



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

TEMA:

**“NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA POR LOS
USUARIOS DE PEDIATRÍA QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA
DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA.”**

*TESIS DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO
DE MÉDICO GENERAL*

AUTOR:

DANIEL JOSÉ YANANGÓMEZ SUÁREZ

DIRECTOR:

DR. EDWIN JARAMILLO

LOJA-ECUADOR

2013

CERTIFICACIÓN

Dr.

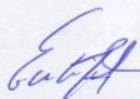
Edwin Jaramillo

DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de Tesis, previo a la obtención del Título de MÉDICA GENERAL, Titulado "NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA POR LOS USUARIOS DE PEDIATRÍA QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA." Realizado por el Egresado Daniel José Yanangómez Suárez; ha sido orientado, dirigido y revisado bajo mi dirección, por lo tanto autorizo su presentación, sustentación y defensa.

Atentamente,



Dr. Edwin Jaramillo

AUTORÍA

Yo, Daniel José Yanangómez Suárez declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autor: Daniel José Yanangómez Suárez

Firma: _____

Cédula: 1104522113

Fecha: 31 de octubre del 2013

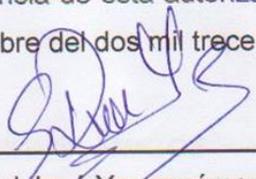
CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo **Daniel José Yanangómez Suárez** declaro ser autor de la tesis titulada: "Nivel de satisfacción de la atención recibida por los usuarios de pediatría que acuden al servicio de emergencia del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja." como requisito para optar al grado de Médico General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 31 días del mes de octubre del dos mil trece, firma el autor.

Firma  _____

Autor: Daniel José Yanangómez Suárez

Cédula: 1104522113

Dirección: José M. Riofrío y Benjamín Pereira dj_yanangomez@hotmail.es

Teléfono: ----- Celular: 0984572788

Director de Tesis: Dr. Edwin Jaramillo

Tribunal de Tesis:

Presidente: Dra. Anita Puertas

Miembro de Tribunal: Dr. Marco Ruiz

Miembro de Tribunal: Dr. Leonardo Cartuche

DEDICATORIA

A MI PADRE:

Por ser el pilar fundamental de mi preparación y superación en mi vida, quien con sus sabios consejos y paciencia me permitió seguir adelante a pesar de las adversidades de la vida además por su cariño y amor infinito y su constante preocupación por mi educación y futuro, para él toda mi CONSIDERACIÓN, RESPETO Y OBEDIENCIA.

A MIS HERMANOS

Por ser mis mejores amigos y compañeros inseparables de toda la vida por sus consejos y por su compañía incondicional que me ha servido para madurar y poder seguir adelante cada instante de la vida.

A MIS FAMILIARES Y AMIGOS

Que de una u otra forma me ayudaron y participaron para que lograra el presente éxito profesional. Gracias por sus palabras de aliento y fe en mí.

DANIEL

AGRADECIMIENTO

Dejo constancia de mi agradecimiento a Dios todo poderoso por la vida y capacidad brindada para llevar a cabo el presente proyecto, luego a mi padre Elías Yanangómez que siempre a lo largo de la vida han sido un pilar fundamental para el desarrollo de mis aspiraciones, y me han estado acompañando continuamente guiándome por el camino del bien y lo justo, mi mas sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, por formarme como ente participativo capaz de enfrentar los retos que impone la sociedad actual, desarrollando en nosotros características humanísticas y de liderazgo.

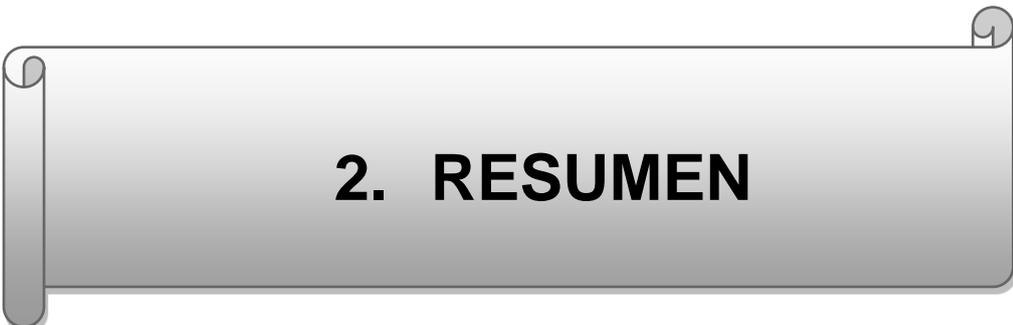
Y sobre todo agradezco a mi Director de tesis Dr. Edwin Jaramillo, por la paciencia y enseñanza brindada a través del desarrollo del presente trabajo investigativo, así también a todas las personas que de una u otra manera contribuyeron para que se lleve a cabo dicho proyecto.

EL AUTOR



1. TÍTULO

**“NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA POR LOS
USUARIOS DE PEDIATRÍA QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA
DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA.”**



2. RESUMEN

RESUMEN

El presente tema trata sobre el Nivel de satisfacción de la atención recibida por los usuarios de pediatría que acuden al servicio de emergencia del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja. Es un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, que tiene el propósito de conocer el nivel de satisfacción, así como el tiempo de espera, la confianza para regresar y recomendar este servicio y los factores que impiden la atención óptima. En este estudio realizado en el Hospital Regional Isidro Ayora participaron los padres de familia.

En base a los resultados obtenidos se encontró: que el nivel de calidad y de atención del personal es muy bueno, teniendo que esperar alrededor de 30 minutos para la misma. El principal factor que impide la atención óptima es la falta de disponibilidad de suministros, además la información sobre la enfermedad que cursan no es satisfactoria. A pesar de ello regresarían y recomendarían este servicio.

Se puede concluir que el nivel de satisfacción de los usuarios es muy bueno, sin embargo se recomienda brindar más información sobre las patologías y aumentar la cantidad y calidad de suministros

Palabras Claves: Nivel de Satisfacción, usuarios, atención, emergencia, pediatría

ABSTRACT

This topic is about the level of satisfaction of the care provided by pediatric users presenting to Emergency Regional Hospital Isidro Ayora city of Loja. It is a quantitative, descriptive and transversal , which has the purpose of knowing the nivle of satisfaction , as well as the waiting time , the confidence to return and recommend this service and the factors that prevent optical care . In this study conducted at the Regional Hospital Isidro Ayora parents participated .

Based on the results was found : that the level of quality and personal attention is very good , having to wait about 30 minutes for it. The main factor preventing optimal care is the lack of availability of supplies , and information about the disease that present is not satisfactory. Despite this return and recommend this service.

It can be concluded that the level of user satisfaction is very good , however it is recommended to provide more information on the diseases and increase the quantity and quality of supplies.

Keywords: Level of Satisfaction , users, care , emergency, pediatrics



3. INTRODUCCIÓN

3. INTRODUCCIÓN.

Satisfacer, proviene del latín, *satis*, bastante o suficiente y *facere*, hacer, significa dar contento, agradar. Satisfacción es contento, placer, gusto. Es el cumplimiento de un deseo o de una necesidad.

Estar satisfecho es estar contento, complacido, conforme. El gran desafío para toda la organización de salud es encontrar la forma de poder satisfacer las necesidades de los demás, en este caso de satisfacer la expectativa y calidad de atención en los usuarios de pediatría del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

¿Están los usuarios y familiares de pediatría del servicio de emergencia satisfechos por la calidad de atención recibida?. Lo que obtienen ¿es lo que esperaban o lo que realmente necesitan? ¿El área de emergencia cuenta con los suministros suficientes para dar una buena atención? Estas preguntas fueron las que motivaron a llevar a cabo esta investigación.

La Organización Mundial de la Salud define Calidad como:

1. Un alto nivel de excelencia profesional.
2. El uso eficiente de los recursos.
3. Mínimo riesgo para el paciente.
4. Alto grado de satisfacción por parte del paciente.
5. Resultados finales en la salud. (1)

La calidad de la atención médica es un problema complejo originado por la interacción de seis áreas, que propuestas por Galán Morera describen el contexto en el cual se presta: la atención, demanda, oferta, proceso, resultados e impacto. Desde este punto de vista, la evaluación se puede realizar al final de la cadena mencionada utilizando el nivel de satisfacción de los usuarios como indicador de impacto de la calidad de la asistencia recibida. En este sentido, el

desarrollo de las ciencias médicas y la necesidad de evaluar la calidad de los procesos asistenciales, han hecho necesario retomar el concepto de satisfacción, como indicador de excelencia en la prestación de los servicios.

La calidad de la atención en salud es un tema que adquiere cada vez más relevancia debido a la libertad con que opinan los usuarios acerca de los servicios recibidos, de los encargados de prestar servicios de salud y de las propias instituciones proveedoras de estos servicios. Esta situación está condicionada por los retos organizacionales y la creciente presión social determinada por la toma de conciencia de una sociedad más informada acerca de sus derechos. El interés en la calidad de la atención de los profesionales de la salud tiene su origen no solo en el malestarexpresado por los propios usuarios de los servicios institucionales de salud, sino también en el deseo de disminuir las desigualdades más graves del sistema de salud, que no se manifiestan exclusivamente en la cobertura, sino además en la calidad de los servicios que reciben los diferentes grupos sociales.

Por otro lado, la satisfacción del paciente es un componente destacado de la calidad de la atención médica que influye directamente en la utilización de los servicios y en el grado de cumplimiento terapéutico. Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión.

Con base en esto el Ministerio de Salud Pública del Ecuador basándose en “La ley de maternidad gratuita y atención infantil” ha venido promoviendo un proceso de ajustes en las políticas y estrategias relacionadas principalmente con la organización de los servicios de salud, con el objeto de garantizar una atención de calidad a la población con énfasis en los grupos poblacionales más desprotegidos y vulnerables, que permita aumentar la cobertura en la atención, optimizar los recursos humanos, materiales y financieros, introduciendo nuevos enfoques en los modelos de atención, promoviendo y facilitando la participación comunitaria y la educación a los distintos actores involucrados.

Es por eso que en la elaboración del presente trabajo se buscó describir la calidad de la atención y el nivel de satisfacción, contando con la opinión de los familiares de usuarios de pediatría que acuden al servicio de emergencia

Los padres y cuidadores, utilizan diferentes conceptos para urgencia. Desde el punto de vista médico, la urgencia es un problema potencialmente grave que pone en peligro la vida de los niños, sin embargo en ocasiones por este motivo existe un descontento por los familiares ya que piensan que no se los atiende inmediatamente sin motivos pero no son conscientes de que puede no ser un cuadro emergente. (2)

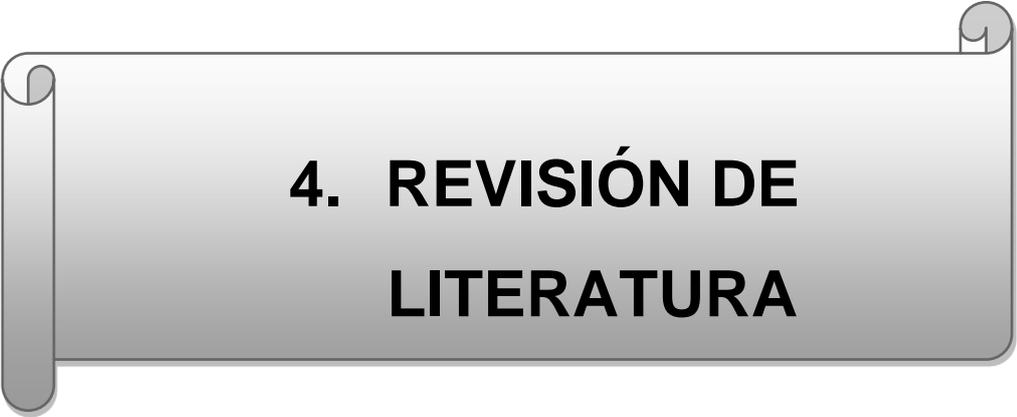
Esta investigación indaga las características de la atención que los usuarios de pediatría reciben a diario además de saber si cumple con las normas que ofrece en Ministerio de Salud Pública en los suministros, medicación, exámenes complementarios, etc., para de esta manera definir el nivel de satisfacción que expresan los usuarios, identificar si cumplen las expectativas que tenían antes de llegar al servicio y determinar el grado de satisfacción y descontento que tuvieron, el tiempo de espera, averiguar si piensan volver, o si es una institución digna de recomendar. Así mismo trata de identificar cuáles son los factores que impiden la atención óptima.

El Hospital Regional Isidro Ayora, es una institución de salud que consta con personal preparado para atender las diversas emergencias. La nueva área de emergencia tiene una amplia sala de espera, unidad de cuidados intensivos, tres coches de paro, 13 camas para observación, 10 cubículos, iluminación y pisos de cerámica. Además el área de pediatría cuenta durante la mañana con médicos Tratantes, Postgradistas, Residentes e Internos Rotativos, factor que consideramos para determinar cuál es el nivel de satisfacción del usuario. En este hospital, si bien existe la preocupación por mejorar la calidad de atención

de salud, no existe un Programa de Gestión de la Calidad que le permita mejorar los procesos críticos, entre los cuales, la Emergencia se constituye como la más solicitada por la población. La demanda diaria atendida promedio es de 200 a 250 usuarios, de los cuales aproximadamente 51 son de la sala de pediatría.

En base a los resultados obtenidos se encontró: que el nivel de calidad y de atención del personal es muy bueno, teniendo que esperar alrededor de 30 minutos para la misma. El principal factor que impide la atención óptima es la falta de disponibilidad de suministros, además la información sobre la enfermedad que cursan no es satisfactoria. A pesar de ello regresarían y recomendarían este servicio.

Se puede concluir que el nivel de satisfacción de los usuarios es muy bueno, sin embargo se recomienda brindar más información sobre las patologías y aumentar la cantidad y calidad de suministros



4. REVISIÓN DE LITERATURA

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1 MARCO INSTITUCIONAL

4.1.1 HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA

4.1.1.1 ÁREA DE EMERGENCIA

El área de emergencia del hospital regional Isidro Ayora, en la ciudad de Loja (sur andino), funciona a partir de la renovación por parte del Ministerio de Salud pública. Juan Carlos Ramón, coordinador zonal 7 de Salud, dijo que la remodelada infraestructura de emergencia terminó con el desorden, redujo el tiempo de espera y generó confianza en la población de Loja, El Oro, Zamora Chinchipe y norte de Perú, que utilizan frecuentemente este servicio. "Los problemas que antes habían, ahora son cosa del pasado", manifiestan los usuarios, los cuales creen que "Ahora, el hospital es una clínica porque nos atienden de lo mejor y el espacio es más cómodo",

La nueva área de emergencia tiene una amplia sala de espera, unidad de cuidados intensivos, tres coches de paro, 13 camas para observación, 10 cubículos, iluminación y pisos de cerámica. Esta nueva imagen, según lo explica El Director asistencial, ha permitido que la atención se incremente en un 25%. Si antes atendían a 250 pacientes a diario, desde el 6 de septiembre que funciona esta área, la cifra ascendió a 350. Los trabajos en el resto de áreas como el centro obstétrico, neonatología, cuidados intensivos, centro quirúrgico y la central de esterilización concluirán a finales de este año. (3)

4.2 CALIDAD DE ATENCION.

Históricamente la calidad de la relación médico-paciente ha sido considerada como un elemento muy influyente en el resultado de la atención sanitaria. En los últimos años hemos asistido a un cambio importante en las relaciones

médico-paciente consecuencia del enfoque de la sociedad hacia los consumidores. El efecto inmediato de ello es que el resultado de la asistencia sanitaria se mide hoy día en términos de efectividad, eficiencia, percepción por el paciente de su dolor o de su autonomía, su sensación de bienestar físico y mental y, también, por su satisfacción con el resultado alcanzado.

Aunque es indudable que el producto sanitario y la misión del clínico siguen siendo los mismos, el diseño de los procesos asistenciales ha cambiado sustancialmente cuando los clínicos han empezado a preocuparse por satisfacer no solo las necesidades de sus pacientes sino también sus expectativas. Los pacientes han pasado a ser considerados como co-productores de los cuidados de salud y, como tales, han adoptado un rol diferente, considerándose ahora necesario contar con su opinión y promover en ellos decisiones responsables sobre su salud. La opinión del paciente, como consecuencia de todos estos cambios, ha pasado a ser vista como un resultado de la asistencia sanitaria que merece la pena escuchar para incrementar la calidad de la prestación sanitaria y para mejorar los tratamientos que venimos aplicando.

El concepto de "cuidados centrados en el paciente" obedece a este nuevo planteamiento que parte precisamente de la idea de que las decisiones clínicas deben incluir la perspectiva del paciente y llama la atención sobre el papel activo en la toma de decisiones sobre su salud que los pacientes paulatinamente van adquiriendo. El "arte de la atención médica" se basa precisamente en el saber hacer del médico para superar la barrera que representa la asimetría de la información con el paciente. Por lo que la tradicional relación de agencia que se establece entre el médico y el paciente es compensada, parcialmente, cuando el clínico toma en cuenta las preferencias de sus pacientes. No en vano se ha señalado que la mejor tecnología disponible sigue siendo la comunicación médico-paciente.

Ahora bien, los cambios sociales y tecnológicos acaecidos definen un espacio de relación diferente según la organización y prestaciones de los diferentes Sistemas de Salud. El rol del paciente no es el mismo en todos los casos y su participación en el Sistema Sanitario es muy variable. De acuerdo con Wensing y Grol podríamos establecer que los canales por los que un paciente participa en la actualidad en el Sistema Sanitario, por ejemplo de nuestro país, consistirían en: colaborar activamente durante la consulta brindando al médico información fiable sobre su salud, participar en actividades de educación y promoción de la salud, co-responsabilización en la toma de decisiones sobre su salud y en el seguimiento del tratamiento, realizar un uso racional de los recursos sanitarios, aportar sus puntos de vista sobre el funcionamiento del sistema sanitario (su organización y prestaciones) y participar en la evaluación de los resultados que se alcanzan manifestando su satisfacción o insatisfacción con los mismos, tanto desde el punto de vista asistencial como desde otros puntos de vista.

Es sobre este último punto sobre el que se centra este trabajo de revisión en el que se abordará el concepto de la satisfacción del paciente desde la perspectiva de su utilidad como una medida de resultado de la actividad asistencial ("healthoutcome"). Este enfoque, menos común, resulta más relevante para el clínico y, por esta razón, se abordará la definición del concepto de satisfacción desde diferentes puntos de vista, los factores del paciente y del médico que más influyen en la satisfacción, se presentarán una serie de recomendaciones metodológicas para realizar estas medidas y algunos de los datos más significativos sobre lo que opinan los pacientes. El enfoque que se presenta se centra en los datos sobre resultados con las intervenciones médicas, dejando un tanto de lado otros datos sobre aspectos de cortesía en el trato, hostelería o restauración que, siendo importantes, no serán objeto de análisis en este caso.

4.3 LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

En la última década se ha producido un notable auge de estudios encaminados a promover en los ciudadanos que utilizan los servicios de salud, una sensación de agrado con los cuidados recibidos. A lo que se suma la evidencia empírica de que la satisfacción del paciente es un indicador de su nivel de utilización de los servicios sanitarios y de su adecuado cumplimiento con las prescripciones médicas.

En la literatura es habitual encontrar estudios sobre la satisfacción del paciente con las condiciones de hospitalización o sobre la organización de las urgencias, las consultas, etc. Toda esta información tiene como objetivo identificar posibles áreas de mejora en los centros, pensando normalmente en la comodidad de los pacientes. Menos frecuente es hallar estudios sobre la satisfacción del paciente con los resultados asistenciales alcanzados o sobre el proceso terapéutico aplicado.

Los primeros en afirmar que la satisfacción del paciente es, ante todo, "una medida del resultado de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente", fueron KoosyDonabedian. Como tal medida de resultado ("Healthoutcome") ha sido analizada desde diferentes perspectivas, observándose un paulatino cambio en su concepción.

La literatura sobre la satisfacción del paciente es hoy día extensa y ostensiblemente orientada a la práctica habiéndose descuidado, hasta hace relativamente bien poco, los aspectos conceptuales y metodológicos.

Normalmente la mayoría de las publicaciones, como se ha señalado, se centran en valoraciones de carácter general de la asistencia prestada y en la evaluación de aspectos más tangenciales de la asistencia sanitaria que,

aunque muy importantes, están habitualmente más centrados en lo que podríamos denominar "amenidades" (hostelería, restauración, trato en Admisión, etc.). Por contra los estudios sobre satisfacción del paciente con los resultados de salud alcanzados, o sobre cómo se ha desarrollado un proceso asistencial específico, son mucho menos frecuentes.

Pese a este hecho, asistimos en los últimos años a un creciente interés por medir la satisfacción del paciente, de tal modo que en los últimos 10 años el número de publicaciones aparecidas en revistas indexadas en el Medline sobre esta cuestión se ha multiplicado por 15 (figura 1). Este cambio cuantitativo se ha producido gracias a un cambio en el enfoque, de tal modo que estudios de marcado carácter clínico abordan también, entre otras medidas, la opinión del paciente con el tratamiento y el resultado alcanzados. De este modo, empieza a percibirse un cambio y cada vez es más fácil encontrar que los estudios sobre eficacia comparada de distintos tratamientos incluyan junto a las medidas de efectividad y eficiencia otras sobre la satisfacción del paciente con el resultado alcanzado.

A título de ejemplo se recogen en la tabla 2 una serie de estudios publicados este mismo año en revistas de diferentes especialidades que incluyen, entre sus diferentes medidas de resultado, la satisfacción del paciente con el tratamiento y el resultado alcanzado.

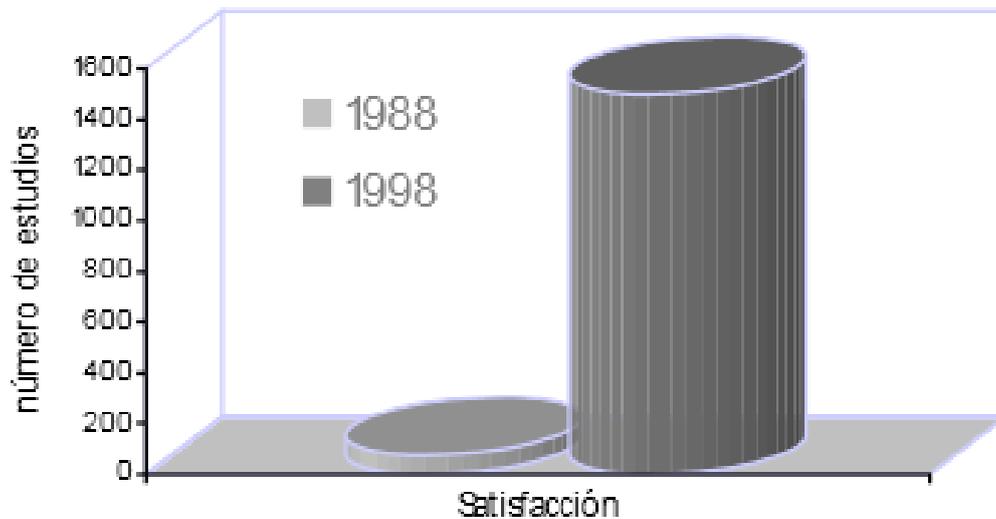


Figura 1 Evolución del número de estudios sobre la Satisfacción del paciente en la última década.

Fuente: [http://www.andes.info.ec/es/regionales/atencion-renovada-area-emergencia-hospital-publico-loja-](http://www.andes.info.ec/es/regionales/atencion-renovada-area-emergencia-hospital-publico-loja-Incrementa-25.html)

Incrementa - 25.html

4.3.1 QUÉ ENTENDEMOS POR SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

La satisfacción del paciente está considerada como un elemento deseable importante de la actuación médica y, aunque intuitivamente el concepto es entendido por todos, no siempre existe acuerdo ni en lo que significa empíricamente ni en el significado de estas evaluaciones. Inicialmente se identificó la satisfacción del paciente con la cantidad y calidad de la información que recibía del médico. Sin embargo, rápidamente se extendió la idea de que se trataba de un concepto multidimensional, proponiéndose diferentes dimensiones de la satisfacción. Por ejemplo, Hulkacitó la competencia

profesional del médico, su cualidad personal y los costos e inconvenientes de los cuidados prescritos. Ware prefirió hablar de accesibilidad/conveniencia de los cuidados; disponibilidad de los recursos; continuidad de los cuidados; eficacia/resultado de los cuidados; financiación y humanización; prestación de información al paciente; posibilidad de acceso a la información; competencia profesional; y ambiente favorecedor de los cuidados. Por su parte, Wolf consideró tres dimensiones: cognitiva (cantidad, tipo y calidad de la información que da el médico); afectiva (interés y comprensión que demuestra); y comportamental (sobre las habilidades y competencias clínicas del médico).

Para Feletti, Firman y Sanson - Fisherserían 10 las dimensiones: competencia en el dominio físico, competencia en el dominio emocional, competencia en relaciones sociales, médico como modelo, cantidad de tiempo de consulta, continuidad de cuidados percibida, mutuo entendimiento en la relación médico-paciente, percepción del paciente de su individualidad, tipo y calidad de la información, y competencia en el examen físico del paciente. Estos tres autores llegaron empíricamente a la conclusión de que las dimensiones más importantes son: comunicación (claras explicaciones, intimidad en la conversación, que se escuche con interés); actitudes profesionales (no adoptar un rol dominante); competencia técnica (los conocimientos propios de su especialidad); clima de confianza (paciente capaz de discutir con el médico problemas personales); y percepción del paciente de su individualidad (respeto mutuo).

En un clásico estudio realizado mediante meta-análisis, Hall y Dornan revisaron 221 estudios llegando a la conclusión de que la mayoría de los trabajos publicados hasta esa fecha tomaban como referencia una consulta médica (52%), se realizaban más en Atención Primaria (42%), contenían una media de 25 preguntas, habitualmente de elaboración propia (71%), y sugerían que un 81% de los encuestados se hallaban satisfechos. Las dimensiones que se

evaluaban habitualmente eran: Humanización de la asistencia (65%), Información facilitada (50%), Calidad de la atención en su conjunto (45%), Satisfacción en general (44%), Competencia técnica (43%), Procedimiento burocrático (28%), Accesibilidad o disponibilidad (27%), Costo del cuidado (18%), Facilidades de tipo físico (16%), Continuidad del cuidado (6%), Resultado del cuidado (4%), y Manejo de los problemas no médicos (3%).

Desde otra perspectiva se ha intentado conceptualizar la satisfacción intentando explicar cómo realizan este tipo de evaluaciones los pacientes. Linder-Pelz revisó las principales teorías socio-psicológicas sobre satisfacción del consumidor para concluir que se trata de "una actitud positiva individual hacia las distintas dimensiones de los servicios de salud". Esta autora recurriría a la teoría de la "desconfirmación de expectativas" como referente teórico para explicar cómo se produce la satisfacción, llegando a la conclusión de que la expectativa que el paciente posea sobre los cuidados, personal o centro que le atiende es un elemento fundamental.

Conforme a este paradigma de la "desconfirmación de expectativas" se entiende que la satisfacción es el resultado de la diferencia entre lo que el paciente esperaba que ocurriera y lo que dice haber obtenido (su percepción de la experiencia).

Según este modelo, la satisfacción aparece como resultado de la confirmación de las expectativas o de la desconfirmación positiva de las mismas, afirmándose que la satisfacción será mayor cuando la expectativa sobre los cuidados a recibir se vea superada por lo que ocurra; mientras que la insatisfacción se producirá cuando los cuidados y atenciones queden por debajo de las expectativas.

En resumen, la satisfacción es un concepto multidimensional cuyos componentes varían en función del tipo de prestación de que se trate (hospital de agudos, consulta crónicos, urgencias, etc.), más directamente relacionada con el componente afectivo de la actitud hacia el sistema sanitario o cualquiera de sus unidades (consultas o profesionales) y que conceptualmente puede explicarse merced a la desconfirmación de expectativas, donde la diferencia entre expectativas y percepciones es el elemento clave. Qué influye en la Satisfacción del paciente Tradicionalmente se ha considerado que es más probable que un paciente satisfecho cumpla con las recomendaciones médicas, busque activamente ayuda médica y se ha considerado la comunicación con el paciente como el factor decisivo para asegurar la satisfacción. Del mismo modo, se ha considerado que la insatisfacción se relaciona con el coste de la atención sanitaria, la ineficacia del tratamiento, la ausencia de información comprensible, la falta de interés del profesional sobre el caso o la petición de un número excesivo de pruebas complementarias

Combinando diferentes fuentes se ha argumentado que la decisión de un paciente de acudir a una consulta médica vendría condicionada por: la necesidad o urgencia de curarse que experimenta (mayor en procesos agudos, incapacitantes o dolorosos), la calidad profesional y humana que el paciente atribuye al médico (que podría estar basada únicamente en el comentario de otros pacientes), la presión de sus familiares para que busque ayuda médica o para que acuda a esa consulta en concreto, la percepción de control que tiene el paciente y que hace que piense que puede ir (conoce teléfono de contacto, puede pagar la consulta, etc.), el balance de costes y beneficios que intuye pueden producirse al acudir a la consulta y, finalmente, el nivel de satisfacción cuando se trata de un paciente que ya conoce a ese médico.

Las diferencias en la satisfacción se atribuyen a factores individuales en los pacientes, a sus diferentes actitudes hacia el sistema sanitario, a cómo se

organiza el sistema sanitario y se proveen las atenciones médicas y a diferencias entre los proveedores. En tal sentido, se ha sugerido que, al menos en el caso de la atención que prestan los médicos de cabecera, más del 90% de la varianza de la medida de la satisfacción estriba en factores del propio paciente y el restante 10% en factores del médico.

4.3.2 CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE

Los resultados cuando se ha intentado analizar si la edad, el nivel educativo o los ingresos económicos del paciente condicionan su nivel de satisfacción han sido contradictorios. Existe una ligera tendencia a encontrar una mayor satisfacción en pacientes de edad, y en personas de ingresos económicos medios y superiores, sin embargo resulta necesario ahondar más en estos aspectos.

En cambio, en lo que parece existir acuerdo es en que las mujeres suelen valorar en forma más positiva la atención médica que reciben, mostrándose sobre todo satisfechas con las características de entorno de los centros. La influencia de esta última variable, más centrada en las condiciones de hostelería y de restauración de los centros hospitalarios, merece una mayor atención por parte de los investigadores a fin de determinar hasta qué punto influye en la valoración final del resultado de las intervenciones médicas.

En cuanto al propio estado de salud del paciente aunque la mayoría de los resultados de las investigaciones ponen el acento en que la percepción del paciente de su estatus de salud afecta directamente a su nivel de satisfacción, hay otros estudios que no han hallado esa relación con tanta claridad. De esta forma, se ha argumentado tanto que los pacientes crónicos podrían mostrarse insatisfechos con los cuidados recibidos dada su situación clínica como,

también, que por sus particulares condiciones podrían apreciar mejor los cuidados que se le prestan. Lo que sí parece suceder es que el nivel de satisfacción que relata el paciente se debe más a su estado de salud tras el tratamiento que a la mejoría que haya logrado con el mismo, y que la satisfacción previa del paciente es un buen predictor del nivel de calidad de vida que el paciente alcanza tras el tratamiento.

Este dato es crucial ya que se ha comprobado que las decisiones del paciente de dónde acudir para recibir tratamiento médico (en aquellos casos donde cabe la posibilidad de elección) viene condicionada, fundamentalmente, por el nivel de satisfacción de otros pacientes. De este modo, se ha estimado en menos del 25% el porcentaje de pacientes que a la hora de elegir una compañía sanitaria para tener cobertura sanitaria basan su decisión en la información que sobre los resultados asistenciales logra esa compañía. Más aún, una amplia mayoría de los clientes de estas compañías aseguradoras afirman que tienen grandes dificultades para entender toda la información médica que se les brinda, sobre todo porque esta información aparece desestructurada y el paciente no logra estructurarla.

Los denominados "Reportcards" con los que algunas compañías aseguradoras intentan capacitar a sus pacientes para que adopten decisiones responsables y elijan dónde buscar ayuda médica están resultando controvertidos. Por un lado, parece que contribuyen a mejorar la asistencia sanitaria estimulando a los profesionales. Por otro, no está del todo aclarado si la información que contienen es asequible para los potenciales pacientes.

En la literatura especializada, se ha señalado, repetidas veces, que conforme aumenta la información se incrementa la dificultad de comprensión de la misma. Tanto es así, que un 12% de los consumidores de pólizas de seguros sanitarias afirman que en su decisión solo se fijaron en uno de los datos obviando el resto. En una proporción importante, este dato suele ser o el nivel

de satisfacción que relatan otros pacientes, o bien que esa compañía haya obtenido alguna certificación o acreditación de calidad por un organismo independiente. Las medidas de satisfacción del paciente que se han extendido en numerosos estudios del ámbito anglosajón responden, en parte, a este nuevo enfoque a la hora de organizar y diseñar los procesos asistenciales que venimos comentando.

4.3.3 CARACTERÍSTICAS DE LOS PROVEEDORES

La confianza que inspira el médico que atiende al paciente es un buen indicador de su grado de satisfacción. La satisfacción del paciente se ha sugerido que varía en función de ciertas condiciones de la interacción médico-paciente, como por ejemplo: duración de la consulta, proporción del tiempo de consulta en el que es el profesional quien toma la palabra, actividad del médico durante la consulta, habilidades de comunicación, variedad y número de las preguntas que formula y comentar durante la consulta aspectos de índole no clínica.

La forma de llevar a cabo la entrevista clínica aparece relacionada con la satisfacción y con un adecuado cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas. Aquellas entrevistas que permiten expresarse al paciente con libertad, en las que se transmite suficiente información y en las que los pacientes se sienten suficientemente cómodos como para preguntar al médico todas sus dudas o temores, incluso interrumpiendo al médico cuando explica algo que no entienden, se asocian a un nivel de satisfacción y cumplimiento de prescripciones más alto. En ambientes hospitalarios se han encontrado resultados similares, relacionando el grado de ayuda, comprensión y accesibilidad de los profesionales con la satisfacción. Otras características que deben considerarse son la propia satisfacción del profesional con su nivel y condiciones de trabajo y los estilos de práctica del médico.

Así, se ha relacionado, en el ámbito de la Atención Primaria fundamentalmente, el estilo de práctica del médico con el nivel de satisfacción de sus pacientes, en el sentido de que los médicos que ponen en práctica estilos de comunicación más próximos hacia el paciente, no enjuician su comportamiento, le ofrecen mayor cantidad de información y adoptan una postura menos dominante suelen ser más valorados por sus pacientes.

Conforme al modelo conceptual de Swartz y Brown para evaluar la calidad de los servicios médicos cabría analizar si los profesionales son capaces de intuir lo que sus pacientes desean obtener y su nivel de satisfacción con la asistencia recibida. Cuando se han analizado estas relaciones se ha señalado repetidas veces que pacientes y médicos no siempre coinciden en sus puntos de vista y que los médicos suelen ser más exigentes consigo mismos respecto de los resultados asistenciales a alcanzar de lo que la mayoría de los pacientes realmente esperan

4.3.4 CÓMO MEDIR LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Aunque estamos más familiarizados con las encuestas de satisfacción del paciente ésta evaluación se puede realizar de muy diferentes formas: buzón de sugerencias, o mediante el análisis de las reclamaciones; grupos focales, grupos nominales, u otras técnicas cualitativas; recurriendo a clientes "cebos" para identificar puntos conflictivos de la prestación; auditorías; o analizando las preferencias de los pacientes a la hora de elegir médico o centro sanitario.

En los últimos años se ha producido un incremento muy notable en el número de estudios que aplican técnicas de investigación cualitativa para analizar el

punto de vista de los pacientes. Así, por ejemplo, se han realizado estudios de análogos para conocer el posible comportamiento de los pacientes ante diferentes decisiones; analizado los factores que provocan insatisfacción en el paciente con la Atención Primaria de salud; las opiniones de los pacientes sobre el trato y la competencia de los médicos; se han determinado prioridades asistenciales; se ha identificado la forma de hacer compatibles los procesos asistenciales con los deseos de los pacientes; o analizado la relación entre expectativas del paciente y su satisfacción. En la tabla 3 se recogen algunos de los motivos de queja más

TABLA 1**MOTIVOS DE QUEJA DE LOS PACIENTES**

Diagnóstico y tratamiento	Problemas en el diagnóstico o en el tratamiento Resultados adversos o inesperados Competencia profesional juzgada insuficiente Demoras en Admisión o retrasos injustificados de las pruebas diagnósticas Altas prematuras Sensación de que no se progresa
Comunicación médico-paciente	Inadecuada información o ausencia de la misma Informaciones incongruentes por parte de varios profesionales No respetar la confidencialidad o intimidad del paciente
Relación médico-paciente	Falta de cortesía o trato rudo Percepción de maltrato por parte del paciente
Accesibilidad y disponibilidad	Dificultades de accesibilidad al médico Demoras o dificultades para obtener cita Cambios injustificados de cita No atender las llamadas del paciente No mantener la continuidad del cuidado

Fuente:<http://www.andes.info.ec/es/regionales/atencion-renovada-area-emergencia-hospital-publico-loja-Incrementa-25.html>

4.4 URGENCIAS

Es el servicio inicial para aquel paciente que presenta daños en susalud, por lo tanto la atención y el cuidado a las personas, debe prestar con altos estándares

de calidad y de conocimiento. El equipo de salud debe ser idóneo y capaz de enfrentarse a diferentes retos que se puedan presentar en el servicio, por tanto existe una reglamentación que ejerce control sobre los servicios de urgencias de las diferentes instituciones prestadoras de salud.

La Constitución política de Colombia en el artículo 1 de Decreto 1761 de 1990, define urgencia como la alteración de la integridad física y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiera de la protección inmediata de servicios de salud con los recursos existentes, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas.

El artículo 2 de este mismo Decreto, dice que el servicio de atención de urgencias comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una urgencia, desde el momento y lugar de ocurrencia, durante el traslado y su permanencia en las entidades del Sector Salud autorizadas para prestar estos servicios.

Con relación a la Obligatoriedad en el artículo 3 del referido Decreto se habla sobre la obligación que tienen todas las entidades o establecimientos públicos o privados que hayan sido autorizados para la prestación de servicios de urgencias, a atender los casos de urgencias conforme a lo establecido en el artículo 2 de la ley 10 de 1990 y sin exigir condiciones previas al paciente para prestar su atención. Esta obligatoriedad estará acorde al nivel de atención de la institución respectiva y existirá en la forma de contra referencia (las instituciones de menor complejidad estarán obligadas a recibir y atender los pacientes enviados desde las instituciones de mayor complejidad). De igual forma la obligatoriedad deberá estar de acuerdo con los recursos disponibles y el nivel de atención de la institución respectiva. En el artículo 13 del citado Decreto pone en vigencia la obligatoriedad a partir del 1 de julio de 1991.

Acorde a la anterior normatividad se concluye que desde el año 1990 “Es una obligación de carácter legal de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, ofrecer la atención inicial de urgencias a cualquier persona que requiera este servicio, siempre y cuando la Institución cuente con los recursos necesarios para ofrecer el servicio, estos recursos hacen referencia tanto a el equipo humano como a los recursos financieros, materiales y tecnológicos”.

En 1992 se crea el Decreto 412 el cual deroga los Decretos 660 de 1997, 1761 de 1990 y 1706 de 1991 y en el que se adoptan nuevas definiciones para el desarrollo del mismo, tales como:

4.4.1 URGENCIA:

Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.

4.4.2 ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIA:

Son todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

4.4.3 ATENCIÓN DE URGENCIAS:

Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.

4.4.4 SERVICIO DE URGENCIAS:

Es la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Salud para esa unidad.

4.5 RED DE URGENCIAS:

Es un conjunto articulado de unidades prestatarias de atención de urgencias, según niveles de atención y grados de complejidad, ubicado cada uno en un espacio poblacional concreto, con capacidad de resolución para la atención de las personas con patologías de urgencia, apoyado en normas operativas, técnicas y administrativas expedidas por el Ministerio de Salud. La Resolución 249 de 1998, aprueba lo dispuesto en los artículos 44, 48, 49, y 50 de la Constitución Política, y su desarrollo legal (el literal (a) del artículo 3 de la Ley 10 de 1990, el numeral 2 del artículo 159 de la Ley 100 de 1993), en donde se reglamenta que el Estado tiene el deber de garantizar a todos los habitantes del Territorio Nacional la atención inicial de urgencias y la atención de urgencias, entendidos en los términos del Decreto 412 de 1992, de la Resolución 5261 de 1994 expedidas por el Ministerio de Salud y por ende en consecuencia, se reitera que ninguna Institución Prestadora de Servicios de

Salud, podrá negarse a prestar la atención inicial de urgencias, incluidas las instituciones sin ánimo de lucro y que deben responsabilizarse del paciente hasta el momento en que sea dado de alta.(4)

En la actualidad esta normatividad permanece vigente. Teniendo en cuenta que el presente estudio se realizó en las Instalaciones del Servicio de Urgencias de la ESE Hospital San Vicente de Paul, se tienen en cuenta las definiciones que están preestablecidas en la Institución. En este municipio existen seis entidades de salud que prestan servicios de primer nivel de atención distribuidos de la siguiente manera; un centro hospitalario en la cabecera municipal denominado E. S .E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL el cual presta servicios de urgencias, atención de partos y hospitalización las 24 horas del día, consulta externa, servicio de odontología, laboratorio clínico y promoción y prevención. En estos servicios se atienden aproximadamente 29.244 consultas médicas, 3.673 consultas de urgencias y 9.390 consultas odontológicas anuales. El Hospital San Vicente de Paul define urgencia como “la alteración de la integridad física o mental de una persona, causada por trauma o por enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte”

Para las directivas del Servicio de Urgencias de ESE Hospital de San Vicente de Paul en la atención inicial de urgencias comprende todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencias y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle un destino inmediato tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud. (4)

4.6 GARANTIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

La satisfacción de los pacientes, es uno de los pilares en los que se basa la atención actual para calificar la prestación de los servicios de salud de las Instituciones. Este concepto viene desde hace varios años; uno de los pioneros en hablar sobre calidad en los servicios de salud fue el doctor Adevis Donabedian, quien sugirió que todos los aspectos teóricos deberían ser reunidos en la práctica para ver al paciente como un todo que necesita de las actividades del personal de salud para su recuperación integral. Se debe a Donabedian la división de la producción de servicios de salud en tres componentes: estructura, proceso y resultados. Esta división ha sido el punto de partida más aceptado en todo el mundo para clasificar los programas de control de calidad.

Donabedian (2001) define la garantía de la calidad como una actividad basada en obtener información sobre la práctica y en función de esa información, hacer un reajuste de las circunstancias y procesos de la atención de la salud. Así, confiere a los "consumidores" (refiriéndose a los pacientes) tres papeles principales:

- a. El de colaboradores para definir la calidad, evaluar la misma e informar sobre sus experiencias sanitarias;
- b. El de objetivo de la garantía de calidad, considerándolos conjuntamente con los profesionales como coproductores de la asistencia desde su lugar de sujetos autónomos que pueden dirigir su asistencia y como vehículos de control cuando sirven para regular la conducta del médico.
- c. El de reformadores de la atención médica, ya sea a través de la participación directa en la relación con el profesional, como apoyo administrativo brindando sus opiniones en forma sistemática, a través de mecanismos de mercado que implica poder elegir entre fuentes

alternativas disponiendo de información adecuada o bien con la acción política, como ciudadanos, en una postura más alejada de su condición de pacientes, siendo firmes, asertivos, incluso polémicos.

En el enfoque estructural, el punto de partida consiste en que si se tienen buenas condiciones previas es más probable que se pueda obtener un mejor resultado. La estructura hace referencia a las instalaciones y equipos, así como a los recursos humanos.

El control de calidad basado en la estructura es un método indirecto de medida de la calidad hospitalaria (Donabedian, 1966) y, en sí mismo, no garantiza el buen resultado de la asistencia, ni el proceso propiamente dicho.

Los programas más importantes de control de calidad basados en el enfoque estructural son la educación y la acreditación de las instituciones y del personal (Vuori, 1988). Vuori afirma que la calidad tiene en cada circunstancia el límite dado por los conocimientos disponibles. Es la barrera para cambiar los horizontes de la calidad.

Tanto Donabedian como Vuori identificaron una serie de propiedades o elementos que constituyen las claves para evaluar el grado de calidad alcanzada en un servicio sistema bajo control:

- Efectividad: conseguir mejoras en la salud, mejorando el impacto de la morbimortalidad sobre un grupo poblacional definido
- Eficacia: medida en que son alcanzados los resultados deseados en casos individuales.

- Eficiencia / optimidad: habilidad de bajar los costos sin disminuir las mejoras. Relación favorable entre los resultados logrados y los recursos monetarios utilizados.
- Equidad: distribución de los recursos en función de las necesidades de los grupos poblacionales.
- Aceptabilidad/legitimidad: conformidad con las expectativas de pacientes y familiares. La legitimidad es la aceptación comunitaria.
- Adecuación de los servicios: dimensión cuantitativa que relaciona recursos con las necesidades reales o potenciales de la población.
- Calidad técnico/científica: incorporación de los conocimientos y de la tecnología para lograr los mejores niveles posibles.
- Accesibilidad: todo tipo de acceso para obtener los servicios. (4)

La polémica respecto a la mayor o menor validez del enfoque estructural como instrumento de calidad es amplia. Hay quienes consideran que es el enfoque más débil. Sin embargo, admitiendo que una buena estructura no garantiza un resultado igualmente bueno, puede evitar un deterioro de la calidad que podría resultar por no aplicar unos estándares determinados.

El enfoque del proceso, tiene su fundamento en que, si el conocimiento médico del momento y la tecnología disponible se aplican en todas las fases de la atención al paciente, es más probable que sea bueno, que si se aplica de forma deficiente. El proceso tiene relación con el resultado, aunque en la asistencia sanitaria no siempre se conoce con exactitud.

El método más utilizado para el análisis del proceso ha sido el de la auditoría médica, a través de la historia clínica del paciente, lugar donde se anota todo el proceso. El principal impulsor de este método fue Lembcke (1956). La auditoría es un sistema de control de calidad retrospectivo y proporciona información para una mejora en procesos futuros. Una manera de evitar los inconvenientes

que tienen sería establecer algún método que permita corregir el proceso durante su realización. La importancia de la educación continuada, como estrategia en el enfoque del proceso, mantiene al día a los profesionales y corrige las deficiencias observadas en la calidad de la asistencia. Sin embargo, los resultados que se obtienen generalmente son más bien escasos.

En el enfoque del resultado, el fin último de la asistencia sanitaria es curar la enfermedad, frenar su progresión, restablecer la capacidad funcional o aliviar el dolor y el sufrimiento, además de la prevención, evitando complicaciones innecesarias. Todo ello forma parte del resultado y es el índice más concreto para medir la calidad de la asistencia.

Sin embargo, los resultados pueden ser insensibles para medir la asistencia prestada por un profesional, salvo que se tenga en cuenta un período largo de tiempo, que no sirve para el control rutinario. Es más útil para medir los resultados generales del sistema en su conjunto (índices de mortalidad y morbilidad) y el que recibe una población.

La garantía de calidad ha sido una "industria creciente", ha logrado evolucionar; comenzando como una actividad puramente profesional. Hoy en día la satisfacción del paciente es vista cada vez más como un objetivo de la atención a la salud.

La garantía de la calidad no se inició solamente como una actividad profesional, sino como una iniciativa de orden médico. La mayoría de los pioneros de la garantía de calidad fueron médicos. Hoy, muchos otros profesionales —por ejemplo enfermeras, odontólogos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales son miembros activos de la garantía de calidad. En algunos países las enfermeras han superado a los médicos y son,

Indiscutiblemente, las líderes; organizan programas piloto y de rutina, cursos de entrenamiento y publican libros. Finalmente, como actividad profesional y médica, la garantía de la calidad tradicional tenía como objetivo la excelencia; no importaban los costos implicados en la búsqueda de la excelencia. Hoy, la meta es la eficiencia. La definición de calidad incluye los costos. La calidad significa satisfacer las necesidades del paciente al menor costo posible. Los costos son una parte ineludible de la calidad.

Para el Ministerio de Protección Social, la calidad sigue siendo uno de los principales objetivos, por ello se creó el decreto 1011 que da indicaciones acerca de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Es el mecanismo sistemático

y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios. En el mismo decreto, artículo 32 de los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud “los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares (5)

En el decreto 2309, se indican los pasos a seguir para llevar a cabo la acreditación que demuestre los más altos estándares en cuanto a calidad. Se inicia con el proceso de habilitación que a su vez es el primer paso del proceso y se valora la institución en su totalidad, los riesgos y fortalezas de la misma. Se continúa con el proceso de acreditación que a su vez tiene tres pasos importantes: El primero es la evaluación interna, luego una autoevaluación y procesos para mejorar las falencias, luego se hace un seguimiento y monitorización de las actividades. Cabe recordar que estos pasos son un

conjunto armónico e integrado. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividad desde evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la Calidad Observada y la Calidad Esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

El decreto 1036/06 indica también que para la habilitación las empresas prestadoras de salud deberán tener auditorías internas que den mayor calidad frente a la prestación de servicios. De esta forma el PAMEC (programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención en salud), se define como un componente obligatorio del sistema obligatorio de garantía de calidad, entendida como “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada, de la atención en salud que reciben los usuarios” (Ministerio de Protección Social).

El Ministerio de la Protección Social define cuatro objetivos del Sistema de Información para la Calidad:

1. Monitorear: se refiere a hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS.

(Enfoque del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud)

2. Orientar: se refiere a contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.
3. Referenciar: significa contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las Instituciones Prestadoras de Servicios.
4. Estimular: propende por apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos. (6)

Por esto, la introducción de los términos de eficacia y eficiencia hacen que las empresas prestadoras de salud cuenten con los recursos necesarios para desempeñar el logro de los objetivos previamente establecidos, utilizando un mínimo de recursos; de esta manera asegurar la satisfacción del usuario y construir aceptables niveles de eficiencia, calidad en los servicios de atención para aumentar la satisfacción de los usuarios. Se ha reconocido también que las actuales modalidades de contratación, la sobrecarga laboral, la ausencia de recursos y de medidas de bioseguridad, la limitación del acceso a cursos de capacitación y actualización, y la restricción de acceso a programas de bienestar social, generan un alto nivel de insatisfacción y desmotivación para el cuidado.(7)

4.7 SITUACIÓN ACTUAL DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

La avalancha de pacientes en urgencias se refleja con claridad en las estadísticas nacionales. En Colombia se están presentando cada año entre 12 y 14 millones de consultas por urgencias, que equivalen al 65 por ciento del total de las consultas. Es decir, por cada 100 consultas hospitalarias, 65 son por urgencias, según la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC).

El Dr. Juan C. Giraldo director de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), estima que el sobrecupo promedio en los servicios de urgencias de los hospitales públicos y privados en Bogotá es de aproximadamente 20%, considerándose un porcentaje demasiado alto, teniendo en cuenta que la literatura médica internacional indica que se deberían atender treinta consultas de urgencias por cada cien consultas externas.

La demanda de atención en los servicios de urgencia de Bogotá ha tenido un incremento del 54,6 por ciento en los tres últimos años: pues se pasó de 758.004 registradas en el 2003, a 1'172.007 en el 2006. Y en hospitales como el de Kennedy, el sobrecupo ya supera el 20 por ciento, admite el secretario Distrital de Salud, Héctor Zambrano. Trabajadores del Hospital de Kennedy manifiestan "Tenemos que poner camillas en los corredores como una necesidad", dice Diego Posada. "Si no lo hiciéramos tendríamos que devolver a muchos pacientes. Y aunque ellos no estén en una habitación, la realidad es que en los corredores reciben la atención, y un trato digno"

El presidente de la junta directiva de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, Roberto Esguerra, dice que el 80% de las consultas recibidas en los hospitales públicos y privados en el país, en realidad no corresponden a urgencias. "Estos servicios se hicieron para atender rápidamente las situaciones críticas que se presentan de manera imprevista y que ponen en peligro inminente su vida", explica Esguerra, quien añade: "una gripa o un dolor de muela o de estómago no constituyen una urgencia". Sin embargo, esas urgencias que no lo son (resfriados, dolores dentales, caries, controles de embarazo y amigdalitis) coparon, por ejemplo, un 40 % de las consultas (468 mil) atendidas por los hospitales públicos en Bogotá. (8)

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas considera que los servicios de urgencias se ven colapsados como consecuencia de que los usuarios en vista de la demora en las citas de consulta externa y/o con especialistas, prefieren acudir a las urgencias hospitalarias, ya que estas funcionan las 24 horas y atención es más rápida. Por otra parte hay que tener en cuenta que las consultas por urgencias son menos costosas para los usuarios que no requieren copagos, en comparación con las citas programadas o externas, en las que se debe cancelar una cuota moderadora por cada atención prestada. Miembros de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas y otros expertos, en respuesta a la problemática planteada anteriormente sugieren algunas soluciones como la ampliación de horarios en consulta externa, la asignación de citas oportunas y menos demoradas, realizar campañas de prevención de enfermedades y promoción de la salud y educar a los usuarios para el buen uso del servicio.

El Hospital San Vicente de Paul, cuenta con certificado de habilitación, equipos biomédicos y dotación exigida por la resolución 1043 de 2007. Además se cuenta con cinco puestos de salud ubicados en el cañón del Chamí distribuidos así: San Antonio, Arkakay, Río Mistrató, Purembará, y Puerto de Oro, los cuales cuentan con un funcionario permanente (auxiliar de enfermería), se cuenta con un grupo extra mural conformado por médico, auxiliar de enfermería, odontólogo, auxiliar de odontología, y conductor quienes rotaban por los cinco puestos de salud prestando servicios y así poder dar mejor cobertura a la población residente en esta área. (8)



5. MATERIALES Y MÉTODOS

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente es un estudio DESCRIPTIVO, CUANTITATIVO Y, TRANSVERSAL se interpretó las opiniones que tienen los usuarios sobre las interrogantes planteadas dentro de la encuesta desarrollada sobre su nivel de satisfacción.

5.2 ÁREA DE ESTUDIO

La presente investigación se la realizó en la sala de Emergencia del Hospital Regional Isidro Ayora de La provincia de Loja

5.3 UNIVERSO

Lo representan los 1600 usuarios y familiares pediátricos que acudieron a la Emergencia del Hospital Regional Isidro Ayora en el mes de Octubre del año 2013

5.4 MUESTRA

Para la muestra se utilizó la población total que acudieron al servicio de emergencia área de pediatría en el mes de Octubre del año 2013 un total de 1600 usuarios aproximadamente, se determinó a través de la fórmula:

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

Donde: n es la muestra, N es la población, y Ne² es el margen de error de 5%,
teniendo un intervalo de confianza del 95%

$$n = \frac{1600}{1 + (5)^2}$$

$$n = \frac{1600}{26}$$

$$n = 61$$

5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Usuarios de la emergencia del Hospital Regional Isidro Ayora
2. Los usuarios en los que se pudo hacer correctamente la encuesta

5.6 CRITERIOS DE EXCLUSION:

1. Los usuarios y familiares que no aceptaron ser entrevistados.

5.7 MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En el presente proyecto se utilizó los siguientes métodos:

5.7.1 ENCUESTA: (anexo 1)

Este método es seleccionado debido a que permite recolectar de forma rápida la información utilizando como instrumento un cuestionario de preguntas rápidas y sencillas, dirigidas a los usuarios que acuden al servicio de pediatría en el área de emergencia del Hospital Regional Isidro Ayora.

La encuesta que fue utilizada para recolectar los datos fue elaborada por el autor de esta investigación, la misma que se la aplicó a 30 personas particulares y fue de fácil entendimiento.

5.7.2 PROCEDIMIENTO:

Este trabajo se realizó previa explicación y consentimiento del usuario. Este cuestionario fue evaluado previamente para que cumpla las normas adecuadas para ser aplicado, este instrumento se aplicó a los usuarios que se encontraron en la sala de emergencia escogidos al azar sean estos familiares o pacientes, ya sea en el turno matutino, vespertino y nocturno.

Previa a la aplicación de la encuesta se pidió la correspondiente autorización a los dirigentes del establecimiento.

5.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANALISIS

Una vez recolectados los datos, se procedió a tabularlos con el programa excel 2007 para su análisis pertinente, los resultados se presentan gráficamente en barras.



6. RESULTADOS

6. RESULTADOS

TABLA 2

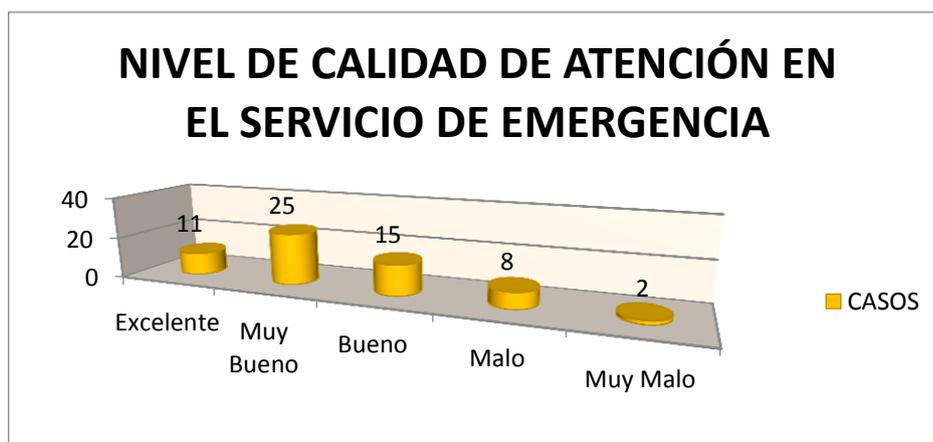
NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

	CASOS	PORCENTAJE
Excelente	11	18,03%
Muy Bueno	25	40,98%
Bueno	15	24,59%
Malo	8	13,11%
Muy Malo	2	3,27%
TOTAL	61	100%

Fuente: Encuestar.

Elaborado Por: Daniel Yanangómez

Gráfico N 2



El nivel de calidad de atención en el servicio de emergencia según los padres de familia es muy bueno (40,98%).

TABLA 3

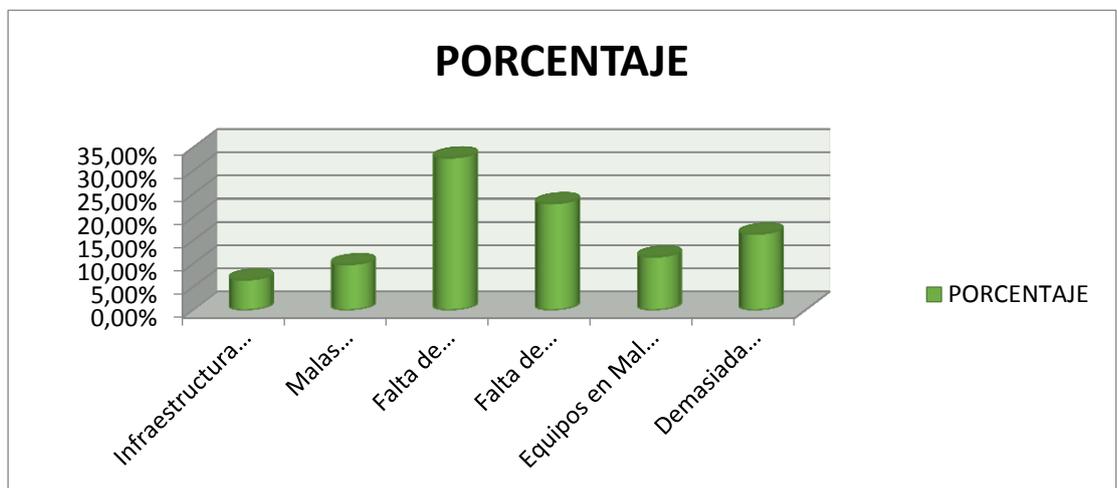
FACTORES QUE IMPIDEN UNA ATENCIÓN ÓPTIMA

	CASOS	PORCENTAJE
Infraestructura Inadecuado	4	6,55%
Malas Condiciones Higiénico- Sanitaria	6	9,83%
Falta de Disponibilidad equipo , insumos y medicación	20	32,78%
Falta de Exámenes Complementarios	14	22,95%
Equipos en Mal Estado	7	11,47%
Demasiada Intervención de Estudiantes	16	16,39%
TOTAL	61	100%

Fuente: Encuesta.

Elaborado Por: Daniel Yanangómez

GRÁFICO N 3



El 32,78% de la muestra el principal factor que impide una atención óptima es la falta de disponibilidad de equipo, insumos y medicación.

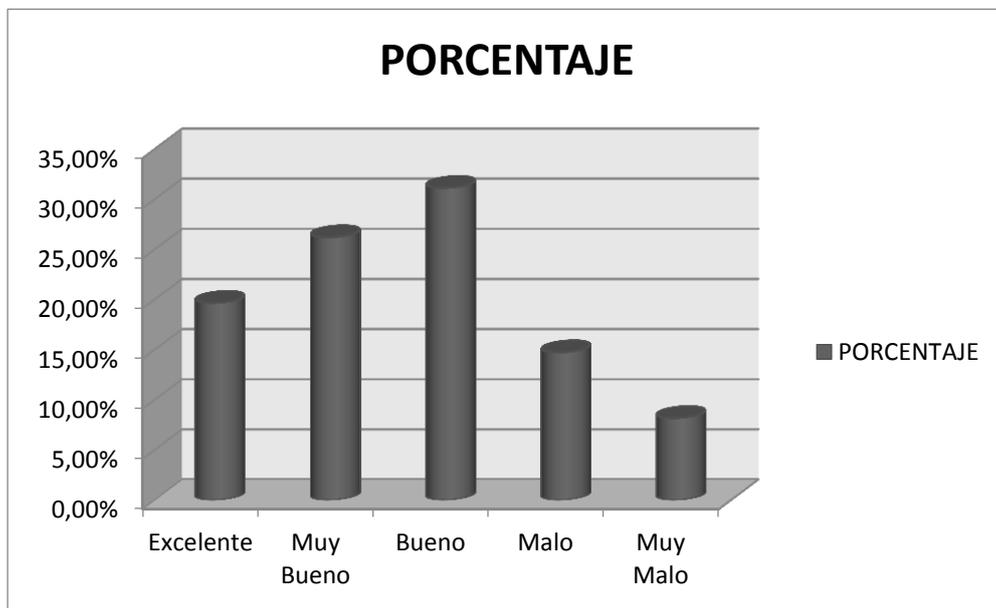
TABLA 4
NIVEL DE SATISFACCIÓN EN CUANTO AL TRATO DEL PERSONAL
MÉDICO

	CASOS	PORCENTAJE
Excelente	12	19,67%
Muy Bueno	16	26,22%
Bueno	19	31,14%
Malo	9	14,75%
Muy Malo	5	8,19
TOTAL	61	100%

Fuente: Encuesta.

Elaborado Por: Daniel Yanangómez

GRÁFICO N 4



Al momento de la atención médica, los padres de familia consideran que éste es bueno con un 31,14% que equivalen a 19 personas encuestadas.

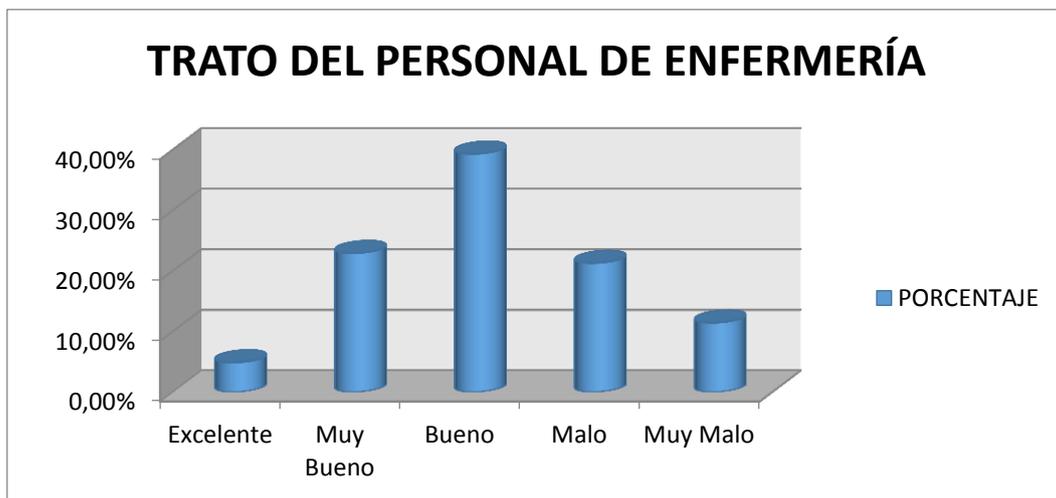
TABLA 5
NIVEL DE SATISFACCIÓN EN CUANTO AL TRATO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

	CASOS	PORCENTAJE
Excelente	3	4,91%
Muy Bueno	14	22,95%
Bueno	24	39,34%
Malo	13	21,31%
Muy Malo	7	11,47%
TOTAL	61	100%

Fuente: Encuesta

Elaborado Por: Daniel Yanangómez

GRÁFICO N 5



En la atención médica los padres de familia consideran que el trato del personal de enfermería es bueno con un 39.34% que corresponden a 24 usuarios.

TABLA 6

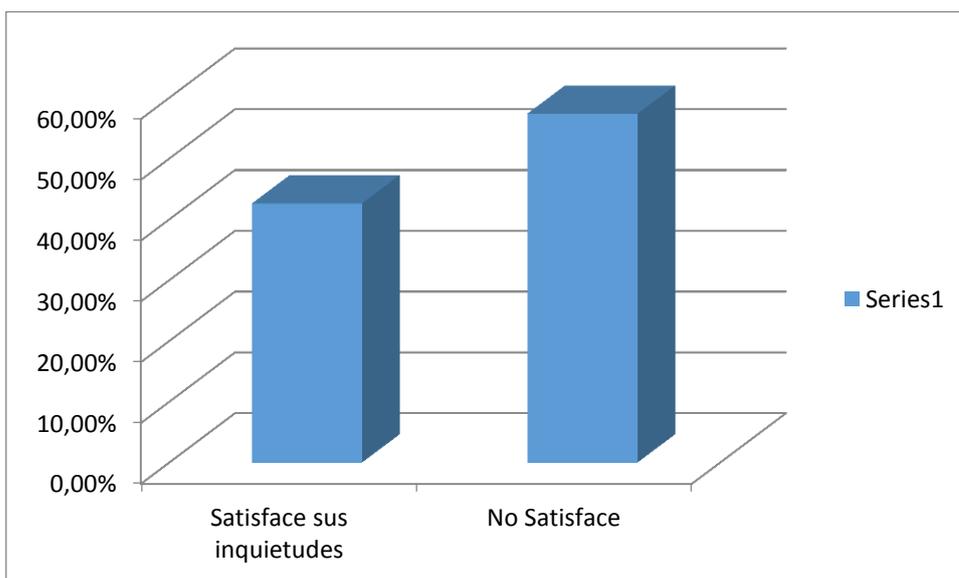
INFORMACIÓN QUE RECIBIÓ SOBRE SU MOTIVO DE CONSULTA

	CASOS	PORCENTAJE
Satisfecho	26	42,62%
Insatisfecho	35	57,37%
TOTAL	61	100%

Fuente: Encuesta Elaborado Por El Autor.

Elaborado Por: Daniel Yanangómez

GRÁFICO N 6



En cuanto a la información que el familiar de paciente recibió sobre la enfermedad por la cual acudió 35 personas un 57.37% refieren que no es satisfactoria.

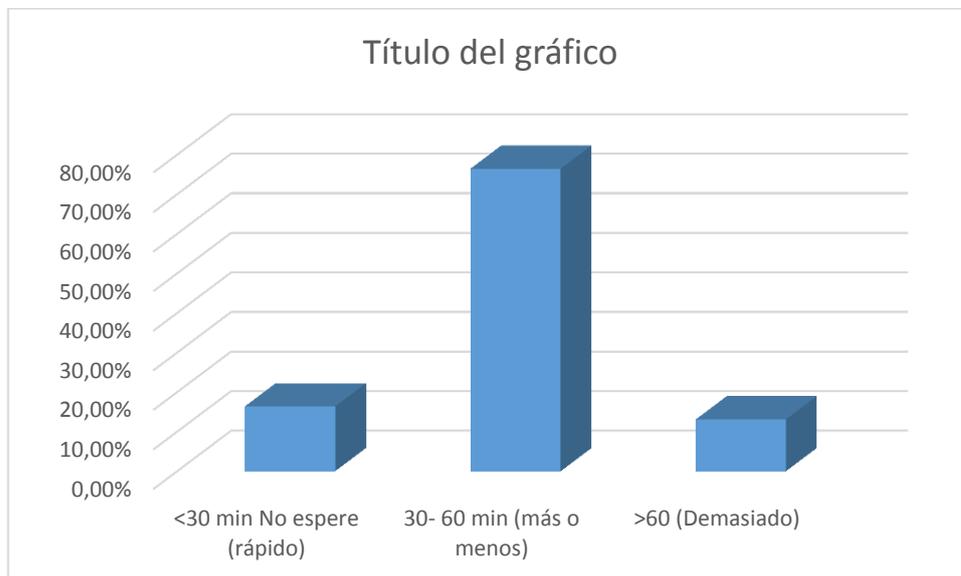
TABLA 7
TIEMPO DE ESPERA PARA SER ATENDIDO

	CASOS	PORCENTAJE
<30 min (rápido)	10	16,39%
30- 60 min (más o menos)	43	76,48%
>60 (Demasiado)	8	13,11%
TOTAL	61	100%

Fuente: Encuesta Elaborado Por El Autor.

Elaborado Por: Daniel Yanangómez

GRÁFICO N 7



En el tiempo de espera del usuario para ser atendido 76.48% correspondiendo a 43 padres manifestaron que demora de 30 a 60 minutos.

TABLA 8

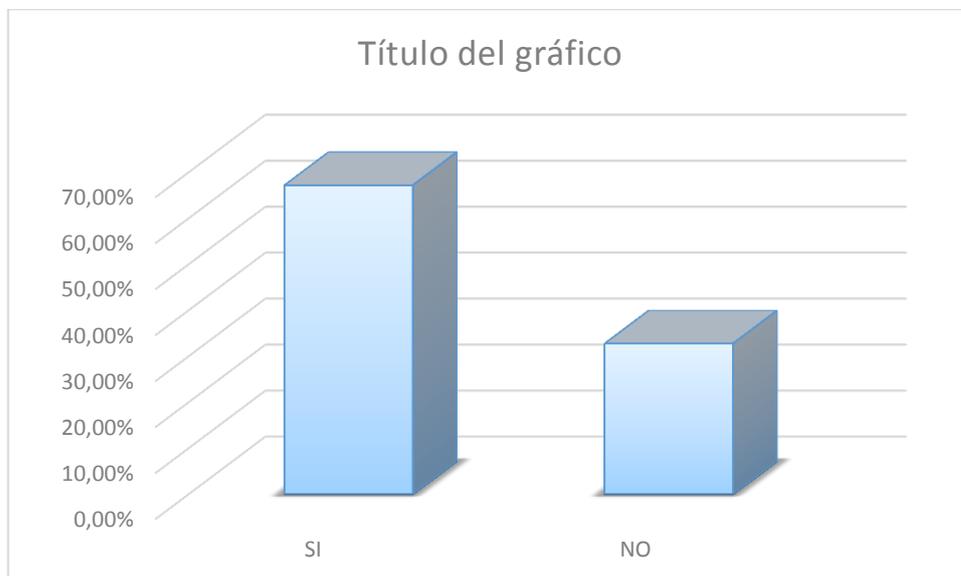
PORCENTAJE DE USUARIOS ENCUESTADOS QUE REGRESARÍAN A ESTA CASA DE SALUD

	CASOS	PORCENTAJE
SI	41	67,21%
NO	20	32,78%
TOTAL	61	100%

Fuente: Encuesta Elaborado Por El Autor.

Elaborado Por: Daniel Yanangómez.

GRÁFICO N 8



De los padres de usuarios que se atendió 41 personas que corresponden a 67,21% manifestaron que regresarían a atenderse en esta casa de salud de ser necesario.

TABLA 9

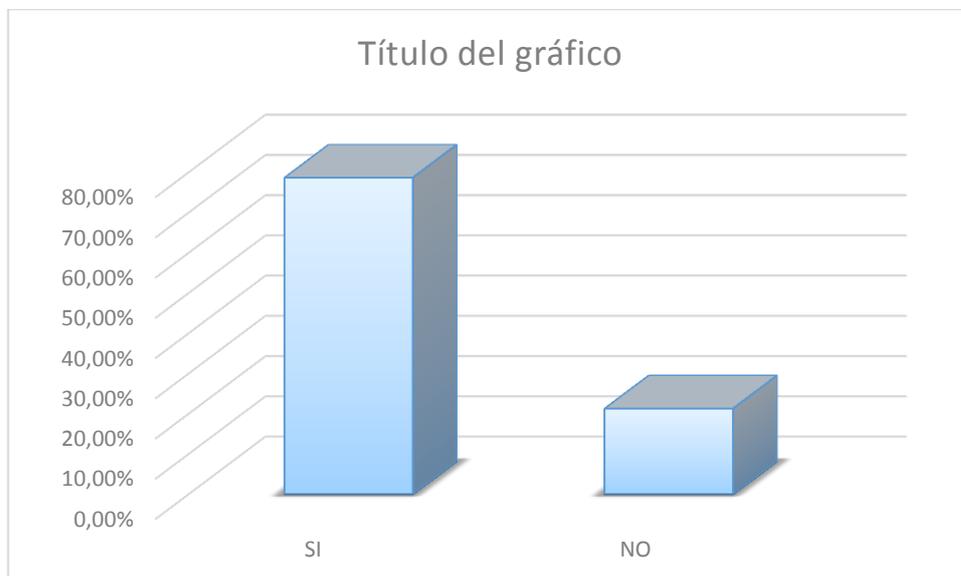
PORCENTAJE DE USUARIOS ENCUESTADOS QUE RECOMIENDAN ESTA CASA DE SALUD

	CASOS	PORCENTAJE
SI	48	78,68%
NO	13	21,31%
TOTAL	61	100%

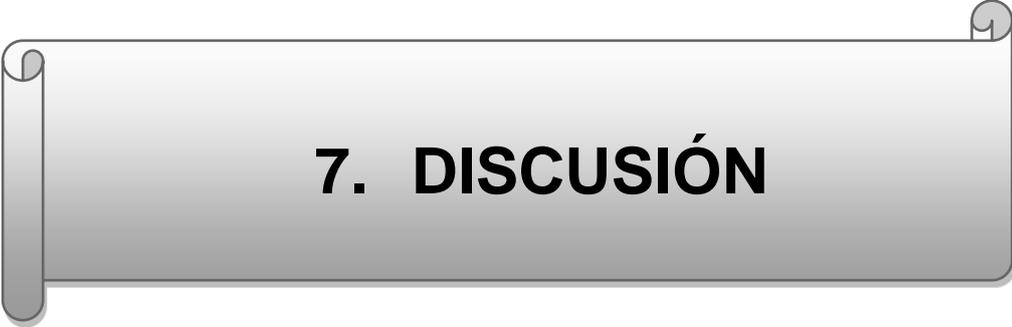
Fuente: Encuesta Elaborado Por El Autor.

Elaborado Por: Daniel Yanangómez.

GRÁFICO N 9



De los padres que llenaron la encuesta 48 de ellos equivalente a 78.68% recomiendan esta casa de salud.



7. DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran un alto grado de satisfacción en la mayoría de las áreas sobre las que se investigó, reflejando mayor disconformidad en relación a la carencia de medicación, el mal estado de los equipos y la intervención de los estudiantes

Los usuarios creen que la calidad de atención se ve afectadas por las siguientes variables, el 32, 28% por la falta de suministros, el 22,95% por la falta de exámenes completados, 16, 39% por la intervención de estudiantes, el 11.47% por equipos en mal estado, 9,83% por sus malas condiciones higiénicas y solo el 6.55% cree que infraestructura afecto el nivel de satisfacción

En Cuba se realizó un estudio semejante, la causa fundamental que ellos identificaron que impide una atención óptima y la no resolutivez del problema es la falta de medicamentos en la farmacia con un 34,7 % (9), lo cual es muy semejante al presente estudio con un 32, 28%. Lo que demuestra que la falta de medicación es un factor principal para mostrar la disconformidad de los pacientes en la calidad de atención pues la mayoría de usuarios que acuden instituciones públicas no cuentan con los recursos necesarios y esperan una buena calidad de atención.

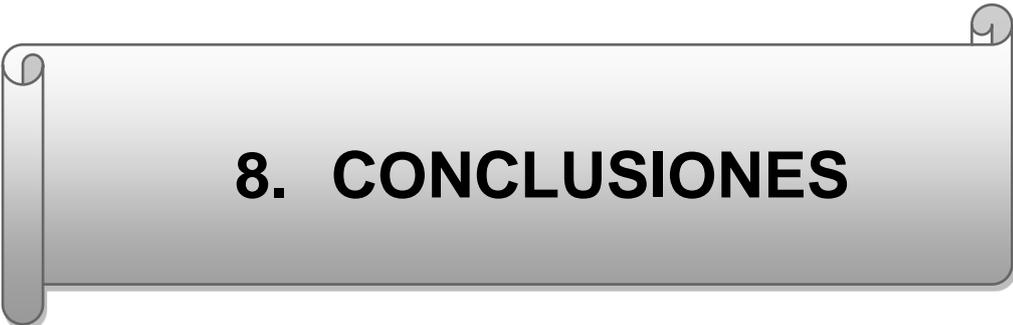
En el presente estudio observamos que el 31,14% de los encuestados creen que el trato del médico fue bueno, seguido de un 26,22% que cree que fue muy bueno y un 19.67% cree que fue excelente, y tan solo un 8,19 cree que fue muy malo. En cuanto al trato del personal de enfermería igualmente los usuarios percibieron que el trato fue bueno con un 39.34% seguido de muy bueno con 22, 95% y un 21,31% creen que fue malo, la mayoría de usuarios están de acuerdo que el trato personal fue bueno, sin embargo no hay que

ignorar que existe un porcentaje de usuarios que creen que no hay buena relación ni trato del profesional hacia el usuario lo cual puede disminuir considerablemente los niveles de satisfacción. En un estudio realizado en el Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” De Zaragoza en cuanto al trato personal en el caso del médico, el 89,4 % de los pacientes expresó estar satisfecho con su trato; con respecto a la atención de enfermería el 86,4 % expresaron igualmente satisfacción (10). Aunque la diferencia es notable podemos observar que el mayor porcentaje de usuarios creen que hay un buen trato del personal en general seguido de muy bueno y excelente.

El tiempo de atención es importante para valorar la satisfacción del paciente pues mientras existe un tiempo de espera más largo la inconformidad del usuario aumenta. En esta investigación, el 76,48% recibió la atención en un periodo de 30 a 60 minutos, un 16,39% espero menos de 30 minutos, y un 13,11% más de 60 minutos, como observamos gran parte de los usuarios tuvieron un término medio de espera y manifestaron que era un tiempo adecuado para ser atendido, por lo que mostraron cierto grado de satisfacción. En una Encuesta de la satisfacción del paciente en la emergencia de pediatría realizada en el Hospital Tegucigalpa, Honduras en el 2008, el 60% reporto ser atendido en menos de 30 minutos mientras que de 30 a 60 min un 9 % y un 31 % más de 1 hora (11), datos que no se correlacionan de tal manera que en el hospital Isidro Ayora el tiempo promedio de espera fue de 30 a 60 min, se debe tener en cuenta la alta demanda de atención pues acuden a la institución usuarios no emergentes que no han pasado por una institución de primer nivel.
(11)

El mayor porcentaje de usuarios (40, 98%) manifestaron que la atención fue muy buena, seguida de 24, 59 % que dijo que era buena y 18, 03% que dijo que era excelente. Lo que demuestra que en un sentido general, la atención de pediatría en el servicio de emergencia de esta institución es muy buena a

excelente, haciéndola de esta manera una institución confiable. En un estudio realizado en el Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” De Zaragoza los resultados fueron semejantes ya que Cuando se les preguntó por la calidad global de la atención recibida casi el 50% dieron un 9 o un 10, y sólo un porcentaje bajo (5,9%) puntuó por debajo de 5. (12)



8. CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

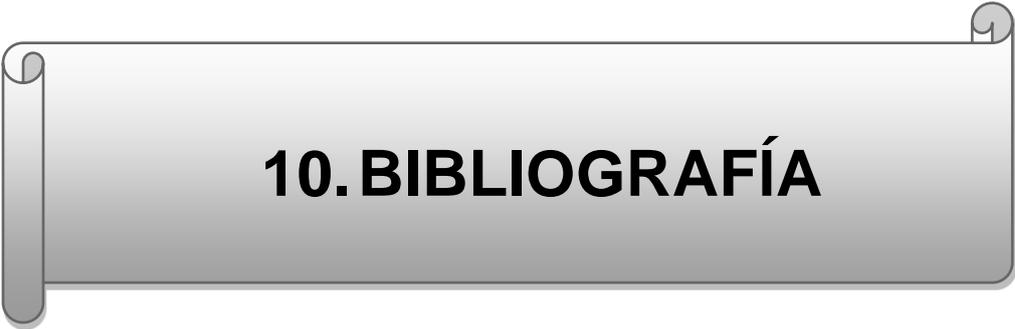
1. El nivel de satisfacción de la atención recibido en el servicio de pediatría del área de emergencia Hospital Regional Isidro Ayora es muy bueno con un 40, 28% seguido en menor frecuencia como bueno y excelente con porcentajes de 24.59% y 18.03% respectivamente.
2. El 39,34% de usuarios manifiestan un buen trato por parte del médico, en cuanto al trato del personal de enfermería manifiestan un trato similar con un valor de 39, 34%. Algo que llama la atención, es que la información brindada acerca de la enfermedad por la cual acudieron por parte del personal que labora en este servicio de salud no satisface sus inquietudes, ya que de 61 encuestados, 35 que corresponden un 57,37% lo afirman. A pesar de lo dicho, los usuarios mencionaron tanto su intención de volver y de recomendar esta casa de salud con valores de 67% y 78% respectivamente.
3. El tiempo de espera para ser atendido en el 70,49% de pacientes es de 30 a 60 min.
4. Los factores que influyen de forma negativa con la atención de calidad fueron la falta de disponibilidad de suministros como Oxígeno, sillas de ruedas, camillas camas etc. alcanzando un porcentaje 32.78% (20 pacientes) seguido de la falta de exámenes complementarios con 22.91%



9. RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES:

1. Se recomienda al personal médico, de enfermería y demás que laboran en la sala de emergencia se mejore la calidad de información relacionada con el motivo de consulta del paciente.
2. Una de las cosas que los usuarios tomaron en cuenta fue que existe falta de disponibilidad, oxígeno, sillas de ruedas, camas, camillas, camilleros, etc. Por lo que se recomienda el implemento o una mejor distribución de los mismos para de esta manera aumentar su nivel de satisfacción.
3. Algo por lo que los usuarios mostraron su inconformismo fue la falta de exámenes complementarios y la falta de algunos medicamentos, por lo que se cree necesaria su implementación.

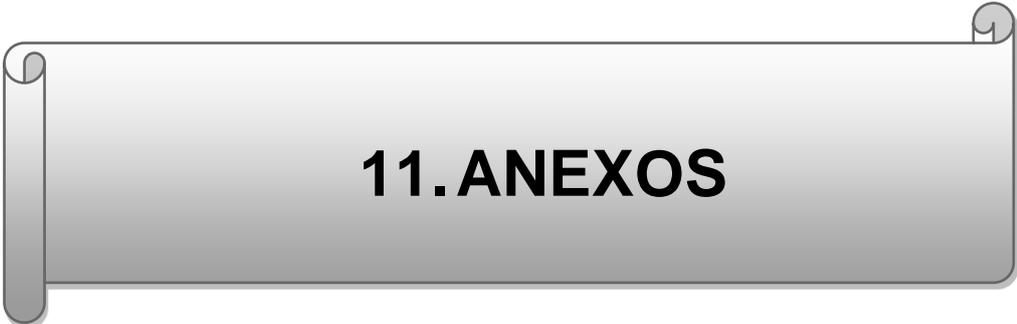


10. BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. BONADEO pediatría Drs. Miriam A. Bonadeo, Mónica Marengi, Florencia Bassi, María E. Fernández, María I. Lago, Ángel Piacentini y Carlos Rodríguez Bertoni. Evaluación del grado de satisfacción del personal médico en un hospital de pediatría http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752005000600005.
2. HERNÁNDEZ Atención inicial a las emergencias pediátricas. Casos clínicos comentados. Introducción mjuliahd@gmail.com. http://aepap.org/congresos/pdf_reunion_2010/emergencias.pdf.
3. Agencia pública de noticias de Ecuador y Sudamérica ANDES, archivo 2009 – 2011 La atención en la renovada área de emergencia del hospital público de Loja. <http://www.andes.info.ec/es/regionales/atencion-renovada-area-emergencia-hospital-publico-loja-incrementa-25.html>
4. DONABEDIAN. A. (2001) TheLichfieldlecture, Garantía de Calidad en la Atención de Salud: el papel del consumidor. Revista Calidad Asistencial, 16, 102, 106. Madrid22 VUORI,H. "El control de calidad en servicios sanitarios". Ed. Masson, Barcelona, 198830.
5. ERRASTI. Francisco. Principios de gestión sanitaria. Disponible en: http://books.google.com.co/books?id=AAUdbDjw42kC&pg=PA206&lpg=PA206&dq=UORI.,+H.+V.&source=web&ots=h9rH3B_3Dw&sig=USzNYcWZcCJce5z3yv_Rqi3qVE&hl=es&sa=X&oi=book_result&resnum=1&ct=result#PPA212,M124HANNUVUORI,revista salud pública de México
6. Ministerio de La Protección Social Dirección de Calidad de Servicios. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/Library/documents/DocNewsNo15748DocumentNo3379.pdf>
7. HOMEDES. Decreto 1011 de 2006: Artículo 46°.- objetivos del sistema de información para la calidad Ugalde Antonio, Homedes Nuria. Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. Revista Panamá Salud publica 2005.

8. ZAMBRANO. Héctor. Secretario Distrital de Salud. POSADA Diego. Jefe de urgencias del Hospital de Kennedy. ESGUERRA Roberto. Presidente de la Junta directiva de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.
9. CHANG DE LA ROSA. Revista Cubana de Medicina General Integral *versión On-line* ISSN 1561-3038. Rev Cubana Med Gen Integr v.15 n.5 Ciudad de La Habana sep.-oct. 1999. Satisfacción de los pacientes con la atención médica. Martha Chang de la Rosa,¹ María del Carmen Alemán Lage,² Mayilée Cañizares Pérez³ y Ana María Ibarra.⁴
http://www.semes.org/revista/vol11_3/lpags184.-19.pdf
10. Técnicas de calificación. [accesado el 29 octubre 2013] disponible en:
<http://www.slideshare.net/lisaustin23/instrumentos-de-evaluacion-1777261>
11. Encuesta de la satisfacción del paciente en la emergencia de pediatría del Hospital Escuela en Tegucigalpa, Honduras, C.A. Survey of patientsatisfaction in thepediatricemergency of Hospital Escuela en Tegucigalpa, Honduras, C.A. Heather M. Harris, Martha Matamoros
12. HERNÁNDEZ. Atención inicial a las emergencias pediátricas. Casos clínicos comentados. Introducción M. Julia Hernández Delgado Pediatra, CS Ciudad San Pablo. Coslada, Madrid. mjuliahd@gmail.com.
http://aepap.org/congresos/pdf_reunion_2010/emergencias.pdf



11. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

MATRIZ DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Sr. padre de familia a continuación le solicito muy comedidamente su colaboración contestando las siguientes preguntas acerca de su hij (a/o); sobre el nivel de satisfacción de la atención recibida en el servicio de pediatría en el área de emergencia del Hospital Regional Isidro Ayora.

1. ¿Cómo cree Ud. que es el la calidad de atención en el servicio de emergencia?
 - a. Excelente.
 - b. Muy bueno.
 - c. Bueno.
 - d. Malo.
 - e. Muy malo.

2. ¿Qué factores cree usted que impide que la atención en este servicio sea óptima?
 - a. Infraestructura inadecuada.
 - b. Malas condiciones higiénico-sanitarias.
 - c. Falta de disponibilidad de equipos insumos y medicación
 - d. Falta de exámenes complementarios
 - e. Equipos en mal estado.
 - f. Demasiada intervención de estudiantes.

3. ¿Cómo fue el trato de los médicos hacia usted?
 - a. Excelente
 - b. Muy bueno
 - c. Bueno
 - d. Malo
 - e. Muy malo.

4. ¿Cómo fue el trato del personal de enfermería hacia usted?
 - a. Excelente
 - b. Muy bueno
 - c. Bueno
 - d. Regular
 - e. Malo

5. ¿Se brindó la información adecuado sobre la razón por la que acudió a este servicio?
 - a. Insatisfecho.
 - b. Satisfecho.

6. ¿Qué tiempo tuvo que esperar para ser atendido?
 - a. <30 min No espere (rápido)
 - b. 30- 60 min (más o menos)
 - c. >60 (Demasiado)

7. ¿Tiene intención de volver a esta casa de salud?
 - a. Si
 - b. No

8. ¿Recomendaría esta casa de Salud?

a. Si

b. No

9. Conteste las siguientes interrogantes:

a. ¿Qué destacaría del servicio de emergencia? _____

b. ¿Qué cambiaría del servicio de emergencia? _____

Firma _____

ÍNDICE

CARATULA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORIA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
1. TÍTULO.....	1
2. RESUMEN.....	3
3. INTRODUCCIÓN.....	6
4. REVISIÓN DE LITERATURA.....	11
4.1 MARCO INSTITUCIONAL.....	12
4.1.1 HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA.....	12
4.1.1.1 ÁREA DE EMERGENCIA.....	12
4.2 CALIDAD DE ATENCION.....	12
4.3 LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE.....	15
4.3.1 QUÉ ENTENDEMOS POR SATISFACCIÓN DEL PACIENTE.....	17
4.3.2 CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE.....	21
4.3.3 CARACTERÍSTICAS DE LOS PROVEEDORES.....	23
4.3.4 CÓMO MEDIR LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE.....	24
4.4 URGENCIAS.....	26
4.4.1 URGENCIA:.....	28
4.4.2 ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIA:.....	28
4.4.3 ATENCIÓN DE URGENCIAS:.....	29
4.4.4SERVICIO DE URGENCIAS:.....	29
4.5 RED DE URGENCIAS:.....	29
4.6 GARANTIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN.....	31

4.7 SITUACIÓN ACTUAL DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS	37
5. MATERIALES Y MÉTODOS	40
5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	41
5.2 ÁREA DE ESTUDIO	41
5.3 UNIVERSO	41
5.4 MUESTRA	41
5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:.....	42
5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:.....	43
5.7 MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	43
5.7.1 ENCUESTA: (anexo 1).....	43
5.7.2 PROCEDIMIENTO:	43
5.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	44
6. RESULTADOS	45
DISCUSIÓN	54
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES:	60
BIBLIOGRAFÍA	62
ANEXOS.....	65