



UNIVERSIDAD “ALAS PERUANAS” – FILIAL ICA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**“NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA DESDE LA
PERCEPCIÓN DEL USUARIO, SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL
REGIONAL DE ICA - 2016”**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA

GARAYAR SARMIENTO ZAYDA CRISTEL

ICA – PERÚ

2017

DEDICADO A:

Dios, por guiarme en el camino de la vida.

AGRADEZCO A:

A mis padres, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, por su incondicional apoyo mantenido a través del tiempo de mi formación profesional.

RESUMEN

La evaluación de la calidad de servicio desde la percepción del usuario externo, cada vez, es más común, a partir de ello, es posible obtener del usuario un conjunto de conceptos y actitudes en relación con el servicio recibido, los cuales beneficiará a la organización que brinda los servicios de salud y al usuario satisfaciendo sus necesidades y expectativas. Objetivo: Determinar el nivel de satisfacción del cuidado de enfermería desde la percepción del usuario, en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica julio del 2016. Material y métodos: 296 pacientes encuestados involucrando pacientes del ambiente de observación pediátrica, pacientes de los ambientes de observación adultos, pacientes de los ambientes de trauma shock, pacientes de los ambientes de tóxico. En un diseño de investigación, observacional, descriptiva, transversal y prospectiva. Resultados: El nivel de satisfacción del cuidado de enfermería desde la percepción del usuario, en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica julio del 2016 es satisfactorio en el 64.5% de pacientes encuestados. El nivel de satisfacción del cuidado de enfermería desde la percepción del usuario, en los ambientes de observación pediátrica del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica julio del 2016 es satisfactorio en el 75.7% de pacientes encuestados. El nivel de satisfacción del cuidado de enfermería desde la percepción del usuario, en los ambientes de observación adultos del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica julio del 2016 es satisfactorio en el 71.6%. El nivel de satisfacción del cuidado de enfermería desde la percepción del usuario, en el ambiente de trauma shock del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica julio del 2016 es satisfactorio en el 43.2%. El nivel de satisfacción del cuidado de enfermería desde la percepción del usuario, en los ambientes de tóxicos del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica julio del 2016 es satisfactorio en el 67.6%.

PALABRAS CLAVE: SATISFACCIÓN CUIDADO DE ENFERMERÍA, SERVICIO EMERGENCIA

ABSTRACT

The evaluation of the quality of service from the perception of the external user, is becoming more common, from this, it is possible to obtain from the user a set of concepts and attitudes in relation to the service received, which will benefit the organization Which provides health services and the user satisfying their needs and expectations. Objective: To determine the level of nursing care satisfaction from the user's perception, in the emergency service of the Regional Hospital of Ica, July, 2016. Material and methods: 296 patients surveyed involving patients from the pediatric observation environment, patients from the environments Of adult observation, patients from trauma shock environments, patients from topical environments. In a research design, observational, descriptive, transversal and prospective. Results: The level of nursing care satisfaction from the user's perception in the emergency service of the Ica Regional Hospital in July 2016 is satisfactory in 64.5% of patients surveyed. The satisfaction level of nursing care from the user's perception in the pediatric observation environments of the emergency service of the Ica Regional Hospital in July 2016 is satisfactory in 75.7% of patients surveyed. The level of satisfaction of nursing care from the user's perception in the adult observation environments of the emergency service of the Regional Hospital of Ica July 2016 is satisfactory in 71.6%. The level of satisfaction of nursing care from the user's perception in the trauma shock environment of the emergency service of the Regional Hospital of Ica in July 2016 is satisfactory in 43.2%. The level of satisfaction of nursing care from the user's perception in the emergency services of the Regional Hospital of Ica in July 2016 is satisfactory in 67.6%.

KEY WORDS: SATISFACTION NURSING CARE, EMERGENCY SERVICE

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	ix
INTRODUCCIÓN	x

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	11
1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL	12
1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS	13
1.4. OBJETIVOS	13
1.4.1. OBJETIVOS GENERAL	13
1.4.2. OBJETIVO ESPECÍFICO	14
1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	14

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO	
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	15
2.2. BASES TEÓRICAS	22
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	43
2.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	45
2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL	45

2.5. VARIABLES	45
2.5.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES	45
2.5.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES	46
2.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE	47
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	48
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	48
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	48
3.1.3. MÉTODO	48
3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN	48
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	49
3.3.1. POBLACIÓN	49
3.3.2. MUESTRA	49
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	50
3.4.1. TÉCNICA	50
3.4.2. INSTRUMENTO	50
3.5. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS	51
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	52
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	58
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	66
-MATRIZ DE CONSISTENCIA	67
-MODELO DE INSTRUMENTO	68

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
N° 01	NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA – HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2016.	53
N° 02	NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA DEL AMBIENTE DE OBSERVACIÓN PEDIÁTRICA, SERVICIO DE EMERGENCIA – HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2016.	54
N° 03	NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL AMBIENTE DE OBSERVACIÓN ADULTOS, SERVICIO DE EMERGENCIA – HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2016.	55
N° 04	NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL AMBIENTE DE TRAUMA – SHOCK, SERVICIO DE EMERGENCIA – HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2016.	56
N° 05	NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LOS AMBIENTES DE TÓPICOS, SERVICIO DE EMERGENCIA – HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2016.	57

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
N° 01 SATISFACCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA	53
N° 02 SATISFACCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL AMBIENTE DE OBSERVACIÓN DE PEDIATRÍA	54
N° 03 SATISFACCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE OBSERVACIÓN DE ADULTOS	55
N° 04 SATISFACCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL AMBIENTE DE TRAUMA - SHOCK	56
N° 05 SATISFACCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LOS AMBIENTES DE TÓPICOS	57

INTRODUCCIÓN

Un hospital es una organización que produce servicios de salud en el que se desarrollan procesos múltiples y complejos, sumado a la problemática que atraviesan actualmente los hospitales en el Perú y esto se refleja en temas que van desde el desabastecimiento de medicamentos, establecimientos de salud que no cuentan con tecnología o número de camas que no llegan a cubrir las necesidades, por ello, se hace necesario generar acciones para mejorar estructuras y procesos gerenciales hospitalarios.

El Ministerio de Salud (MINSA) reconoce, en sus documentos oficiales, que la calidad en la prestación de salud es una preocupación medular en la gestión del sector y hace suya la definición de calidad enunciada originalmente por Avedis Donabedian: “la calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos”.

El nivel de satisfacción es el grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación a los servicios que esta le ofrece. Está demostrado que medir la satisfacción del usuario con la calidad de los servicios puede predecir la aceptación de los pacientes para seguir los tratamientos y prescripciones o rechazar la continuidad del uso de los servicios de salud terminando en algunos casos con acusaciones de mal trato al paciente y juicios por mala práctica.

En ésta investigación se recoge información sobre el nivel de satisfacción percibida por el usuario sobre la atención de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, para ello se diseñó el estudio en capítulos así, en el I capítulo se plantea el problema y los objetivos, en el capítulo II se verifica el estado de la investigación revisando los antecedentes de la investigación, se plantea las bases teóricas, se plantea la hipótesis y variables, en el capítulo III se indica el diseño a emplear así como la población de estudio, técnicas e instrumento de la investigación y en el capítulo IV se plasma los resultados, en el capítulo V se discute los hallazgos, para finalmente indicar las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

En la actualidad más del 50% de la población a nivel nacional considera que la atención de enfermería en los servicios de emergencia es deficiente, debido a la alta demanda de usuario que llega a requerir una atención de emergencia. Por otro lado, las personas desconocen la diferencia entre urgencia y emergencia de una atención, es ahí donde se genera una situación de conflicto entre el personal de enfermería y el usuario que acude al servicio de emergencia. Hoy en día el usuario es mucho más exigente, enfrentándose al personal, mostrando en algunas oportunidades maltratos y actitudes negativas hacia el personal de salud sobre todo al enfermero, aduciendo un sin número de razones, para que la atención sea inmediata y de calidad.¹

Esta problemática mejoraría si se tomara decisiones oportunas por parte de todas las entidades involucradas, observaríamos a corto plazo servicios menos saturados, usuarios satisfechos y una atención rápida, oportuna y de calidad. Sin embargo, los servicios de emergencia y sobre todo en los hospitales de tercer nivel de atención, hoy en día, se encuentran sobrecargados, los pasadizos se han convertido en sala de observación, percibiéndose así incomodidad por falta de recurso humano, material e infraestructura inadecuada.

El usuario exige que se le presten servicios óptimos y oportunos, sin que le impliquen pérdida de tiempo y que respondan a sus necesidades, ello se traduce en insatisfacción y por consiguiente el reconocimiento de la calidad recibida en cualquier institución de servicios de salud será deficiente.

A nivel regional el mismo problema se genera en los diferentes hospitales, debido a la alta demanda que existe y saturan el servicio de emergencia, la demanda en estos servicios también fue aumentando en forma progresiva haciendo insuficientes los servicios de Emergencia.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Delimitación espacial.- El estudio se desarrolló en el Hospital Regional de Ica

Delimitación temporal.- La investigación se realizó en el mes de julio del 2016

Delimitación social.- La investigación se desarrolló en los usuarios del servicio de emergencia de este nosocomio

Delimitación conceptual.- Con esta investigación se conoce el nivel de satisfacción sobre el servicio brindado por emergencia del Hospital Regional de Ica.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es el nivel de satisfacción del cuidado de enfermería desde la percepción del usuario, en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica julio del 2016?

1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

¿Cuál es el nivel de satisfacción del cuidado de enfermería desde la percepción del usuario, en los ambientes de observación pediátrica del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica julio del 2016?

¿Cuál es el nivel de satisfacción del cuidado de enfermería desde la percepción del usuario, en los ambientes de observación adultos del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica julio del 2016?

¿Cuál es el nivel de satisfacción del cuidado de enfermería desde la percepción del usuario, en el ambiente de trauma shock del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica julio del 2016?

¿Cuál es el nivel de satisfacción del cuidado de enfermería desde la percepción del usuario, en los ambientes de tópicos del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica julio del 2016?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de satisfacción del cuidado de enfermería desde la percepción del usuario, en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica julio del 2016

1.4.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

1. Indicar el nivel de satisfacción del cuidado de enfermería desde la percepción del usuario, en los ambientes de observación pediátrica del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica julio del 2016.
2. Investigar el nivel de satisfacción del cuidado de enfermería desde la percepción del usuario, en los ambientes de observación adultos del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica julio del 2016.
3. Precisar el nivel de satisfacción del cuidado de enfermería desde la percepción del usuario, en el ambiente de trauma shock del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica julio del 2016.
4. Evaluar el nivel de satisfacción del cuidado de enfermería desde la percepción del usuario, en los ambientes de tópicos del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica julio del 2016.

1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La evaluación de la calidad de servicio desde la percepción del usuario externo cada vez es más común, a partir de ello, es posible obtener del usuario un conjunto de conceptos y actitudes en relación con el servicio recibido, los cuales beneficiará a la organización que brinda los servicios de salud y al usuario satisfaciendo sus necesidades y expectativas.

La satisfacción es la sensación que tiene el usuario de que sus necesidades han sido cubiertas. La satisfacción del usuario externo es el grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas, (lo que espera) y percepciones (lo que se le brinda) del usuario en relación a los servicios que este le ofrece.

Es por ello que un establecimiento de salud tiene que preocuparse por brindar un servicio de calidad para poder generar niveles altos de satisfacción, ya que estos a la vez nos indicaran que dichas instituciones están trabajando de una forma adecuada en todas sus instancias.

En el Hospital Regional de Ica no se tiene información completa sobre el nivel de satisfacción, brindada por el servicio de emergencia, al contar con un diagnóstico situacional de satisfacción del cuidado de enfermería percibida por el usuario externo servirá para mejorar, pues si no se mide no se sabe si, se optimizara.

Las encuestas son una forma de poder medir el nivel de satisfacción de los usuarios, por lo tanto, emplearemos una encuesta que ha sido ya utilizada en numerosos estudios y también ha sido modificada y validada para encontrar los niveles de satisfacción del usuario externo.

LIMITACIONES

Al ser este un trabajo de tipo descriptivo y que se basa en la búsqueda de información a través de una entrevista con cada una de los usuarios que se atienden en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, los resultados son válidos para este nosocomio y para dicho servicio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL

BUSTAMANTE P. (2013). Evaluación de la satisfacción del paciente con la atención recibida en un servicio de urgencias hospitalario y sus factores asociados. España. Emergencias: Objetivo: Conocer el grado de satisfacción global de los usuarios de un servicio de urgencias hospitalario (SUH) y analizar los factores que podían haber influido en la percepción de dicho grado de satisfacción. Método: Estudio de cohortes prospectivo basado en una encuesta a un grupo de pacientes menores de 65 años dados de alta desde el SUH durante marzo del 2011. Variable dependiente: "En términos de satisfacción, ¿cómo calificaría globalmente su experiencia en el servicio de urgencias?". Se registraron edad, sexo, día de la semana y nivel de triaje. La encuesta incluía la valoración del tiempo de espera; si era la primera vez que acudía al SUH; si se le había atendido con respeto y dignidad; si fue informado suficientemente; el trato del personal (administrativo, enfermería y médico); la información recibida de administrativos, enfermeros y médicos; y la limpieza, temperatura ambiente, luz y ruido del SUH. Se efectuó un análisis de regresión logística multinomial con las variables significativas. Resultados: Se encuestaron 373 pacientes: 158 (42,4%) contestaron que su experiencia había sido totalmente satisfactoria, 187 (50,1%) satisfactoria y 28 (7,5%) no satisfactoria. Después del análisis multivariante, las variables que influían en una percepción no satisfactoria

fueron la percepción de un tiempo de espera largo, un trato médico desconsiderado y la percepción de no reciben un trato respetuoso. Conclusiones: En la población estudiada, el grado de satisfacción con la atención en urgencias, que suele ser elevado, está condicionado mayormente por la percepción del tiempo de espera, el trato médico recibido y un trato respetuoso.²

PEZOA M. (2011). Gobierno de Chile. Propuesta Metodológica para medir satisfacción en usuarios de consultorios públicos agosto 2011. Sobre la relevancia de incorporar la evaluación de satisfacción de los usuarios.- La experiencia de países desarrollados revela la importancia de incorporar la evaluación de los usuarios respecto de su satisfacción y la calidad percibida en la atención sanitaria. Esta actividad ha llegado incluso a impactar la gestión sanitaria que se realiza en los centros asistenciales quienes a través de estas mediciones han mejorado la atención de salud en forma importante en post de la calidad total. En Chile las principales autoridades de salud están preocupadas por la satisfacción usuaria en consultorios y hospitales. Esto conlleva a diseñar un instrumento único validado y confiable que permita medir satisfacción y calidad percibida en la atención de salud. Sobre el instrumento propuesto- El instrumento ha sido validado en una prueba piloto que resultó sin problemas de entendimiento respecto de las preguntas o afirmaciones. Las dimensiones y atributos les resultaron familiares y la encuesta fue calificada como simple y fácil de contestar. La encuesta resulta con un coeficiente de 0.93 de Alfa de Cronbach lo que significa que este instrumento es confiable en su consistencia interna respecto de las dimensiones y preguntas que lo componen. La encuesta finalmente la componen doce preguntas que son parte de cinco dimensiones que son acceso, trato al usuario, recomendación, expectativas y satisfacción global.³

RUIZ ROMERO V. (2011). Satisfacción de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. España. Objetivos: Conocer la satisfacción de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, identificar los elementos

que la determinan y delimitar áreas de mejora y de fortaleza para mejorar la calidad. Material y métodos: Encuesta telefónica realizada entre julio y septiembre de 2008, con 44 preguntas, 2 de respuestas cerradas, 3 de respuestas sí/no y el resto con escala de Likert de 1 (lo más negativo) a 5 (lo más positivo). Se recogieron observaciones en las preguntas. Resultados: La satisfacción global fue del 84,7%; el 82% recomendaría estas Urgencias y el 59,6% las consideraron mejores que otras. Como aspectos más destacados se detectaron: el respeto (97,6%), la limpieza (97,1%) y la intimidad (94,6%); además de: la disposición del médico a escuchar (93,1%); la preparación de los profesionales (del 92,3% en administrativos al 88,6% de auxiliares de enfermería); la amabilidad (del 91,8% en médicos al 89,9% de enfermeros), y la facilidad para orientarse (90%). El 70,3% valoró positivamente la información facilitada y el 87% dijo entenderla. En cambio, los satisfechos con la información en triage sobre su estancia en el servicio fueron el 54,2% y sobre la espera probable el 22,3%. La satisfacción con la espera entre el triage y primera consulta fue mayor en los pacientes con triages 1 y 2 y menor en los de 4 ($p < 0,001$); en la espera desde la primera consulta hasta el alta, los triages 1 aparecían más satisfechos que el resto ($p = 0,021$); en cambio, en la satisfacción con la espera hasta el triage no existieron diferencias estadísticamente significativas. Conclusiones: Los porcentajes de satisfacción superaron el 80% en 23 de los 34 ítems, habiendo aspectos con más del 90% de satisfacción: respeto, limpieza, disposición a escuchar del médico, cualificación y amabilidad del personal. Por el contrario, otros ítems estuvieron por debajo del 70%: información en triage, atención al dolor, esperas triage-consulta médica y consulta-alta e identificación de los profesionales.⁴

EN EL ÁMBITO NACIONAL

NINAMANGO VICUÑA W. (2014). Percepción de la calidad de servicio de los usuarios en el consultorio externo de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en enero del 2014. Objetivo: Describir la percepción de la calidad de servicio de los usuarios en el consultorio externo de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) en enero del 2014. Diseño de

estudio: Estudio Descriptivo, Transversal y Observacional. Materiales y métodos: Se seleccionó de manera no probabilística una muestra de 230 usuarios de los consultorios externos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en enero del 2014. Se utilizó muestreo no probabilístico, empleándose la encuesta SERVQUAL modificada a 22 pares de preguntas el cual mide la satisfacción calculando la diferencia entre las respuestas para las expectativas y las percepciones. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS. Resultados: Se halló una insatisfacción global de 83.9% e insatisfacción en las dimensiones de respuesta rápida de 81,7%; las dimensiones de: confiabilidad (78.3%), Aspectos Tangibles (72.6%), empatía (69.6%) y seguridad (63.9%). Conclusiones: La insatisfacción encontrada (83,9%) es muy alta en comparación a estudios previos. Las expectativas son altas en comparación a las percepciones. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre los factores sociodemográficos y la satisfacción global ni las dimensiones.⁵

UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (2013). Satisfacción del Usuario Externo. Estudio de satisfacción del usuario externo SERVQUAL Hospital San Juan de Lurigancho. Se puede evidenciar en el consolidado de la evaluación por dimensiones de consulta externa que la Dimensión Capacidad de Respuesta es la que presenta mayor insatisfacción el cual está relacionado a la atención del módulo de admisión en pacientes asegurados, seguido de la Dimensión de Aspectos Tangibles relacionado a la falta de personal de informes que brinde orientación al paciente y familiares en el proceso de atención de la consulta externa. De acuerdo a lo observado en el consolidado de la evaluación por dimensiones de emergencia la Dimensión de Fiabilidad es la que presenta mayor insatisfacción relacionado a la insuficiente comunicación del médico hacia los pacientes y familiares, seguido de la Dimensión de Empatía demostrando insatisfacción en la atención que brinda el médico. De acuerdo a lo observado en el consolidado de la evaluación por dimensiones de hospitalización. La Dimensión Capacidad de Respuesta es la que presenta mayor insatisfacción relacionado a los trámites administrativos para su hospitalización y alta, seguido de la Dimensión empatía relacionado al trato que

brinda el personal a los usuarios. Cabe resaltar que en comparación al año 2012 la Dimensión Fiabilidad presenta un aumento significativo de satisfacción relacionado a la atención médica brindada en el servicio de hospitalización.⁶

OLIVA RAMOS P. (2013). Nivel de satisfacción del paciente adulto postoperado respecto al cuidado de enfermería en servicio de cirugía del Hospital Regional de Lambayeque. El presente estudio Nivel de Satisfacción del Paciente Adulto Postoperado Respecto al Cuidado de Enfermería en Servicio de Cirugía del Hospital Regional de Lambayeque Chiclayo 2013, tuvo como objetivo: Determinar el nivel de satisfacción en el paciente adulto postoperado respecto al cuidado de enfermería en servicio de cirugía del Hospital Regional de Lambayeque Chiclayo 2013.

El diseño metodológico fue de tipo cuantitativo descriptivo simple, se utilizó como instrumento el cuestionario tipo escala likert con 11 preguntas. La muestra considerada para el estudio de investigación estuvo conformada por 37 adultos jóvenes y 35 adultos mayores que se encuentran hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital Regional de Lambayeque en el 2013. Las conclusiones en el presente estudio fueron: El Paciente adulto postoperado está totalmente satisfecho y satisfecho, sobre el cuidado de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Lambayeque Chiclayo 2013.⁷

SHIMABUKU R. (2012). Niveles de insatisfacción del usuario externo en el Instituto Nacional de Salud del Niño de Lima, Perú. Objetivos. Determinar los cambios de los niveles de insatisfacción del usuario externo del Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima, Perú. Materiales y métodos. Estudio observacional basado en un programa para la evaluación de encuestas de usuarios en salud (SEEUS). La población estuvo conformada por todos los acompañantes del usuario externo en consulta ambulatoria, hospitalización y emergencia en los años 2008, 2009 y 2010.

Para el cálculo del tamaño muestral se empleó la proporción de usuarios insatisfechos de cada servicio del año anterior, con un nivel de confianza del 95% y un error estimado del 5%. Resultados. Se obtuvo una muestra de 2051 acompañantes, en la cual se constató una tendencia decreciente de los niveles

de insatisfacción en consulta ambulatoria, y un aumento de la insatisfacción en la dimensión capacidades médicas en hospitalización y emergencia. Se encontró además, índices de insatisfacción menores de 0,20 en las dimensiones capacidades médicas en consulta ambulatoria.

En contraste, los mayores índices de insatisfacción se encontraron en las dimensiones de higiene durante los años 2009 (0,25) y 2010 (0,25), y otros en emergencia durante el 2009 (0,25).

Conclusiones. Las dimensiones en las que hubo un incremento en el índice de insatisfacción fueron aspectos tangibles, higiene y otros en hospitalización y emergencia. Por otra parte, la dimensión capacidades médicas en consulta ambulatoria mostró una disminución de los niveles de insatisfacción durante el periodo evaluado.⁸

TORRES CONTRERAS C. (2011) Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. Objetivo: describir la relación entre la percepción de la calidad del cuidado de enfermería y las variables sociodemográficas de los pacientes. Realizar la validez facial y confiabilidad del instrumento. Metodología: estudio descriptivo con un componente metodológico que evalúa la calidad del cuidado de enfermería según la percepción de los pacientes hospitalizados a través de la aplicación del Cuestionario de calidad de cuidados de enfermería.

Resultados: se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,90; como resultado de la validez facial todos los ítems alcanzaron el criterio de aceptabilidad en cuanto a claridad, precisión y comprensión, una puntuación media de 66,14 sobre 100 para la dimensión de experiencia con el cuidado y de 72,41 para la dimensión de la satisfacción con los cuidados. Se encontró la relación entre la experiencia con los cuidados y el nivel educativo; además se halló la relación entre la satisfacción con los cuidados y las dos preguntas globales: ¿la valoración global de la atención y el cuidado de enfermería podrían ser mejorados? Conclusiones: el Cucace es una escala válida y confiable para la evaluación de la calidad del cuidado de enfermería.

Los pacientes de la Clínica Chicamocha tienen en general una percepción positiva en cuanto al cuidado de enfermería recibido. Existe relación entre la percepción del cuidado de enfermería y el nivel educativo de los pacientes.⁹

EN EL ÁMBITO LOCAL

GUZMÁN VÁSQUEZ E. 2016. Calidad de la atención inicial del profesional de enfermería en pacientes poli traumatizados en el hospital regional de Ica 2016. Objetivo: Determinar la calidad de la atención inicial del profesional de enfermería en los pacientes politraumatizados en el Hospital Regional de Ica – 2016. Material y Métodos: Estudio descriptivo, transversal, prospectiva, y no experimental de Nivel descriptivo. Sobre 160 pacientes politraumatizados atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ica en abril del 2016. Conclusiones: La atención oportuna del paciente politraumatizado en la atención inicial tiene una aprobación de 63.8%. La capacidad y habilidad en la atención del paciente politraumatizado en su etapa inicial tiene una aprobación de 64.5%. La calidez en la atención del paciente politraumatizado en su etapa inicial tiene una aprobación de 76.0%. La calidad en la atención inicial del paciente politraumatizado tiene una aprobación de 68.1%.¹⁰

TITO LÓPEZ A. 2014. Calidad de atención del paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del hospital regional de Ica, 2014. Objetivo principal medir el grado de satisfacción de los pacientes hospitalizados en el Hospital Regional de Ica noviembre 2014, para lo cual se entrevistó a 92 paciente hospitalizados el servicio de emergencia área de hospitalización de adultos, sobre un diseño de estudio descriptivo, trasversal, no experimental y prospectivo. Encontrando lo siguiente: El 29.3% de los pacientes percibieron bajo nivel de efectividad en el tratamiento recibido. 35.9% de los pacientes percibieron como bajo el trato humanizado. 12% de paciente percibieron como bajo el profesionalismo del personal de enfermería. 29.3% de los pacientes catalogaron como bajo o inoportuno el tiempo de atención a sus necesidades. 48.9% de los pacientes percibieron que el trato no fue personalizado. 31.1% de pacientes mostró insatisfacción de la atención brindada en el servicio de emergencia.¹¹

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1.- ASPECTOS TEÓRICOS CONCEPTUALES

HISTORIA DE LA CALIDAD EN LOS HOSPITALES: La calidad en salud nace y desarrolla en forma conjunta con el desarrollo industrial y tecnológico, pero tenemos que tener presente que este desarrollo ha sido en forma lenta y paulatina. Es por esta razón que comenzaremos a entender este tema, teniendo en cuenta los conceptos básicos de lo que es la calidad total, su evolución y su historia.

En un principio la calidad estaba regulada por la propia conciencia y por el código deontológico de la profesión Florence Nightingale, posterior a la guerra de Crimea, introdujo dos hechos fundamentales, por un lado, apoyó la formación de la enfermera y por otro, realizó estudio de tasas de mortalidad de los hospitales militares logrando mediante el control del ambiente, disminuir la mortalidad de un 40 % a un 4 %.

Flexner, evaluó a los colegios de enseñanza médica de Canadá y Estados Unidos, descubriendo la ausencia generalizada de normas relativas a la educación médica y recomendó el establecimiento de normas educativas en todo el continente americano. Codman desarrolla un método que permite clasificar y medir “los resultados finales” de la asistencia hospitalaria.

En Canadá se crea el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales y en Estados Unidos la Joint Comisión on Accreditation of Hospitals (JCAH). Estos organismos permiten la generalización de las normas de acreditación en los hospitales y la aparición de las primeras definiciones de parámetros de calidad.

En 1961 Donabedian publica su primer artículo sobre la calidad de la atención médica, conceptos que continúa desarrollando posteriormente y que constituirán una de las bases del desarrollo del control de calidad en la asistencia sanitaria. Este control se ejerce con tres pilares básicos que son: Análisis de la estructura, análisis del proceso y análisis de los resultados.

Alrededor de los años sesenta nacen las auditorías médicas como método de control interno de la institución, esto con el fin de verificar y mejorar aspectos concretos de la práctica asistencial. Posteriormente la JCAH los incorporó a sus programas de control de calidad y los exigió como condición de acreditación del centro.

La OMS ha manifestado mucho interés por potenciar y desarrollar la calidad en salud y ya en los años ochenta las organizaciones de la salud comenzaron a utilizar las filosofías industriales del proceso de mejoramiento continuo (PMC) y la administración total de la calidad (TQM), asimismo la acreditación en hospitales amplía su enfoque hasta promover el mejoramiento de la calidad. En el año 1991 el servicio nacional del reino unido adopta una política formal de calidad y reconoció al PMC como la manera más rentable de ponerla en práctica. El PMC y la TQM se basan en los trabajos de W. Edwards Deming, Joseph Juran, Armand Fiegenbaum y Kaoru Ishikawa.¹²

GESTIÓN HOSPITALARIA, UN MODELO EN EVOLUCIÓN

1. El antiguo modelo de gestión hospitalaria

Bajo el influjo de las ideas y conceptos del desarrollo industrial, con los aportes de Fayol y Taylor, los sistemas de salud se organizaron en niveles jerárquicos, con responsabilidades y competencias definidas para cada nivel. Este modelo reproducía por lo demás la más antigua tradición hospitalaria desde su concepción al alero de las fuerzas militares o religiosas del renacimiento.

Por otra parte, los sistemas de salud, se fueron desarrollando en base de una organización piramidal de servicios con baja complejidad y alta cobertura. Al otro extremo, en la cúspide de la pirámide asistencial del sistema de salud, se encontraba el hospital, definido como entidad de alta complejidad y baja cobertura.

A su vez, el componente hospitalario de los sistemas de salud presentaba establecimientos con diferentes niveles de complejidad, desde los hospitales básicos o generales, muchos de ellos rurales, hasta los hospitales de referencia nacional y/o institutos de especialidad (Neurología, Traumatología, Oncología, etc.) en el vértice de la pirámide de atención hospitalaria.

Resulta fácil entender que la organización interna del hospital, nuevamente, reprodujera el paradigma burocrático weberiano predominante. En la cúspide de la organización se ubicaba el Médico Director mientras que la base de la pirámide hospitalaria estaba constituida por los operadores de los servicios clínicos que se brindaba a los pacientes.¹³

El modelo burocrático de la organización hospitalaria favoreció el que las necesidades de los prestadores, fueran las fuerzas dominantes en el desarrollo de la organización hospitalaria. El prestigio médico estaba asociado a la práctica hospitalaria y a la súper especialización, y quienes ejercían su profesión en niveles ambulatorios, especialmente de atención primaria, solían ser considerados de un nivel inferior. Esta situación, quizás en grado algo menor, también se encontraba presente en otras profesiones de la salud y en estamentos no profesionales, entre quienes predomina una cierta visión social respecto a que el desempeño laboral intra hospitalario tiene mayor prestigio que el ejercicio en niveles ambulatorios.

El paso de los médicos generales a médicos de especialidades básicas, se acompañó del desarrollo de algunos hospitales especializados en atención de niños (hospitales infantiles) o atención maternal (maternidades). En estos mismos establecimientos, así como en los hospitales generales, el desarrollo de las sub-especialidades (cardiología, nefrología, hematología, etc.) generó una presión por el desarrollo de servicios o departamentos clínicos de especialidad, los que pasaron a constituirse en parte de la estructura organizacional del hospital, tanto en su componente de atención cerrada como en la atención ambulatoria en policlínicos de especialidad adosados a los hospitales.

Los servicios clínicos fueron desarrollándose, incorporando procedimientos diagnósticos y terapéuticos, lo que a su vez se fue expresando en estructuras departamentales que se agregaron a los organigramas de los hospitales. Las unidades de arritmia en los servicios de cardiología, las unidades de diálisis en los servicios de nefrología y las unidades de endoscopía en los servicios de gastroenterología, pueden mencionarse como ejemplos de esta tendencia de la organización hospitalaria a irse ajustando a las necesidades de la incorporación de tecnología y la necesidad de desarrollo de los propios prestadores.

El desarrollo y complejización del hospital asociado a la expansión y diversificación de las especialidades médicas, favoreció la constitución de diferentes categorías de profesionales y de paso fragmentó los cuidados de enfermería que se organizaron en estancos paralelos a las especialidades o servicios clínicos.

Esta particular visión y valoración social de los actores determina que el núcleo de mayor influencia en el sector salud se concentrara en los médicos como profesión y en los hospitales como ubicación.

Se conformó así un modelo de poder en torno a los médicos especialistas hospitalarios, quienes en el ejercicio de su influencia han obtenido desarrollos adicionales de sus respectivos ámbitos de influencia en el hospital. Esto a su vez, aumentó el peso de influencia de estos especialistas, los que han tenido mayor poder para volver a lograr nuevos desarrollos en función de sus intereses, los que siendo legítimos, no necesariamente concuerdan con los intereses del conjunto de la red asistencial, ni tampoco con aquellos de los destinatarios de los servicios que ofrece la red.

La mayor complejidad de la estructura hospitalaria derivada de la progresiva incorporación de nuevos servicios clínicos, se fue traduciendo en una ampliación de la base de la pirámide organizacional del hospital.

La creación de unidades dentro de los servicios, a su vez agregó nuevos niveles que burocratizaron aún más las relaciones entre quienes se encontraban en la base y en la cúspide de la pirámide hospitalaria.

En consonancia con el modelo burocrático, cada uno de estos servicios, e incluso las unidades dentro de un mismo servicio, pasaron a constituirse en unidades especializadas en determinadas tareas. Este desarrollo, sin embargo, fue originando compartimentos estancos con escasa capacidad para relacionarse con otras unidades estructurales de la organización. Se ha llegado al extremo de aceptar como normal, e incluso como algo deseable, que algunos servicios clínicos tuvieran, no sólo sus propias camas, sino que también sus propios servicios de apoyo diagnóstico. De este modo, departamentos como nefrología, hematología y endocrinología, entre otros, bajo el argumento de la especificidad de sus requerimientos, desarrollaron sus propios laboratorios.¹⁴

Las características de la cultura del equipo de salud, el requerimiento de permanente progreso de los profesionales, el reconocimiento de los pares con base en el dominio actualizado de las nuevas tecnologías, dejaron a los profesionales, particularmente los médicos, y a los establecimientos de salud,

especialmente vulnerables a la influencia de los desarrollos tecnológicos tanto en materia diagnóstica como terapéutica.

Por otro lado, una creciente industria farmacéutica y de equipamiento médico cada vez más poderosa, ha ido generando una presión capaz de inducir su propia demanda, lo que ha favorecido el desarrollo de la súper especialización con el consecuente impacto en la estructura hospitalaria.

Por otra parte, la administración hospitalaria, desde la década de los 80, tuvo un fuerte énfasis en el control de los costos de las acciones que allí se realizan. Ello determinó un cuestionamiento de la gestión médica, por lo que, tanto en Perú como en el resto del mundo, se fueron incorporando a los equipos directivos profesionales del área administrativa, buscando realizar una “gerencia” más profesional, lo que significó en muchos establecimientos un verdadero choque de culturas que paulatinamente ha ido dando paso a una integración en equipos directivos multidisciplinarios con ventajas evidentes.

El desarrollo creciente de la estructura hospitalaria que profundizó el abordaje terapéutico de los pacientes desde las distintas especialidades médicas, paradójicamente, también significó que la satisfacción de las necesidades integrales de los pacientes, más allá de lo exclusivamente técnico-terapéutico, perdiera terreno como centro de preocupación y desarrollo del hospital.

La historia de nuestros hospitales, los hizo paulatinamente depender de los requerimientos de sus profesionales y hay numerosos ejemplos cotidianos: uso de las camas, forma de estructurar la agenda médica, horarios de atención. De allí surge la pregunta de quién es el cliente del hospital: el profesional; el paciente individual; la comunidad o la red asistencial. El modelo de gestión hospitalaria en reforma responde que el cliente es la red asistencial y que la arquitectura organizacional debe girar en torno al usuario de los servicios, en un contexto de ciudadano sujeto de derechos.¹⁵

LA PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIA

Este enfoque está en directa relación con la evaluación de tecnología de salud, pues el método más comúnmente usado en dichas evaluaciones es la búsqueda sistemática de la mejor evidencia disponible.

La construcción de bases de datos de información médica y las posibilidades de acceder a ellas ha permitido poder difundir ampliamente el conocimiento científico asociado a las diferentes intervenciones de salud.

De este modo es posible compartir el saber acumulado y cotejarlo con la evidencia construida sobre la base del saber y experiencia de muchos otros.

El concepto más ampliamente difundido es el de medicina basada en evidencia. Sin embargo, ésta es sólo una de las facetas en el enfoque de aplicación de la evidencia en la atención de salud. Podría decirse que la medicina basada en evidencia corresponde a la aplicación de investigaciones sistemáticas a decisiones que involucran usuarios individuales.

Por otro lado, también es posible hablar de política basada en evidencia e incluso de atención de salud basada en evidencia, las que podrían entenderse como la aplicación de investigaciones sistemáticas a política de salud que involucran ya no usuarios individuales, sino que grupos de pacientes y poblaciones. Una consecuencia natural de este enfoque en el hospital sería el desarrollo de gestión basada en evidencia.

De igual modo que en los dos enfoques previamente analizados, es necesario tener algunas precauciones al considerar los aportes de la práctica basada en evidencia. Entre las dificultades cabe destacar que el desarrollo de revisiones rigurosas y sistemáticas puede demandar mucho tiempo, o al menos horizontes de tiempo que exceden los márgenes disponibles para los procesos de toma de decisión. Otro problema es la calidad de la información disponible, pues no siempre se encontrará evidencia de acuerdo al “estándar de oro”, es decir en la forma de ensayos clínicos aleatorios y controlados, metodología que, por otra parte, tiene problemas de validez externa o de generalización de sus resultados debido a que las muy especiales condiciones en que se realizan los estudios son muy diferentes a las condiciones reales de los sistemas y servicios de salud.

Si el gestor hospitalario está consciente de las fortalezas y debilidades de los diferentes métodos estará en mejores condiciones para obtener el mejor provecho de ellos. Esta aseveración es valedera, ya sea que el gestor use los métodos en el ámbito específico de su establecimiento o para dialogar de manera informada con niveles jerárquicos superiores (autoridades sanitarias o

aseguradores) que puedan estar usando estos enfoques para orientar el quehacer del hospital.

Equipos de trabajo y de asesoría a la dirección como el comité de farmacia o los servicios clínicos deben tener acceso a las publicaciones que recopilan la evidencia científica disponible, y fundar sus recomendaciones y/o decisiones en el análisis de dicha evidencia.¹⁶

2.2.3. CALIDAD EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

Se define calidad como “aquella que se espera maximice una medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que concurren en el proceso de atención en todas sus partes”.¹⁷

La presente formulación de los estándares de calidad se sustenta en abordar la calidad a partir de tres dimensiones, la dimensión humana, la dimensión técnica y la dimensión del entorno, en cada una de las cuales se pueden establecer atributos o requisitos de calidad que caracterizarán al servicio de salud. Los estándares así formulados expresan los niveles de calidad deseada y alcanzable por los servicios hospitalarios en tanto que los atributos de calidad expresan las cualidades de toda buena atención en salud y que debe ser percibida por los usuarios tanto externos como internos.

Para efectos del análisis y evaluación de la calidad se utiliza el enfoque sistémico que considera tres elementos, a saber: la estructura, los procesos y los resultados. La estructura se refiere a la organización de la institución y a las características de sus recursos humanos, físicos y financieros. Los procesos corresponden al contenido de la atención y a la forma como es ejecutada dicha atención, incluyen las actividades y las tareas que transforman y utilizan como insumos la estructura. Los resultados representan los productos generados por los procesos y el impacto logrado en la calidad de la atención, en términos de mejoras en la salud y el bienestar de las personas, grupos o poblaciones, minimización de los riesgos, así como la satisfacción de quienes reciben el servicio y quienes lo otorgan.

Luft y Hunt definen la calidad como “el grado con el cual los procesos de la atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los

pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo al estado de los conocimientos médicos”.

De Geyndt apunta que las distintas definiciones que se la han dado a la calidad son un reflejo de lo difícil que puede resultar arribar a un consenso debido a los valores implícitos en las distintas definiciones. Señala que el concepto de atención médica o atención sanitaria es multidimensional y que esto explica la existencia de tantas definiciones y formas para evaluarla.¹⁷

ATRIBUTOS DE LA CALIDAD

- Respeto al usuario
Consideración de la persona como sujeto de derecho, valorando su cultura y condiciones individuales.
- Información completa
Provisión de contenidos veraces, oportunos y entendibles que permitan a las personas tomar decisiones sobre su salud.
- Eficiencia
Logro de objetivos y metas haciendo uso racional de recursos.
- Eficacia
Logro de las metas y actividades verificables de acuerdo a normas, planes y procedimientos.
- Continuidad
Proceso que garantiza la atención integral, sin interrupción y en forma permanente de los usuarios hasta la solución de su problema de salud.
- Oportunidad
Disponibilidad de los servicios en el momento que el usuario lo requiera de acuerdo con las características y severidad de cada caso.
- Integralidad
Atención de la persona considerando sus esferas biopsicosociales y espirituales mediante actividades de vigilancia, promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.
- Trabajo en Equipo
Personas con visión compartida que asumen responsabilidades, compromisos, capacidades y desarrollan sus potencialidades para el logro de resultados.

- Privacidad
Respeto a la privacidad de los usuarios con ambientes que garanticen una atención personalizada y a la confidencialidad de su información médica.
- Accesibilidad
Condiciones de la organización y los servicios para facilitar el acceso de los usuarios a la atención que oferta.
- Satisfacción del usuario externo
Es la percepción favorable del usuario externo acerca de la atención recibida.
- Satisfacción del usuario interno
Es la percepción favorable del usuario interno acerca de lo que recibe de la organización.¹⁷

EFICIENCIA

Jaramillo señala que “debe considerarse la eficiencia como el máximo resultado posible de productividad que puede ser alcanzado a partir de un volumen de recursos determinado”.

Algunos definen eficiencia en su relación con dos términos de similar interpretación semántica: eficacia y efectividad.

La eficacia, en la esfera de la Salud Pública, se define como la expresión general del efecto de determinada acción cuyo objetivo fuera perfeccionar la atención médica. Debido a que la relación causa-efecto que implica esta definición puede estar confundida con diversos factores, la eficacia de un procedimiento suele evaluarse en condiciones experimentales o ideales. La eficacia de un procedimiento o tratamiento en relación con la condición del paciente, se expresa como el grado en que la atención/intervención ha demostrado lograr el resultado deseado o esperado. La efectividad es de mayor alcance y se define como la medida del impacto que dicho procedimiento tiene sobre la salud de la población; por tanto, contempla el nivel con que se proporcionan pruebas, procedimientos, tratamientos y servicios y el grado en que se coordina la atención al paciente entre médicos, instituciones y tiempo. Es un atributo que sólo puede evaluarse en la práctica real de la

Medicina. En la eficiencia se consideran los gastos y costos relacionados con la eficacia o efectividad alcanzadas. Se trata además de tres conceptos concatenados pues no se concibe eficiencia sin efectividad y ésta pierde sentido sin eficacia.

Un sistema de salud se considera eficiente cuando es capaz de brindar un producto sanitario aceptable para la sociedad con un uso mínimo de recursos. Lograr eficiencia en salud, significa también alcanzar los mejores resultados con los recursos disponibles. De modo que, cuando se persiguen determinados resultados también deben quedar claras cuáles son las formas más eficientes de alcanzarlos y qué procesos técnicos se deben abordar para llegar a ellos con eficiencia.¹⁸

Calidad y eficiencia son dos conceptos estrechamente relacionados, al punto que algunos consideran la eficiencia como parte de la calidad. Es obvio que un servicio cualquiera puede brindarse dentro de límites aceptables de calidad con más o menos eficiencia, pero también es posible que una búsqueda desmedida de eficiencia vaya en perjuicio de la calidad.

Si bien en el ámbito de la salud el servicio central es el bien humano máspreciado y parecería injusto y hasta indeseable “cambiar” calidad por eficiencia, la natural escasez de recursos debe conducirnos a una posición más realista.

Una posición que refleje la necesidad de alcanzar la mayor calidad en la prestación de servicios con el mínimo de recursos, o, quizás mejor, una posición que favorezca el uso más eficiente de los recursos disponibles dentro de límites aceptables de calidad. Por lo tanto, la búsqueda de la calidad, debe ser siempre más bien la búsqueda del mejor balance entre calidad y eficiencia.

ESTÁNDARES DE LA CALIDAD

Un estándar representa un nivel de desempeño adecuado que es deseado y factible de alcanzar. Adicionalmente, la comprobación de ese logro debe ser demostrada por la organización que dice haber obtenido el nivel deseado de desempeño, ante lo cual es necesario que se cree un sistema explícito para verificar y calificar el grado del logro alcanzado.

Prioridades hospitalarias es un referente para la definición de los estándares:

- Mortalidad materna y perinatal.
- Atención de emergencias.
- Prevención y control de enfermedades emergentes y reemergentes
- Prevención y control de enfermedades crónico-degenerativas.
- Atención a poblaciones en condiciones de pobreza y exclusión.
- Complicaciones terapéuticas (reacciones adversas a medicamentos y por transfusiones).
- Infecciones Intra-hospitalarias y otras complicaciones durante el cuidado del paciente.¹⁷

MODELOS DE CALIDAD

Modelo EFQM: Fundación Europea para la Gestión de la Calidad.

El modelo de la EFQM consiste en una herramienta para la gestión de la calidad, considerándola como la satisfacción de las necesidades y expectativas de sus clientes, de su personal, y de las demás entidades implicadas. Su objetivo es orientar la organización hacia el cliente.

El objetivo de este modelo es ayudar a las organizaciones a conocerse a sí mismas y mejorar su funcionamiento. Así pues, el modelo EFQM trata de ofrecer una descripción lo más simplificada posible de la realidad, para comprenderla, analizarla y, si procede, modificarla.

Los principales conceptos que conforman el modelo EFQM serían los siguientes:

- Orientación hacia los resultados
- Orientación al cliente
- Liderazgo y coherencia
- Gestión por procesos y hechos
- Desarrollo e implicación de las personas
- Proceso continuo de aprendizaje, innovación y mejora
- Desarrollo de alianzas
- Responsabilidad social de la organización

A través de la autoevaluación el modelo EFQM pretende una gestión más eficaz y eficiente. La identificación de los puntos fuertes y débiles aplicados a

diferentes ámbitos de la organización es el punto de partida para el proceso de mejora continua.

ISO: LA INTERNATIONAL STANDARD ORGANIZATION (ISO)

La Organización Internacional de Normalización o ISO (del griego ἴσος, «isos», que significa «igual»), nacida tras la Segunda Guerra Mundial (23 de febrero de 1947), es el organismo encargado de promover el desarrollo de normas internacionales de fabricación (tanto de productos como de servicios), comercio y comunicación para todas las ramas industriales. Su función principal es la de buscar la estandarización de normas de productos y seguridad para las empresas u organizaciones (públicas o privadas) a nivel internacional.

Es un organismo internacional especializado en crear estándares y está integrado por los institutos de estandarización de alrededor de 130 países miembros. Su oficina principal se encuentra en Ginebra, Suiza. El propósito de ISO es promover el desarrollo de la normalización y actividades relativas a facilitar el comercio internacional de bienes y servicios, así como desarrollar la cooperación intelectual, científica y económica. Los resultados del trabajo técnico de ISO son publicados como estándares internacionales.

Las Normas ISO 9000 son un conjunto de normas y directrices internacionales para la gestión de la calidad que, desde su publicación inicial en 1987, han obtenido una reputación global como base para el establecimiento de sistemas de gestión de la calidad.¹⁸

MEJORA DE LA CALIDAD

Metodologías de análisis, control y mejora de procesos.

SIX-SIGMA (6- σ).

El 6 Sigma se trata de una medida de la calidad que se esfuerza por alcanzar la perfección. Es una metodología disciplinada, basada en datos para eliminar los defectos en cualquier proceso. La representación estadística de 6 Sigma describe cuantitativamente cómo un proceso se está realizando.

Para alcanzar el estándar 6 Sigma, un proceso no debe producir más de 3.4 defectos por millón de eventos. Un defecto se define como cualquier cosa fuera

de especificaciones del cliente. Un evento es entonces la cantidad total de ocasiones para un defecto.

El objetivo fundamental de la metodología del 6 Sigma es la puesta en práctica de una estrategia basada en mediciones que se centre en la mejora de proceso con la aplicación de proyectos de la mejora de 6 Sigma. Esto se logra con el uso de dos metodologías secundarias de 6 Sigma: DMAIC y DMADV.

El proceso DMAIC (por las siglas en inglés de defina, mida, analice, mejore, controle) es un sistema de mejora para los procesos existentes que quedan por debajo de la especificación y que buscan una mejora incremental.

El proceso DMADV (por las siglas en inglés de defina, mida, analice, diseñe, verifique) es un sistema de mejora usado para desarrollar nuevos procesos o productos a nivel de calidad 6 Sigma. Puede también ser empleado si un proceso actual requiere más que una mejora incremental.¹⁹

MODELOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

El ciclo de mejora PDCA

El modelo fue desarrollado por Shewhart y perfeccionado por Deming. Deming nació el 14 de octubre de 1900, en Sioux City, Iowa. Su padre, un abogado luchador, perdió una demanda judicial en Powell, Wyoming, lo cual hizo mudar a la familia a dicha ciudad cuando Deming tenía siete años. Vivieron en una casa humilde donde el preocuparse por que sería su próxima comida era parte de su régimen diario. Estudió ingeniería en la Universidad de Wyoming.

El Doctor Deming fue el primer experto en calidad norteamericano que enseñó la calidad en forma metódica a los japoneses. Entre los mayores aportes realizados por Deming se encuentran los ya conocidos 14 puntos de Deming, así como el ciclo de Shewart conocido también como PDCA, Planifique, haga, verifique y actúe.

El Dr. Deming es posiblemente mejor conocido por sus logros en Japón, donde desde 1950 se dedicó a enseñar a ingenieros y altos ejecutivos sus conceptos y metodología de gerencia de calidad. Estas enseñanzas cambiarían radicalmente la economía japonesa.

EL MODELO BALDRIGE

El modelo Malcolm Baldrige lleva el nombre de su creador. El modelo está elaborado en torno a 11 valores que representan su fundamento e integran el conjunto de variables y criterios de Calidad:

“Calidad basada en el cliente.

“Liderazgo.

“Mejora y aprendizaje organizativo.

“Participación y desarrollo del personal.

“Rapidez en la respuesta.

“Calidad en el diseño y en la prevención.

“Visión a largo plazo del futuro.

“Gestión basada en datos y hechos.

“Desarrollo de la asociación entre los implicados.

“Responsabilidad social.

“Orientación a los resultados.^{20,21}

INDICADORES DE LA CALIDAD

Los indicadores constituyen la variable o conjunto de variables susceptibles de ser medidas, que permiten identificar y comparar el nivel o estado de un aspecto o área determinada. Sus resultados son insumos para el análisis e interpretación de los fenómenos relacionados con el quehacer de los servicios de salud. Son la base objetiva para realizar la evaluación de las actividades del sistema de prestación de salud, detectar desviaciones de lo esperado y tomar decisiones sobre el tipo de medidas dirigidas al mejoramiento continuo de la calidad en la atención.¹⁷

Sin embargo, Silva, de manera muy general, define al indicador como “una construcción teórica concebida para ser aplicada a un colectivo y producir un número por conducto del cual se procura cuantificar algún concepto o noción asociada a ese colectivo”.

En la evaluación del sistema se mide no solo la producción y los resultados, sino principalmente los procesos que se dan en cada área o servicio, a través de indicadores adecuados, que permitan a los propios responsables conocer su desempeño y detectar situaciones extremas o problemas que puedan ser resueltos oportunamente.

2.2.4. INDICADORES DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS

Proporción de usuarios externos que perciben trato adecuado por el proveedor de servicios en la prestación de salud. - El trato adecuado a los usuarios externos es un aspecto clave de la atención en los establecimientos de salud, siendo parte importante para la satisfacción de los usuarios, contribuyendo a una atención personalizada. Se considera un umbral del 80%. Técnica de recolección de datos: Encuesta de satisfacción del usuario externo.

Porcentaje de usuarios externos informados satisfactoriamente.

Dentro del área de evaluación de satisfacción al usuario es importante determinar la comprensión y aceptación de los contenidos que le son entregados por el personal de salud, lo cual se puede medir mediante encuestas, para lograr el cumplimiento del estándar e indicador. Ellos se constituirán en fuente de cambio sostenido de las actitudes del personal, quienes velarán por brindar contenidos que el usuario externo comprenda. Se considera un umbral del 80%. Técnica de recolección de datos: Encuesta de satisfacción del usuario externo.

Porcentaje de satisfacción del usuario externo. - La satisfacción del usuario externo es un eje esencial dentro del enfoque de calidad de la atención, por lo cual es indispensable conocer la percepción de los usuarios en torno a ella. Se considera un umbral del 80%. Técnica de recolección de datos: Encuesta de satisfacción del usuario externo.²²

INDICADORES DE CALIDAD DE LA ESTRUCTURA

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

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

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

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

De Geyndt establece cuatro categorías para los indicadores de estructura:

- Estructura física: comprende cimientos, edificaciones, equipo médico y no médico (fijo y movable), vehículos, mobiliario médico y de oficina, medicamentos y otros insumos farmacéuticos, almacenes y condiciones de almacenamiento y mantenimiento de los inmuebles.
- Estructura ocupacional (staff): incluye la calidad y cantidad del personal médico y no médico empleado para brindar asistencia médica: número y tipo de personal por categoría. Incluye también relaciones entre categorías de personal (Ej. enfermeras/médico) o entre personal y población (Ej. médicos/habitante), entrenamiento del personal (por tiempo y lugar) y los criterios de desempeño del personal específico.
- Estructura financiera: incluye el presupuesto disponible para operar adecuadamente los servicios, pagar a los trabajadores, financiar los requerimientos mínimos de entradas físicas y de personal y proveer incentivos con la finalidad de obtener un desempeño mejor.
- Estructura organizacional: refleja las relaciones entre autoridad y responsabilidad, los diseños de organización, aspectos de gobierno y poderes, proximidad entre responsabilidad financiera y operacional, el grado de descentralización de la capacidad de decisión y el tipo de decisiones que son delegadas.

INDICADORES DE LA CALIDAD DEL PROCESO

La gestión clínica por procesos se refiere al conjunto de actividades relacionadas con la asignación y aplicación de los recursos requeridos en la prestación de servicios de salud y la toma de decisiones a lo largo del proceso de atención al paciente. Con ello se busca Incrementar la eficiencia, seguridad y la calidad de la atención médico-quirúrgica, vinculando a los profesionales de la salud con la gestión de los recursos necesarios para la producción de servicios. La gestión clínica por procesos mejora la efectividad, reduce la variabilidad de la práctica clínica e incorpora la dimensión del costo al momento de tomar decisiones clínicas. La gestión por procesos es netamente horizontal, es decir atraviesa la organización; no se organiza por estructuras verticales como los clásicos servicios hospitalarios. Esta transversalidad consigue aproximar la organización del hospital a la visión del usuario.²³

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

También se analizan aquí variables relacionadas con el acceso de los pacientes al hospital, el grado de utilización de los servicios, la habilidad con que los médicos realizan aquellas acciones sobre los pacientes y todo aquello que los pacientes hacen en el hospital por cuidarse a sí mismos. Por otro lado, es en el proceso donde puede ganarse o perderse eficiencia de modo que, los indicadores de eficiencia en cierto sentido son indicadores de la calidad del proceso. Según expresan Gilmore y de Moraes, en la atención médica los procesos suelen tener enormes variaciones, con los indicadores lo que se trata es de identificar las fuentes de variación que pueden deberse a problemas en la calidad de la atención. Existe además una contradicción dialéctica entre los indicadores de proceso y los de resultados, algunos alegan que el proceso pierde sentido si su calidad no se refleja en los resultados mientras que otros

señalan que muchos resultados dependen de factores, como las características de los pacientes, que nada tienen que ver con la calidad del proceso.

INDICADORES DE CALIDAD BASADOS EN LOS RESULTADOS

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

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

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

El análisis de los resultados de la atención de salud ofrece oportunidades para valorar eficacia, efectividad y eficiencia de las prácticas médicas, tanto en el aspecto de la evaluación de las tecnologías como de la evaluación de los propios proveedores de servicios asistenciales.^{7,24}

Gilmore y de Moraes les atribuyen a los indicadores de resultados de la atención hospitalaria varias características entre las que se destacan las siguientes:

- No evalúan directamente la calidad de la atención, sino que simplemente permiten deducir sobre el proceso y la estructura del servicio.

- Dependen de la interacción con otros factores, como la mezcla de pacientes (case mix su nombre en inglés) y la gravedad de la enfermedad.
- Reflejan la contribución de diferentes aspectos del sistema de atención médica, pero al mismo tiempo esconden lo que anduvo bien o mal y no deberían analizarse separadamente del proceso y la estructura.
- Son mejor comprendidos por los pacientes y el público que los aspectos técnicos de estructura y proceso.

INDICADORES BASADOS EN LA OPINIÓN DE LOS PACIENTES

Si pensamos que la atención sanitaria está dirigida especialmente a mejorar la salud de las personas y de las comunidades, es natural que la opinión de los pacientes constituya uno de los indicadores principales de su calidad. En esto se basan los actuales esfuerzos hacia los llamados “sistemas orientados al cliente” o la llamada “capacidad de reacción” (en inglés “responsiveness”) a las expectativas de la población como cualidad importante de los sistemas de salud.

Donabedian señalaba: “la satisfacción del paciente es de fundamental importancia como una medida de la calidad de la atención porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del paciente que son asuntos en los que éste es la autoridad última”.

“Calidad desde la perspectiva del paciente” y “Calidad, satisfacción, desempeño”; con el primero el paciente juzga los diferentes dominios en dos dimensiones: la realidad percibida y la importancia subjetiva; el segundo modelo utiliza análisis multivariado para captar las prioridades del paciente.

Hendriks y otros evalúan la validez y confiabilidad de un instrumento llamado “Cuestionario de satisfacción de la atención hospitalaria”.

Quizás la limitación más importante que puede señalársele a las evaluaciones de este tipo es la que se deriva de que la calidad sea considerada a partir de la óptica del paciente, ya que no puede asegurarse que la calidad de la atención médica, tal como ha sido generalmente concebida se corresponda directamente con lo que percibe el paciente.

Sin embargo Waxman reporta haber encontrado una asociación positiva entre los resultados arrojados por su programa y los niveles de otros indicadores de

calidad tradicionales (tasa de mortalidad, tasa de reingresos y promedio de estadía).^{4, 13}

SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Los primeros estudios sobre satisfacción del usuario/consumidor se basan en la evaluación cognitiva valorando aspectos tales como atributos de los productos, la confirmación de las expectativas y entre la satisfacción y las emociones generadas por el servicio. Definida también en sus inicios como un estado cognitivo derivado de la adecuación o inadecuación de la recompensa recibida respecto a la inversión realizada, midiéndola también como una respuesta afectiva hacia el servicio.

Con respecto a la satisfacción como proceso, inicialmente se asume que la satisfacción era el resultado de un procesamiento cognitivo de la información. Era el resultado de una comparación realizada por el sujeto, entre sus expectativas y el rendimiento percibido. Esto indicaría que el procesamiento cognitivo de la información era el determinante más importante de la satisfacción. Por el contrario, Westbrook (1981), propuso que la satisfacción no se debía entender sólo a partir del procesamiento de la información, considerando fundamental el componente afectivo en el proceso de uso del servicio.

Entonces la satisfacción del usuario depende no sólo de la calidad de los servicios sino también de sus expectativas. El usuario está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas. Si las expectativas del usuario son bajas o si el usuario tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes.

Los usuarios en los establecimientos de salud, por lo general, aceptan la atención de salud sin quejarse y hasta expresan satisfacción por ella, cuando participan en encuestas. La satisfacción del usuario, expresada en entrevistas y encuestas, no significa necesariamente que la calidad es buena; puede significar que las expectativas son bajas. Es posible que el usuario diga que está satisfecho porque quiere complacer al entrevistador, porque teme que no se le presten servicios en el futuro, debido a las normas culturales en contra de las quejas, o porque responde positivamente a la palabra "satisfecho".

Por lo tanto, los administradores no deben suponer que los servicios prestados son adecuados únicamente porque los usuarios no se quejan. Aun los niveles bajos de insatisfacción reportada, tan bajos como el 5%, deben tomarse en cuenta seriamente.¹⁵

Cuando el usuario percibe la calidad de manera equivocada, sus expectativas pueden influir en el comportamiento de los prestadores de servicios y, de hecho, reducir la calidad de atención. Los usuarios a veces solicitan pruebas, procedimientos o tratamientos inapropiados porque creen, erróneamente, que constituyen buena calidad. En respuesta a tales exigencias, ha habido casos de médicos que han recetado medicamentos innecesarios. El orientar a los usuarios e informar al público con respecto a lo que constituye la atención apropiada suelen ser aspectos importantes en la prestación de servicios de buena calidad.

La satisfacción de los usuarios externos, que expresa un juicio de valor individual y subjetivo, es el aspecto clave en la definición y valoración de la calidad, y es el indicador más usado para evaluar la calidad de atención en los servicios de salud y su medición se expresa en los niveles de satisfacción del usuario.²⁵

ATENCION DE ENFERMERÍA

Capacidad de asistir, guardar, conservar, recelar o preocuparse por algo o alguien, es la acción encaminada a hacer algo por alguien que no puede desempeñar por sí mismo sus necesidades básicas de alimentación, higiene personal, eliminación, termorregulación, sueño, descanso, comodidad, actividad y movilidad, etc.

La atención de enfermería integra la dimensión humana y la dimensión técnica, es necesario construir un cuerpo de conocimientos a partir de una visión holística del ser humano, con la finalidad de actuar de forma eficaz y comprometida, garantizando un bienestar físico, mental y social del individuo, familia y comunidad.²⁸

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

PERCEPCIÓN: Es el conjunto de conocimientos adquiridos mediante nuestros sentidos, que nos permiten apreciar lo que está en nuestro entorno y lo que pasa en él.

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN: Es la respuesta expresada del paciente sobre la impresión obtenida a través de los sentidos acerca del cuidado que le brinda la enfermera. El cual se obtiene mediante una escala de Lickert modificada y validada.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN: Es la respuesta expresada por el paciente sobre como aprecia su entorno y las relaciones interpersonales durante la atención que reciba del profesional de salud.

ATENCIÓN DE CALIDAD DE ENFERMERÍA: es la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua e eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo a los estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y la del personal de enfermería.

USUARIO: Es un ser humano que se encuentra en una situación de desequilibrio biológico, por su enfermedad y se encuentra hospitalizado para recibir el tratamiento respectivo.

CUIDADO DE ENFERMERÍA: El cuidado constituye el elemento esencial en la relación interpersonal enfermera usuario. Por lo que resulta muy importante para satisfacer las necesidades del usuario y brindar un cuidado humanizado.

ATENCIÓN PROGRESIVA DEL PACIENTE: Herramienta de gestión mediante la cual se organizan los servicios hospitalarios, según las necesidades de atención del paciente, en forma tal que el enfermo reciba el grado de cuidados que requiera, en el momento más oportuno y en el sitio o área física del Hospital más apropiado a su estado clínico”.

CAPACIDAD RESOLUTIVA: Es la capacidad que tiene un establecimiento de salud para responder de manera integral y oportuna a una demanda de atención por un problema de salud, es decir, contar con los recursos físicos y humanos debidamente calificados, para realizar el diagnóstico y el tratamiento adecuado.

ENFOQUE DE SALUD FAMILIAR: Es la atención integral del individuo y su familia, garantizando el cuidado de su salud continuo y resolutivo a lo largo del ciclo vital, con equipos de salud responsables de familias, que se comprometen con la resolución de los problemas de salud en los distintos componentes de la red asistencial. Este enfoque se aplica en todas las acciones sanitarias del sector.

AUDITORÍA. Es un proceso del sistema de gestión de la calidad que evalúa hechos con el objeto de determinar el grado de correspondencia existente entre la condición encontrada y los criterios establecidos. Es aplicable a la evaluación de la calidad de registro de las historias clínicas y sus resultados, a la evaluación del acto y la relación médico paciente para determinar la adecuación y correspondencia con los criterios establecidos (estándares) o dirigida a evaluar cualquier aspecto relacionado con el proceso de atención de los usuarios en una organización.

AUTOEVALUACIÓN. Proceso orientado a auto diagnosticar la calidad de atención de un establecimiento de salud. Se realiza para alcanzar el estándar de calidad establecido, su práctica debe ser permanente. Facilita el emprendimiento de las acciones de mejora requerida para el cumplimiento de los objetivos de la organización y del sistema.

VIGILANCIA DE LA CALIDAD. Acciones conjuntas de los establecimientos de salud, el gobierno local y la comunidad organizada para participar activamente en el cumplimiento de los estándares de calidad de atención de los servicios de salud.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO. Percepción global de la calidad de atención percibida por el usuario externo en los servicios de salud. En el caso del usuario interno es la percepción global sobre la calidad interna del sistema de atención.

ACCIONES CORRECTIVAS. Se realizan después que se han encontrado deficiencias en los procesos de la organización.

ACCIONES DE MEJORA. Conjunto de actividades preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización para la mejora continua.

2.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

No aplica por ser estudio descriptivo

2.5. VARIABLES

Variable de estudio:

Nivel de Satisfacción del cuidado de enfermería en el servicio de emergencia

Dimensiones

- Satisfacción del cuidado de enfermería en los ambientes de observación pediátrica
- Satisfacción del cuidado de enfermería en los ambientes de observación adultos
- Satisfacción del cuidado de enfermería en el ambiente de trauma shock
- Satisfacción del cuidado de enfermería en los ambientes de tópicos del servicio de emergencia

2.5.1. Definición conceptual de la variable

Satisfacción del cuidado de enfermería en el servicio de emergencia.- Percepción global de la calidad de atención percibida por el usuario externo en los servicios de salud.

2.5.2. Definición operacional de la variable

Satisfacción del cuidado de enfermería en el servicio de emergencia.-
Variable categórica que será medida en escala ordinal según los niveles de satisfecho e insatisfecho.

2.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO	FUENTE
V. de estudio Nivel de Satisfacción del cuidado de enfermería en el servicio de emergencia	Percepción global de la calidad de atención percibida por el usuario externo en los servicios de salud.	Variable categórica que será medida en escala ordinal satisfecho insatisfecho	Satisfacción del cuidado de enfermería en el ambiente de observación pediátrica	Satisfecho Insatisfecho	Cuestionario	Usuario
			Satisfacción del cuidado de enfermería en el ambiente de observación adultos	Satisfecho Insatisfecho		
			Satisfacción del cuidado de enfermería en el ambiente de trauma shock	Satisfecho Insatisfecho		
			Satisfacción del cuidado de enfermería en los ambientes de tópicos del servicio de emergencia	Satisfecho Insatisfecho		

CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo no experimental pues no se modificaron las variables, prospectiva pues los datos fueron obtenidos a propósito de la investigación, transversal pues las variables fueron medidas en una sola vez.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptiva

3.1.3. MÉTODO

Inductivo: pues después de determinar el nivel de satisfacción, percibida por los usuarios externos por ambientes se obtendrá una información global

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se desarrolló en el Hospital Regional de Ica ubicada en Av. Prolog. Ayabaca S/N camino a Huacachina.



3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. POBLACIÓN

En el Hospital Regional de Ica servicio de emergencia se atiende en promedio durante un mes 1280 pacientes.

3.3.2. MUESTRA

$$n = \frac{N * z^2 * P * Q}{d^2 * (N - 1) + z^2 * P * Q}$$

$$d^2 * (N - 1) + z^2 * P * Q$$

$$N = 1280$$

$$p = 0.5 \text{ (Probabilidad de satisfacción).}$$

$$q = 1 - 0.5 = 0.5$$

$$Z = 1.96$$

$$d = 5\% = 0.05$$

$$n = \frac{1240 (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2 (1240 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$(0.05)^2 (1240 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)$$

→ n = 296 Tamaño de la muestra.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Usuarios externos a encuestar: ambos sexos, mayores de 18 años de edad al momento que acuden a una atención en salud por el servicio de emergencia.
- Familiar u otra persona que acompaña al usuario externo que acude a una atención en salud en el servicio de emergencia.
- Usuario externo que brinde su aprobación para encuestarle.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Acompañante de usuarios menores de 18 años y de aquellos que presenten algún tipo de discapacidad por la que no puedan expresar su opinión.
- Usuarios o familiar que no desee participar en el estudio.
- Usuarios con trastornos mentales que no estén acompañados por sus familiares.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. TÉCNICA

Se empleó la encuesta al usuario o su familiar. Previa presentación de la investigadora se indicó a la encuestada (o) el propósito de la investigación y que el cuestionario es de carácter anónimo.

3.4.2. INSTRUMENTO

Para el proceso de recolección de datos el instrumento utilizado fue el cuestionario, el cual nos permitió el recojo de la información; es importante indicar:

El cuestionario está conformado por: Presentación, instrucciones, datos generales y datos específicos en relación a los Percepción de la Satisfacción de la atención brindada por el Personal de Enfermería en el servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ica.

El cuestionario se validó a través de una prueba piloto.

3.5. PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos fueron obtenidos de los usuarios a través del cuestionario las que fueron analizadas en escala ordinal.

Una vez recolectados los datos, se organizaron, clasificaron y resumidos adecuadamente, de tal manera que posibilite un mejor análisis de la información obtenida. Para ello se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 23, en él se tabularon los datos.

Se analizaron los resultados de las variables que son objeto de estudio y su presentación se da por medio de tablas y gráficos en el programa Excel.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

TABLA N° 1
NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA DEL
SERVICIO DE EMERGENCIA – HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2016

SERVICIO	Frecuencia	Porcentaje
SATISFECHO	191	64.5%
INSATISFECHO	105	35.5%
Total	296	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Se observa 64.5% de satisfacción del cuidado recibido por parte del personal de enfermería, seguido de 35.5% de insatisfacción.

GRÁFICO N° 01

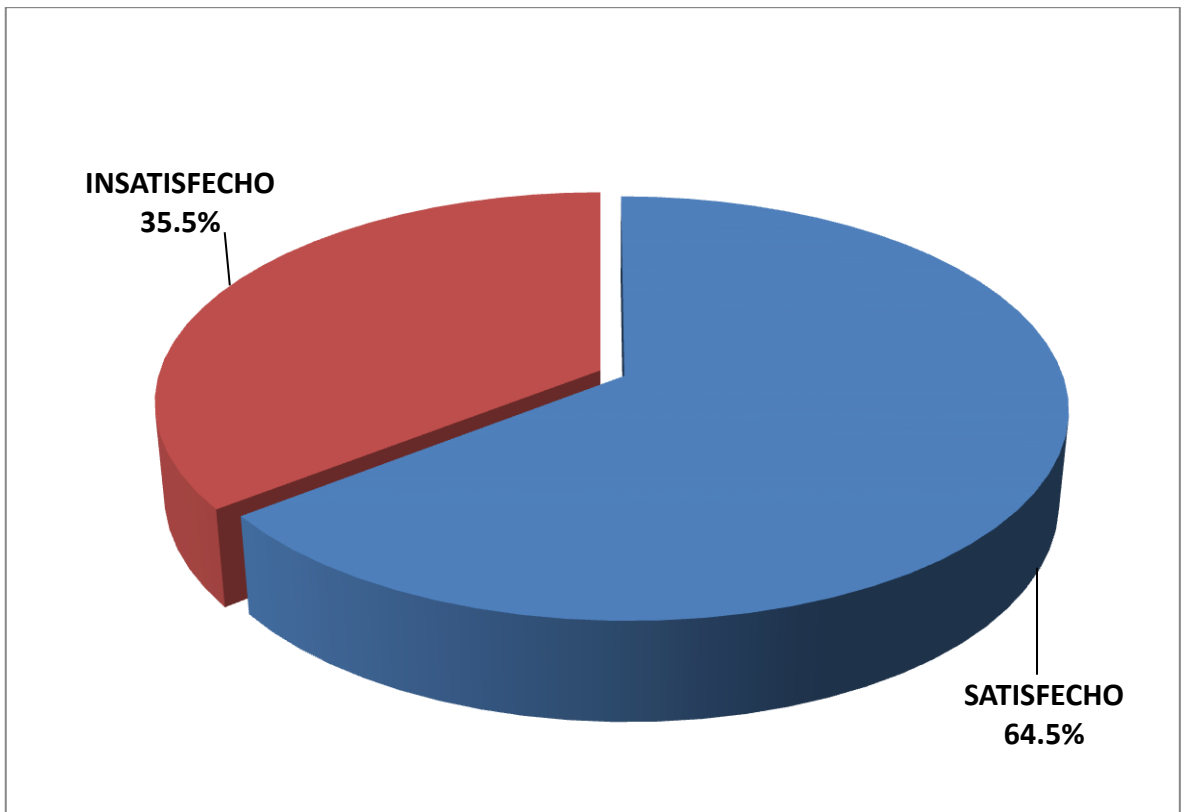


TABLA N° 02
NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA DEL
AMBIENTE DE OBSERVACIÓN PEDIÁTRICA, SERVICIO DE EMERGENCIA
– HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2016

SATISFACCIÓN	Frecuencia	Porcentaje
SATISFECHO	56	75.7%
INSATISFECHO	18	24.3%
TOTAL	74	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Se observa 75.7% de satisfacción del cuidado recibido por parte del personal de enfermería, seguido de 24.3% de insatisfacción.

GRÁFICO N° 02

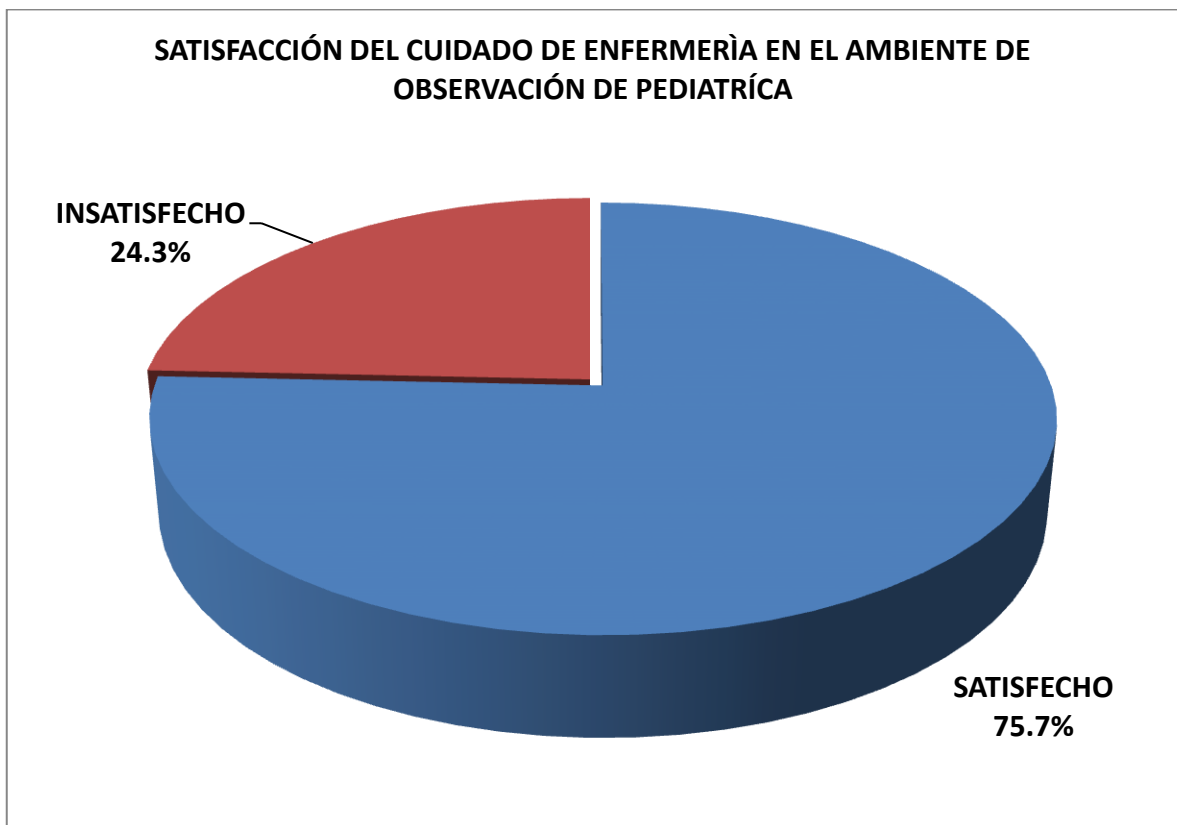


TABLA N° 03
NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL
AMBIENTE DE OBSERVACIÓN ADULTOS, SERVICIO DE EMERGENCIA –
HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2016

SATISFACCIÓN	Frecuencia	Porcentaje
SATISFECHO	53	71.6%
INSATISFECHO	21	28.4%
TOTAL	74	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Se observa 71.6% de satisfacción del cuidado recibido por parte del personal de enfermería, seguido de 28.4% de insatisfacción.

GRÁFICO N° 03

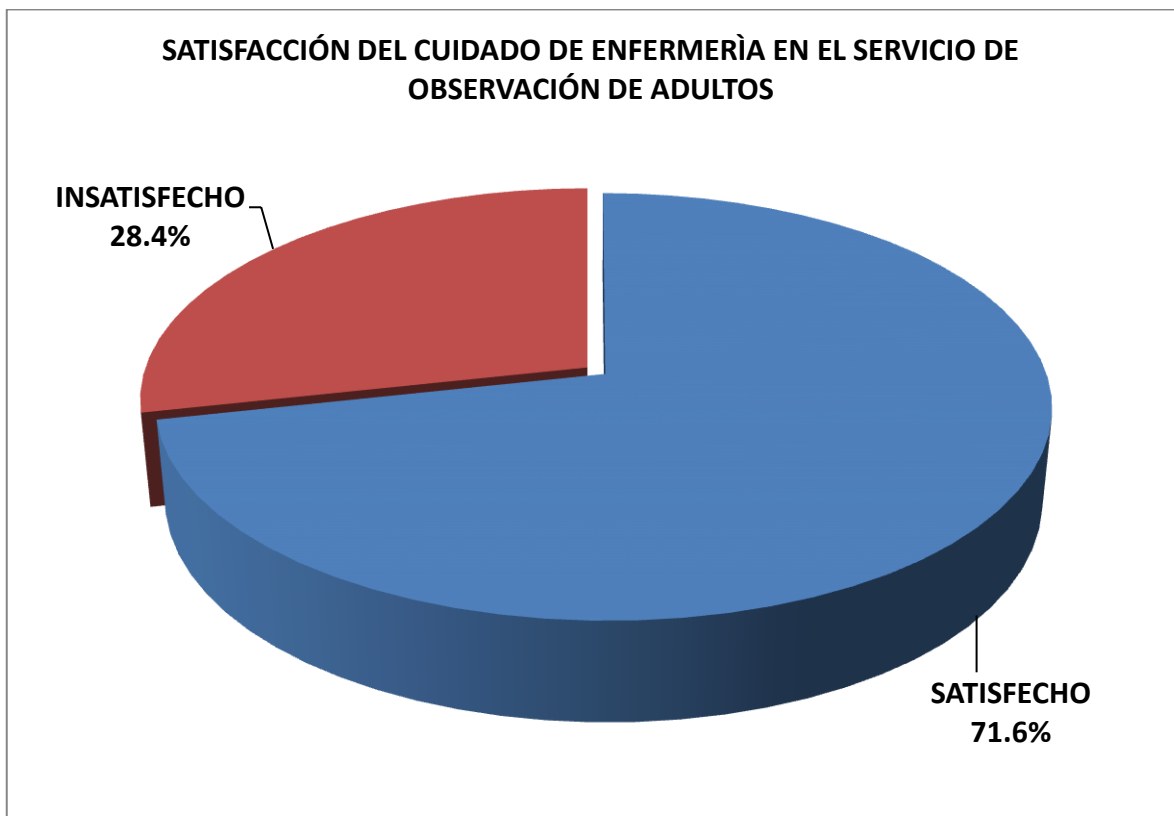


TABLA N° 04
NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL
AMBIENTE DE TRAUMA – SHOCK, SERVICIO DE EMERGENCIA –
HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2016

SATISFACCIÓN	Frecuencia	Porcentaje
SATISFECHO	32	43.2%
INSATISFECHO	42	56.8%
TOTAL	74	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Se observa 43.2% de satisfacción del cuidado recibido por parte del personal de enfermería, seguido de 56.8% de insatisfacción.

GRÁFICO N° 04

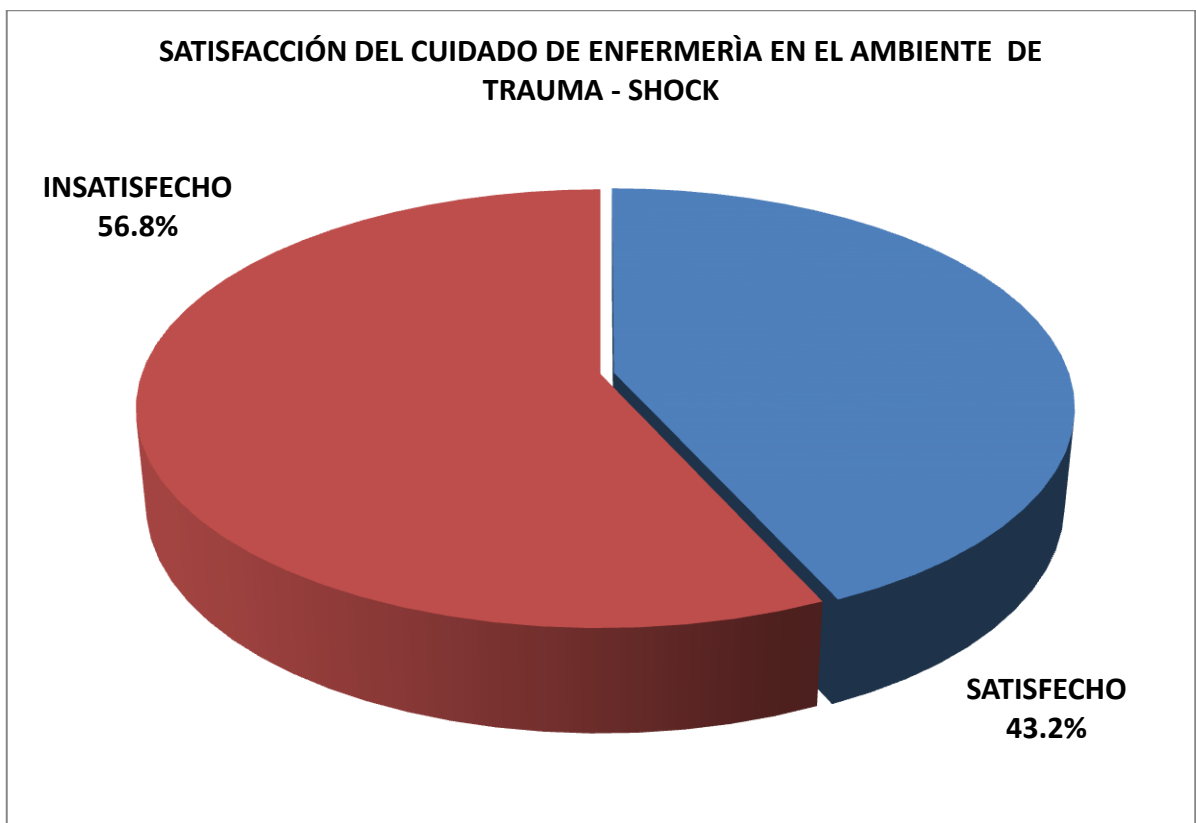


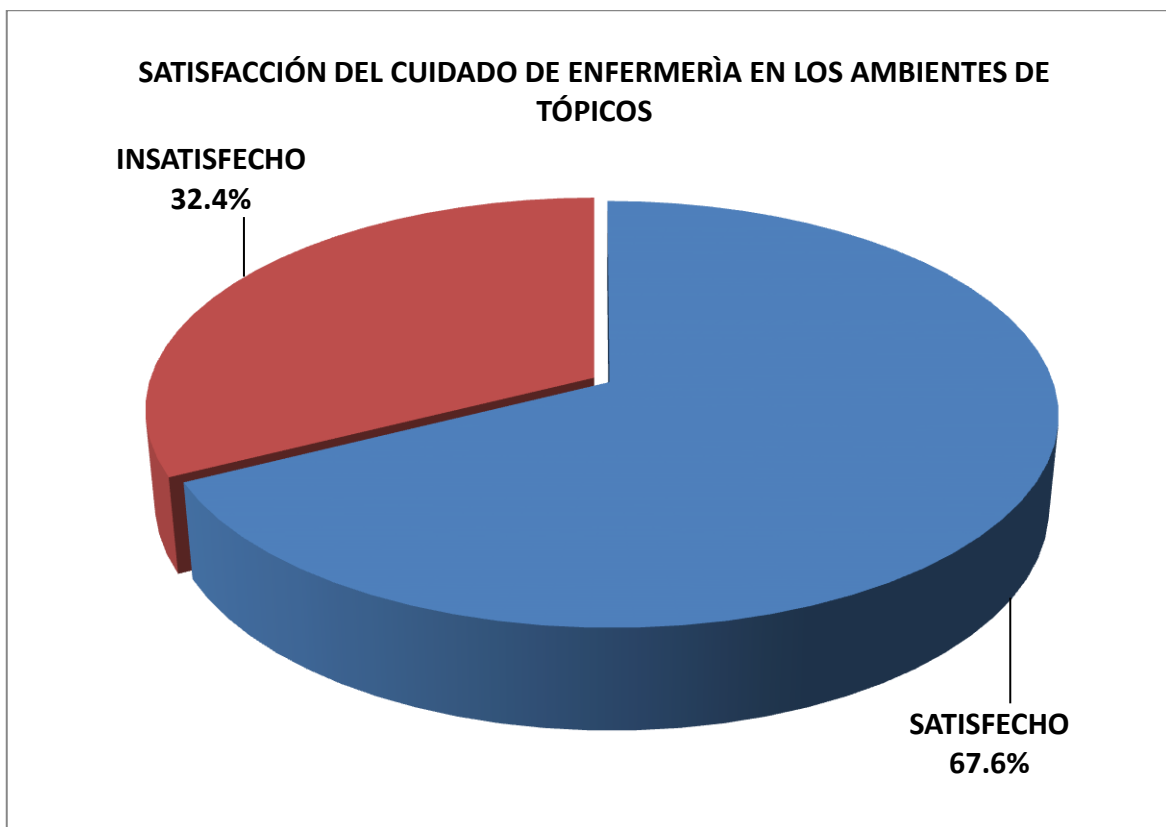
TABLA N° 05
NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LOS
AMBIENTES DE TÓPICOS, SERVICIO DE EMERGENCIA – HOSPITAL
REGIONAL DE ICA 2016

SATISFACCIÓN	Frecuencia	Porcentaje
SATISFECHO	50	67.6%
INSATISFECHO	24	32.4%
TOTAL	74	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Se observa 67.6% de satisfacción del cuidado recibido por parte del personal de enfermería, seguido de 32.4% de insatisfacción.

GRÁFICO N° 05



CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La investigación se realizó sobre una muestra de 296 pacientes o familiares de ellos, a fin de recoger información sobre el nivel de satisfacción del cuidado recibido por parte del personal de enfermería en los servicios de emergencia del Hospital Regional de Ica, el estudio se desarrolló en el mes de julio del 2016 e involucró pacientes hospitalizados en los servicios de emergencia y aquellos que solo se atendieron y recibieron atención por parte del personal de enfermería.

En la tabla N° 01 se observa que la satisfacción percibida del cuidado de enfermería en el servicio de emergencia de manera global es de satisfacción en el 64.5% de los encuestados, muy por debajo de los estándares de calidad exigidos por el Ministerio de Salud que es de 80%, lo que estaría revelando una insatisfacción del 35.5%. Resultados más favorables fueron encontrado en un Hospital Español por Bustamante P.² encuentra que 158 (42,4%) contestaron que su experiencia había sido totalmente satisfactoria, 187 (50,1%) satisfactoria y 28 (7,5%) no satisfactoria. Así mismo Ruiz Romero V. encuentra en el Hospital de Urgencias San Juan de Dios del Aljarafe España encuentra un nivel de satisfacción del 84.7%. Mientras que en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en enero del 2014 Ninamango Vicuña W.⁵ encuentra una insatisfacción del 83.9% reflejando la mala calidad en la atención prestada por los hospitales del Ministerio de Salud. Sin embargo, en el Hospital Regional de Lambayeque Oliva Ramos P.⁷ encuentra que el Paciente adulto pos operado

está totalmente satisfecho y satisfecho, sobre el cuidado de enfermería en el servicio de cirugía.

La satisfacción del cuidado recibido del personal de enfermería en el ambiente de observación pediátrica fue percibida como satisfechos en el 75.7% de pacientes, e insatisfechos en el 24.3%, como se puede apreciar existe una aceptable aprobación, la que se acercaría a los estándares propuestos por el Ministerios de Salud que es del 80%. La atención en este ambiente es con flujo de pacientes de cantidad intermedia lo que determinaría que el personal de enfermería ejerza sus funciones con tranquilidad y pueda dedicarse a cada paciente adecuadamente. Los resultados se presentan en la tabla N° 02

Mientras que en el ambiente de observación adultos la satisfacción percibida por los pacientes es de satisfecho en el 71.6% de los encuestados, lo que implica que el 28.4% de pacientes perciba una insatisfacción del cuidado recibido por parte del personal de enfermería, lo que podría deberse a que este ambiente presenta pacientes muchos de ellos en estado crítico lo que aumenta el nivel de insatisfacción que espera encontrar un paciente o familiar, así mismo el flujo de pacientes es alto lo que aumenta el trabajo del personal de enfermería no pudiendo darse tiempo para una atención detallada o adecuada de los mismos, la que se refleja en los resultados presentados en la tabla N° 03.

En el ambiente de trauma shock la satisfacción del paciente es más baja pues el 43.2% de ellos así lo indica, encontrándose por consiguiente que el 56.8% de los pacientes o familiares están insatisfechos, ello se debería a la poca comunicación que se observa en este ambiente con los familiares considerando además la ansiedad que los familiares presentan por tener a su familiar en estado crítico. Esta actividad se encuentra casi todos los días pues es un ambiente con alto flujo de pacientes que el personal de enfermería siempre se encuentra atendiendo a los pacientes y no permite explicar adecuadamente a los familiares sobre el estado del paciente y cómo afrontar dicha situación. Los resultados se presentan en la tabla N° 04.

En relación a la satisfacción de los pacientes por la atención recibida en los ambientes de tópicos del servicio de emergencia se observa en la tabla N° 05 que existe una percepción de satisfacción en el 67.6% de pacientes

encuestados, por lo que estarían insatisfechos el 32.4% de usuarios. Ello revelaría las condiciones inadecuadas que son atendidos estos pacientes en este ambiente pues muchos de ellos son atendidos en los pasillos como es el caso de los ambientes de tópico de cirugía y medicina lo que se refleja en una baja satisfacción por la atención recibida.- El flujo de atención de pacientes en los ambientes de tópicos es alto lo que no permitiría una adecuada comunicación del personal de enfermería con sus pacientes reflejándose en los resultados presentados.

CONCLUSIONES

1. El nivel de satisfacción del cuidado de enfermería desde la percepción del usuario, en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica julio del 2016 es satisfactorio en el 64.5% de pacientes encuestados.
2. El nivel de satisfacción del cuidado de enfermería desde la percepción del usuario, en los ambientes de observación pediátrica del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica julio del 2016 es satisfactorio en el 75.7% de pacientes encuestados.
3. El nivel de satisfacción del cuidado de enfermería desde la percepción del usuario, en los ambientes de observación adultos del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica julio del 2016 es satisfactorio en el 71.6%.
4. El nivel de satisfacción del cuidado de enfermería desde la percepción del usuario, en el ambiente de trauma shock del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica julio del 2016 es satisfactorio en el 43.2%.
5. El grado de satisfacción del cuidado de enfermería desde la percepción del usuario, en los ambientes de tópicos del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica julio del 2016 es satisfactorio en el 67.6%.

RECOMENDACIONES

1. Mejorar el servicios de emergencia en relación a la ampliación de los ambientes de atención y hospitalización de los pacientes, lo que implicaría aumento del personal asistencial en este servicio lo cual permitirá agilizar el tratamiento de los pacientes y su distribución en los diferentes ambientes de tal modo que su permanencia en los ambientes de tópicos y pasillos sea lo menos tiempo posible.
2. Practicar el trato humanizado sobre todo en este ambiente que atiende a pacientes pediátricos, considerando que los familiares se encuentran con un estado de ánimo alterado y con prejuicios que pueden afectar las relaciones paciente-equipo de salud. Es por ello que el trato de la enfermera hacia el paciente es de suma importancia para beneficio mutuo.
3. Implementar más áreas para el ambiente de observación adulto y triaje con personal enfermero a fin de que se pueda realizar la labor asistencial en todas sus dimensiones como es comunicación, trato cálido, rápido y oportuno.
4. Fomentar en el personal enfermero, mayor comunicación con los familiares de los pacientes, pues son familiares con un umbral de tolerancia muy bajo por lo que se requiere dedicar el tiempo necesario para informar el estado del paciente. Ello sobre todo en los ambientes de trauma shock que es un área restringida para familiares.
5. El personal de enfermería debe orientar y facilitar a los pacientes el logro de sus pedidos en forma rápida en los ambientes de tópico en sus diferentes especialidades brindando una atención amable y eficiente, conociendo las limitaciones que este servicio tiene a fin de evitar que el paciente perciba las dificultades de infraestructura y de personal que este nosocomio tiene.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Sociedad Española de Calidad Asistencial. Indicadores de calidad para hospitales del sistema nacional de salud. 2012. Disponible en:
www.calidadasistencial.es
- 2.- Bustamante P. 2013. Evaluación de la satisfacción del paciente con la atención recibida en un servicio de urgencias hospitalario y sus factores asociados. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, ISSN 1137-6821, Vol. 25, Nº. 3, 2013, págs. 171-176.
- 3.-Pezoa M. Gobierno de Chile. Propuesta Metodológica para medir satisfacción en usuarios de consultorios públicos Agosto 2011
- 4.- Ruiz Romero V. 2011. Satisfacción de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. España. *Revista de Calidad Asistencial*. Volume 26, Issue 2, March–April 2011, Pages 111–122. (4)
- 5.- Ninamango Vicuña W. Percepción de la calidad de servicio de los usuarios en el consultorio externo de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en Enero del 2014
- 6.- Unidad de Gestión de la Calidad - Satisfacción del Usuario Externo. Estudio de satisfacción del usuario externo SERVQUAL 2013 Hospital San Juan de Lurigancho.
- 7.- Oliva Ramos P. (2013). Nivel de satisfacción del paciente adulto postoperado respecto al cuidado de enfermería en servicio de cirugía del Hospital Regional de Lambayeque. *Rev. Salud & Vida Sipanense*. Vol. 1/Nº1. ISSN 2313-0369/2014
- 8.- Shimabuku R. 2012. Niveles de insatisfacción del usuario externo en el Instituto Nacional de Salud del Niño de Lima, Perú. *Rev. perú. med. exp. salud publica* v.29 n.4 Lima oct./dic. 2012.
R Shimabuku, L Huicho, D Fernández... - *Revista Peruana de ...*, 2012 - scielo.org.pe
- 9.- Torres Contreras C. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. 2011. *Rev. Avances en enfermería*. Vol XXVIII Nº 02. Diciembre 2011.

- 10.- Guzmán E. Calidad de la atención inicial del profesional de enfermería en pacientes poli traumatizados en el hospital Regional de Ica 2016.
- 11.- Tito A. Calidad de atención del paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del hospital regional de Ica, 2014.
- 12.- Chandia Vidal Y. Introducción a la Calidad en Salud. 2006. Disponible en: www.enfermeraspabellonyesterilizacion.cl/calidad/Historia.pdf
- 13.- Secretaría de Salud: Subsecretaría de Redes de Servicios Departamento de Hospitales Modelo de Gestión Hospitalaria. 2012. Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud. Tegucigalpa Honduras.
- 14.- Documento Técnico Modelo de Gestión Hospitalaria. Documento Técnico: Modelo de Gestión Hospitalaria. 2012
- 15.- Artaza O. Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios. División de gestión de red asistencial subsecretaría de redes asistenciales Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. 2005.
- 16.- Fortuny i Organs B. 2009. La gestión de la excelencia en los centros sanitarios. Edita: PFIZER ISBN: 978-84-7989-561-7. Disponible en: https://www.fundacionpfizer.org/.../pdf/Gestion_excelencia_centros_sani...
- 17.- Suñol R. La Calidad de la Atención. Àlvar Net. Presidente de la Fundación Avedis Donabedian. Disponible en: www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf
- 18.- Ponsati E. Gestión de la calidad. Universidad Técnica de Catalunya.
- 19.- Dirección general de salud de las personas dirección ejecutiva de calidad en salud Lima 2008. Sistema de gestión de la calidad en salud.
- 20.- Carro Paz R. Administración de la Calidad Total. Administración de las Operaciones. Universidad Mar de Plata. 2006.
- 21.- Camisón C. Gestión de la calidad: Conceptos, enfoques, modelos y sistemas. PEARSON EDUCACIÓN, S. A., Madrid, 2006
- 22.- Evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios de asistencia sanitaria pública de la comunidad de Madrid año 2013. Servicio Madrileño de Salud.
- 23.- Hernández Llamas H. Secretaría de Salud de México. 2006. Innovaciones en gestión hospitalaria en México. El caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad / HRAE. Disponible en:

www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7848.pdf

24.- Proyecto MSH/ULAT Honduras, Componente de Descentralización. Modelo de Gestión Hospitalaria 2012. Hospitales eficientes, gestionados por resultados con Calidad. Tegucigalpa M.D.C. Honduras C.A.

25.- Documento técnico: plan de gestión de la calidad 2012. Honadomani San Bartolomé.

26.-Cabello E. Validación y aplicabilidad de encuestas Servqual modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. Rev Med Hered. 2012; 23(2):88-95.

27.- Hospital María Auxiliadora. Encuesta de Satisfacción Aplicada en Usuarios Externos de Emergencia SERVQUAL 2014.

28.- Dirección general de salud de las personas-Dirección ejecutiva de servicios de salud-Dirección de garantía de la calidad y acreditación

<http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/07%20%20Encuesta%20Usuarios%20Externos.pdf>

ANEXOS

TÍTULO: NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA DESDE LA PERCEPCIÓN DEL USUARIO, SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2016

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>PRINCIPAL: ¿Cuál es el nivel de satisfacción del cuidado de enfermería desde la percepción del usuario, en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica julio del 2016?</p>	<p>Determinar el nivel de satisfacción del cuidado de enfermería desde la percepción del usuario, en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica julio del 2016</p>	<p>1. Indicar el nivel de satisfacción del cuidado de enfermería desde la percepción del usuario, en el ambiente de observación pediátrica del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica julio del 2016.</p> <p>2. Investigar el nivel de satisfacción del cuidado de enfermería desde la percepción del usuario, en el ambiente de observación adultos del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica julio del 2016.</p> <p>3. Precisar el nivel de satisfacción del cuidado de enfermería desde la percepción del usuario, en el ambiente de trauma shock del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica julio del 2016.</p> <p>4. Evaluar el nivel de satisfacción del cuidado de enfermería desde la percepción del usuario, en los ambientes de tópicos del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica julio del 2016.</p>	<p>No se considera por ser descriptiva</p>	<p>V. de estudio Satisfacción del cuidado de enfermería en el servicio de emergencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Satisfacción del cuidado de enfermería en los ambientes de observación pediátrica •Satisfacción del cuidado de enfermería en los ambientes de observación adultos •Satisfacción del cuidado de enfermería en el ambiente de trauma shock •Satisfacción del cuidado de enfermería en los ambientes de tópicos del servicio de emergencia 	<p>Satisfecho</p> <p>Insatisfecho</p> <p>Satisfecho</p> <p>Insatisfecho</p> <p>Satisfecho</p> <p>Insatisfecho</p> <p>Satisfecho</p> <p>Insatisfecho</p>

CUESTIONARIO

ENCUESTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA SERVICIO DE EMERGENCIA		
Estimado usuario (a), estamos interesados en conocer su opinión sobre la calidad de la atención que recibió en el establecimiento de salud. Sus respuestas son totalmente confidenciales. Agradeceremos su participación.		
<u>DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO:</u>		
1. Condición del encuestado	Usuario (a)	<input type="text" value="1"/>
	Acompañante	<input type="text" value="2"/>
2. Edad del encuestado en años	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	
3. Sexo	Masculino	<input type="text" value="1"/>
	Femenino	<input type="text" value="2"/>
4. Nivel de estudio	Analfabeto	1
	Primaria	2
	Secundaria	3
	Superior Técnico	4
	Superior Universitario	5
5. Tipo de seguro por el cual se atiende	SIS	1
	SOAT	2
	Ninguno	3
	Otro	4

LA SATISFACCIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA HA SIDO

	Mucho peor de lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba
CLAVE	1	2	3	4	5

ESCALA DE LIKERT

En el servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ica					
1. El trato personalizado que le brindo la enfermera ha sido	1	2	3	4	5
2. La información (términos claros y precisos) que las enfermeras brindan ha sido	1	2	3	4	5
3. La capacidad de la enfermera para comprender las necesidades de los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
4. La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo ha sido	1	2	3	4	5
5. La confianza (seguridad) que la enfermera transmite a los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
6. El tiempo de espera para ser atendido por la enfermera ha sido	1	2	3	4	5
7. La higiene del ambiente donde se hospitalizó ha sido	1	2	3	4	5
8. La apariencia (uniforme) del personal ha sido	1	2	3	4	5
9. El respeto a su intimidad por parte de la enfermera, mientras Ud. Permaneció en el Hospital ha sido	1	2	3	4	5
10. Al momento que van a realizarle un procedimiento la información ha sido	1	2	3	4	5
11. El respeto a sus costumbres y creencias ha sido	1	2	3	4	5
12. El material y equipo necesario para su atención ha sido	1	2	3	4	5
13. El interés que mostraron las enfermeras para solucionar cualquier problema que se presentó durante su atención ha sido	1	2	3	4	5
14. La enfermera contó con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención	1	2	3	4	5
15. La respuesta a sus preguntas y dudas ha sido	1	2	3	4	5

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

CATEGORIZACIÓN:

SATISFECHO: De 46 a 75

INSATISFECHO: De 15 a 45