios.

Los documentos relativos al funcionamiento del hospital datan las condiciones limitadas que tenía el centro médico para ejercer a cabalidad sus funciones.

Dadas las condiciones precarias se estableció por Decreto N° 24 del 18 de julio de 1893, un impuesto de un peso a cada tonelada madera que se exportara por Puntarenas, para los centros médicos de Puntarenas y Liberia, dicho decreto fue reformado por el N° 30 del 31 de julio de 1895 para incrementar los ingresos, por iniciativa de los diputados quienes consideraron que: "...el edificio que ocupa el hospital es inadecuado para el objeto que se destina y que la construcción de uno nuevo oscilaba unos 50 000 colones".

En 1900 se aprueban los estatutos de la Junta de caridad de Liberia conforme al acuerdo N° 326 del 25 de mayo de 1900.

En 1909 se tienen informes de los gastos referentes a administración y servicios del Hospital de la ciudad, así como un detalle del presupuesto del personal.

En la sesión celebrada el 14 de julio de 1917, se determinó la mala marcha del Hospital en cuanto a la mala administración de los fondos siendo estos el patrimonio de 2 o 3 familias, por lo cual se decide nacionalizarlo con el fin de romper con este monopolio.

Como dato curioso se mencionó a Enrique Baltodano y a un hermano suyo entre las personas que debían de figurar en la lista de hermandad (administradora del Hospital), quienes no habían sido tomados en cuenta para integrarla. Posteriormente se bautizó el hospital con su nombre.

Una de las pruebas más difíciles que debió de afrontar el hospital fue la fiebre amarilla, razón que obligó a agrandar el cementerio y a mejorar los servicios en el centro médico.

Ya para los años posteriores, y exclusivamente en 1996, la Caja Costarricense de Seguro Social inició una serie de reformas internas que concluyeron con la aprobación de la ley N° 7852, la cual la faculta para organizarse de forma desconcentrada a nivel nacional, permitiendo a cada hospital organizarse en áreas como: la Gestión de Recursos Humanos, la Contratación Administrativa y la asignación presupuestaria.

El primer hospital construido en Liberia, estuvo ubicado en el terreno que actualmente ocupa el supermercado de Supercompro sobre la Avenida 25 de Julio en el centro de la Ciudad; se inauguró el 15 de agosto de 1878.

En 1955 la Junta de Protección Social inauguró el actual hospital con el nombre de Hospital Regional de Guanacaste, posteriormente, en reconocimiento a la labor desplegada por uno de los grandes valores en el campo de la medicina que ha tenido la ciudad de Liberia y la Provincia de Guanacaste, se le da el nombre de Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño.

Posteriormente con el fin de mejorar la prestación de los servicios, con la política del gobierno de la República de integración médico –hospitalaria y universalización de los seguros, el 1 de agosto de 1975 se traslada a la CCSS el HEBB

El 23 de julio de 1996, según el artículo 10 de la sesión 7043, la Junta Directiva acuerda clasificar al establecimiento de salud como Hospital Regional.

Para el año 1998 los servicios brindados por el hospital favorecían la política actual de desconcentración de las unidades de la CCSS, es así que para el año 2000 aproximadamente el hospital se declara como un hospital desconcentrado de la CCSS y se firma el primer compromiso de gestión con las autoridades de la Institución.

1.4.2 VISIÓN HEBB.

“Constituirse en un sistema de salud efectivo en la prestación de servicios integrales de salud y prestaciones sociales en respuesta a los problemas y necesidades de la población, con servicios de calidez y oportunos y la calidad de la gestión, en armonía con el ambiente humano”.

1.4.3 Misión HEBB.

“Brindar los servicios de salud en forma integral al individuo, la familia y la comunidad, y otorgar la protección económica y social, conforme la legislación vigente, a la población de la Región Chorotega, mediante:

- ✓ La prevención y promoción de la salud en el cantón de Liberia.
- ✓ La curación y rehabilitación de la población de toda la región.
- ✓ La gestión innovadora, con apertura al cambio, para lograr mayor eficiencia, calidez y calidad en la prestación de servicios.
- ✓ La promoción de la docencia e investigación y el desarrollo de las ciencias de la salud y de la gestión administrativa.”







1.4.4 MISIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS.

“Brindar una atención de calidad, segura, eficiente y rápida a todos los pacientes que consultan por patologías urgentes al Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño”.

1.4.5 VISIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS.

“Ser un Servicio que proporcione una atención de urgencia con criterios de calidad y con una infraestructura que brinde al paciente seguridad y comodidad”.

1.4.6 VALORES INSTITUCIONALES:

-  Dignidad
-  Excelencia
-  Lealtad
-  Integridad
-  Transparencia
-  Responsabilidad
-  Honestidad
-  Compromiso
-  Respeto
-  Empatía

1.4.7 UBICACIÓN GEOGRÁFICA.

El hospital se encuentra ubicado en la Región Chorotega, en la provincia de Guanacaste, en el cantón de Liberia, Barrio Moracia. Al sur limita con las instalaciones de la Cruz Roja y la Escuela de Enseñanza Especial, al oeste con las Oficinas de la Sucursal de CCSS y oficina del Ministerio de Salud, al este con la Plaza de fútbol y el Liceo Nocturno, al norte con casas de habitación y varios centros comerciales como sodas, panaderías, restaurantes, laboratorio clínico privado, una clínica privada.

1.4.8 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA.

Es importante conocer la Estructura Organizativa del centro de salud, ya que orienta acerca de los niveles donde se debe trabajar, el volumen de población adscrita y como está estructurado, direcciones, servicios, etc.

Actualmente el sistema de salud integral es un conjunto de componentes definidos como sustantivos, de apoyo y complementarios que debidamente interrelacionados suministran con calidad y calidez los servicios de salud a la población adscrita.

Los servicios sustantivos de promoción, prevención, curación y rehabilitación se suministran a la población, según nivel de atención, para mantener y restablecer la salud, con un enfoque bio-psico-social.

Su área de atracción directa corresponde al cantón de Liberia con 62.987 habitantes.

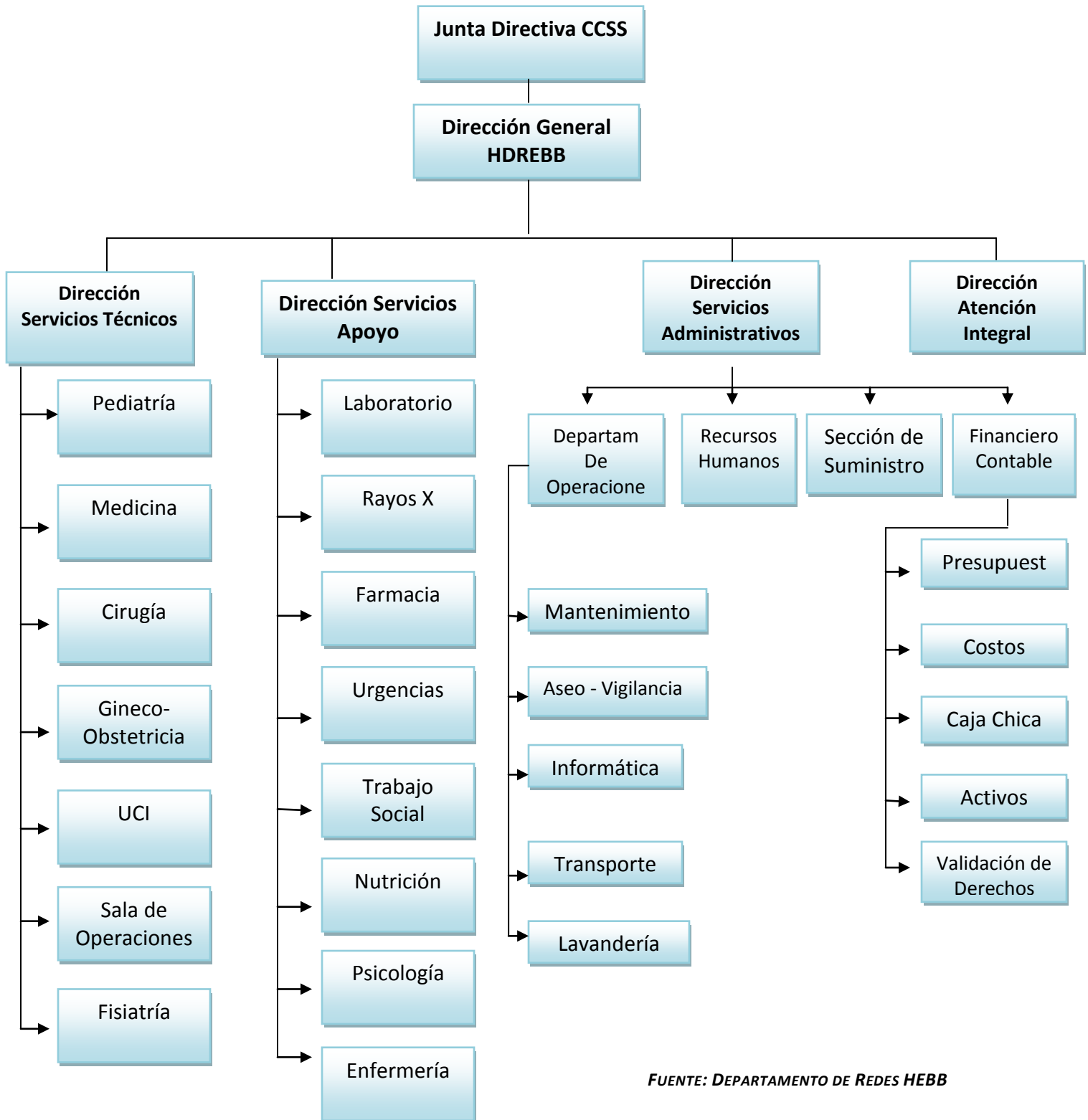
Atiende un área de Atracción indirecta compuesta por 370.906 habitantes, la cual abarca a los cantones de Abangares, Cañas, Tilaran, Bagaces, Carrillo, La Cruz, También se otorgan este tipo de servicio a la población de Upala, de la Provincia de Alajuela, por razones de accesibilidad y oportunidad, y brinda apoyo especializado al Hospital de La Anexión en Nicoya.

El Hospital cuenta con la siguiente estructura organizativa: En el nivel superior, este hospital depende directamente de la Junta Directiva de la CCSS.

De acuerdo con la estructura organizativa, funge como autoridad superior en nivel del Hospital el puesto de Directora General, en el siguiente nivel está dirigido por cuatro directores: Dirección de Servicios Técnicos, Dirección de Servicios Apoyo Técnico, Dirección de Salud Integral, Dirección de Servicios Administrativos.

Figura Nº 1

Organigrama Estructural Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño



FUENTE: DEPARTAMENTO DE REDES HEBB

1.4.9 DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS

El HEBB actualmente se encuentra clasificado como un Hospital clase B, de acuerdo con el artículo 9, inciso 2, del Reglamento General de Hospitales Nacionales, lo que corresponde a un Hospital Regional, dentro de la Estructura organizacional de la C.C.S.S.

Su declaratoria fue dada por la Junta Directiva de la Institución en el Artículo N° 10 de la Sesión N° 7043 de fecha 23 de julio de 1996.

Dispone de un área Terreno aproximadamente de 47.500 m², con un área Construida de aproximadamente 21.500 m², la fecha de construcción del hospital nuevo data del año 2000, cuando se inaugura el nuevo edificio para las áreas de hospitalización, distribuidas en 2 niveles.

Cuenta con 231 camas de las cuales solo 173 están habilitadas para su uso, esto por falta de presupuesto para contratar más recurso humano, para abrir la totalidad de camas.

Cuadro #1: Servicios de Hospitalización

| <i>Servicio</i> | <i># de Camas</i> |
|-------------------------|--------------------------|
| Medicina | 52 |
| Cirugía | 46 |
| Pediatría | 14 |
| Ginecología | 47 |
| UCI | 5 |
| UCI Neonatología | 9 |

Fuente: Área de Estadística.HEBB

Cuenta además con 9 Salas de Operaciones, de las cuales 7 están disponibles y funcionales.

El Servicio de Emergencias está distribuido de la siguiente manera:

1. **Consultorio de TRIAGE:** Donde se clasifica a los pacientes que llegan al servicio de acuerdo a su patología, de una manera fluida, este será el responsable de detectar aquellos casos cuya patología amerite una atención inmediata. La clasificación se realizara tomando como base los lineamientos establecidos en la escala de TRIAGE Canadiense (CTAS) con los colores:
 - **AZÚL:** Atención es inmediata.
 - **ROJO:** Atención debe ser en los primeros 10 minutos
 - **AMARILLO:** Atención debe ser en los primeros 30 minutos
 - **VERDE:** atención en los primeros 60 a 120 minutos.

2. **Área de Consultorios:** Son 3 consultorios localizados en frente de la sala de espera del servicio, los tres médicos asignados aquí cumplirán las funciones de atender los pacientes clasificados como rojos y amarillos en el consultorio de priorización, los pacientes que vienen referidos de otras Áreas de Salud, los pacientes Politraumatizado, con heridas, embarazadas, asmáticos y aquellos con diagnostico incierto que ingresen en silla o camilla.

3. **Área de Observación:** El Área de Observación es donde se ubican todos los pacientes en estado crítico, que ameritan un tiempo mayor para realizar estudios o compensar su patología aguda o crónica de fondo. El servicio de observación cuenta con 10 camas de adultos y 4 cunas pediátricas, en condiciones de Plétora con cuatro camillas ubicadas en los pasillos. Esta área es manejada por un Médico General, con el apoyo de los médicos especialistas como interconsultantes, en el momento que sea requerida su valoración.

- 4. Área de Camillas:** Dada la falta de cupo en observación, se ha tenido que ubicar 7 camillas en uno de los pasillos del servicio, estos son pacientes en espera de un espacio en observación, con ingreso sin cupo a hospitalización de Medicina o cirugía o completando periodos de observación. Además hay entre 4 a 6 camillas diariamente en el área frente a los consultorios, con pacientes con las mismas características de los anteriores, estos pacientes son evolucionados por un Médico General.
- 5. Área de Inhaloterapia:** Cuenta con 15 sillas, aquí se manejan pacientes asmáticos y en momentos de plétora, se ubican en las sillas reclinables los pacientes en espera de cupo o que completan periodos de observación.
- 6. Área de intravenosos:** Cuenta con 12 sillas para el manejo de pacientes con tratamiento intravenoso, completando periodos cortos de observación o en espera de cupo a salones de hospitalización.
- 7. Salas de Schok:** El servicio de urgencias cuenta con 2 salas de Schok donde se reciben los pacientes clasificados como rojos, o en estado más crítico, esta sala está completamente equipada para el manejo de emergencias.
- 8. Cuarto de Procedimientos sépticos:** Es un área habilitada para realizar aquellos procedimientos que se consideran contaminados, es decir curaciones de heridas infectadas, drenaje de abscesos, etc.

El Hospital cuenta además con diferentes especialidades, las cuales son:

- Cirugía General
- Urología
- Vascular Periférico
- Ortopedia
- Neurocirugía
- Oftalmología
- ORL
- Medicina Interna
- Gastroenterología
- Cardiología
- Intensivista
- Dermatología
- Dolor y Cuidados Paliativos
- Pediatría General
- Neonatología
- Cirugía Pediátrica
- Gineco-obstetricia
- Anestesiología
- Radiología
- Patología
- Psiquiatría
- Geriatria
- Fisiatria

1.4 PROBLEMA

El Servicio de Emergencias del HEBB es consciente de su deber de brindar una atención de calidad, segura, eficiente y rápida a todos los pacientes. Esto debe lograrlo a través de un cuidadoso manejo de sus recursos limitados. Durante el proceso de prestación del servicio, el paciente es parte importante de su erogación, de su interacción depende también que el resultado sea satisfactorio.

En varias ocasiones la retroalimentación espontánea de los usuarios no ha sido positiva. Algunas expresiones de insatisfacción de los usuarios del Servicio de Emergencias, está relacionada con lo prolongado de los tiempos de espera para su atención, además de factores como el trato y la insatisfacción de no haber recibido lo que esperaban de su atención.

También se presenta la insatisfacción del usuario que acude al servicio de urgencias por una consulta que no es urgente, porque no encuentran cupo en su Ebais respectivo, lo que se hace mayor cuando el médico de TRIAGE refiere al usuario a su área salud respectiva o a la consulta de canalización para que sea atendido ahí, lo cual aumenta las quejas a este respecto, esto no se daría si los usuarios comprendieran el uso correcto de los Servicios de Urgencias.

Tomando como referencia estas observaciones es que se plantea el problema de que el servicio de emergencias no cuenta con un medio formal que retroalimente su quehacer diario, es decir, no se tiene retroalimentación formal acerca de si están haciendo las cosas bien y de cuáles otras pueden mejorarse. Para definir estos elementos que ayuden a retroalimentar la toma de decisiones del servicio es clave la opinión de los clientes puesto que son quienes reciben el servicio en la Sala de Urgencias. El problema se focaliza entonces en cómo identificar estos elementos y como diseñar un instrumento que pueda darnos la información de la calidad percibida por el usuario del servicio.

Se tratará de responder a la pregunta de investigación: **¿Cuáles son los elementos que determinan la calidad percibida por el cliente que acude por una consulta al Servicio de Emergencias?**

1.5 JUSTIFICACIÓN

La utilización del Servicio de Urgencia del hospital ha aumentado de forma significativa en los últimos años, desde el año 2000 hasta la fecha según las estadísticas locales, se ha presentado un incremento aproximado de 22.000 consultas en estos años.

La complejidad de las patologías que se están valorando ha aumentado, sobre todo con la llegada de nuevas especialidades como Neurocirugía, Cardiología, Geriátrica, Gastroenterología, Vascular Periférico, Psiquiatría, entre otras y la adquisición del TAC, con lo que no se contaba hace aproximadamente 10 años.

Por ello, es importante buscar alternativas de gestión clínica y administrativas, con la intención de propulsar y mejorar aquellas unidades involucradas, claves en la prestación de servicios hospitalarios y de urgencias, los cuales producen anualmente una cantidad significativa de atenciones en urgencias e ingresos y egresos hospitalarios.

El problema que se analizará en este estudio radica específicamente en la Plétora que vive a diario el servicio de Urgencias del HEBB de Liberia, asociado a varios factores de suma importancia, como lo son: el exceso de consulta de urgencia y no urgencia y el aumento poblacional que no es acorde con la infraestructura actual.

La insatisfacción del usuario que acude al servicio de urgencias por una atención y debe esperar más tiempo del normado, ocasionado esto por el volumen de pacientes en el servicio y el escaso personal a cargo.

El aumento de la demanda de consulta de urgencias en el Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño (HEBB), es multifactorial, dado que hay factores externos e internos que influyen directamente en esta.

Internamente la poca capacidad estructural, hace que al aumentar la población consultante, exista menos espacio para atender y observar a los usuarios, teniendo que ubicar a los pacientes en pasillos y en sillas, con la consecuente inconformidad de los usuarios por las esperas prolongadas, la falta de comodidad y el hacinamiento, entre otros.

Externamente el factor más importante asociado a este problema es el crecimiento poblacional, la poca capacidad resolutive de las áreas de atracción, lo cual genera una mayor referencia de pacientes a urgencias y la poca educación de la población en general, relacionado con la asistencia a urgencias por una no urgencia en lugar de asistir a su EBAIS respectivo.

Cuadro # 2: Población directa e indirecta atendida en Urgencias del HEBB.

| Área de Atracción | 2010 | 2011 | 2012 |
|-------------------|--------|--------|--------|
| Directa | 56368 | 62987 | 64090 |
| Indirecta | 215174 | 366639 | 372142 |

Fuente: HEBB. Área de estadísticas en salud, INEC. Censos Nacionales de Población 2011.

En el cuadro anterior se realiza una comparación entre los años 2010, 2011 y 2012 del aumento de la población directa que acude a urgencias del HEBB, así mismo como de la población indirecta que consulta en las mismas instalaciones. Dichas poblaciones aumentan cada año pero las instalaciones siguen siendo las mismas, provocando grandes limitaciones en la prestación de Servicios de Salud.

Se puede observar como del 2010 al 2012 el área de atracción directa aumento en 7.722 habitantes, y la indirecta aumento en 156.968, un número importante para un Hospital Regional, cuya capacidad instalada sigue siendo la misma que en el año 2000.

Según se describe en la Memoria Institucional de la CCSS 2011, el hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño presentan índices de ocupación superiores al 95%, valores no recomendados ya que tal saturación no les da oportunidad de atender posibles eventualidades en las que se requiera hospitalizar una cantidad importante de personas en un momento dado.

Como es mencionado son muchos los problemas que se presentan y muchas las posibles soluciones, la propuesta de la encuesta, es un medio formal, que con su aplicación se pretende identificar los elementos de satisfacción y eventualmente priorizar las acciones enfocadas a los resultados obtenidos

Por lo tanto es importante analizar y estudiar desde el punto de vista de los usuarios los diferentes inconvenientes con lo que ellos enfrentan día a día al hacer uso del servicio de emergencias, con el fin de mejorar y brindar un servicio con calidad en la prestación de los servicios de salud.

Al tener recursos limitados se hace necesario prestar atención a aquellos problemas que nos permitan brindar un mejor servicio a los usuarios, como lo constituyen aquellos relacionados, con el trato por parte del personal, el acceso a la información acerca de su padecimiento y sus tratamientos, una atención pronta y oportuna, un tiempo de espera adecuado y un ambiente interno y externo que le dé seguridad al usuario.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 Objetivo General.

Diseñar un instrumento para medir y evaluar la calidad de la atención brindada por el Servicio de Emergencias del Hospital Enrique Baltodano Briceño, que permita apoyar la toma adecuada y oportuna de decisiones de la Gestión del Servicio.

1.6.2 Objetivos Específicos

1. Diseñar y validar un instrumento de medición de la calidad de la atención de los servicios de salud en Emergencias.
2. Aplicar el instrumento de medición y caracterizar el servicio por la calidad de la atención percibida por el usuario y sus prioridades de consulta así como sus insatisfacciones.
3. Analizar el Proceso de Atención en Emergencias y su relación con la calidad percibida por el usuario.
4. Plantear alternativas de Mejora.

CAPITULO II
MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

CAPITULO II

Marco teórico

2.1 Concepto de Calidad.

La calidad en los servicios de salud se ha ido enfocando en el compromiso de desarrollar programas y acciones capaces de atender las expectativas de los pacientes [Correia Loureiro, Miranda González, 2010]

En un estudio en Portugal en el 2009 los resultados permiten constatar que la imagen y reputación del servicio de urgencias no contribuye de forma significativa a incrementar la confianza en el servicio, ni para su recomendación a otras personas.

Esta confianza se alcanza sobre todo por medio de la calidad percibida. La satisfacción del paciente sí que contribuye a incrementar la lealtad al centro. Además, la alta dirección del hospital debe concienciarse de la importancia de reducir los tiempos de espera, mejorar la organización del diagnóstico inicial de los pacientes y de mostrar una preocupación real con el bienestar de sus pacientes como única forma de lograr incrementar su nivel de satisfacción y la confianza en el servicio de urgencias.

Desde el punto de vista de la atención en salud, definir el concepto de calidad no es fácil, ya que el usuario de un servicio tendrá en cuenta la competencia o el comportamiento del personal, el facultativo la medirá basándose en sus conocimientos y en la tecnología empleada, y el responsable de la gestión la definirá en relación con la eficiencia del personal y de las instalaciones.

Los estudios de calidad en el sector se han basado en la medición de tres dimensiones básicas: la estructura, el proceso y los resultados, existiendo bastante unanimidad al

considerar que, si bien pueden estudiarse aspectos como la accesibilidad, la eficiencia o la calidad científico-técnica, ningún estudio de calidad será completo si no se analizan las diferencias entre las expectativas de los ciudadanos y la percepción real del servicio.

El concepto de calidad presenta matices diferentes de acuerdo al autor que lo define. Para tener una perspectiva global es importante recurrir a los cuatro mayores exponentes de este enfoque: Deming, Juran, Crosby e Ishikawa [Joffre Valtanian, 1999]

Ishikawa centra la definición de calidad en torno al producto, señalando que practicar el control de la calidad es desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, el más útil y siempre satisfactorio para el cliente.

Crosby señala que calidad es cumplir con los requerimientos establecidos por la empresa, además agrega que la empresa se debe volcar con sus mejores cerebros a definir y establecer los requerimientos, los que se constituirán en el marco de referencias de la calidad.

Deming señala que la calidad significa ofrecer a bajo costo productos o servicios confiables que satisfagan a los clientes, creando un compromiso con la innovación y la mejora continua.

Para **Juran**, otro de los pioneros de este enfoque, calidad es la adecuación de uso de un producto.

Cuadro # 3: Definiciones de calidad

| Experto | Concepto de Calidad |
|----------------------------|---|
| <i>Deming</i> | Un grado predecible de uniformidad que proporciona fiabilidad a un bajo costo en el mercado. |
| <i>Juran</i> | Tiene que ver con la función que cumple el producto, pues la calidad representa la adecuación del producto al uso requerido. |
| <i>Ishikawa</i> | Constituye una función integral de toda organización |
| <i>Taguchi</i> | La pérdida que un servicio causa a la sociedad después de haber sido proporcionado. Estas pérdidas son diferentes a las causadas por la función intrínseca del servicio y esta pérdida es ocasionada por la variabilidad. |
| <i>Feingenbaum</i> | Es el resultado total de las características del producto o servicio, que en sí satisface las esperanzas del cliente. |
| <i>Crosby</i> | Es cumplir con los requisitos del Cliente. |
| <i>Moller</i> | No es sólo la calidad de los productos y servicios la que es importante, la calidad de las personas que entregan los productos y servicios también es esencial. La calidad del producto y del servicio depende de los esfuerzos de los individuos y grupos. |
| <i>Bounds Adams</i> | Es un paradigma que se ha venido gestando a través del cambio permanente, impulsado por la intensa competitividad global. |
| <i>ISO 9000</i> | Grado en que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos. |

Fuente: [Henderson García, 2011]

Actualmente el enfoque hacia el cliente es la característica mayor peso de la calidad, todo el esfuerzo debe orientarse hacia la satisfacción del cliente, tanto interno como externo.

Por tanto la Calidad en los servicios de salud se ha ido enfocando en el compromiso de desarrollar programas y acciones capaces de atender las expectativas de los pacientes, es analizar la relación entre las variables calidad, satisfacción, imagen, confianza y lealtad en el contexto de un servicio de atención hospitalaria.

2.2 Enfoque al cliente

En las condiciones actuales de mercado, la satisfacción del cliente es cada día más importante y difícil de lograr. En el sector salud, conseguir que el cliente continúe usando los servicios es vital para el control y prevención de las enfermedades: el monitoreo y seguimiento del diagnóstico y tratamiento. Por otro lado, la confianza del cliente y su interacción con la organización contribuyen a mantener el nivel de excelencia y actividad del servicio [Antología Gerencia de La Calidad, 2013]

En una organización que busca la calidad, debe entenderse que hay dos tipos de clientes: **a)** los internos, que pertenecen a la organización y **b)** los externos, que reciben o utilizan sus productos.

2.2.1 Cliente Interno

Para identificar quién es el cliente interno y cuál es su importancia, consideremos una carrera de postas o relevos. Cuando un corredor pasa la posta a su compañero, ambos “interactúan” en una relación semejante a la del cliente interno con su proveedor, es decir, el compañero que realizó la tarea previa. Así como los dos corredores integran un

mismo equipo, de la misma forma se relacionan por sus actividades dos empleados de la organización.

Es muy importante comprender que para ganar la confianza de los clientes que están fuera de la organización, es necesario alcanzar previamente la satisfacción de los clientes que están dentro de ella.

Lamentablemente, muchas organizaciones esperan a que los problemas con los clientes externos sean demasiado graves para interesarse en ellos, y la mayoría de las veces es tarde. Es necesario, entonces, evaluar y trabajar en la satisfacción del cliente mucho antes de que su confianza comience a flaquear. La consideración de las expectativas, inquietudes y necesidades de los clientes internos facilita la detección temprana del deterioro en la calidad del servicio que se presta al cliente externo.

Cada persona dentro de la organización tiene una doble responsabilidad:

- **Como Cliente**, exigir el cumplimiento de los requisitos de calidad del producto de un eslabón anterior de la cadena.
- **Como Proveedor**, realizar sus tareas específicas proporcionando los resultados de su trabajo al siguiente cliente interno en la cadena y cumpliendo los requisitos de la calidad.

2.2.2 Cliente Externo.

En el caso de un Servicio de Salud de Laboratorio debemos tener en cuenta que en realidad existen varios clientes externos:

- El paciente
- El profesional solicitante del informe de la muestra analizada por el laboratorio
- Las Empresas u organizaciones solicitantes de los exámenes.

En salud pública la noción de cliente externo se extiende a:

- La red nacional de laboratorios.
- Los laboratorios de hospital para pruebas complementarias.
- Los centros que participan en estudios multicéntricos.
- Las empresas farmacéuticas.
- Las empresas alimenticias.
- Los departamentos de epidemiología.
- Los equipos de contingencia.
- Las autoridades o instituciones de salud.
- La Comunidad.

Se debe tomar en cuenta que el paciente reúne una serie de características particulares que lo hacen un "cliente especial":

- No elige cuándo ni de qué enfermarse
- No tiene elementos objetivos para elegir el profesional o laboratorio que lo atenderá
- No elige el tratamiento o el análisis a realizar

2.2.3 La calidad debe ser percibida por el Usuario [Joffre Valtanian, 1999]

No basta con tener un producto de calidad si el consumidor o usuario del servicio, no lo percibe de esa manera. La calidad es algo que el cliente debe valorar de lo contrario el esfuerzo realizado por la empresa o la institución, en el caso de que se hable de instituciones que brinden servicios de salud no es premiado por el cliente o usuario.

La calidad debe basarse en hechos, en datos concretos, no en deseos o especulaciones, para así poder brindar un mejor servicio a los usuarios.

En un estudio realizado en Portugal, en el Servicio de Urgencias de un Hospital local en el 2010¹, se determinó que en el caso de los servicios de urgencias el paciente no pretende tener una experiencia idílica, innovadora y creativa que rompa con su rutina diaria, sino que busca que le traten con empatía, de forma digna y con la rapidez y capacidad técnica adecuada a su enfermedad.

Dada la complejidad del Servicio, el paciente puede no percibir técnicamente todas las características del servicio pero necesita tener la percepción de que es tratado de la mejor forma posible y que le están explicando de forma clara todos los procedimientos y se sienta apoyado a lo largo del proceso de prestación del servicio. De esta forma, la calidad percibida y la satisfacción ganan importancia en relación a la imagen, para conseguir confianza y motivar la recomendación del servicio.

2.3 Concepto de Satisfacción y Calidad Percibida [Marcela Pezoa, 2010]

El concepto de satisfacción ha ido mejorando a través del tiempo, este presenta elementos más claros respecto a la calidad percibida cuando el usuario evalúa la atención de salud. Estos conceptos están altamente relacionados.

Hoy en día se considera que son conceptos diferentes, de este modo, la definición conceptual señala que:

- La satisfacción contiene componentes afectivos y cognitivos y representa una evaluación del consumidor respecto de una transacción específica y una experiencia de consumo. Esta evaluación se asocia a un juicio transitorio, susceptible a cambio.

- Mientras que la calidad percibida representa un juicio más global, es a largo plazo.

En términos simples la literatura expone que la satisfacción se puede considerar como una evaluación susceptible a ser cambiada, mientras que la calidad percibida supone una evaluación estable en el tiempo.

También es importante señalar que los juicios sobre calidad percibida se basan en dimensiones y atributos específicos en este caso de la atención sanitaria. Sin embargo, los juicios en la satisfacción pueden venir determinados por las dimensiones de calidad, pero también por otras que no están relacionadas con calidad. Se menciona que al parecer los juicios de calidad de servicio no están basados necesariamente en la experiencia de la persona, en cambio, los juicios de satisfacción requieren la experiencia de la persona.

Por lo tanto, la satisfacción contiene componentes afectivos como cognitivos y representa una evaluación específica del consumidor y a una experiencia de consumo. Llevado a la experiencia de una hospitalización, la evaluación respecto a cuán satisfechos está tendría relación con esa hospitalización específicamente, correspondiendo a un juicio transitorio.

Por otro lado, las diferentes conceptualizaciones sobre calidad de servicio, los modelos más reconocidos en gestión de calidad suponen el enfoque de calidad objetiva y la calidad percibida. La primera se centra en la oferta, mide las características objetivas y verificables y la segunda, hace referencia a la apreciación del cliente a esas características y otras propias que tiene que ver más con las emociones, percepciones y experiencia de la persona.

2. 4 Medición de la Satisfacción del Cliente [Evaluación de los Servicios de Salud, 2012]

Satisfacción del Cliente: Grado en que el servicio brindado cumple y supera las expectativas del cliente, para:

- ✓ Lograr el deleite del usuario y entonces formar la lealtad del cliente.
- ✓ Satisfacer las necesidades del usuario no solicitadas y entonces desarrollar la confianza del usuario.
- ✓ Cumplir los requisitos del usuario y entonces evitar quejas del cliente.
- ✓ Cumplir la legislación y normativa nacional e institucional relacionada al respecto.

La satisfacción final del usuario está determinada por sus necesidades y expectativas (previo al proceso) versus su percepción durante la prestación del servicio respecto a la solución de dichas necesidades y expectativas (durante el proceso). Se presume que a mayor expectativa mayor será el nivel de exigencia.

En este sentido suele utilizarse la frase: *“razonables expectativas del usuario”*, debido a que las expectativas del cliente pueden y suelen estar muy por encima de la capacidad organizacional de corresponderles.

Dado que los recursos en salud son limitados y las necesidades son crecientes, lo que el sistema puede satisfacer en primera instancia son las necesidades (si acaso), y en segunda instancia sus expectativas en la medida de lo posible, porque para una institución pública, abrirse a expectativas no deja de ser riesgoso y quizás insostenible pues la gente se pone a sonar en servicios ideales "clase mundial" sin colas, sin tiempos de espera, con servicio a domicilio, etc.

La clave para entender la satisfacción del usuario radica en comprender que lo importante es la percepción de lo recibido, lo cual está dominado por las expectativas. A su vez, estas

se determinan por la experiencia previa del consumidor, las referencias de los amigos o familiares, la información y promesas que emanan de la institución y su entorno competitivo, así como de las diferentes necesidades individuales.

Podemos decir entonces que un cliente satisfecho es aquel que logra satisfacer sus necesidades o solucionar sus problemas como resultado de recibir un servicio cortés, personalizado y sin errores. Es razonable pensar en que para mejorar la satisfacción de los usuarios se deben implementar medidas para mejorar la calidad del servicio (incluido el precio o tarifa, si es que corresponde), la oportunidad de los servicios de apoyo, instalaciones y financiamiento, entre otros.

En el proceso de brindar un servicio, intervienen diferentes funcionarios del establecimiento y cada uno de ellos contribuye a conformar el nivel de satisfacción que finalmente tendrá el usuario. Unos contribuyen en mayor grado que otros, esto es lo que se conoce como los distintos niveles de responsabilidad relacionados con la calidad del producto o servicio final.

2.4.1 Formas de monitoreo

Desde el punto de vista de la fuente de información, estos aspectos pueden ser monitoreados de forma *directa* o *indirecta*.

Directa: preguntándole al usuario.

Indirecta: por la tasa de uso de los servicios, cuando los usuarios prefieren uno y otro funcionario para ser atendidos, cuando prefieren uno y otro departamento o establecimiento (ejemplo: preferencia por Urgencias versus Cons. Externa en un establecimiento, prefieren el hospital X versus otro hospital, prefieren consultar con el Medico A versus Medico B).

Seguimiento de informaciones a través de los medios de comunicación. “El usuario o los pacientes deben ser una fuente permanente de suministro de información, ya sea en forma individual o en forma colectiva (la comunidad, grupos sociales, etc.) pues la razón de ser del establecimiento está en función de las necesidades de dicho usuario.

El proceso y el producto que se le está brindando debe satisfacer realmente sus necesidades, y al planificar, debe tomarse en cuenta la opinión y necesidades del usuario”. González, Ana Rita y otros. Marco conceptual practico para el Desarrollo de la Gestión en la Caja Costarricense de Seguro Social y Organización Panamericana de la Salud. Costa Rica.1996.

2.4.2 Métodos de Monitoreo

La organización puede implementar de forma sistemática o no una gama de métodos. Cualquiera que sea el método que se seleccione, el personal de la institución (funcionarios) debe estar informado de los diversos sistemas que la organización está utilizando, y consecuentemente, que en cualquier momento –sin sorpresas- le puede corresponder al ser objeto de monitoreo.

A continuación se describen algunos de los métodos más utilizados:

a) Grupos de Consulta (Focus Group).

Naturaleza y propósito: Se invita a grupos pequeños de clientes (usuarios) para que se reúnan con un facilitador o moderador y respondan preguntas abiertas. La selección de los participantes puede ser totalmente al azar o bien en función de alguna característica común (usuarios frecuentes, mayores de 60 años, madres de niños menores de 4 años, adolescentes, trabajadores agrícolas, miembros de un determinado poblado, etc.)

Ventajas: Proporciona un punto de vista íntimo de las personas y les permite comunicar cosas que no mencionarían en las encuestas.

Desventajas: Un grupo pequeño de usuarios podría no representar a toda la comunidad

a) Reuniones con miembros de la Comunidad.

Naturaleza y propósito: Similar al anterior, un grupo pequeño de personas se invita a responder preguntas abiertas, y esto puede ser de forma sistemática con reuniones regulares cada mes, trimestral o semestralmente. La selección de los participantes en este caso no es al azar, se busca personas relacionadas con grupos o asociaciones comunitarias y se espera de ellos una participación constante en varias reuniones para un periodo dado.

Ventajas: Las reuniones regulares crean una mayor intimidad que en los grupos de consulta. Las personas piensan sobre sus problemas previamente durante algún periodo de tiempo de modo que pueden presentar ideas especialmente buenas: equivale a contar con “monitores/auditores del servicio al cliente” gratuitos insertados de la comunidad.

Desventajas: Requiere un enorme esfuerzo de la gerencia (preparación, tiempo dedicado, procesamiento documental, apoyo secretarial, etc.)

b) Entrevista Individual Frente a Frente.

Naturaleza y propósito: Las entrevistas personales proporcionan matices de las diferentes maneras de pensar de los usuarios.

Ventajas: En grupos, las personas influyen en sus respuestas, mientras que así se podrán articular pensamientos más idiosincrásicos.

Desventajas: En grupos, los usuarios ayudan a expresar los pensamientos que tal vez no estaban claros al principio. En las entrevistas individuales se pierde este aspecto.

También se usa la entrevista de entrada con la de salida para verificar si se cumplieron lo que el paciente esperaba.

c) Entrevistas de Entrada vrs Entrevistas de Salida.

Naturaleza y propósito: Se seleccionan usuarios antes de recibir el servicio, a fin de realizar una entrevista semi-estructurada que determine tanto necesidades como expectativas. Posteriormente, luego de la atención, se le entrevista nuevamente a fin de verificar si se cumplió lo que el paciente esperaba.

Ventajas: Permite conocer “el antes y el después” de forma inmediata luego de ser atendido el usuario, el cual a su vez adopta una actitud crítica del servicio brindado, en función de la primer entrevista.

Desventajas: Requiere de toda una logística de capacitación a entrevistadores y selección de usuarios a encuestar con alguna metodología estadística. Además del procesamiento posterior de los resultados.

d) Visitas a Hogares de la Comunidad y Observación del Cumplimiento de Indicaciones o Uso de Insumos.

Naturaleza y propósito: Es probable que un estudio cuidadoso de las personas en el escenario donde realmente aplican las indicaciones, proporcione la mayor intimidad que cualquier otra técnica.

Ventajas: Cuando se observa como la comunidad o los usuarios ponen en práctica las indicaciones (correcto, no entendieron, etc.) se obtienen ideas para mejorar la información y la interacción con la comunidad, con formas que los usuarios nunca podrían haber propuesto.

Desventajas: Muchas personas se sienten complacidas de ser visitadas, pero las visitas requieren planeación: establezca un plan previo de lo que va a buscar antes de ir.

e) Recorridos con los Usuarios.

Naturaleza y propósito: Invite a miembros de la comunidad a que visiten el establecimiento y discuta como podrían ser atendidos mejor.

Ventajas: Los usuarios ofrecen ideas excelentes cuando están en el establecimiento.

Desventajas: Estos recorridos no proporcionan una comprensión integral de los puntos de vista del usuario.

f) Encuestas (usuarios directamente o de hogares -de población- y estas pueden ser directas -en entrevista personal-, por teléfono o por correo).

Naturaleza y propósito: Las encuestas hacen un menú fijo de preguntas a un gran número de personas; son muy útiles para obtener opiniones sobre preguntas con respuestas limitadas, cuya importancia usted ya ha establecido gracias a las preguntas abiertas hechas en otras situaciones o por la experiencia de otros establecimientos o instituciones.

Ventajas: Si están bien manejadas, pueden proporcionar información científicamente válida sobre lo que piensan los usuarios en general (las reuniones en grupos pequeños no pueden representar de manera confiable lo que piensa toda la comunidad).

Desventajas: Se obtendrá poca información, a excepción de la que atacan las preguntas específicas que hagan [vale la pena incluir la pregunta: tiene alguna otra sugerencia], aunque este tipo de preguntas requieren mucho tiempo para su procesamiento: tabulación y análisis).

g) Sistematización (base de datos) de las Quejas.

Naturaleza y propósito: Permite conocer el perfil cualitativo de las quejas (denuncias - insatisfacciones) presentadas por usuarios, identificando tanto establecimientos generadores de quejas, servicios o departamentos causantes de quejas, así como también motivos frecuentes de las mismas.

Con frecuencia sucede que las expectativas el usuario no se ven satisfechas o existe inconformidad manifiesta en relación a la atención recibida, dando lugar a la presentación de una queja.

Amén de la necesidad de investigar, analizar y dar respuesta a las quejas que se presentan, la información en ellas contenida, es de gran utilidad como manifestación de un problema, que seguramente está afectando la calidad, la eficiencia o la satisfacción de los usuarios y estará sujeta a la metodología que conduzca a su solución.

Ventajas: Conforman el monitoreo (comportamiento histórico) de las quejas por establecimiento y por servicio, tipificando los motivos más frecuentes de quejas y valorando el grado en que se modifica la relación proveedor-usuario desde el punto de vista de la generación de insatisfacciones o quejas, convirtiendo esto en un indicador gerencial para la toma de decisiones que permite hacer objetivas las variables cualitativas de la calidad verificando la eficacia de las acciones tomadas.

Desventajas: Requiere de cobertura local de unidades de recepción/atención de quejas (o mejor aún: Contralorías de Servicios Locales) además del desarrollo de una logística de trasiego de la información necesaria para la elaboración de la base de datos. Estos aspectos pueden ser costosos o bien no considerarse como una prioridad por parte de las autoridades institucionales.

2.5 SERVQUAL

SERVQUAL es un método de evaluación de los factores claves para medir la Calidad de los Servicios prestados. El cuestionario SERVQUAL está basado en el modelo clásico de evaluación al cliente, que considera que todo cliente que adquiere un servicio genera unas expectativas del servicio que va a recibir a través de distintos canales y una vez recibido hay una serie de factores, dimensiones, que le permite tener una percepción del servicio recibido. La diferencia entre ambas actitudes es el Índice de Satisfacción del Cliente y es el indicador que se obtiene mediante el tratamiento adecuado de la información que se obtiene al aplicar ésta herramienta de evaluación de la calidad del servicio que es SERVQUAL.

2.6 CRONBACH

Uno de los coeficientes más comunes es el Alpha de Cronbach que se orienta hacia la consistencia interna de una prueba. Usa de la correlación promedio entre los items de una prueba si éstos están estandarizados con una desviación estándar de uno; o en la covarianza promedio entre los items de una escala, si los items no están estandarizados

MARCO CONCEPTUAL

CALIDAD: La calidad es una herramienta básica para una propiedad inherente de cualquier cosa que permite que esta sea comparada con cualquier otra de su misma especie. La palabra calidad tiene múltiples significados. De forma básica, se refiere al conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas. Por otro lado, la calidad de un producto o servicio es la percepción que el cliente tiene del mismo, es una fijación mental del consumidor que asume conformidad con dicho producto o servicio y la capacidad del mismo para satisfacer sus necesidades.

GESTIÓN: es la asunción y ejercicio de responsabilidades sobre un proceso (es decir, sobre un conjunto de actividades) lo que incluye:

- ✓ La preocupación por la disposición de los recursos y estructuras necesarias para que tenga lugar.
- ✓ La coordinación de sus actividades (y correspondientes interacciones).
- ✓ La rendición de cuentas ante el abanico de agentes interesados por los efectos que se espera que el proceso desencadene.

También se entiende por gestión al conjunto de trámites a realizar para resolver un asunto.

PLANIFICACIÓN: La planificación es un proceso de toma de decisiones para alcanzar un futuro deseado, teniendo en cuenta la situación actual y los factores internos y externos que pueden influir en el logro de los objetivos. Va de lo más simple a lo complejo, dependiendo el medio a aplicarse. La acción de planear en la gestión se refiere a planes y proyectos en sus diferentes ámbitos, niveles y actitudes

CONTROL: Controlar es un proceso que permite inspeccionar, fiscalizar, comprobar y evaluar que las tareas se realicen de acuerdo a lo establecido para que se alcancen los objetivos planteados. Para controlar se hace necesario detectar desviaciones, analizar causas, así como detectar medidas correctivas.

ORGANIZACIÓN: Organizar es establecer procesos, sujetando a reglas el número, orden, armonía y dependencia de las partes que componen un todo”. Ahora bien desde el punto de vista de la norma ISO 9000, una organización es un conjunto de personas e instalaciones con una disposición de responsabilidades, autoridades y relaciones.

GESTIÓN DE CALIDAD: Según las normas ISO 9000: 2000, Gestión de la Calidad se refiere a la realización de actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la Calidad.

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD: La Norma ISO 9000 refleja cómo se construye este concepto de la conjugación de elementos importantes: *Calidad – Gestión de la Calidad – Sistema*. Veamos, un Sistema de Gestión de la Calidad sería, un conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan, cuyo fin es el de establecer y lograr la política y los objetivos, en función de dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.

PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD: Planificación de la calidad es “La parte de la gestión de la calidad enfocada al establecimiento de los objetivos de la calidad y a la especificación de los procesos operativos necesarios y de los recursos relacionados para cumplir los objetivos de la calidad”. (FONDONORMA-ISO 9000:2005, 2006, p. 10).

PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD: Lo importante es, determinar quiénes son los clientes, cuáles son sus necesidades, desarrollar un producto que responda a sus necesidades,

desarrollar procesos capaces de producir tal producto y transferir los planes resultantes a las áreas operativas.

CONTROL DE LA CALIDAD: Se debe realizar una evaluación del comportamiento real de la calidad del producto, realizar una comparación con los objetivos del producto y del proceso y actuar sobre la diferencia.

LA MEJORA DE LA CALIDAD: Se debe establecer la infraestructura necesaria para conseguir una mejora de la calidad; identificar los proyectos de mejora; establecer un equipo para cada proyecto con una responsabilidad clara; así como proporcionar los recursos, la formación y la motivación necesaria para que estos equipos trabajen.

EL TIEMPO DE ACCESO. [Salinas Bustos, 2005] Es el que transcurre desde que se produce la solicitud de atención hasta el inicio de ésta.

EL TIEMPO DE ESPERA. Es el tiempo previo a la atención médica, en que se toma antecedentes clínicos, como temperatura, presión arterial, medicamento de consumo habitual etc., este tiempo depende habitualmente de las variaciones de las carga de trabajo, tanto de auxiliares como de disponibilidad médica.

EL TIEMPO DE ATENCIÓN. Es el que dura la prestación del servicio. Tanto el tiempo máximo como el mínimo son parámetros de calidad y de gestión en la asistencia sanitaria; tan inadecuada es una consulta ambulatoria de escasa duración como una estadía hospitalaria innecesariamente larga.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO: La satisfacción del usuario es uno de los parámetros indicadores de la calidad del servicio, aunque es difícil de medir. Algunos factores influyen positivamente como ser:

- ✚ **El ambiente.** Forma parte de los componentes tangibles del servicio y, en ocasiones, es la primera comunicación del hospital al usuario.
- ✚ **La sensación de importancia.** La calidad del servicio sanitario mejora cuando la actuación del personal de contacto está regida por las normas de cortesía, educación y respeto, que dan a entender al usuario que es importante para el hospital.
- ✚ **La información.** Tanto sanitaria como administrativa, son elementos determinantes de la calidad de la prestación del servicio.
- ✚ **La seguridad.** Los usuarios confían su persona a la asistencia sanitaria, donde el factor primordial de seguridad en la atención médica donde un error puede ser peligroso para él. La seguridad es el principal atributo de calidad.

DEPARTAMENTO DE URGENCIAS.

Según La Real Academia Española de la Lengua,2005, se define como una unidad integral que el hospital dedica, para recibir, estabilizar y manejar pacientes que se presentan con una gran variedad de condiciones urgentes o no, donde los pacientes se presentan solos o mediante referencia. Los cuidados deben ser con un alto estándar de calidad y donde la comunidad percibe la necesidad de atención aguda o urgente, incluyendo la admisión hospitalaria, para proporcionar esta atención la sala de urgencias debe ser organizada y administrada por personal que idealmente conozca de las urgencias.

EMERGENCIA: Según el diccionario de la Real Academia Española, 2005, emergencia significa suceso o accidente que sobreviene o también situación de peligro que requiere una acción inmediata.

Según la Asociación Médica Americana, es aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano.

Y según la Organización Mundial de la Salud (OMS), emergencia es aquel caso en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos en el que la aplicación de primeros auxilios por cualquier persona es de importancia vital. También se dice que en una emergencia, la persona afectada puede llegar hasta a la muerte en un tiempo menor a una hora.

Algunos ejemplos son: Pérdida de conciencia, hemorragia severa, posibles fracturas óseas, heridas profundas, síntomas típicos de un ataque al corazón, dificultad respiratoria, toser o vomitar sangre, debilidad y cambios en la visión abruptos, etc.

URGENCIA: Según la Asociación Médica Americana (AMA), urgencia es toda aquella condición que, en opinión del paciente, su familia, o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia sanitaria inmediata. Y según la Organización Mundial de la Salud (OMS), urgencia se puede definir como la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia.

Según la OMS, urgencia también es definida como la patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en seis horas como máximo, para evitar complicaciones mayores.

ESTANCIA: Tiempo que permanece alguien en algún lugar

PLÉTORA: En sentido figurado es empleado el sustantivo plétora y su adjetivo pletórico, para denominar y calificar respectivamente situaciones o estados de gran abundancia de una cosa... Así, se puede hablar de "una plétora de pacientes en un servicio hospitalario" o de "una persona pletórica de energía y vitalidad"...

SATURACIÓN: La literatura de la medicina de urgencias no tiene una definición aceptada y validada para la saturación. La mayoría de los médicos dirían que sus servicios están saturados cuando la demanda excede la disponibilidad de las camas del servicio.

CAPITULO III
MARCO METODOLÓGICO

CAPITULO III

Marco Metodológico

En la presente investigación se estudia y se describe la percepción que tiene el usuario del Servicio de Emergencias del HEBB, de lo que es para ellos calidad de atención y los factores que son determinantes para satisfacer las necesidades de atención en salud de los mismos, de tal forma que consideren la atención recibida como de calidad.

La información fue obtenida mediante la aplicación de una encuesta, realizada en el periodo comprendido del 2 al 6 de junio 2014, a los usuarios del servicio de Emergencias del HEBB, las cuales se realizaron en los horarios de mayor afluencia de usuarios; se aplicó a aquellos pacientes que acudieron por una consulta clasificada como no urgente y los que eran referidos por otro médico de un centro de salud del área de adscripción del Hospital calificada como urgente.

Las encuestas de satisfacción de usuarios externos, requieren de una serie de propiedades que garanticen su fiabilidad y validez, por lo tanto, es necesario contar con encuestas validadas, confiables y de fácil aplicación para medir el nivel de satisfacción e identificar las principales causas de insatisfacción de los usuarios externos en servicios de salud y que permitan implementar acciones de mejora, lo cual es el fin del presente análisis.

A la hora de la elaboración de la encuesta se tomaron en cuenta las características propias de la población que acude al servicio de urgencias, es decir desde el punto de vista de nivel educativo, ya que se encontró usuarios que no sabían leer, o que no entendían lo que se les preguntaba.

Por lo cual se diseñó un instrumento fácil de entender y fácil de responder por los usuarios, ya que durante las pruebas de validación, hubo que ir cambiando o variando algunas preguntas que les eran difíciles de entender y las opciones de respuesta.

3.1 Tipo de investigación.

La investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo y de campo. Las fuentes y técnicas de recolección de la información fueron de tipo primario.

Constó de tres fases. En la primera se elaboraron las encuestas, en la segunda se evaluaron la validez y confiabilidad y en la tercera fase se aplicaron las encuestas. Las encuestas fueron elaboradas mediante perfeccionamiento continuo, según las recomendaciones o inquietudes de los mismos usuarios.

Se realizó la entrega sistemática del formulario de encuesta de satisfacción a cada uno de los usuarios, en el momento en que esperaban por su atención en la sala de espera del Servicio de Emergencias. Se detalló, tanto al paciente como a sus acompañantes, el contenido y el propósito de ésta, así como que podía ser cumplimentada por el paciente o por un acompañante en su nombre, de forma anónima y totalmente voluntaria.

3.2 Área de estudio.

La presente investigación se desarrolló en el Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño de Liberia. Este es un hospital regional que pertenece a la Caja Costarricense del Seguro Social, está localizado en la provincia de Guanacaste.

3.3 Objeto y sujeto del estudio.

El sujeto que se estudiara es al usuario del Servicio de Emergencias del HEBB y la percepción que este tiene acerca de lo que es calidad en la atención y el objeto es el efecto que esto genera al usuario y al Servicio de Emergencias.

Determinar los factores externos e internos que influyen en la percepción de lo que es calidad en la atención.

3.4 Población y Muestra.

La población utilizada, son los pacientes Servicio de Emergencias del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, durante el periodo del 3 al 6 de junio del 2014, las cuales se realizaron en la mañana y en la tarde a aquellos pacientes que acudieron por una consulta clasificada como no urgente y los que eran referidos por otro médico de un centro de salud del área de adscripción del Hospital calificada como urgente.

Se excluyeron los enfermos que voluntariamente rechazaron el llenado de la encuesta y aquellos que no pudieron llenarla por diferentes motivos (analfabetismo, incapacidad intelectual o física con carencia de acompañante, etc.).

Muestra

Se estableció un nivel de confianza del 90% y un error del 10%.

Se obtuvo el marco muestral, en este caso la referencia con que se contó fue el registro de pacientes que acuden por una consulta de Urgencia y que ronda aproximadamente los 200 usuarios en 24 horas .

Valores a estimar

$n = ?$

$e = 10\% = 0.1$

$Z = 1.65$ para el 90% de confiabilidad y 10% error.

$N = 200$ (universo)

$p = 0.50$

$q = 0.50$

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{Ne^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

La muestra recomendada según el análisis realizado es de 50 usuarios por día, sin embargo a la hora de aplicar la encuesta en el tiempo destinado para esta y tomando en cuenta las limitaciones (tiempo, disponibilidad de los usuarios de llenarla, etc.), se lograron recolectar en promedio 40 encuestas diarias, durante los días que se aplicó.

3.5 Fuentes de información.

Fuentes primarias o directas:

Información obtenida directamente de la aplicación de la Encuesta.

3.6 Operacionalización de variables.

Para el siguiente estudio se realizó un análisis de las encuestas aplicadas a los pacientes en el área de espera del Servicio de Urgencias en la jornada ordinaria y extraordinaria.

Se analizan además aquellas situaciones por las cuales se presenta mayor insatisfacción por parte de los usuarios y sus familiares, en busca de alternativas de Mejora.

Cuadro # 4: Operacionalización de las Variables

| Objetivo Específico | Variable | Definición conceptual | Dimensión | Definición operacional | Definición Instrumental |
|--|--|--|---|---|--------------------------------|
| Diseñar y validar un instrumento de medición de la calidad de la atención de los servicios de salud en Emergencias. | Volumen de pacientes insatisfechos | Son todos los que consultan en el servicio de urgencias pero no están satisfechos con la atención recibida | Pacientes atendidos en el servicio de urgencias | Cantidad de pacientes insatisfechos / Cantidad total de pacientes | Registros de Redes |
| Aplicar el instrumento de medición y caracterizar el servicio por la calidad de la atención percibida por el usuario y sus prioridades de consulta así como sus insatisfacciones. | Diagnósticos más frecuentes, insatisfacción del usuario | Son las enfermedades por las que asisten los pacientes a emergencias Consultas no satisfactorias | Pacientes atendidos en el servicio de urgencias | Diagnósticos más frecuentes / total de pacientes atendidos | Registros de Redes |
| Analizar el Proceso de Atención en Emergencias y su relación con la calidad percibida por el usuario. | Pacientes insatisfechos e inconformes con la atención recibida | Situaciones y problemas que se presentan debido a la insatisfacción del paciente | Pacientes atendidos en el servicio de urgencias | Pacientes insatisfechos / Total de quejas recibidas | Registros de Redes |
| 5. Plantear alternativas de Mejora. | Recomendaciones del usuario | Son las diferentes observaciones que se recolectan de los usuarios para mejorar el servicio | Pacientes atendidos en el servicio de urgencias | Cantidad de pacientes atendidos / cantidad de pacientes insatisfechos | Registros de Redes |

3.7 Diseño de Técnica e Instrumento.

Para este estudio se elaboró una encuesta la cual se aplicó en una población determinada estadísticamente de usuarios que acuden al Servicio de Emergencias y que accedieron voluntariamente a realizar dicho instrumento.

Los datos estadísticos del presente estudio fueron los aportados posteriormente al proceso de análisis de la encuesta.

3.8 Alcances y Limitaciones.

3.8.1 Alcances

- Diseñar un instrumento que permita evaluar la Calidad percibida por el Usuario del Servicio de Emergencias. La validación de este instrumento es solo parcial, ya que se trabajara con un grupo delimitado de la población que requiere de la atención de los servicios de urgencias y en un periodo de únicamente una semana.
- Aplicar la encuesta y analizar sus resultados.
- Definir posibles soluciones para mejorar la percepción de la calidad percibida por el usuario del Servicio de Urgencias.

3.8.2 Limitaciones

- Que los usuarios no colaboren con el llenado de la encuesta.
- Que no se midan todos los tipos de validez de la herramienta.
- Que el Encuestador influya en las respuestas de los usuarios.
- Que no se logre recolectar la cantidad de encuestas requeridas para el estudio por falta de cooperación por parte de los usuarios.

CAPITULO IV
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

CAPITULO IV

ANÀLISIS DE LA INFORMACIÒN

En este capítulo se realizará el análisis de los datos estadísticos aportados por la encuesta diseñada para medir la calidad de la atención brindada por el Servicio de Emergencias del Hospital Enrique Baltodano Briceño, según la perspectiva de los usuarios que permitirá apoyar la gestión del Servicio para la toma adecuada y oportuna de decisiones que ayuden a implementar acciones en pro de mejorar la calidad de la atención del servicio brindado.

2.6 DISEÑAR Y VALIDAR UN INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EMERGENCIAS.

Al iniciar el proceso de construcción de la encuesta, se tomó en cuenta la población a la que iba dirigido (edad, patología, nivel cultural, intereses, etc.).

Posteriormente de acuerdo con el tema en estudio se decidió aplicar el cuestionario mediante un colaborador externo al Servicio de Emergencias pero que labora en salud y por lo cual entendía a cabalidad el tema en estudio y podía guiar a los usuarios en las consultas hechas acerca de la encuesta.

Las preguntas fueron redactadas con base en las quejas que recibe con frecuencia la jefatura de Emergencias y que evidenciaban claramente cuáles podrían ser los mayores factores de insatisfacción de los usuarios, como tiempo de espera, trato, falta de

información, etc. Lo cual permitía construir un instrumento para el análisis de estos temas y poder así encontrar puntos de mejora.

Se consideró que el número mínimo de ítems para evaluar la calidad percibida por el usuario sería de 21, el cual en función de su contenido se realizó unidimensional, ya que evaluaba una dimensión, que era la calidad percibida por el usuario.

La escogencia de las 21 preguntas, se hizo basados en la investigación de la metodología SERVQUAL (Service Quality) que es un instrumento que se utiliza para medir servicio. Este cuestionario se divide en dos aspectos cada uno con 22 ítems, por un lado, evalúa las expectativas del servicio ideal y por otro, el servicio recibido. Está basado en que la calidad percibida por el cliente es el resultado de las expectativas y las percepciones, por lo tanto después de un análisis de esta metodología se utilizó como base para realizar la encuesta que se utilizaría en este estudio.

Durante la formulación de las preguntas se tomó en cuenta factores como la comprensión (era necesario adaptar el lenguaje y el tipo de elección de respuestas al nivel sociocultural de los usuarios a quienes iba dirigida la encuesta), así como la aceptabilidad para el que era encuestado.

En función del número de opciones o tipo de respuestas, se utilizaron las del tipo Dicotómico es decir: Sí/No, ya que se consideró a la población meta y sus diferentes particularidades y se trató de hacer lo más amigable, la forma de responder a la encuesta.

Al aplicar la encuesta piloto, esta tenía respuestas como: Bueno, Malo, Muy Malo y Muy Bueno, y los usuarios se vieron en problemas a la hora de aplicar la encuesta porque no sabían cómo responder, por lo cual se escogen las del tipo Dicotómico, para facilitar la aplicación de la encuesta por parte de los usuarios.

También es importante recalcar que como se evaluó un Servicio de Emergencias los usuarios lo que menos quieren es que uno los interrogue y al hacer el cuestionario y sus respuestas sencillas y rápidas de responder, se observaba una mayor aceptación y aplicación de esta.

Dentro de los criterios que se utilizaron para la redacción de las preguntas, están los siguientes:

- ✚ Preguntas breves y fáciles de comprender.
- ✚ No se redactaron preguntas en forma negativa.
- ✚ Se evitó el uso de la interrogación «por qué».
- ✚ No se formularon preguntas en las que una de las alternativas de respuesta fueran ambiguas o coincidentes con otras preguntas.
- ✚ Se evitaron las preguntas que obligaban a hacer cálculos o esfuerzos de memoria.

4.1.1 Validación de la Encuesta:

Una vez diseñado el borrador definitivo, es decir, una vez delimitada la información, formuladas las preguntas, definido el número de ellas que se iban a incluir en el cuestionario y ordenadas las preguntas, se llevó a cabo la realización de una prueba piloto y la evaluación de la encuesta.

Se pasó el borrador del cuestionario el día 02-06.-2014 a 35 personas, siendo esta población similar a los individuos de la muestra. Este pre test permitió identificar:

- ✚ Si el tipo de pregunta era el más adecuado.
- ✚ Si el enunciado era correcto y comprensible, y si las preguntas tenían la extensión adecuada.
- ✚ Si la categorización de las respuestas era la correcta.
- ✚ Si existían resistencias o rechazo hacia algunas preguntas.

- ✚ Si el orden de las preguntas y su significado era lógico y si la duración estaba dentro de lo aceptable por los encuestados.
- ✚ Evaluó el grado de comprensibilidad de las preguntas.

Con estos 35 estudios se validó el contenido de la encuesta propuesta, dado que conllevó a la realización de cambios menores en la formulación de las preguntas y las opciones de respuesta, elaborándose la versión final del cuestionario.

4.1.2 Análisis de la Confiabilidad de la Encuesta

En todo tipo de investigación la capacidad de un instrumento de recolectar datos, depende de la validez y la confiabilidad del mismo. Y estos son requisitos básicos a la hora de recolección de datos.

- ✚ Validez: mide lo que realmente debe de medir.
- ✚ Confiabilidad: confianza de los datos recolectados

4.1.3 Alpha de Cronbach

Se trata de un índice de consistencia interna que toma valores entre 0 y 1 y que sirve para comprobar si el instrumento que se está evaluando recopila información defectuosa y por tanto nos llevaría a conclusiones equivocadas o si se trata de un instrumento fiable que hace mediciones estables y consistentes.

Alfa es por tanto un coeficiente de correlación al cuadrado que, a grandes rasgos, mide la homogeneidad de las preguntas promediando todas las correlaciones entre todos los ítems para ver que, efectivamente, se parecen.

Su interpretación será que, cuanto más se acerque el índice al extremo 1, mejor es la fiabilidad, considerando una fiabilidad respetable a partir de 0,80.

Este coeficiente orienta hacia la consistencia interna de una prueba. Usa la correlación promedio entre los ítems de una prueba si estos están estandarizados, con la desviación estándar de uno, o en la covarianza promedio entre los ítems de una escala, si estos no están estandarizados.

4.1.4 Análisis de la encuesta aplicada según la varianza de los ítems y la varianza del puntaje total.

El alfa de Cronbach no deja de ser una media ponderada de las correlaciones entre las variables (o ítems) que forman parte de la escala. Puede calcularse de dos formas: a partir de las varianzas (Alpha de Cronbach) o de las correlaciones de los ítems (Alpha de Cronbach estandarizado). Hay que advertir que ambas fórmulas son versiones de la misma y que pueden deducirse la una de la otra. El Alpha de Cronbach y el Alpha de Cronbach estandarizados, coinciden cuando se estandarizan las variables originales (ítems).

$$\alpha = \left[\frac{K}{K - 1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^K S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Dónde:

$\sum_{i=1}^K S_i^2$: Es la suma de varianzas de cada ítem.

S_t^2 : Es la varianza del total de filas (puntaje total de los jueces).

K : Es el número de preguntas o ítems.

Fórmula

$$\alpha = \frac{21}{21 - 1} \left(1 - \frac{(50762.22222)(50762.22222)}{(1328049.371)(1328049.371)} \right)$$

$$= \frac{21}{20} \left(1 - \frac{2576803205}{1.76372E+12} \right)$$

$$= \left[1.05 \right] \left[1 - 0.001461009 \right]$$

$$= 1.05 * 0.998538991$$

$$= 1.048465941$$

Para poder medir la confiabilidad del instrumento definitivo que está compuesto por veintiuna preguntas, se ha utilizado el Alfa de Cronbach que ha resultado ser de 1,04 esto indica que esta encuesta tiene un alto grado de confiabilidad, relaciona los atributos incorporados y establece confiabilidad en las dimensiones que la componen.

Finalmente, se propone una encuesta validada, confiable y simple la cual se expone en este documento.






4.1.5 Aplicación de la Encuesta

Posteriormente, la primera semana de junio 2014 se realizaron entrevistas personales con los pacientes y/o familiares atendidos en el servicio de urgencias de dicho hospital (los datos se recogieron en diferentes días de la semana y a diferentes horas del día).

Como resultado de este proceso se obtuvieron 154 cuestionarios totalmente cumplimentados. Una de las principales dificultades en la obtención de información en este estudio se debe al hecho de que al ser realizado en un servicio tan complejo como el Servicio de Emergencias de un hospital, los pacientes después de haber recibido la atención médica correspondiente, se encuentran debilitados o con sus capacidades limitadas o no están de humor, por lo que son muchos los que no se prestan a colaborar con la investigación.

2.7 APLICAR EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN Y CARACTERIZAR EL SERVICIO POR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PERCIBIDA POR EL USUARIO Y SUS PRIORIDADES DE CONSULTA ASÍ COMO SUS INSATISFACCIONES.

Se procedió a la aplicación de la Encuesta, con las siguientes preguntas, las cuales abordan los siguientes parámetros:

-  Calidad de la atención.
-  Continuidad de los Servicios Prestados.
-  Comodidad.
-  Relación Personal –Paciente.
-  Eficacia.

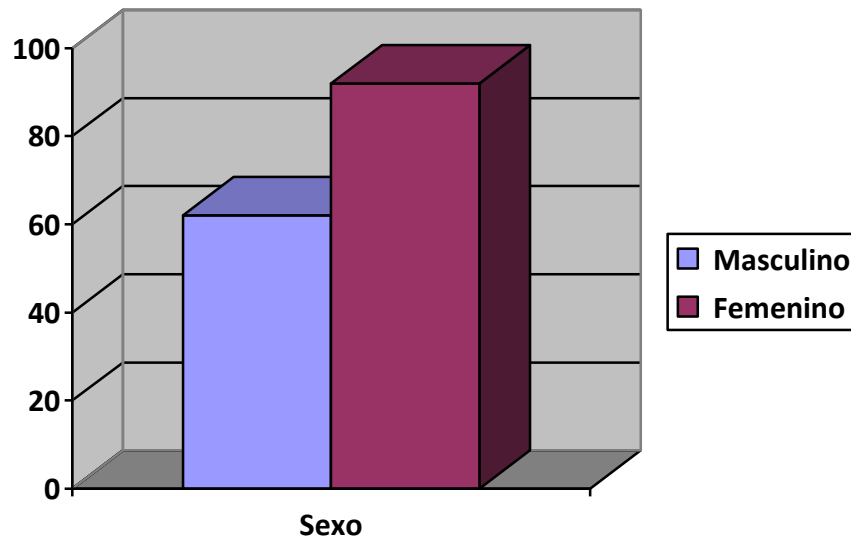
**Cuadro # 5: Distribución por Sexo. Encuesta Servicio de Urgencias
Junio 2014**

| SEXO | CANTIDAD | % |
|-----------|----------|------|
| Masculino | 62 | 40 % |
| Femenino | 92 | 60% |
| Total | 154 | 100% |

Fuente: Datos tomados de las encuestas realizadas. Junio 2014

Como se puede observar en el Cuadro 1 y Grafico 1, de la población encuestada, hubo una mayor participación del sexo femenino, el cual representó el 60% de las encuestas y el masculino con un 40% de estas.

Gráfico # 1: Distribución por Sexo. Encuesta Servicio de Urgencias junio 2014



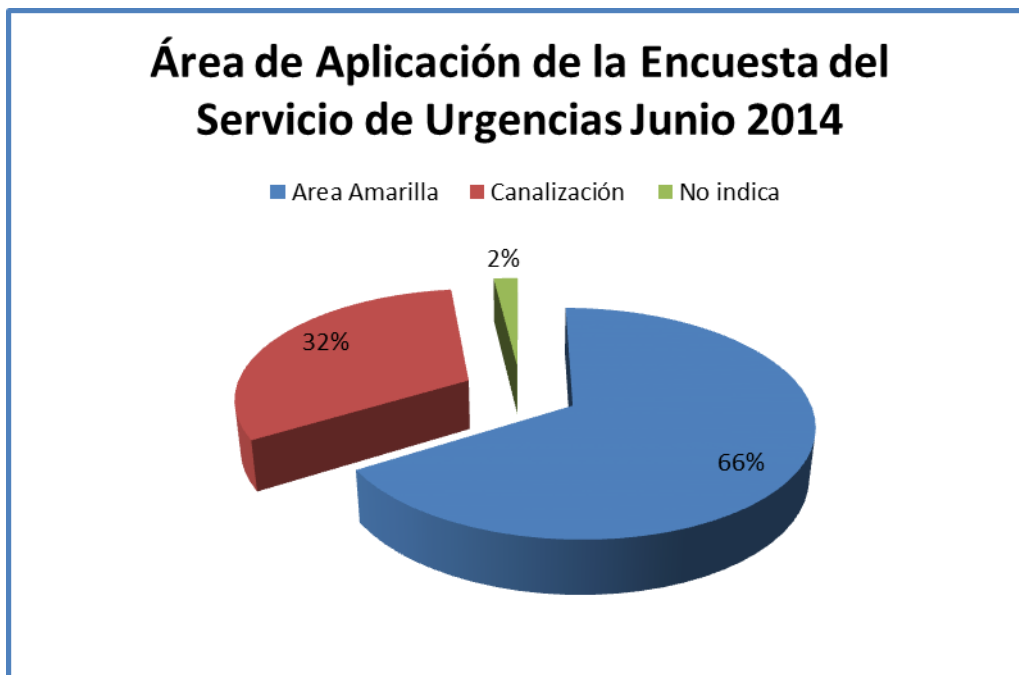
Fuente: Datos tomados de las encuestas realizadas. Junio 2014

Cuadro # 6: Distribución por Área de Aplicación de Encuesta del Servicio de Urgencias Junio 2014

| <i>Área de Atención</i> | <i>Número de Encuestados</i> | <i>Media</i> | <i>Varianza</i> |
|-------------------------|------------------------------|--------------|-----------------|
| Área Amarilla | 102 | 40,8 | 30,75 |
| Canalización | 49 | 19,6 | 14,6875 |
| No indicó | 3 | 1,5 | 0,6875 |
| Total | 154 | | |

Fuente: Datos tomados de las encuestas realizadas. Junio 2014.

Gráfico # 2:



Fuente: Datos tomados de las encuestas realizadas. Junio 2014

Como se puede observar en el cuadro 2 y Grafico 2 respectivamente, el área donde se aplicó la mayor cantidad de encuestas en el período comprendido en la primera semana de junio 2014, fue el área amarilla con un 66% del total de las encuestas y el área de canalización de un 32%, el 2% restante no se anotó por parte del usuario el área donde se ubicaba.

El área de amarillos o sala de espera de los consultorios de Urgencias alberga la mayor cantidad de pacientes, estos llegan al Servicio referidos de otras Clínicas que corresponden al área de atracción del hospital o aquellos que llegaron por sus propios medios y fueron clasificados como amarillos por el médico de TRIAGE.

El área de canalización o actualmente llamada TRIAGE, maneja un menor volumen de pacientes dado que su tiempo de espera es menor, debido a que el tiempo de clasificación oscila entre 10 a 15 minutos, lo cual explica el número menor de encuestas realizadas en esta área.

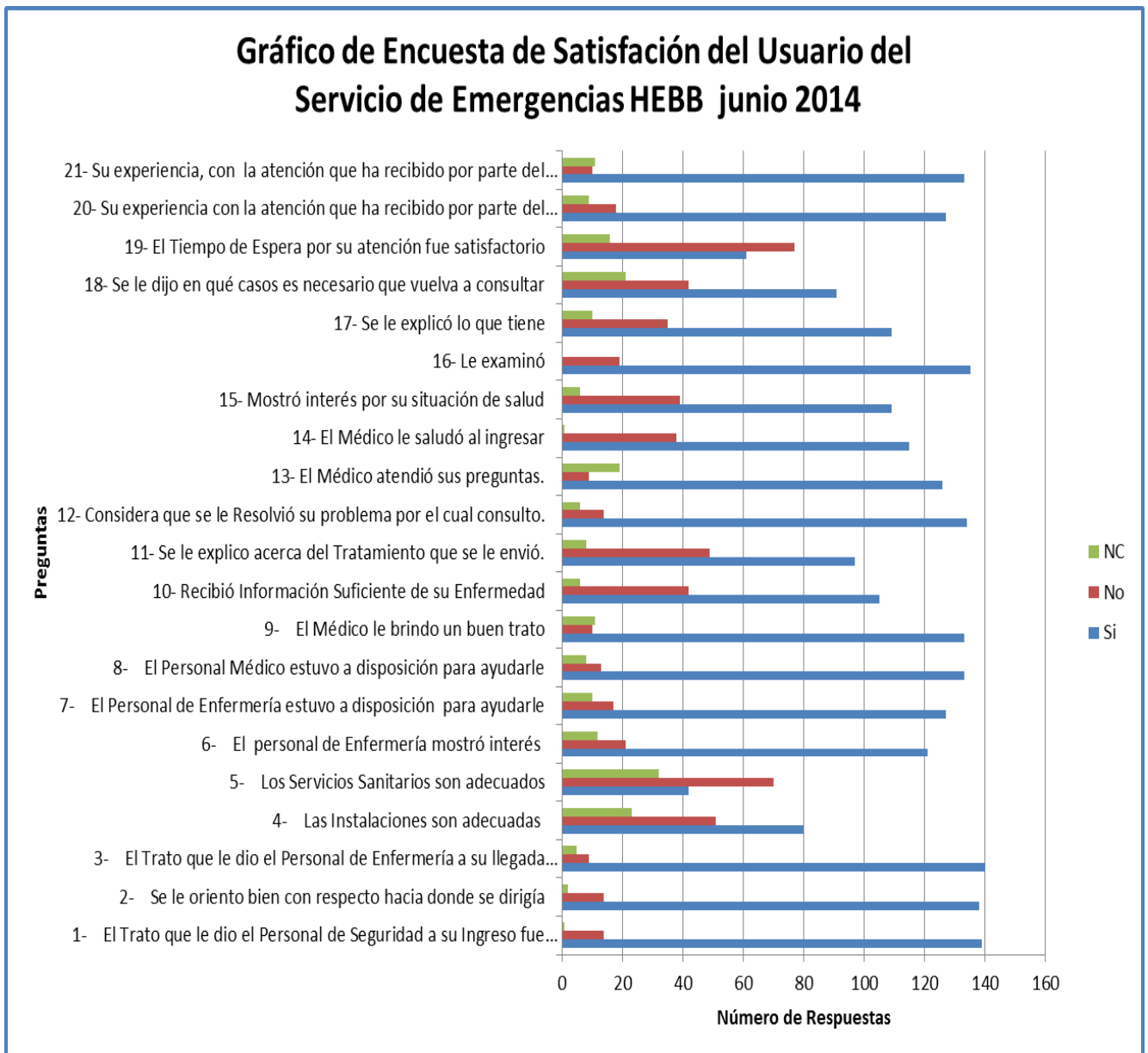
Cuadro # 7: Distribución Total de Preguntas y Respuestas de Encuesta
Satisfacción del Usuario Servicio de Emergencias HEBB junio 2014

| Preguntas | Si | No | NC |
|--|-----|----|----|
| 1- El Trato que le dio el Personal de Seguridad a su Ingreso fue amable | 139 | 14 | 1 |
| 2- Se le oriento bien con respecto hacia donde se dirigía | 138 | 14 | 2 |
| 3- El Trato que le dio el Personal de Enfermería a su Llegada fue amable | 140 | 9 | 5 |
| 4- Las Instalaciones son adecuadas | 80 | 51 | 23 |
| 5- Los Servicios Sanitarios son adecuados | 42 | 70 | 32 |
| 6- El personal de Enfermería mostró interés | 121 | 21 | 12 |
| 7- El Personal de Enfermería estuvo a disposición para ayudarlo | 127 | 17 | 10 |
| 8- El Personal Médico estuvo a disposición para ayudarlo | 133 | 13 | 8 |
| 9- El Médico le brindo un buen trato | 133 | 10 | 11 |
| 10- Recibió Información Suficiente de su Enfermedad | 105 | 42 | 6 |
| 11- Se le explico acerca del Tratamiento que se le envió. | 97 | 49 | 8 |
| 12- Considera que se le Resolvió su problema por el cual consulto. | 134 | 14 | 6 |
| 13- El Médico atendió sus preguntas. | 126 | 9 | 19 |
| 14- El Médico le saludó al ingresar | 115 | 38 | 1 |
| 15- Mostró interés por su situación de salud | 109 | 39 | 6 |
| 16- Le examinó | 135 | 19 | 0 |
| 17- Se le explicó lo que tiene | 109 | 35 | 10 |
| 18- Se le dijo en qué casos es necesario que vuelva a consultar | 91 | 42 | 21 |
| 19- El Tiempo de Espera por su atención fue satisfactorio | 61 | 77 | 16 |
| 20- Su experiencia con la atención que ha recibido por parte del Personal Médico fue satisfactoria | 127 | 18 | 9 |
| 21- Su experiencia, con la atención que ha recibido por parte del Personal de Enfermería fue satisfactoria | 133 | 10 | 11 |

En este cuadro se puede evidenciar la totalidad de las preguntas de la encuesta y la totalidad de las respuestas dadas, documentando una mayor cantidad de respuestas positivas.

Se documenta también una cantidad significativa de usuarios que no respondían a algunas preguntas.

Gráfico#3



En este Gráfico se evidencia más claramente lo descrito anteriormente, con relación a la mayor cantidad de respuestas afirmativas, lo que se traduce en buena atención y por ende Satisfacción.

Gráfico # 4



Fuente: Datos tomados de las encuestas realizadas. Junio 2014

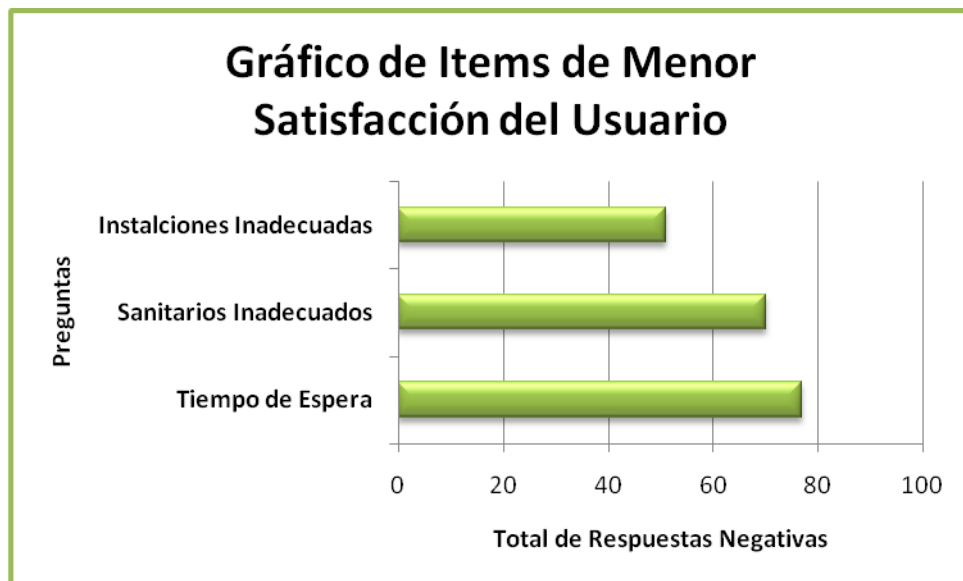
Del gráfico anterior se puede determinar que las 3 características más sobresalientes, que refieren los usuarios tener mayor satisfacción a acudir por una consulta en el Servicio de Urgencias son:

- 1) El Trato amable que le dio el Personal de Enfermería a su llegada.
- 2) El Trato amable que le dio el Personal de Seguridad a su Ingreso a Urgencias.
- 3) La orientación brindada por el personal en general, con respecto hacia donde se dirigía.

De esto se puede determinar que el personal del Servicio de Urgencias, cumplió con las expectativas de los usuarios encuestados, al tener hacia ellos un trato amable, orientarlos, disposición de ayudarles, resolución de sus problemas y valoración general.

Esto se traduce en una experiencia satisfactoria con respecto a la atención recibida, tanto por el personal médico como el de enfermería.

Gráfico # 5



Fuente: Datos tomados de las encuestas realizadas. Junio 2014.

1- El Tiempo de Espera por su Atención fue Insatisfactorio.

El aumento en la Demanda de atención de pacientes con problemas Urgentes y No Urgentes, se debe a la poca capacidad resolutive y de consulta (Citas) que tiene el primer Nivel de Atención. Esto asociado al aumento demográfico, que hace que más pacientes lleguen a Urgencias cada día, lo cual hace que se tengan elevados tiempos de espera de atención, con las inconformidades que esto ocasiona al Usuario.

2- Los Servicios Sanitarios son Inadecuados.

Esta es la segunda disconformidad de los usuarios del Servicio de Urgencias, las mayores quejas presentadas, se relacionaban con el aseo de estos, la falta de papel higiénico y jabón.

Sin embargo es importante mencionar que dada la cantidad de personas que acuden a diario al Servicio de Urgencias, los insumos que se suministran se hacen insuficientes, a esto le agregamos la sustracción por parte de los mismos usuarios y la falta de presupuesto, lo cual limita la cantidad dispensada mensualmente al Servicio de Urgencias de estos.

3- Las Instalaciones son Inadecuadas.

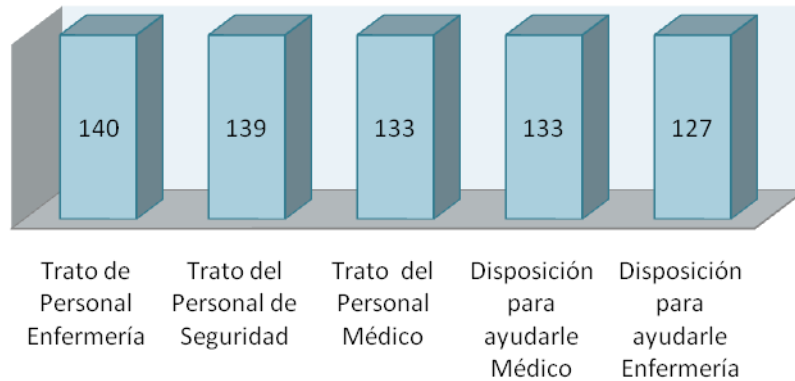
Actualmente el Servicio de Urgencias se ha hecho insuficiente para la Demanda de Servicios que tiene, lo cual hace que se encuentren los pasillos saturados y pacientes permanezcan varias horas y días sentados o en camillas en un pasillo, esperando ser Internados o evolucionados. Además la cantidad de Consultorios para atención es poca dado el aumento de consulta y el número de Médicos existentes.

**Cuadro # 8: Ítems Relacionados con la Relación
Personal-Usuario Servicio de Emergencias HEBB.**

| Ítem | Respuestas Afirmativas | % |
|--|-------------------------------|----------|
| Trato del Personal de Enfermería | 140 | 90% |
| Trato del Personal de Seguridad | 139 | 90% |
| Trato del Personal Médico | 133 | 86% |
| Disposición para ayudarlo del Personal Médico | 133 | 86% |
| Disposición para ayudarlo del Personal Enfermería | 127 | 82% |

Fuente: Datos tomados de las encuestas realizadas. Junio 2014

Gráfico # 4: Relación Usuario-Personal del Servicio de Urgencias



Fuente: Datos tomados de las encuestas realizadas. Junio 2014

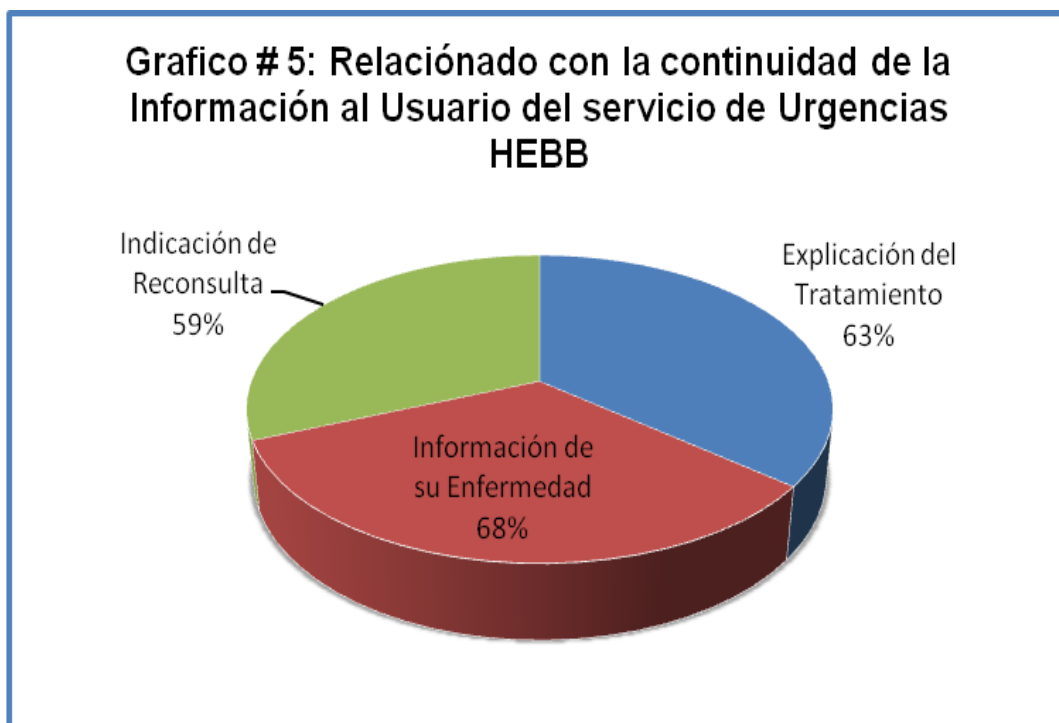
Como se puede observar en el Cuadro 4 y Gráfico 4, respectivamente, la satisfacción percibida por el usuario del Servicio de Urgencias del HEBB, por el trato recibido del personal de seguridad, médico y de enfermería, es muy similar para los tres grupos de colaboradores.

Esto evidencia que desde el punto de vista de los usuarios la calidad del trato recibido esta acorde con sus expectativas, aunque se sabe que se debe seguir trabajando para superarlas y lograr el deleite de los usuarios del servicio.

**Cuadro # 9: Ítems Relacionados con la Continuidad de la Información
Al Usuario Servicio de Emergencias HEBB**

| Ítem | Respuestas Afirmativas | % |
|---|-------------------------------|----------|
| Información de su Enfermedad. | 105 | 68% |
| Explicación acerca del Tratamiento dado. | 97 | 63% |
| Indicación de Reconsulta | 91 | 59% |

Fuente: Datos tomados de las encuestas realizadas. Junio 2014



Fuente: Datos tomados de las encuestas realizadas. Junio 2014

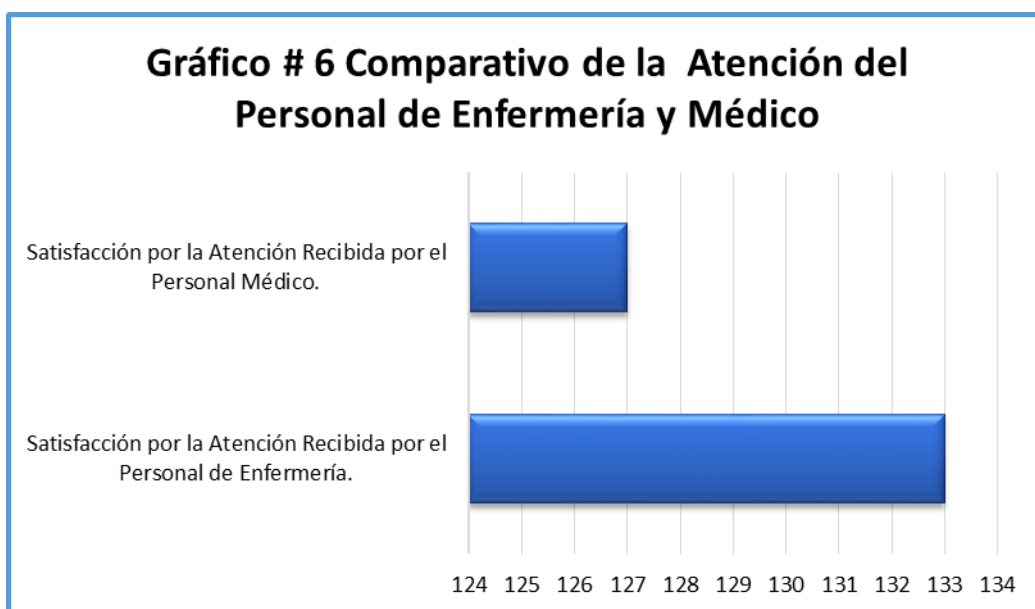
Se puede observar en el Cuadro # 9 y Gráfico # 5, que la continuidad de la información que se le brinda al usuario del Servicio de urgencias es satisfactoria, el usuario refirió que se le dio información precisa acerca de su motivo de consulta, se le dio explicación y educación

acerca del tratamiento que se le había prescrito y se le dieron recomendaciones de los signos y síntomas de alarma y re consulta al Servicio de Urgencias.

Cuadro # 10: Ítems Relacionados con la Experiencia en la Atención Recibida en el Servicio de Emergencias HEBB.

| Ítem | Respuestas Afirmativas | % |
|---|-------------------------------|----------|
| Atención Recibida por el Personal de Enfermería fue Satisfactoria. | 133 | 86% |
| Atención Recibida por el Personal Médico fue Satisfactoria. | 127 | 82,5% |

Fuente: Datos tomados de las encuestas realizadas. Junio 2014.



Fuente: Datos tomados de las encuestas realizadas. Junio 2014.

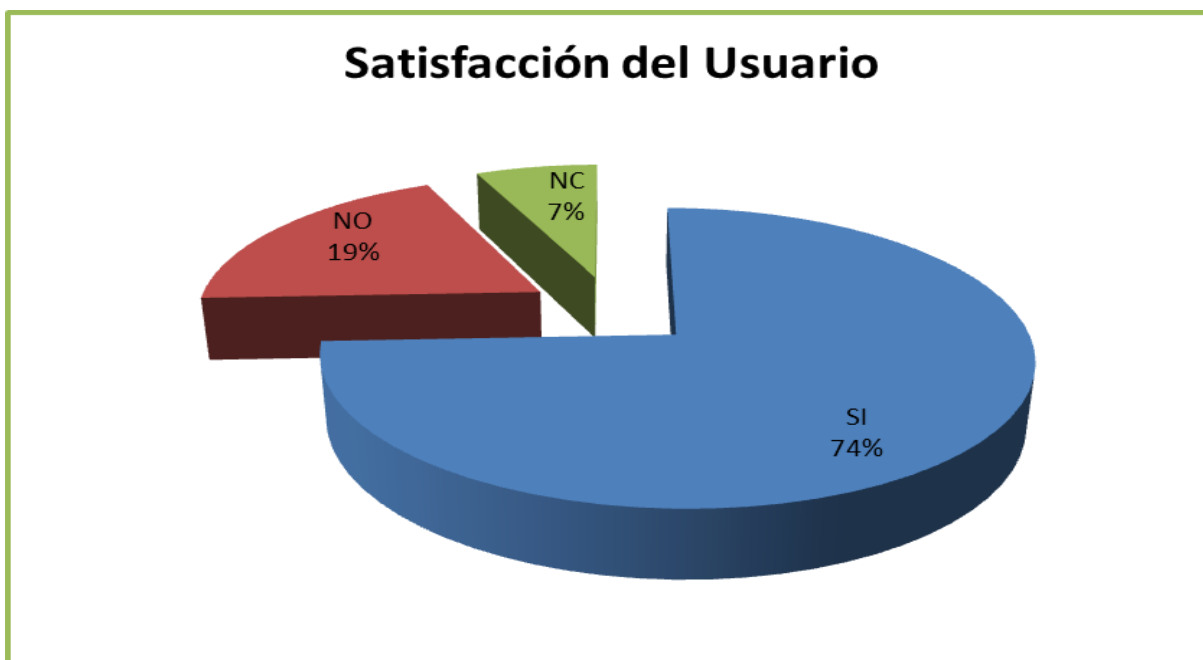
En el Cuadro # 10 y Gráfico 6, se documenta que la atención tanto del personal médico como el de enfermería, recibió calificación alta, en comparación con otros ítems, sin embargo el que mayor satisfacción produjo por la atención recibida fue el personal de enfermería.

Cuadro # 11: Satisfacción Global de los Usuarios Externos del Servicio de Emergencias HEBB

| Respuestas | Cantidad | % |
|-------------------------|-----------------|----------|
| Si | 2395 | 74% |
| No | 611 | 19% |
| NC | 217 | 7% |
| Total Respuestas | 3223 | 100% |

Fuente: Datos tomados de las encuestas realizadas. Junio 2014

Grafico 7: Satisfacción Global de los Usuarios Externos del Servicio de Emergencias HEBB



Fuente: Datos tomados de las encuestas realizadas. Junio 2014

Valorando la satisfacción Global que el usuario percibió al completar la encuesta, se documenta un total de 74% de satisfacción, contra un 19% de respuestas negativas.

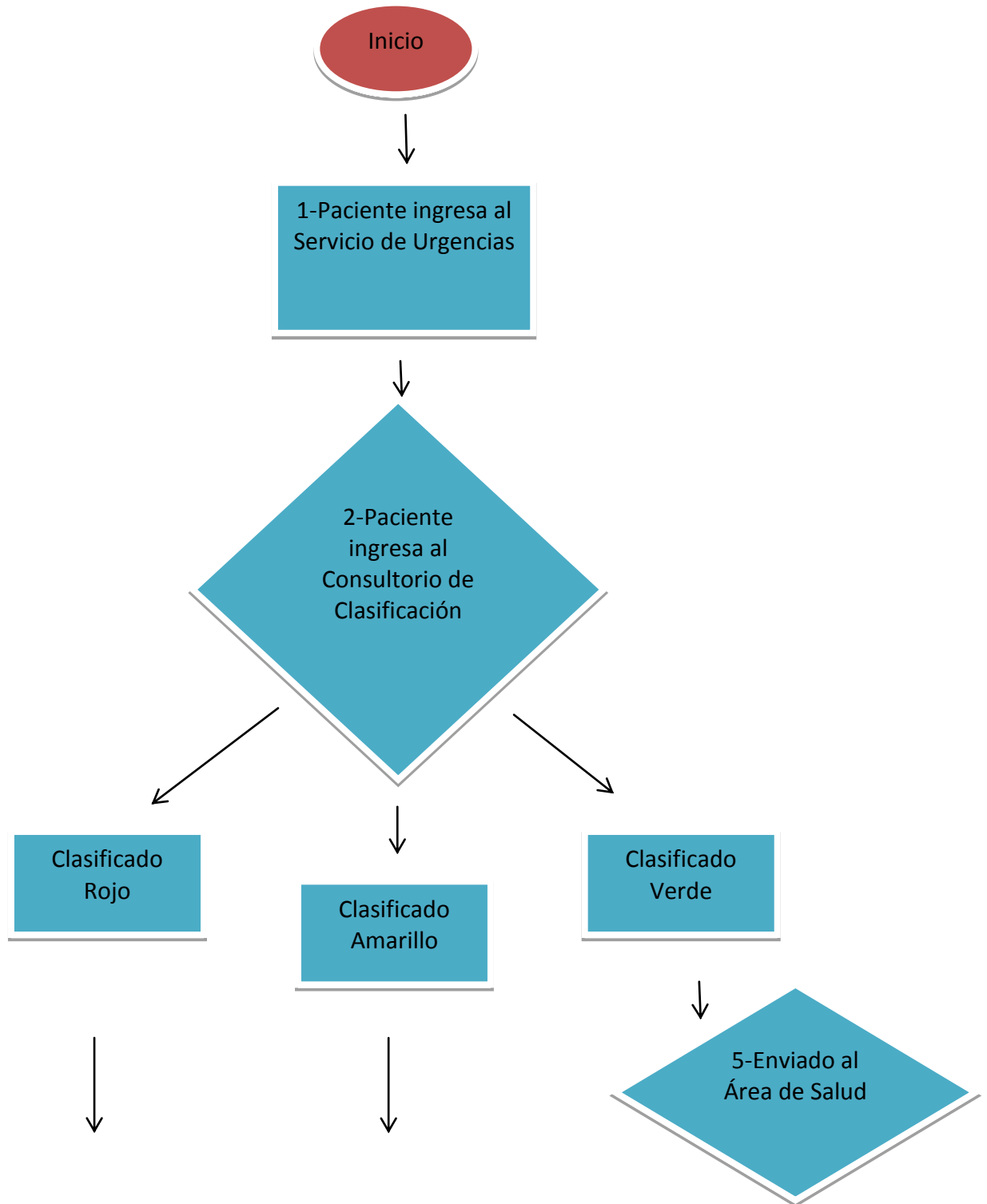
4.3 ANALIZAR EL PROCESO DE ATENCIÓN EN EMERGENCIAS Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO.

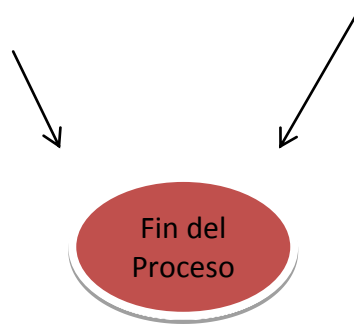
Documentar y describir el Proceso de atención del Servicio de Urgencias es uno de los pilares importantes a la hora de querer determinar cuáles partes del proceso constituyen Mudos o Retrasos innecesarios en la atención, es decir una actividad que consume recursos pero que no genera valor y contribuyen a generar puntos de insatisfacción de los usuarios.

Mediante el estudio de cada uno de los pasos durante el proceso de atención, se puede determinar cuál o cuáles actividades son completamente innecesarias para alcanzar el objetivo definido para la atención de los usuarios en el Servicio de Urgencias.

Figura # 2

Proceso de Atención en el Servicio de Emergencias





Al documentar el proceso de atención del Servicio de Emergencias, se evidencia un buen flujo de los usuarios, la implementación del Triage en octubre del 2013, ayudo en forma importante a disminuir los tiempos de espera de los pacientes clasificados como verdes , pero no se ha logrado aún disminuir el tiempo de espera del área Amarilla, lo cual se documenta en la encuesta realizada , ya que la mayor cantidad de usuarios encuestados pertenecían a esa área y se demostró que una de las principales insatisfacciones fue el tiempo de espera.

La insatisfacción de los usuarios del servicio del HEBB, se basa principalmente en la plétora del mismo, la cual se debe principalmente a la falta de educación hacia el usuario del adecuado uso de un servicio de emergencias, los otros factores que influyen son el incremento poblacional, la falta de personal y la infraestructura inadecuada.

Dentro de los puntos importantes cabe recalcar que el servicio de emergencias del HEBB no cuenta con el personal suficiente acorde con el incremento poblacional y la cantidad de usuarios que requieren del servicio, además la infraestructura está cada vez más deteriorada y por lo consiguiente no es capaz de albergar la cantidad de usuarios que asisten al HEBB.

La insatisfacción del usuario hace énfasis en la lentitud del servicio, en las largas colas y los largos tiempos de espera para ser atendidos (valorados y clasificados), además de los que deben dar tiempo si tiene que esperar por un resultado de algún examen complementario

para ser revalorados, situación que se presenta de esta forma por el mismo caso de la falta de personal.

4.4 PLANTEAR ALTERNATIVAS DE MEJORA.

Dentro de las alternativas de mejora que se pueden implementar para la mejora de la problemática investigada están las siguientes:

4.4.1 Realizar Análisis de la Satisfacción del Cliente Anualmente.

Una vez al año realizar una evaluación de la satisfacción de los usuarios, se tomara una muestra estadísticamente significativa, con base a la cantidad de consulta diaria del servicio de urgencias, y se mediará en la Jornada ordinaria y extraordinaria. De los resultados de esta se documentaran la brechas existentes y planearan las estrategias respectivas para aquellos puntos de mejora identificados, también servirá de comparación cada año, y evaluar así los avances o desaparición de las brechas identificadas.

| Cuadro # 12 | | | | |
|--|---|---|--------------|--|
| Análisis de la Satisfacción del Cliente | | | | |
| OBJETIVO ESPECÍFICO: | | | | |
| Disminuir para el segundo semestre del 2015 el 40% de la consulta de no urgencias que acuden al Servicio de Emergencias del HEBB y mejorar la satisfacción de los Usuarios. | | | | |
| ACTIVIDAD | DESCRIPCION | RESPONSABLES DE EJECUCION | PLAZO | RECURSOS NECESARIOS |
| Educación al Usuario acerca de lo que es una urgencia y que no lo es. | Educar al 50% de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias al final del | Jefatura de Urgencias. Médicos del Servicio de | 6 meses | Charlas a los usuarios, en las salas de espera. Reunión con actores sociales para educar a la población |

| | | | | |
|---|--|---|---------|---|
| | segundo semestre del 2015. | Urgencias | | Utilización de sistemas educativos como panfletos, radio y programas locales de TV. |
| Educación al usuario acerca del uso de la consulta de canalización y Vespertina en el Área de salud respectiva. | Educar al 50% de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias al final del segundo semestre del 2015. | Jefatura de Urgencias. Médicos del Servicio de Urgencias | 6 meses | Charlas a los usuarios, en las salas de espera. Reunión con actores sociales para educar a la población Utilización de sistemas educativos como panfletos, radio y programas locales de TV. |
| Capacitar al personal médico que se asigna al consultorio de Clasificación. | Disminuir la cantidad de usuarios insatisfechos con el servicio brindado en un 60% | Jefatura de Urgencias. Médicos del Servicio de Urgencias. Oficina de programas de capacitación. | 6 meses | Cursos de educación médica continúa. Fomentar una política del Buen trato al Usuario, mediante talleres. |
| Brindar talleres de "Servicio al Cliente" al personal hospitalario | Mejorar en un 50% la relación médico-paciente | Oficina de programas de capacitación | 6 meses | Implementar un Taller de Servicio al Cliente |
| Aplicación de una Encuesta | Realizar anualmente durante el primer semestre de cada año, una encuesta para medir la satisfacción del usuario. | Jefatura de Urgencias | 6 meses | Aplicar la encuesta durante una semana al año a una muestra de la población que consulta a diario en Urgencias. |

4.4.2 Desarrollar una Estrategia para la Disminución del Tiempo de Espera de Atención en el Área Amarilla de Emergencias.

La disminución de los tiempos de espera involucra a muchos actores, es decir los médicos, la administración y las áreas de atracción en lo relacionado con las referencias que son enviadas a diario a urgencias y en un porcentaje significativo de patologías que se pueden manejar en dichas áreas.

Por tanto se deberá en coordinación con la Dirección Regional plantear se realicen capacitaciones a los Médicos de Clínicas periféricas en temas de Urgencias y valorar se aumente la capacidad resolutive de estas al dotarlas de personal capacitado y equipo médico para la atención de los pacientes en dichas áreas.

Se deberá solicitar a la administración de la dotación de 2 médicos más en la jornada extraordinaria para el Servicio de urgencias.

Se deberá realizar un taller de trabajo en equipo a los médicos de la jornada ordinaria, en aras de lograr que todos trabajen en forma organizada, eficiente y eficazmente como un equipo de alto desempeño.

Cuadro # 13
Disminuir los tiempos de espera en el Servicio de Urgencias.

OBJETIVO ESPECÍFICO:
Disminuir para el segundo semestre del 2015 en un 50% el tiempo de espera de los usuarios que acuden al Servicio de Emergencias del HEBB.

| ACTIVIDAD | DESCRIPCION | RESPONSABLE DE EJECUCION | PLAZO | RECURSO NECESARIO |
|---|---|--|--------------|--|
| Realizar una mejora en los procesos sustantivos de los Servicios brindados en Urgencias. | Disminuir el tiempo de espera de atención en un 50%. | Jefatura de Urgencias. Médicos del Servicio de Urgencias | 6 meses | Conformar un Equipo de Trabajo que analice el Proceso de Atención del Usuario y encuentre aquellos pasos que no agregan valor, identificar reprocesos. |
| Implementar un Sistema de clasificación estandarizado | Disminuir el tiempo de espera de atención en un 50%. Al segundo semestre del 2015 | Jefatura de Urgencias. Dirección de Servicios de Apoyo. Dirección General. | 6 meses | Capacitar al personal en el Sistema de TRIAGE Canadiense [CTAS], mediante Talleres. |
| Reorganizar la distribución de trabajo para así minimizar el tiempo perdido en subprocesos. | Disminuir el tiempo de espera de atención en un 50%. Al segundo semestre del 2015 | Jefatura de Urgencias. Médicos del Servicio de Urgencias | 6 meses | Realizar con el equipo de trabajo un análisis de la distribución del personal para determinar los puntos de mejora. |
| Dotar al Servicio de Urgencias de Personal Médico para el tiempo Extraordinario | Disminuir el tiempo de espera de atención en un 50%. Al segundo semestre del 2015 | Jefatura de Urgencias. Dirección de Servicios de Apoyo. Dirección General | 6 meses | Solicitar a la Administración la con base en los resultados de la Encuesta dos Médicos para el tiempo Extraordinario. |

4.4.3 Fortalecer el Sistema de TRIAGE en la Jornada Extraordinaria.

En la actualidad el Sistema de TRIAGE se realiza únicamente en la Jornada Ordinaria, por lo cual se deberá solicitar a la administración la dotación de personal médico en aras de lograr implementar este sistema en la Jornada extraordinaria.

Según estadísticas locales se ha logrado desde su implementación la disminución en un 50% el tiempo de espera de los pacientes verdes que son evaluados y referidos a su área de salud respectiva, al igual que el tiempo de espera de los pacientes clasificados como amarillos.

Sin embargo aún existe un número importante de pacientes que aún tiene tiempos de espera prolongados, por lo cual se hace necesario trabajar en mejorar estos datos y así mejorar la satisfacción de los usuarios.

El implementar TRIAGE en ambas Jornadas Laborales no es tarea Fácil dadas las medidas de contención del gasto por las cuales está atravesando la Institución, sin embargo se dará como una propuesta viable a mediano o largo plazo, ya que esto implica la creación de nuevas plazas de trabajo, y esto por ahora está en espera de aprobación.

Además se deberán organizar capacitaciones para todo el personal médico de Urgencias en CTAS [Canadian Triage Acuity Scale]

Cuadro # 14
Fortalecer el Sistema de TRIAGE en la Jornada Extraordinaria.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

Disminuir para el segundo semestre del 2015 en un 50% el tiempo de espera de los usuarios que acuden al Servicio de Emergencias del HEBB, mediante un sistema de clasificación estandarizado.

| ACTIVIDAD | DESCRIPCION | RESPONSABLE | PLAZO | RECURSOS NECESARIOS |
|---|---|--|--------------|---|
| Implementar un Sistema de clasificación estandarizado | Disminuir el tiempo de espera de atención en un 50%. Al segundo semestre del 2015 | Jefatura de Urgencias. Dirección de Servicios de Apoyo. Dirección General. | 6 meses | Capacitar al personal en el Sistema de TRIAGE Canadiense [CTAS], mediante Talleres. |
| Dotar al Servicio de Urgencias de Personal Médico para el tiempo Extraordinario para TRIAGE | Disminuir el tiempo de espera de atención en un 50%. Al segundo semestre del 2015 | Jefatura de Urgencias. Dirección de Servicios de Apoyo. Dirección General | 6 meses | Solicitar a la Administración con base en los datos estadísticos locales un Médico para TRIAGE en el tiempo Extraordinario. |

4.4.4 Desarrollar un Plan de Aseo y Limpieza de los Servicios Sanitarios.

Se deberá coordinar con la Jefatura de Servicios Generales un plan de limpieza de los sanitarios del Servicio, donde se les asigne a los funcionarios un horario periódico para garantizar mantener la limpieza continua y dotar a cada sanitario de los insumos de limpieza requeridos como jabón, toallas de papel y papel sanitario.

Además se deberá incluir un plan de supervisiones durante los tres turnos de trabajo, para garantizar la continuidad del trabajo realizado.

Educar a la población que acude al Servicio de Emergencias con relación al cuidado de las medidas de higiene al usar los sanitarios y a cuidar los insumos en estos para así evitar la sustracción.

Se solicitara la colaboración de la Junta de Salud y de las damas Voluntarias, para capacitar a la población acerca del uso adecuado del servicio de Urgencias, de medidas de Bioseguridad e Higiene y del cuidado de los insumos de higiene en los sanitarios evitando el uso desmedido y la sustracción.

| Cuadro # 15 | | | | |
|---|--|--|---------|---|
| Desarrollar un Plan de Aseo y Limpieza de los Servicios Sanitarios. | | | | |
| OBJETIVO ESPECÍFICO: | | | | |
| Disminuir para el segundo semestre del 2015 en 95% la disconformidad de los usuarios con respecto a la limpieza de los servicios sanitarios y la disponibilidad de los diferentes insumos necesarios | | | | |
| ACTIVIDAD | DESCRIPCION | RESPONSABLE DE EJECUCION | PLAZO | RECURSOS NECESARIOS |
| Cada hora se deben revisar y limpiar los servicios sanitarios, en los diferentes turnos | Sanitarios limpios y alta eliminación de virus y bacterias | Personal de aseo Jefatura de Urgencias. Dirección de Servicios de Apoyo. Dirección General. | 6 meses | Capacitar al personal limpieza e implementar horarios |

| | | | | |
|---|---|--|---------|--|
| Revisar tres veces al día la disponibilidad del papel higiénico, jabón y toallas de papel | Insumos siempre disponibles para el usuario | Personal de aseo Jefatura de Urgencias. Dirección de Servicios de Apoyo. Dirección General. | 6 meses | Solicitar a la Administración que verifique las compras del material necesario |
| Lavar y desinfectar los lavamanos cada tres horas | Disminuir la propagación de virus y bacterias | Personal de aseo Jefatura de Urgencias. Dirección de Servicios de Apoyo. Dirección General. | 6 meses | Capacitación y horarios de limpieza |

4.4.5 Brindarle al usuario que acude al Servicio de Urgencias una Atención de Calidad.

Al realizar la encuesta se determinaran las brechas por mejorar, lo cual va a permitir trabajar para eliminar o reducir estas y así poder garantizar un mejor servicio y atención a los usuarios.

4.4.5 Mejoras en la Infraestructura.

En la actualidad hay un proyecto de ampliación del Servicio de Urgencias el cual va a permitir dotar de más espacio para ubicar pacientes en camillas y sillas, además contara con servicios sanitarios y duchas, para esta población que ronda diariamente según las estadísticas locales entre 44 a 50 pacientes, los cuales en la actualidad se encuentran ubicados en pasillos y en sillas en espacios pequeños y poco ventilados.

Se dará seguimiento a los avances de dicho proyecto, mediante consultas periódicas a la administración en conjunto con actores locales.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente capítulo permite señalar los resultados obtenidos en la investigación realizada, a la vez tiene como fin determinar los resultados obtenidos y aportar información consolidada sobre la encuesta realizada.

¿Cuáles son los elementos que determinan la calidad percibida por el cliente que acude por una consulta al Servicio de Emergencias?

Después del análisis de la retroalimentación de los usuarios y de validar la herramienta propuesta, se puede resumir que la calidad de una atención desde el punto de vista del paciente, se enfoca en atención médica de calidad y calidez, con trato amable y acorde a sus necesidades, también con espacios adecuados y sobre todo atención pronta y oportuna.

5.1 Conclusiones.

5.1.1 Diseñar y validar un instrumento de medición de la calidad de la atención de los servicios de salud en Emergencias.

Durante este proceso de diseño y validación del instrumento, se tomaron en cuenta las múltiples disconformidades que llegan día a día a la jefatura del servicio de urgencias. En las cuales, los usuarios manifiestan sus desacuerdos en el proceso de la atención recibida.

Por lo tanto, después de analizar todas las quejas recibidas, se determina que todas esas inconformidades van relacionadas con la infraestructura, la atención y el trato recibido. De

esta manera, se desarrolló un instrumento de 21 ítems que nos ayudó a validar de una manera más directa, el sentir del usuario.

5.1.2 Aplicar el instrumento de medición y caracterizar el servicio por la calidad de la atención percibida por el usuario y sus prioridades de consulta así como sus insatisfacciones.

Se aplicó el instrumento en primera instancia a una muestra de 40 personas, con el fin de validar el mismo. El resultado fue satisfactorio. Por lo tanto se procedió a aplicar el instrumento a 40 personas diarias por 4 días, en las diferentes secciones con las que cuenta el servicio de urgencias Durante este proceso, hubo mucha negativa por parte de los usuarios para colaborar con el llenado del instrumento. Sin embargo, fue posible aplicar el total de encuestas requerido y así poder lograr el análisis deseado de las disconformidades del usuario.

Cabe destacar que la mayoría de las quejas de los usuarios son con respecto a la infraestructura del servicio y no tanto a la atención recibida. Uno de los puntos que sobresale es el estado de los servicios sanitarios, el usuario aqueja suciedad, falta de papel higiénico y jabón. Situaciones que son difíciles de controlar, ya que son provocadas por los mismos usuarios.

5.1.3 Analizar el Proceso de Atención en Emergencias y su relación con la calidad percibida por el usuario.

El proceso de atención en el servicio de emergencias, se ve obstaculizado por la gran demanda poblacional, por la falta de personal, deficiencias de la infraestructura, por vandalismo de algunos usuarios, entre otras limitaciones propias de la institución.

Durante la atención en el servicio de urgencias, muchos usuarios aquejan grandes tiempos de espera, pero no son conscientes del uso inadecuado que se le da al servicio de

urgencias. Esto junto con los déficits anteriormente mencionados, provocan gran saturación del servicio, convirtiéndose muchas veces, desde el punto de vista del usuario, en atención de baja calidad y altos índices de insatisfacción.

Gracias a la aplicación del instrumento, se podrá analizar la situación actual del servicio de urgencias. Tomando en cuenta todas las recomendaciones y las disconformidades de los usuarios para lograr una atención satisfactoria y principalmente un servicio de calidad para el usuario.

5.1.4 Plantear alternativas de Mejora.

Después de haber aplicado el instrumento, realizar la validación de los datos y el análisis de las diferentes disconformidades que tienen los usuarios con respecto a la atención recibida y la infraestructura del servicio de urgencias. Se concluye lo siguiente para lograr implementar alternativas de mejora y dar al usuario una atención de calidad y satisfactoria desde el punto de vista del usuario:

- Se deben implementar planes y proyectos para la mejora de la infraestructura del servicio, haciéndolo agradable y cómodo.
- Implementar métodos y capacitaciones que motiven al personal, y que a pesar de la cantidad de población que se debe atender; siempre estén anuentes a brindar una atención de calidad para el usuario.
- Desarrollar charlas y afiches que ayuden a que los usuarios reconozcan el uso adecuado que se le debe dar al servicio de urgencias y las consultas pertinentes al servicio con el afán de disminuir los tiempos de espera y la saturación del servicio, todo esto con un mismo fin, una atención satisfactoria para el usuario.

- Orientar y concientizar al usuario de que la infraestructura del servicio y su mantenimiento nos concierne a todos por lo cual se debe cuidar y darle el uso adecuado, para su adecuada conservación
- Aplicar proyectos de canalización y diversos trámites que puedan darle a la atención del usuario más fluidez y calidad
- Orientar todos los cambios y mejoras del servicio a la finalidad más importante, la cual es una atención al usuario digna, con calidad y calidez

5.2 Recomendaciones.

El presente capítulo permite hacer referencia a las recomendaciones que se señalaran para lograr todas las mejoras posibles en los diferentes objetivos estudiados y desarrollados en la investigación, con el fin de brindar excelentes servicios de salud y la atención adecuada a los pacientes según la requieran.

5.2.1 Diseñar y validar un instrumento de medición de la calidad de la atención de los servicios de salud en Emergencias.

Como se pudo observar durante el diseño de la encuesta, las disconformidades del usuario presentadas a la jefatura de emergencias, están bastante relacionadas a incomodidades por inadecuada infraestructura del lugar y no tan enfocadas a la atención recibida, sin dejar de lado que esta última es la más importante, una atención de calidad y calidez y para algunos usuarios no es como se esperaba ya que también presenta ciertas deficiencias en su proceso, tanto en el trato del

personal para con el usuario como del tiempo que tienen que esperar para ser atendidos, a pesar que este varía mucho dependiendo de la demanda del día.

La validación del documento conllevó realizar una prueba de aplicación del instrumento con una muestra de la población atendida y demandante del servicio, la cual fue bastante satisfactoria y ayudó a la metodología aplicada para la recolección de los datos y el abordaje y preguntas acordes a las necesidades y quejas de los usuarios.

5.2.2 Aplicar el instrumento de medición y caracterizar el servicio por la calidad de la atención percibida por el usuario y sus prioridades de consulta así como sus insatisfacciones.

Durante la aplicación del instrumento se logró determinar la insatisfacción del usuario y cabe destacar que fue un poco compleja la recolección de los datos ya que mucho de los usuarios disconformes se rehusaban a dar su opinión y completar el instrumento. Pero a pesar de los varios obstáculos encontrados en el camino de la aplicación de la encuesta, se logró obtener la suficiente información para lograr y desarrollar planes de mejora del servicio, enfocados a las quejas del usuario y los diferentes comentarios o ideas que ellos aportaron

Es importante resaltar que muchas de los comentarios realizados tienen que ver con la falta de comodidad por una mala infraestructura, y por daños a la misma realizados por los mismos usuarios.

También cabe destacar que fue de gran ayuda para retroalimentación del personal, ya que se logran exponer los diferentes déficits del servicio y trabajar en su mejora con el fin de brindar atención de calidad y obtener usuarios satisfechos, dentro del marco de la adecuada utilización del recurso y del servicio de urgencias

5.2.3 Analizar el Proceso de Atención en Emergencias y su relación con la calidad percibida por el usuario.

El proceso del servicio de emergencias, a la hora de aplicar el instrumento, este denota la falta de espacio estructural para la comodidad del usuario; además la falta de personal institucional para poder cubrir la demanda del servicio y así lograr una consulta satisfactoria para el usuario.

El usuario hace hincapié en el mal estado estructural del edificio, en la falta de limpieza de algunos servicios y en la falta de personal para que el proceso de la atención recibida en emergencias sea ágil y de buena calidad y sobre todo calidez, enfocándose en lo principal que es la resolución del padeciendo del usuario.

Sin dejar de lado que es de gran importancia la educación al usuario sobre la correcta utilización del servicio y sus verdaderas necesidades de atención urgente, ya que realizando conciencia sobre el usuario, una de las mejoras más esperadas del servicio sería la disminución en el tiempo de espera y la calidad de la atención prestada.

5.2.4 Plantear alternativas de Mejora.

Tomando todos los datos de la investigación realizada se recomienda evaluar y ejecutar proyectos que a corto plazo resuelvan las disconformidades que presentan los usuarios respectivamente.

Uno de los principales planes de mejora es realizar algún proyecto de ampliación de las instalaciones del servicio de urgencias ya que el usuario aqueja incomodidad y es bastante deficiente el espacio proporcionalmente a la cantidad de usuarios que demandan del servicio.

También se debe analizar cuáles son las situaciones que provocan que los tiempos de espera sean prolongados y además analizar si es causado propiamente por el proceso de atención o por el incremento poblacional desmedido

Es recomendable a analizar cuáles son las disconformidades que presenta el personal, ya que esto se ve reflejado en la atención que recibe el usuario. Por lo tanto se debe analizar la opción de frecuentes charlas motivacionales para el personal así como mejorar sus condiciones laborales, uno de los planteamientos que puede ayudar a mejorar de la atención brindada, es educar a la población sobre el correcto uso del servicio de emergencias.

Durante la investigación, se pudieron observar varios cambios que se están haciendo en los servicios, que han sido muy positivos pero no definitivos para disminuir la problemática presentada, como la implementación del proceso de TRIAGE en la Jornada ordinaria, aún pendiente hacerlo extensivo a la jornada extraordinaria.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Roberto Shimabuku, Luis Huicho, Danitza Fernández. Niveles de insatisfacción del usuario externo en el Instituto Nacional de Salud del Niño de Lima, Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica v.29 n.4 Lima oct./dic. 2012
- 2) Villatoro A, México D.F. Efectividad y Problemática en Servicio de Urgencias. Disponible en: http://www.reeme.arizona.edu/materials/Problematica_y_Efectividad_en_SU.pdf
- 3) Meneses Marcela, Colosimo Bianca Maria. Development and validation of an instrument to measure perceived service quality of an academic library in Costa Rica. Costa Rica/ Italia, 2013
- 4) Revista calidad asistencial. Satisfacción de los pacientes atendidos en urgencias. 2011. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/calidad-asistencial-256/satisfaccion-los-pacientes-atendidos-servicio-urgencias-hospital-2011>
- 5) Rosero, L. Oferta y acceso a los servicios de Salud en Costa Rica: estudio basado en un sistema de información geográfica. 1998. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/accops/acceso-ops.pdf>
- 6) Revista Costarricense de Salud Pública. **“Evaluación de la calidad de la gestión de un laboratorio clínico hospitalario en Costa Rica”** versión ISSN 1409-1429 Rev. Costarric. Salud Pública vol.19 no.1 San José jun. 2010.

- 7) Von Herold Duarte E. **“La cultura organizacional como variable que facilita u obstaculiza el logro de los objetivos del Servicio de Urgencias del Hospital Dr. R. A. Calderón Guardia”**. Rev. Cienc. Adm. Financ. Segur. Soc 2001; 9(1):35-52.
- 8) Hernández-Gómez R, Velasco-Dubon R, Jiménez S. **La motivación laboral de los empleados en el Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera"**. Rev. Cienc. Adm. Financ. Segur. Soc, 2000; 8(1):33-39.
- 9) Montero, Douglas. **“Diagnóstico operacional con énfasis en la satisfacción del usuario por la calidad de servicio que presta la Clínica Clorito Picado”**. Caja Costarricense de Seguro Social. Dirección de Planificación Administrativa San José; CCSS; dic. 1989.
- 10) Schmitz Gerstlauer, Gerald. Modelo para el análisis de calidad de los Servicios de Emergencias: su aplicación en el Servicio de Emergencias del Hospital Calderón Guardia, CCSS 2000. Presentada la Instituto Centroamericano de Administración Pública para obtención del grado de Maestría en Gerencia de la Salud. San José, Costa Rica, abr.2000.162p
- 11) Arce Quesada, Mauricio, y otros. .Características de la Consulta de Emergencias en Hospitales Nacionales. Acta Pediátrica Costarricense, 10(3):106-10,1996.
- 12) López Madrigal, María Eugenia. Grado de satisfacción de los usuarios con la prestación de servicios de salud en el área de Salud de Puriscal y Turubares, CCSS, 1997. San José: Presentada la Instituto Centroamericano de Administración Pública para obtención del grado de Maestría en Gerencia de la Salud, 1997.

- 13) Bonilla V., Alice. Incidencia de los tiempos de espera, infraestructura y Empatía en la satisfacción de los usuarios de la consulta externa de cardiología en el Hospital México en el 2002. Tesis presentada para optar por Maestría en Administración de Servicios de Salud. Sistema de Estudios de Posgrado Universidad Estatal a Distancias, 2003.
- 14) Antología Gerencia de La Calidad. ICAP. 2013. Páginas 30 a 32.
- 15) CALIDAD DE ATENCIÓN DADA POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD A LOS USUARIOS EXTERNOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL (HSVP) DURANTE EL PERIODO 2009-2010 Autoras: Cabascango Katia Andrea Villegas.
- 16) Correia Loureiro, S. M. Miranda González, F. J. CALIDAD Y SATISFACCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS: ANÁLISIS DE UN HOSPITAL DE LA ZONA CENTRO DE PORTUGAL. Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa. Vol. 16, Nº 2, 2010, pp. 27-41, ISSN: 1135-2523.
- 17) Joffre Valtanian, Arturo. Enfoques Gerenciales Modernos: análisis de cada enfoque y factores críticos para su aplicación. 1ra edición, san José, CR 1999, ediciones Delphi. Capítulo 3, páginas de la 120 a 171.
- 18) Propuesta Metodológica Que Permite Evaluar La Percepción De La Calidad Percibida Desde Los Usuarios De Salud. Departamento de Estudio y Desarrollo, Marcela Pezoa. Chile. Diciembre 2010. Páginas 1 a 17.
- 19) Antología del curso Evaluación de los Servicios de Salud. ICAP. 2012, páginas 152 a 161.

20) Emilio Cabello 1, Jesús L. Chirinos. Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. Rev. Mes Herid. 2012; 23(2):88-95.

ANEXOS

Encuesta de Satisfacción del Usuario del Servicio de Urgencias HEBB 2014

Fecha: _____ Hora: _____

Residencia: _____

| Área de atención | |
|------------------|--|
| Consultorios | |
| Canalización | |

| Sexo | |
|-----------|--|
| Femenino | |
| Masculino | |
| Edad | |

Estimado Sr/Sra.:

Estamos muy interesados en conocer su opinión sobre la atención recibida durante su visita al Servicio de Urgencias. Le ruego que conteste unas preguntas cortas y sencillas para poder mejorar los Servicios que ofrecemos a los pacientes. **Marque una X en la casilla escogida.**

Le agradecemos sinceramente su colaboración.

Servicio de Urgencias del HEBB.

| | Si | No | No Corresponde |
|--|----|----|-------------------|
| 1- El Trato que le dio el Personal de Seguridad a su Ingreso fue amable | | | |
| 2- Se le oriento bien con respecto hacia donde se dirigía | | | |
| 3- El Trato que le dio el Personal de Enfermería a su llegada fue amable | | | |
| 4- Las Instalaciones son adecuadas | | | |
| 5- Los Servicios Sanitarios son adecuados | | | |
| 6- El personal de Enfermería mostró interés | | | |
| 7- El Personal de Enfermería estuvo a disposición para ayudarlo | | | |
| 8- El Personal Médico estuvo a disposición para ayudarlo | | | |
| 9- El Médico le brindo un buen trato | | | |
| 10- Recibió Información Suficiente de su Enfermedad | | | |
| 11- Se le explico acerca del Tratamiento que se le envió. | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 12- Considera que se le Resolvió su problema por el cual consulto. | | | |
| 13- El Médico atendió sus preguntas. | | | |
| 14- El Médico le saludó al ingresar | | | |
| 15- Mostró interés por su situación de salud | | | |
| 16- Le examinó | | | |
| 17- Se le explicó lo que tiene | | | |
| 18- Se le dijo en qué casos es necesario que vuelva a consultar | | | |
| 19- El Tiempo de Espera por su atención fue satisfactorio | | | |
| 20- Su experiencia con la atención que ha recibido por parte del Personal Médico fue satisfactoria | | | |
| 21- Su experiencia, con la atención que ha recibido por parte del Personal de Enfermería fue satisfactoria | | | |

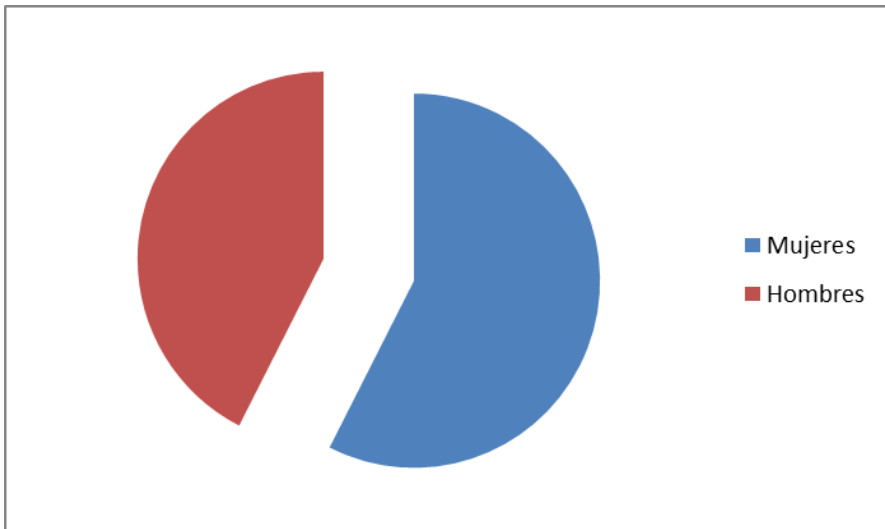
Encuestas de Validación

✚ Aplicada el 2 de junio del 2014.

✚ Total de personas encuestadas 35.

Del total de usuarios que aplicaron en el estudio piloto, 23 eran del sexo femenino y 17 del masculino.

Distribución por Sexo



| | Si | No | NC |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| Pregunta 1 | 27 | 8 | 0 |
| Pregunta 2 | 27 | 8 | 0 |
| Pregunta 3 | 32 | 3 | 0 |
| Pregunta 4 | 25 | 9 | 1 |
| Pregunta 5 | 8 | 14 | 13 |
| Pregunta 6 | 27 | 8 | 0 |
| Pregunta 7 | 33 | 2 | 0 |
| Pregunta 8 | 33 | 2 | 0 |
| Pregunta 9 | 32 | 1 | 2 |
| Pregunta 10 | 28 | 6 | 1 |
| Pregunta 11 | 23 | 8 | 4 |
| Pregunta 12 | 26 | 5 | 4 |
| Pregunta 13 | 29 | 2 | 4 |
| Pregunta 14 | 24 | 11 | 0 |
| Pregunta 15 | 31 | 4 | 0 |

| | | | |
|--------------------|----|----|---|
| Pregunta 16 | 29 | 6 | 0 |
| Pregunta 17 | 26 | 8 | 1 |
| Pregunta 18 | 16 | 18 | 1 |
| Pregunta 19 | 16 | 17 | 2 |
| Pregunta 20 | 29 | 6 | 0 |
| Pregunta 21 | 30 | 5 | 0 |

