

I. INTRODUCCION

En la actualidad la calidad de servicio en salud es un tema prioritario que amerita investigar a fin de encontrar la línea de base que permita la formulación y el desarrollo de intervenciones para su mejoramiento.

El servicio de emergencia representa el primer contacto de la Unidad Médica Hospitalaria con la población que requiere de atención inmediata y resolutive, lo que hace necesario contar con una estructura que de acceso a los servicios con características de equidad, oportunidad y libre de riesgo con un proceso en donde actúan recursos humanos de alta especialidad, equipo tecnológico y recursos materiales disponibles y suficientes que resulten en un diagnóstico oportuno y tratamiento eficaz para que satisfaga las necesidades de la demanda de la población.

Para cumplir con los objetivos trazados en esta investigación (capítulo II) de identificar la percepción de la calidad de la atención por los usuarios internos y externos que utilizan el servicio de emergencia del bloque médico quirúrgico del hospital Escuela, el cual será el universo, se estructura el documento de 11 capítulos. En el Marco Teórico (capítulo III) se hace una exposición de calidad, calidad de la atención en salud, calidad del servicio relacionado con la satisfacción, se describen las características del servicio al cliente y las cinco

dimensiones de la calidad identificadas por Berry, Parasuraman y Zeithami, se describen los modelos para medir calidad según la satisfacción que han aparecido en los últimos años. Se continúa con los sistemas y servicios de salud, la calidad de los servicios de salud, se destacan los elementos de estructura, proceso y resultado como uno de los métodos para evaluar la calidad de la atención, para terminar con emergencia, percepción y satisfacción. De acuerdo a la literatura investigada, la autora se plantea la investigación la cual se fundamenta en teorías como la Teoría General de Sistemas (estructura, proceso y resultado) y el modelo SERVPERF este último propuesto por Cronin y Taylor (1994) ya que este estudia las percepciones de los usuarios de un servicio en particular, puesto que este modelo, con leves modificaciones puede adaptarse a cualquier rubro empresarial o campo de estudio. El capítulo V describe el tipo de estudio, diseño de la investigación, la técnica utilizada y los instrumentos que ayudaron a la recolección de datos, uno para el usuario interno y otro para el usuario externo, este último utilizando el método de SERPERF arriba descrito. Sigue el capítulo VI donde se dan a conocer los resultados obtenidos en los 5 días, durante los 3 turnos (A, B y C), en los cuales se entrevistaron 372 usuarios externos y 100 usuarios internos. Se presentan por las dimensiones de la calidad y graficas donde se resume la percepción favorable y desfavorable de ambos usuarios del servicio. Luego que se muestran las tablas y gráficas, en el capítulo VII se describe el análisis de resultados de los hallazgos encontrados, para pasar al VIII Y IX capítulo de

conclusiones y recomendaciones respectivamente. La bibliografía consultada se expone en el X capítulo y se juntan los anexos en el XI.

Es importante destacar que en el usuario externo las dimensiones con mejor calificación fueron Empatía con 80.76% y Seguridad con 82.25%. Se encontró una calificación en la dimensión de Tangibilidad del 58.57% y la de Confiabilidad con 61.36%. La satisfacción global para la calidad del servicio, resulta de 70.76% que la ubica según la escala elaborada en “Buena”.

En cuanto al usuario interno se encuentra en general una mala calificación sobre todo en la Estructura, donde la mayor calificación se da en la respuesta favorable en un 60% en la existencia de un registro epidemiológico con 60%, luego 42% para la vestimenta, el resto no pasa del 15% donde el espacio físico adecuado y la existencia de ayuda tecnológica resultan con apenas un 5% y 4% respectivamente de calificación.

La teoría refiere que cuando las evaluaciones de la calidad del servicio son altas, las intenciones conductuales del cliente tienden a ser favorables para la compañía o institución y es probable que se quiera seguir como cliente u usuario. Cuando las evaluaciones del servicio son bajas, la relación con el cliente o usuario tiene mayores probabilidades de debilitarse, dando lugar a un abandono a favor de algún competidor. (Leon Schiffman, Leslie Kanuk, 2005).

EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La evaluación de la prestación de la atención médica en el servicio de emergencia del Hospital Escuela es de vital importancia, la emergencia de cualquier hospital es un área de choque y representa la “cara “del Sistema Nacional de Salud. La evaluación de estos procesos es reconocida como de gran importancia en las evaluaciones de la atención médica, así como en la definición de las políticas de salud, al mismo tiempo un número cada vez mayor de investigadores, técnicos y políticos han llamado la atención sobre la necesidad de conocer en mayor detalle los mecanismos por los cuales la estructura y los procesos influyen con los resultados de la atención, orientados a la evaluación de la calidad, eficiencia y obtención de equidad en los servicios de salud.

La alta incidencia de quejas en los diferentes medios de comunicación como ser: la prensa, radio, televisión en este servicio nos hace pensar que están ocurriendo problemas en detrimento de la atención, por lo que es obligatorio preguntarnos:

¿Cuál es la percepción de satisfacción de la calidad?, ¿qué elementos de la estructura, proceso y resultado, elementos tangibles, de empatía, confiabilidad y seguridad están influyendo positiva o negativamente en la percepción de la calidad de atención de los usuarios internos y externos del servicio de Emergencia del Bloque Médico Quirúrgico del Hospital Escuela?

Justificación:

Se necesita de estudios que proporcionen información sobre las condiciones que interactúan en la estructura, proceso y resultado de la atención médica en el servicio de emergencia del bloque médico quirúrgico del Hospital Escuela, información que será de gran importancia en el proceso de toma de decisiones y definición de políticas de salud, orientadas hacia y a mejorar la satisfacción de las necesidades de salud de la población

El interés de este estudio se explica por la creciente necesidad de conocer las percepciones de calidad y el nivel de satisfacción que pacientes y usuarios, en general, obtienen de los servicios de salud.

Asimismo es fundamental conocer la opinión de los usuarios sobre el servicio recibido, así se conocerán sus virtudes y debilidades y con ello comenzar a mejorar la calidad y que los resultados de los datos obtenidos se transformen en información útil para la toma de decisiones.

Desde Deming existe un paradigma, se refiere a que solo “lo que se puede medir, puede ser evaluado y que solo se puede mejorar lo que se puede medir”.

Este paradigma que indudablemente es vigente en la calidad industrial y en las empresas productoras de bienes, dista de serlo en las instituciones prestadoras de servicios, en lo que a calidad se refiere: “la productividad se cuantifica” “la calidad se califica” (Peralta Sánchez, 2009).

II. OBJETIVOS

A. GENERAL

Identificar la percepción de la calidad de la atención por los clientes internos y externos en el servicio de Emergencia del Bloque Médico Quirúrgico del hospital Escuela.

B. ESPECIFICOS

1. Identificar elementos de la estructura del servicio de emergencia en: Espacio físico, equipos, materiales, organización del servicio y Recursos Humanos.
2. Conocer la existencia y aplicación de normas, protocolos, guías y procedimientos para la atención en el servicio de emergencia.
3. Conocer el grado de satisfacción de los clientes internos y externos.

III. MARCO TEORICO

Los estudios de investigación sobre los servicios de salud, generan resultados que sirven para atender necesidades en materia de información con el fin de guiar la acción social.

Los resultados constituyen un índice adecuado de la calidad de atención en salud, pero se necesita de evaluaciones simultáneas de las estructuras y los procesos para conocer las razones de las diferencias encontradas, y para planear intervenciones que no solamente los mejoren, sino también que alcancen eficiencia y equidad en la organización y suministro de servicios de salud (Paganini, José M. 1993).

El análisis de los diferentes elementos que influyen en la prestación de la atención médica, a cualquier nivel de atención no es una tarea fácil, la evaluación de la prestación de la atención en salud no es una variable de dimensión unitaria, de hecho para su análisis debe de combinarse una serie de criterios medibles, de acuerdo a Hopkins (en Systems Análisis in Health Care, 1979) la mayoría de los profesionales piensan que una de las formas de evaluación de la calidad, es la revisión hecha por otros profesionales, otras formas de evaluación son las auditorias médicas y la revisión de casos, pero también se ha encontrado que los mismos están plagados de subjetividad y sesgo. El problema es encontrar una serie de características sobresalientes en el contenido de la atención en salud que reflejen la "calidad" de la misma (Vijay Majan, C. Carl Pegels. 1979).

1. Calidad. Definición

Una de las definiciones de la Real Academia es: Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor.

La Asociación Médica Americana (AMA) la define: Urgencia es toda aquella condición que, en opinión del paciente, su familia, o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia sanitaria inmediata.

Avedis Donabedian la define como: “lograr los mejores beneficios, con los menores riesgos posibles para el paciente, dados unos recursos”.

La Dra. Heather Palmer de la escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard la define como: “La provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario”.

Juran, lo planteó como: “hacer lo correcto de manera correcta, de inmediato”.

Además se define como la satisfacción de las expectativas del cliente, comprende la adecuación al uso, y otros conceptos tales como facilidad de uso, belleza en el diseño, relación calidad precio, trato amable, fiabilidad, etcétera. (OPS, La Transformación de la Gestión de Hospitales en América Latina y el Caribe, 2001).

1.1 Los gurús de la Calidad

W. Edward Deming, (Deming, 2007) estadístico y asesor en gestión de la calidad, con sus investigaciones demostró los altos costos que una empresa

genera cuando no tiene un proceso planeado para administrar su calidad, es decir el desperdicio de materiales y productos rechazados, el costo de trabajar dos o más veces los productos para eliminar defectos, o la reposición y compensación pagada a los clientes por las fallas en los mismos. Enumera una serie de puntos que pueden ser adoptados como una filosofía de vida para una empresa ya sea pequeña, mediana o grande o simplemente desarrollar en la vida diaria, para poder lograr calidad de vida.

A continuación los 14 puntos que Deming ofrece:

1.- Crear constancia de propósito. Esto es para mejorar productos o servicios. Esto significa crear un plan para permanecer dentro del negocio ya sea a corto, mediano o largo plazo.

2.- Adoptar la nueva filosofía. Para poder entrar a la nueva era económica, estableciendo un liderazgo dirigido al cambio. Esto hace que las empresas que vivan con la cultura del error, no le pueden asegurar a la compañía su permanencia en el mercado. Los artículos con defectos no son gratis, y puede ser más costoso corregir un error, que producir un artículo nuevo.

3.- Terminar con la dependencia de la inspección. La inspección siempre es tardía, ineficaz y costosa. El nuevo objetivo de la inspección es la auditoría para poder detectar cambios en el proceso y comprobar medidas preventivas.

4.- Terminar con la práctica de decidir negocios con base en los precios. No se puede permitir que la competitividad de un producto esté basada únicamente en su precio, menos ahora que las necesidades del cliente se basan en la confiabilidad de los productos.

5.- Mejorar el sistema de producción y de servicios. Esto debe hacerse de una forma constante y permanente para poder mejorar la calidad y productividad, y así mismo reducir los costos y de la misma manera reducir los errores y desperdicios en los productos.

6.- Entrenamiento del trabajo. Uno de los principales problemas en entrenamiento, y la supervisión es que no se han fijado estándares para poder medir cual es un trabajo aceptable y cual no lo es. Porque este estándar solo se ligaba con la necesidad del supervisor de obtener determinada cantidad de producción sin importar la calidad de éstos.

7.- Adoptar e instituir el liderazgo. La supervisión es responsabilidad de la administración y debe eliminar las barreras que le impidan al trabajador desarrollar sus actividades con orgullo.

8.- Eliminar temores. El miedo irá desapareciendo en la medida en que la administración, incluso los gerentes se vuelva un apoyo para sus trabajadores e inspiren confianza en ellos.

9.- Romper las barreras entre los departamentos. Entre departamentos deben conocerse muy ampliamente y saber qué es lo que afecta a un departamento.

10.- Eliminar slogan. Es muy importante eliminar todo tipo de slogan que impliquen la perfección, o un nuevo nivel de producción sin proponer como lograrlo,

El proponer metas, sin un método para llegar a ellas, va a producir más efectos negativos que positivos.

11.- Eliminar estándares. Normalmente estos estándares y metas numéricas vienen a sustituir al liderazgo.

12.- Eliminar barreras que impidan alcanzar el orgullo al trabajador. Un trabajador no podrá sentirse orgulloso de su trabajo, sino se entera cuando está bien y cuando no.

13.- Instituir un activo programa de educación. Es necesario capacitar al personal en cuanto al uso de las estadísticas, para poder incorporar algunos sencillos métodos para que los empleados puedan llevar el control diario. El proceso de capacitación es sencillo, y puede hacerse en todos los niveles.

14.- Implicar a todo el personal en la transformación. La administración necesitará la orientación de algún experto, pero este no asumirá la responsabilidad que le compete a la administración (Deming, 2007).

Desde Deming existe un paradigma, se refiere a que sólo “lo que se puede medir, puede ser evaluado y que sólo se puede mejorar lo que se puede medir”. Este paradigma que indudablemente es vigente en la calidad industrial y en las empresas productoras de bienes, dista de serlo en las instituciones prestadoras

de servicios, en lo que a calidad se refiere: “la productividad se cuantifica” “la calidad se califica” (Peralta Sánchez, 2009).

Donabedian enfoca la evaluación de la calidad mediante 3 construcciones: la estructura, el proceso y el resultado. El autor cree que una buena estructura aumenta la probabilidad de un proceso adecuado, lo que a su vez aumenta la probabilidad de un buen resultado. (OPS-OMS, 2003, pág. 225).

1.2. Calidad de la atención en salud

“Calidad de la atención es el conjunto de características técnico-científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se provea a los beneficiarios, para alcanzar los efectos posibles con los que se obtenga el mayor número de años de vida saludables y a un costo que sea social y económicamente viable para el sistema y sus afiliados” (Malagón- Londoño, 2008, pag.616).

Según Aguirre Gas (2002) se define: otorgar atención en salud al usuario, con oportunidad, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de sus necesidades de salud y de sus expectativas, las del prestador de servicios y las de la institución. (Gas H. G., 2002)

La evaluación de la calidad de la atención en salud, presenta características muy particulares que hacen necesarios un sistema de evaluación congruente

con ella, que en forma ágil permita la transformación de los datos obtenidos en información útil para la toma de decisiones.

Como consecuencia de lo anteriormente expuesto, la evaluación de la calidad de la atención carece de sentido como un fin, debe ser el punto de partida de una serie de eventos que lleven al establecimiento del diagnóstico situacional de una unidad o departamento, a la identificación de los problemas que afectan la calidad o eficiencia de la prestación de los servicios, hasta la solución que redunde en mejoría de la calidad con que estos se otorgan.

Como requisito indispensable para estar en condiciones de evaluar la atención médica, es necesario repetir el concepto de “calidad de la atención” sobre el cual la vamos a realizar: “otorgar atención médica al usuario, como oportunidad, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de sus necesidades de salud y de sus expectativas, las del prestador de servicio y las de la institución” desarrollan y los resultados que se obtienen (Gas H. G., 2002).

Recordando las cinco dimensiones de la calidad de Parasuraman, Berry y Zeithaml, los tangibles constituyen una parte relevante en la calidad de servicios hospitalarios, parte de ello es el sistema de señalización, así lo menciona Jaime Varo (1994) refiere que forma parte de la comunicación e información que el hospital proporcionará a sus clientes para facilitarles los movimientos y la participación en la producción de los servicios. Además con el objeto de reforzar la imagen corporativa, debe ser homogénea en todos los hospitales públicos. La

utilización de un código de colores, según cada área funcional y una correcta secuencia de las indicaciones pueden ayudar a conseguir un tránsito sencillo y fluido por las dependencias hospitalarias. La calidad no es sinónimo de complejidad o lujo y se puede desarrollar en cualquier nivel de atención. Para ello, solo es necesario disponer de la estructura adecuada para las misiones y definir las funciones que deben realizarse (Gas H. G., 2002).

Para evaluar la calidad de la atención es importante, asimismo, tener en cuenta los atributos que caracterizan una buena atención de la salud. Los diferentes autores y trabajadores del tema han identificado las siguientes cualidades: oportunidad, continuidad, suficiencia e integridad, racionalidad lógico-científica, satisfacción del usuario y proveedor, efectividad, eficiencia, optimización aceptabilidad, legitimidad y equidad. (Malagón, Londoño, 2008, pag.617).

Mia.J.J. (1996), define como calidad asistencial como “la totalidad de funciones y características del servicio que determina su capacidad para satisfacer las necesidades de un cierto grupo de usuarios”.

1.3. Calidad del Servicio

Es el nivel de desarrollo y operatividad que garanticen el logro de los mayores beneficios para el usuario, con los menores riesgos posibles, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos disponibles para su nivel de complejidad y con los valores éticos y sociales imperantes. Esta definición de

tipo operativo conjuga los 3 elementos nucleares de la calidad: beneficios, costos y riesgos. (GAS H. G., 2002).

En este segmento se pretende informar acerca de la fusión de los términos Calidad y Servicio como un aporte de diferentes autores, entre los que destacan Parasuraman, Berry, Zeithaml, Donabedian (considerado el padre la calidad en salud), entre otros.

En los últimos años, es notorio el gran auge que ha tenido el tema de calidad y los diferentes métodos empleados para conseguir prestar servicios con calidad. Si bien la calidad ha sido una preocupación permanente de todos los profesionales, en algunos ámbitos se ha difundido la idea equivocada de que la calidad se da per se en la atención, que se mejora solamente con la voluntad de hacerlo o que es un problema que se resuelve a través de auditorías y sanciones. (OPS, 2001)

Se distinguen cuatro dimensiones de la calidad:

La primera es la dimensión técnica, que consiste en la mejor aplicación del conocimiento y la tecnología disponibles en la atención del paciente.

La segunda es la seguridad, que se mide en el riesgo que acarrearán los servicios ofrecidos para el paciente.

La tercera es el grado en que el servicio satisface las necesidades sentidas del usuario. Donabedian (Dagnino A. G., 1994) considera que la relación interpersonal con el paciente y que las características del lugar en que se preste la atención deben reflejar respeto por el paciente y permitir su privacidad y

comodidad. Esta dimensión es parte integral de la calidad de atención ya que puede influir decisivamente en la aceptabilidad por parte del paciente y, por ello, en el éxito de la atención y de los beneficios que brinda. Algunos textos distinguen esta “calidad sentida o percibida por el usuario” de la “calidad técnica”, que atañe el territorio de los profesionales. Sin embargo, algunos autores han apuntado que también los usuarios, incluso aquellos con un aparente bajo nivel de conocimientos médicos, son capaces de juzgar el acto médico. De esta manera, la “calidad sentida o percibida por el usuario” comprendería no solamente aspectos tales como la comodidad, el trato, la privacidad el tiempo de espera si no también que el usuario es capaz de percibir aspectos de la calidad técnica desde su propia perspectiva y sus valores.

La cuarta dimensión es el costo racional de la atención, entendiendo su estrecha relación con los beneficios y los riesgos que se derivan de ella. Mejorar la calidad puede redundar en un aumento de los costos, pero el uso innecesario o inadecuado de servicios aumenta los costos sin acrecentar la calidad, dilapidando recursos que podrían ser utilizados para mayores beneficios sociales y cuyo costo afecta el acceso y la continuidad (Gas H. G., 2002)

En la dimensión del servicio es necesario desarrollar mecanismos para conocer las necesidades y expectativas de los usuarios y la forma como estas se traducen en características de la atención. Con respecto a las expectativas, se debe analizar el trato, la información recibida o el beneficiario y la facilidad de

acceso, la oportunidad de respuesta, los tiempos de espera, así como las condiciones en que se presta la atención: el orden, el aseo, la comodidad y la intimidad; y si se tiene mecanismos sistemáticos de capacitación al usuario para hacerlo partícipe de las decisiones referentes a sus propios cuidados (Gas H. G., 2002)

El servicio comienza por contemplar a la empresa a través de los ojos de sus clientes, considerada como una estrategia para el éxito. Sin embargo, lo primero de todo es conseguir conocer bien a los clientes, preguntándose: ¿Quiénes son?, ¿Cuáles son sus necesidades?, ¿Qué es lo que les interesa?, ¿Qué es lo que les impulsará a comprar una y otra vez?, ¿Qué es lo que les dejará completamente satisfechos? (Horovitz, 2000)

La mayoría de los investigadores están de acuerdo en que los servicios tienen las cuatro características siguientes:

1. Intangibilidad: los servicios no se pueden tocar, oler, probar o ver. Los consumidores que van a comprar servicios, generalmente no tienen nada tangible que colocar en la bolsa de la compra.
2. Heterogeneidad: los servicios varían. Al tratarse de una actuación, los servicios son difíciles de generalizar. Incluso los cajeros más corteses y competentes pueden tener días malos por muchas razones, e inadvertidamente pasar malas vibraciones al cliente o cometer errores.

3. Inseparabilidad de producción y consumo: Un servicio generalmente se consume mientras se realiza, con el cliente implicado a menudo en el proceso.
4. Caducidad: La mayoría de los servicios no se pueden almacenar. Si un servicio no se usa cuando está disponible, la capacidad de servicio se pierde.

Estas características, especialmente las 3 primeras plantean unos desafíos de calidad únicos (Leonard L. Berry, David R. Bennet, Carter W. Brown, 1989).

En el nuevo milenio, la frase: "servicio al cliente" parece ser natural, cajeros de los bancos, agentes de renta de automóviles y otros colaboradores, se encuentran entre el creciente número de empleados que ahora se conocen como representantes del servicio al cliente. La aplicación de los servicios en las diferentes organizaciones está presente ahora. Quizá éste, o debería estar abarcando a todo el personal cuyo trabajo lo pone en contacto con los clientes en forma rutinaria; pero, cada empresa tiene una orientación importante que constituye la razón principal de su existencia. El cliente es el punto central de cualquier institución, sin él no habría razón de ser de las empresas, por ello cada empresa deberá atender a sus clientes de manera particular (Jorge Riveros S., Carmen Berné M., 2007).

Las ofertas de una empresa, por lo general, incluyen algún tipo de servicios, que pueden constituir un elemento mayoritario o minoritario dentro de la oferta total. Se distinguen cinco tipos de ofertas:

1. Bienes puramente tangibles: la oferta consiste exclusivamente en un bien tangible, como jabón, sal. No va acompañado de ningún servicio.
2. Tangibles que incluyen servicios: la oferta es un bien tangible acompañado de uno o más servicios, por ejemplo autos, computadoras. Levitt asegura que “cuanto más tecnología implica un producto, más dependen sus ventas de la calidad y disponibilidad de los servicios que lo acompañan”.
3. Productos híbridos: la oferta está compuesta por bienes y servicios por partes iguales, como por ejemplo los clientes habituales de un restaurante lo son tanto por la comida como por los servicios.
4. Servicio principal: son bienes y servicios secundarios. La oferta está formada por una oferta principal acompañado por servicios adicionales o bienes de apoyo. Por ejemplo, los pasajeros de una aerolínea adquieren transporte, pero el viaje también incluye determinados bienes tangibles, como la comida y la bebida, el pase de abordar y la revista la prestación del servicio requiere de una inversión importante en un bien puro (el avión), pero lo fundamental es el servicio.

5. Servicio puro: la oferta consiste exclusivamente en un servicio, la psicoterapia, el masaje o el cuidado de los niños (Phillip Kotler, Kevin Lane Keller, 2006).

Como consecuencia de esta mezcla variable de bienes y servicios, es difícil generalizar para obtener conclusiones, a menos que se hagan otras distinciones. Algunas precisiones de servicio útiles son:

- Los servicios varían en función de si están basados en maquinaria (lavado automático de autos, máquinas expendedoras) o de si están basados en personas (limpieza de ventanas, servicio de contabilidad). Los servicios que se basan en personas se clasifican a la vez, en función de personal que los proporciona: no calificado, calificado, o profesional.
- Las empresas de servicios pueden seleccionar entre procesos diferentes para prestar el servicio. Los restaurantes han desarrollado formatos tan diferentes como las cafeterías, la comida rápida, el buffet y el servicio a la luz de las velas.
- Algunos servicios requieren la presencia del cliente y otros no. La neurocirugía requiere que el cliente este presente, mientras que para reparar un vehículo averiado esto no es necesario.

Si la presencia del cliente es indispensable, la empresa ha de tener en cuenta sus necesidades.

- Los servicios también se diferencian según se presten para satisfacer necesidades individuales (servicios personales) o necesidades de empresas (servicios empresariales). Así las empresas de servicios desarrollan programas de marketing diferentes para los mercados individuales y para los industriales.
- Las empresas de servicios difieren en sus objetivos (lucrativos o no lucrativos) y en la propiedad “pública o privada”. Cuando estas dos características se cruzan, dan pie a cuatro tipos de organizaciones de servicios bastante diferentes. Los programas de marketing para un hospital privado serán diferentes de los de un hospital público para veteranos (León Schiffman, Lesly Lázar Kanuk, 2005).

Los especialistas en el marketing de servicios deben ser capaces de transformar los servicios intangibles en ventajas concretas. Para facilitar la “tangibilización de lo intangible”, Carbone y Haeckel proponen un conjunto de conceptos bajo el nombre de diseño de las experiencias de los clientes. En primer lugar, las empresas tratan de desarrollar una imagen clara y concisa de la percepción que desean transmitir a los clientes a través de su experiencia, y a continuación, diseñan un conjunto consistente de claves de resultado y contexto para respaldar tal experiencia (León Schiffman, Lesly Lázar Kanuk, 2005).

Los consumidores se forman expectativas sobre el servicio a partir de muchas fuentes como por ejemplo las experiencias previas, los comentarios de conocidos y la publicidad. Por norma general, los consumidores comparan el servicio percibido con sus expectativas de servicio. Si el servicio percibido es inferior a las expectativas, los consumidores se decepcionarán. Si el servicio percibido alcanza o supera las expectativas, los consumidores volverán a contratar al proveedor. Las empresas de éxito añaden ventajas a sus ofertas de modo que no solo satisfagan a sus clientes, si no que los deleiten. Deleitar a los clientes es cuestión de superar sus expectativas (Phillip Kotler, Kevin Lane Keller, 2006).

Christopher H. Lovelock citado en Peralta Sánchez (2009) destaca que “el servicio al cliente debe abarcar no solo los departamentos de mercadotecnia, si no también toda la organización”, por lo que se puede asegurar que el servicio al cliente debe aplicarse y poseer una relación con toda la organización.

Entre las características del servicio al cliente, Lovelock destaca el "Nivel de Complejidad", debido a que hay algunos servicios cuyo empleo es sencillo para los clientes y que el departamento de operaciones (o cualquier otro) puede proporcionar fácilmente. Otros servicios son más complejos, por lo que los usuarios inexpertos requieren de ayuda. Existe la probabilidad de un mayor número de aspectos que pueden resultar mal, por consiguiente; requieren un

personal de contacto con el cliente que pueda proporcionar información y ayuda.

Así mismo, Lovelock menciona otra de las características del servicio al cliente en el "Grado de Riesgo" por lo cual los gerentes deben comprender las consecuencias que tienen las fallas en el servicio; en este caso resultará importante contar con personal maduro y bien capacitado, que no sólo se comporten con calma y tacto cuando se enfrentan a clientes molestos (o difíciles) sino que también puedan trabajar para resolver el problema con la mayor rapidez posible.

En la misma publicación, Malcom Peel, destaca entre los principales puntos del servicio al cliente que "La Dirección ejecutiva debe ser responsable funcional de todos los aspectos del servicio al cliente"; "La formación debe ser especial en todo el personal que esté en contacto con el cliente", "El vestuario tiene que ser impecable de quienes entren en contacto con el cliente" y "La Autoridad expresa debe en el personal de las sucursales para solucionar problemas de servicio"; puntos en los cuales descansan las principales situaciones que caracterizan al servicio al cliente.

Son numerables ventajas para las empresas que prestan un adecuado servicio al cliente; no sólo porque les proporcionará mayor entrega a sus clientes trayendo consigo mayor estabilidad en el mercado, porque "El fin de cualquier negocio, -según dice Theodore Levitt - es el de hacer y conservar clientes" sino;

porque en el caso de atención de reclamos de los consumidores hacia la empresa, (parte trascendental en el servicio al cliente) las instituciones pueden evitar el daño que pueden originar los clientes descontentos, con el simple hecho de atender esas quejas, mediante estrategias adecuadas (Peralta Sánchez, 2009).

Un servicio es de calidad cuando satisface las necesidades del cliente en cuanto a seguridad, fiabilidad, y prestaciones. Como en los bienes, los servicios son de calidad cuando son conformes con su diseño. Se pueden distinguir dos tipos de conformidad:

- Conformidad interna: es el cumplimiento de las especificaciones establecidas en los procesos, algunos de los cuales tendrán una repercusión directa sobre los clientes, mientras que otros solo afectarán a las relaciones internas. Tiene cierta similitud con el control de los procesos industriales porque se basa en comparar los resultados con los estándares establecidos.
- Conformidad externa: es la concordancia del servicio con los aspectos de calidad percibida por los clientes (Varo, 1994).

La medición del grado de conformidad externa se basa en el análisis de las reclamaciones y sugerencias –que pondrán de manifiesto las clases de molestias, aunque no la magnitud de las mismas- y en los sondeos de opinión. (Varo, 1994)

Para Berry, Parasuraman, y Zeithaml (1994) la calidad de servicio es tanto realidad como percepción, y son los deseos de los usuarios los que condicionan la valoración de la calidad del servicio prestado por una institución.

Diferentes autores han abordado la calidad de los servicios desde diversas perspectivas, coincidiendo en los siguientes criterios:

- La evaluación de la calidad de los servicios es difícil y compleja.
- La valoración no debe atender solo a los resultados del servicio, hay que evaluar también la ejecución del proceso.
- La satisfacción del proceso se define como el resultado de la diferencia surgida al comparar las expectativas del servicio con la apreciación subjetiva del servicio.

Berry, Parasuraman y Zeithaml han investigado este asunto y por medio de ella han identificado cinco dimensiones totales del funcionamiento del servicio:

- **Los Tangibles** son la parte “visible” de la oferta –instalaciones, equipos, y apariencia del personal de contacto que da indicación de la naturaleza del servicio mismo. Ya que los servicios son realizaciones más que objetos, es difícil para los clientes, comprenderlos mentalmente e imposible cogerlos físicamente. Por ello, los clientes tienden a buscar las cosas tangibles asociadas al servicio que les ayuden a juzgar el mismo.

Las cosas tangibles influyen en la percepción de la calidad del servicio.

En primer lugar, dan una idea de la naturaleza y de la calidad. En

segundo lugar, las cosas tangibles pueden afectar la percepción de la calidad de servicio directamente.

- **La Fiabilidad** implica la realización del servicio prometido con formalidad y exactitud. ¡La fiabilidad implica mantener la promesa de servicio!

Los errores de servicio no solo son caros de corregir en un servicio directo, sino que también resultan caros indirectamente, porque pueden tener un efecto negativo sobre la confianza del cliente en toda la institución.

- **La Responsabilidad** es estar listo para servir; es el deseo de servir a los clientes pronta y eficazmente. La responsabilidad está a veces en función de “pequeñas cosas”.

- **La Seguridad** se refiere a la competencia y cortesía del personal de servicio que infunde confianza al cliente. Cuando los clientes tratan con persona de servicio que son tanto agradables como entendidos, sienten la “tranquilidad” de estar negociando con la compañía apropiada. La cortesía sin competencia, o la competencia sin cortesía, no tienen el impacto positivo sobre el cliente que puede tener la combinación de estas características. Encontrar estos atributos en funcionamiento del mismo proveedor de servicios no es fácil, como atestiguará cualquier cliente de servicio.

La simple falta de cortesía es la característica más común de las historias de servicio escandalosas que están empezando a formar parte rápidamente de nuestra cultura popular.

La distribución en la dimensión de seguridad del funcionamiento del servicio requiere una selección cuidadosa del personal de contacto con el cliente y un continuo aprendizaje. La seguridad es el resultado de poner a la persona adecuada en el ambiente adecuado, y no de alguna clase de magia.

- **La Empatía** va más allá de la cortesía profesional. Es un compromiso con el cliente –es el deseo de comprender las necesidades precisas del cliente y encontrarle respuestas más adecuadas-. La empatía en un servicio esmerado, individualizado, que satisfaga necesidades. Va más allá de la “Regla Dorada”. Que la gente debería proporcionar la clase de servicio que ellos, a su vez, desearían recibir es un supuesto indiscutible en cualquier argumentación sobre lo que constituye el servicio de calidad.

Un auténtico interés sobre los clientes, el esforzarse para entender sus necesidades y encontrar el modo de satisfacerlas constituye la dimensión de empatía.

Hay una estrecha relación entre empatía y responsabilidad. Es de gran ayuda pensar en la responsabilidad en términos de “acceso al servicio”, y en la empatía en términos de entender precisamente los requisitos de

servicio del cliente” (Leonard L. Berry, David R. Bennet, Carter W. Brown, 1989).

Otra definición de calidad de servicio es que además, puede apreciarse por el cliente, porque la calidad, como la belleza, está en el ojo del observador (Leonard L. Berry, David R. Bennet, Carter W. Brown, 1989). Esto se traduce en que lo que para unos es una buena calidad, para otros es un nivel no aceptable de la misma, o viceversa, tal como lo menciona, Tom Peters: “el cliente percibe el servicio bajo sus propias condiciones. Es el cliente quien paga la tarifa –o no la paga- por una razón o serie de razones que él o ella determinan. Punto. No hay debate. No hay discusión” (Leonard Berry, David Bennet, Carter W. Brown, 1989).

Berry, Bennett y Brown, en su libro *Calidad de Servicio* (1989), definen ciertos elementos básicos que todo personal de servicio debe conocer. Estos incluyen el conocimiento del producto, la cortesía, y la velocidad de atención. También creen que la calidad se condimenta con el ambiente, la cosmética del entorno. El personalismo ocupa también una alta posición en el valor del servicio recibido por el cliente; la actitud tiene mucha importancia. En muchos casos, una atención amistosa y la autenticidad superan la lentitud y la gran falta de conocimiento. Un servicio de calidad no es “ajustarse a las especificaciones”, como a veces se le define, sino más bien ajustarse a las especificaciones del cliente (Leonard Berry, David Bennet, Carter W. Brown, 1989).

Al considerar la calidad de servicio, es conveniente tener en cuenta, además de lo anterior, las siguientes perspectivas:

1. La mejora del servicio es con mucho una iniciativa humana. Tres de las cinco dimensiones de funcionamiento del servicio (responsabilidad, seguridad y empatía), resultan directamente de la actuación humana, y una cuarta (fiabilidad) a menudo depende de la actuación humana. Incluso las cosas tangibles se relacionan, ya que la apariencia física de los que ofrecen el servicio puede influir en las impresiones sobre la calidad de servicio.
2. El modo en el que los clientes juzguen un servicio, puede depender tanto o más del proceso de servicio que del resultado del servicio. En los servicios, el “como” de su realización es una parte clave del mismo. Los compradores de productos tangibles, juzgan la calidad en relación con el producto acabado –su durabilidad, funcionamiento, apariencia, etcétera-. Los compradores de servicio juzgan la calidad basándose tanto en las experiencias que tienen durante el proceso de servicio como en lo que pueda ocurrir después.
3. Todos en una institución pueden proporcionar un servicio: desde los que realizan un trabajo administrativo hasta los que atienden al público, pasando por comerciales, vendedores, etcétera, todos realizan algún tipo de servicio para alguien. Todos en la organización tienen un cliente, y la

prioridad número uno día tras día, debería ser satisfacer o exceder las expectativas de servicio al cliente (Leonard Berry, David Bennet, Carter W. Brown, 1989).

Independientemente del puesto que se desempeñe dentro de la empresa al momento de interrelacionarse con un cliente, se vuelve la cara de la organización, y tanto un mal comportamiento como un buen comportamiento, llevan el nombre de la compañía, no el del colaborador, por lo que la calidad del servicio está dentro de cada rincón de la empresa. La calidad de servicio tiene que ser previsión, no una ocurrencia tardía; tiene que ser un modo de pensar que influya en cada paso del desarrollo de nuevos servicios, tecnología e instalaciones.

La calidad del servicio tiene carácter subjetivo debido en gran parte a las relaciones interpersonales que se establecen entre los proveedores de la atención y los usuarios de la misma, pero también a las facilidades y comodidades que en conjunto intentan dar respuesta a las necesidades, deseos y expectativas de los usuarios y que son capaces de satisfacer a los usuarios.

Este carácter subjetivo hace que la calidad del servicio se caracterice por su incertidumbre, variabilidad, y dificultad de medición, no obstante se han diseñado diferentes técnicas e instrumentos que buscan medirla.

Gas, (2002) refiere que si realmente se está preocupado por la calidad con que se está otorgando la atención, si por un momento nos ubicamos en la atención de un paciente, indudablemente nos preocupa que nos atiendan amablemente y

con oportunidad, que la dimensión interpersonal de Donabedian se vea ampliamente satisfecha.

Los objetivos de la calidad de los que se ocuparán los Planes Anuales de Calidad, pactados entre responsables a nivel proyecto deben ser con las siguientes características:

Definidos oficialmente, alcanzables, razonablemente equitativos y medibles.

Los indicadores de calidad deben ser específicos para cada actividad y para definirlos solo hay tres claves: creatividad, experiencia y sentido común. Dar un buen servicio implica entender al cliente, conocer sus gustos, sus planes, sus necesidades y en esa misma forma trabajar para proveer o entregar lo que sabemos que va a agradar a los clientes (Peralta Sánchez, 2009).

Con un buen servicio al cliente se consigue de él algo más allá de la satisfacción; su lealtad. En la medida en que el servicio sea de mayor calidad, se acerque o sobrepase, las expectativas del cliente, el grado de satisfacción y la lealtad del cliente aumentará, esto permite verificar la calidad del servicio que se ofrece (Gas H. G., 2002).

La calidad real de los servicios llega a variar de un día para otro, de un empleado de servicio a otro y de un cliente a otro, los mercadólogos buscan estandarizar sus servicios para ofrecer una calidad consistente. La desventaja de la estandarización de los servicios es la pérdida de los servicios personalizados que muchos consumidores tienen en alta estima. (León Schiffman, Lesly Lázar Kanuk, 2005).

Parasuraman, Zeithaml, y Berry formularon un modelo de calidad en el servicio que subraya los principales requisitos para ofrecer la calidad esperada. El modelo identifica cinco situaciones que producen una entrega no satisfactoria:

1. Diferencias entre las expectativas del consumidor y la percepción de la dirección: la dirección no siempre percibe correctamente lo que los consumidores desean. Quizás, los administradores de hospitales piensen que los pacientes quieren comida de mejor calidad pero quizás éstos se preocupan más por la atención que dan las enfermeras.
2. Diferencia entre la percepción de la dirección y la percepción de calidad del servicio: la dirección podría percibir correctamente los deseos de los consumidores, pero esto no necesariamente redundaría en un nivel de calidad determinado para el servicio. Los administradores podrían pedir a las enfermeras que presten un servicio “rápido” sin especificar el tiempo en minutos.
3. Diferencia entre las especificaciones de calidad y la prestación del servicio: el personal podría haber recibido una mala capacitación, no ser capaz de cumplir con el nivel de calidad o simplemente no estar dispuesto a hacerlo; o quizás podrían existir especificaciones contradictorias, como por ejemplo, dedicar suficiente tiempo a escuchar a los pacientes y atenderlos rápidamente.

4. Diferencia entre la prestación del servicio y las comunicaciones externas: las expectativas de los consumidores se ven influidas por las declaraciones de los representantes de la empresa y por la publicidad. Si el folleto de un hospital muestra una habitación agradable, pero cuando llega el paciente resulta que la habitación tiene un aspecto desagradable, las comunicaciones externas habrán distorsionado las expectativas de los consumidores.

5. Diferencia entre el servicio percibido y las expectativas: esta situación tiene lugar siempre que el consumidor no percibe adecuadamente la calidad en el servicio. El médico podrá visitar a un paciente constantemente para demostrarle que se preocupa por él, pero este podría pensar que su estado es grave. (Phillip Kotler, Kevin Lane Keller, 2006).

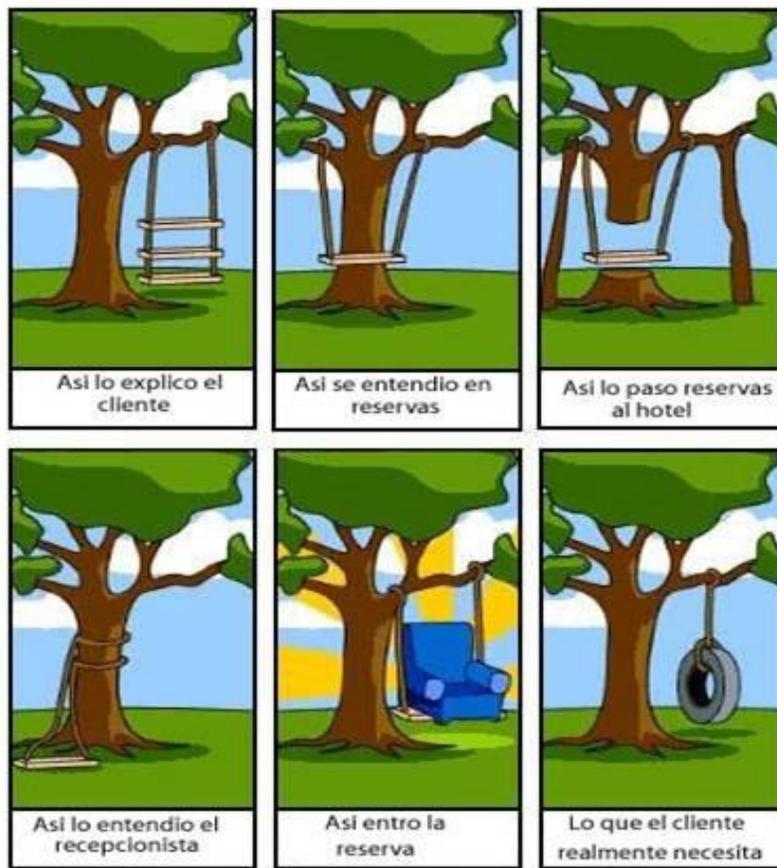


Figura 1. Satisfacción del cliente

Fuente: Buscador Google, satisfacción del cliente.

En esta ilustración se ejemplifica las cinco situaciones que producen una entrega no satisfactoria del servicio, mostrando las diferencias entre lo que el cliente explica y lo que puede entender el personal de una compañía, generando insatisfacción en el cliente.

Los pioneros sobre servicios, Parasuraman, Berry y Zeithaml, ofrecen algunos consejos entorno a diez rubros que consideran fundamentales para mejorar la calidad en el servicio de cualquier tipo de empresa:

1. Escuchar: entender con quién en verdad los consumidores mediante la identificación de las expectativas y percepciones de los clientes y de quienes no lo son.
2. Confiabilidad: es la única dimensión verdaderamente importante de la calidad en el servicio y debe ser una prioridad.
3. Servicio básico: las empresas de servicio deben ofrecer un servicio básico y hacer lo que se supone que deben hacer (cumplir las promesas, utilizar el sentido común, escuchar a los clientes, mantener informados y estar decididas a ofrecer un valor superior).
4. Diseño del servicio: desarrollar una visión holística del servicio a la vez que se cuidan todos los detalles.
5. Recuperación: para satisfacer a los clientes que experimenten algún problema con el servicio, las empresas deben animarlos a reclamar (y deben facilitarles el proceso). A continuación deben responder rápidamente y en persona, y desarrollar un sistema de resolución de problemas.
6. Sorprender a los clientes: aunque la confiabilidad es el evento más importante cuando se desea alcanzar las expectativas de servicio de los clientes, otros factores del proceso (por ejemplo, seguridad, receptividad, y empatía) son más importantes cuando se trata de superar las

expectativas de los clientes, por ejemplo, sorprendiendo con rapidez, destreza, cortesía, competencia, compromiso y comprensión fuera de lo común.

7. Juego limpio: las empresas de servicios deben esforzarse especialmente por ser justas e imparciales, demostrarlo tanto frente a sus clientes como a sus empleados.
8. Trabajo en equipo: el trabajo en equipo es lo que permite a las grandes empresas prestar servicios con esmero y atención, fomentando la motivación y la capacidad de los empleados.
9. Investigación entre empleados: es conveniente realizar investigaciones con los empleados para descubrir los problemas del servicio y que se puede hacer para resolverlos.
10. Liderazgo al servicio de la empresa: los servicios de calidad provienen de un liderazgo con inspiración a través de la organización y se deben a un excelente diseño de prestación de servicios, al uso eficaz de la información y de la tecnología, y a una fuerza interna todopoderosa y que cambia lentamente, denominada cultura corporativa. (Phillip Kotler, Kevin Lane Keller, 2006)

La calidad de servicio quedo definida como la amplitud de las diferencias o brechas que existían entre las expectativas o deseos de los clientes y

sus percepciones respecto a la prestación del servicio (Parasuraman, Zeithaml, y Berry, 1993). Tabla 1. Resumen Cronológico de los más Relevantes.

Aportes sobre la Medición de la Calidad del Servicio.

Año	Autores	Aportes
1980	Oliver	Paradigma Des confirmatorio
1984	Grönroos	Modelo de Calidad de Servicio
1985, 1988	Parasuraman, Zeithaml y Berry	Modelo SERVQUAL
1989	Eiglier y Langeard	Modelo de Servucción
1992	Cronin y Taylor	Modelo SERVPERF
1993, 1994	Teas	Modelo de Desempeño Evaluado
1994	Rust y Oliver	Modelo de los Tres Componentes
1996	Dabholkar, Thorpe y Rentz	Escala Multinivel de Calidad del Servicio
1997	Philip y Hazlett	Modelo P-C- P
2001	Brady y Cronin	Modelo Jerárquico Multidimensional
2006	Akbaba	Técnica del Factor Incidente Crítico

Fuente: (Oscar Colmenares, José Saavedra) Resumen Cronológico de los más Relevantes Aportes sobre la Medición de la Calidad del Servicio.

1.4. Modelos de Medición de la Calidad del Servicio

Los métodos usados para medir la calidad de servicio en los usuarios externos se dividen en métodos cuantitativos entre los que se encuentran las encuestas y métodos cualitativos donde se encuentra a los grupos focales, estos últimos si

bien pueden aportar información más exhaustiva, requieren amplia preparación y experiencia en su manejo para ser aplicados, estos métodos difícilmente producen información que pueda generalizarse a espacios institucionales extensos y deben ser asumidos como complemento que permita profundizar la información previamente detectados por métodos cuantitativos (Cajamarca, 2000).

Para implementar estrategias de mejora continua es indispensable contar con un diagnóstico de calidad y esto se logra a través de diferentes métodos, entre los que destacan:

Según la Escuela Noreuropea o Nórdica:

1. El Modelo de Calidad de Servicio de Grönroos. (1983-1994) plantea que la calidad de servicio es el resultado de integrar la calidad total en tres tipos de dimensiones: calidad técnica (que se da), calidad funcional (como se da), e imagen corporativa; en las que quedarán incluidos los atributos que pueden influir o condicionar la percepción que un sujeto tiene de un objeto, sea producto o servicio, siendo la imagen un elemento básico para medir la calidad percibida. Es decir, que relaciona la calidad con la imagen corporativa, de ahí que la imagen sea un elemento básico para medir la calidad percibida. El modelo propuesto por Grönroos (1988) define y explica la calidad de servicio a la vez que asocia su gestión con las actividades propias del marketing y la relación

de intercambio con un mercado de consumidores. Este modelo se ha usado como única referencia o en combinación con la escala SERVQUAL.

2. Modelo de los tres Componentes de Rust y Oliver. En 1994, Rust y Oliver presentaron una conceptualización no aprobada, pero que fundamentan lo planteado por Grönroos.

El modelo se compone de tres elementos, el servicio y sus características (Service Product), el proceso de envío del servicio o entrega (Service Delivery), y el ambiente que rodea el servicio (Environment). Su planteamiento inicial fue para productos físicos. Al aplicarlo al servicio, cambia el centro de atención, pero, como ellos afirman, se está hablando de empresas de servicios o de productos, los tres elementos de la calidad del servicio siempre están presentes.

El servicio y sus características se refieren al diseño del servicio antes de ser entregado al cliente. Las características específicas se incluyen aquí. Los elementos se determinan según el mercado objetivo, es decir según las expectativas.

El ambiente del servicio está subdividido en dos perspectivas: la interna (del proveedor del servicio) y la externa. El ambiente interno se enfoca en la cultura organizacional y en la filosofía de la eliminación, mientras el

externo se orienta principalmente al ambiente físico de la prestación del servicio (Rust y Oliver, 1994).

3. El Modelo de “Servucción” de Eiglier y Langeard. En 1989 apareció la teoría de Servucción como un intento de sistematizar la “producción”, el proceso de creación y fabricación del servicio. Según Eiglier y Langeard, sus iniciadores, la Servucción es la organización sistemática y coherente de todos los elementos físicos y humanos de la relación cliente-empresa, necesaria para la realización de una prestación de servicio cuyas características comerciales y niveles de calidad han sido determinados. Es de destacar que este término fue desarrollado por estos autores con la intención de establecer un término equivalente a la producción de productos tangibles pero aplicados a los servicios. Los autores distinguen cuatro elementos básicos: el cliente, el soporte físico, el personal de contacto y el servicio.

La escuela Norteamericana, cuenta con los siguientes modelos:

1. SERVQUAL (SERVice QUALity) la calidad de servicio recibió un fuerte impulso para su aplicación en la gestión de las organizaciones a partir del trabajo desarrollado hace años por Parasuraman, Zeithaml, y Berry (Pascual, 2004; Casino, 2001).

Parasuraman, Zeithaml, y Berry (1988) y Coulthard, (2004), Como conclusión de sus investigaciones, desarrollaron un modelo conceptual

de la calidad del servicio y diseñaron un instrumento de medida que identificaron como SERVQUAL (SERVice QUALity) para su evaluación.

El modelo SERVQUAL se deriva, según investigadores como Bitner (1990) y Bolton Drew (1991), del paradigma de la des confirmación de la literatura de satisfacción del cliente, el cual evalúa la calidad de un servicio comparando su percepción del servicio recibido con sus expectativas.

2. Modelo SERVPERF: Cronin y Taylor (1992) proponen el modelo alternativo SERVPERF basado en el desempeño, midiendo solamente las percepciones que tienen los consumidores acerca del rendimiento. Se basan en Carman (1990) para afirmar que la escala SERVQUAL no presentaba mucho apoyo teórico y evidencia empírica como punto de partida para medir la calidad de servicio percibida.

La escala SERVPERF produce como resultado un puntaje o calificación acumulada de la calidad general de un servicio, lo cual puede representarse mediante una gráfica relativa al tiempo y a sus grupos específicos de consumidores (segmentos demográficos). El modelo emplea los 22 puntos identificados por el método SERVPERF, simplificando el método de medición de la calidad del servicio. De esta manera, el modelo SERVPERF conforma más las implicaciones teóricas sobre las actitudes y la satisfacción.

El modelo SERVPERF surge a raíz de las críticas del modelo SERVQUAL, expertos como Bolton y Drew (1991), Churchill y Surprenant (1982), Woodruff, Cadotte y Jenkins (1993) abogan por el mismo.

La escala SERVPERF que recoge solamente percepciones, y que se ha demostrado posteriormente como más práctica y efectiva para esta medición, estableciéndose, además, que el sector de aplicación es clave para la identificación de las dimensiones del constructo propuesto. Esta escala intenta superar las limitaciones de utilizar las expectativas en la medición de la calidad percibida, sin definir concretamente el tipo y el nivel de expectativas a utilizar (o expectativas de desempeño, experienciales, predictivas, normativas, etcétera). En conclusión, la escala es la misma, lo que varía es el enfoque de evaluación y las preguntas en los instrumentos (Duque, 2005).

3. Modelo Jerárquico Multidimensional: Brady y Cronin (2001) plantearon el Modelo Jerárquico Multidimensional, que parte de los planteamientos Grönroos (1984), Parasuraman, Zeithaml, y Berry (1988), Rust y Oliver (1994) y Dabholkar, Thorpe y Rentz (1996), definido por los consumidores que forman sus percepciones sobre la calidad de servicio en base a una evaluación del desempeño en múltiples niveles, y al final combinan esas evaluaciones para llegar a la percepción global de la calidad del servicio. Los autores reconocen la complejidad del constructo y afirman que ninguna perspectiva es equivocada; cada una es incompleta sin la otra. A través de su investigación cuantitativa y

empírica, se muestra como la calidad del servicio conforma una estructura de tercer orden, donde la percepción de calidad es definida por claras y procesables dimensiones, y a su vez, estas están constituidas por diversas sub dimensiones. Brady y Cronin (2001) sostienen que su propuesta de medición es la mejor forma de explicar la complejidad de las percepciones humanas teniendo en cuenta la conceptualización de calidad de servicio vigente en la literatura actual (Oscar Colmenares, José Saavedra).

4. Otros de los métodos tradicionalmente utilizados para la evaluación de la calidad se efectúa comparando un indicador con un estándar determinado, los cuales pueden ser de:
 - Estructura
 - Proceso
 - Resultados.

Kevin. La **evaluación de la estructura** se hace con el fin de acreditar o licenciar un determinado servicio o centro. Con ello se quiere asegurar que tiene instalaciones, equipo, recursos humanos y sistema de gestión, adecuados para la prestación del servicio.

La **evaluación del proceso** y los resultados se dirige hacia aspectos profesionales o técnicos, utilizando como instrumento las auditorías y el análisis de los resultados medidos a través de indicadores.

Los resultados se determinan por la satisfacción del usuario siendo un atributo fundamental de la calidad de los servicios, la cual está relacionada con la expectativa de los usuarios en relación a dos aspectos: a) la satisfacción con la calidad técnica de los servicios prestados y b) la satisfacción por la eficacia de la atención y con la calidez del trato y comunicación interpersonal. Un programa de la mejora de la calidad mide el primer componente a través de encuestas de la efectividad del servicio, y el segundo por medio de instrumentos que evalúen la percepción del usuario respecto al servicio recibido (Salud, Plan Nacional de Salud 2021, 2005).

Boulding, Kaira, Staeling, y Zeithaml desarrollaron un modelo dinámico sobre la calidad en el servicio. Este modelo se basa en la premisa de que las percepciones y las expectativas de los consumidores sobre la calidad en el servicio cambian con el tiempo, y que éstas son una conjunción de las expectativas previas sobre qué ocurrirá y sobre que debería ocurrir en el momento de la prestación del servicio, así como de la prestación real del servicio (Phillip Kotler, Lane Keller, 2006).

2. Sistemas de Salud

La Organización Mundial de la Salud define el sistema de salud como el ente que “comprende todas las organizaciones, instituciones, y recursos dirigidos a la realización de acción cuyo propósito principal es el mejoramiento de la salud”.

Un sistema de salud puede caracterizarse también de acuerdo con sus actores principales:

- a) El gobierno o los profesionales que estructuran y regulan el sistema.
- b) La población, incluidos los pacientes, quienes en su condición individual o colectiva pagan por el sistema de salud (a través de impuestos u otros mecanismos) y reciben los servicios.
- c) Agentes financieros, quienes recaudan fondos y los asignan a proveedores o compran servicios a nivel nacional y otros niveles inferiores.
- d) Organizaciones comunitarias y locales (voluntariados, comités de salud, iniciativas privadas) que colaboran en la organización y apoyo logístico financian directa o indirectamente y algunas veces prestan servicios.
- e) Los proveedores de servicios que, a su vez, pueden ser tanto del sector público como del sector no público.

Los sistemas de salud también pueden definirse de acuerdo con sus funciones principales: Administración (o vigilancia); financiación (recaudo, banca o compra) y prestación o provisión de servicios (Salud S. d., Plan Nacional de Salud 2021, 2005).

Los sistemas de salud orientados hacia la atención primaria de salud responden a problemas comunes de salud, se constituyen en un punto focal de integración de actividades de desarrollo socioeconómico y combaten la exclusión social a través de articulaciones sinérgicas entre los sectores. La carta de Ljubljana para

la reforma de salud adoptada por la Unión Europea en 1996, representa una propuesta pionera de articular los requerimientos de un sistema de atención de salud basado en atención primaria. Establece que los sistemas de salud deben estar basados en valores: dignidad humana, equidad, solidaridad y ética profesional, orientados hacia el logro de resultados en salud, centrados en las personas a la vez que fortalecedores del autoestima, dirigidos hacia la calidad, sólidos desde el punto de vista financiero, capaces de responder a las expectativas de los ciudadanos y basados en la evidencia. (Salud, 2005).

Para Frenk, todo el sistema de salud implica la interacción entre los prestadores y los miembros de una población. Entre las características de esta interacción destacan, primero, que ni los prestadores de servicio, ni los miembros de la población actúan de manera aislada; en segundo lugar, que ni los prestadores de servicios, ni las poblaciones constituyen categorías homogéneas y, por último, que la relación entre los prestadores y la población no es directa (Malagón-Londoño, 2008, pag.543,544).

Los sistemas de salud, después de ser entidades simples y de escasa efectividad, durante el siglo pasado experimentaron un crecimiento extraordinario, aunque sin haber empleado todo su potencial para mejorar la salud. Esto último es motivo de fuerte controversia y se ha esgrimido como la causa principal de los fallos en la forma en que los sistemas se organizan, modelan sus estrategias y priorizan sus acciones. Por lo tanto, los sistemas de salud pueden desperdiciar parte de su potencial como consecuencias en su

estructura, gestión, organización y de su financiación inadecuada. (OPS-ACODESS, 2001, pag.55).

3. Servicios de Salud

La provisión de servicios de salud consiste en atención directa a las personas la cual puede ser de distinta naturaleza: promoción y prevención individual o colectiva, diagnóstico y tratamiento, recuperación y rehabilitación. La provisión está a cargo de:

- a) La Secretaría de Salud, que presta servicios a la mayoría de la población, que es la que tiene menores ingresos y mayores riesgos.
- b) El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), que provee servicios a los trabajadores asegurados y derechohabientes.
- c) El sector privado que atiende a la minoría de mayores ingresos.

La calidad de los servicios salud se integra en un plan de trabajo bajo tres estrategias:

- a) Mejorar la satisfacción del usuario.
- b) Mejorar la calidad técnica-científica de las Atenciones prestadas por los profesionales de salud.
- c) Optimizar el uso de los recursos. Tradicionalmente, la evaluación de la calidad se efectúa comparando un indicador con un estándar determinado, los cuales pueden ser de estructura, procesos o resultados (Salud S. d., Plan Nacional de Salud 2021, 2005)

3.1. Servicios de Salud Pública en Honduras

La salud pública es la acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas. Supone una noción que va más allá de las intervenciones poblacionales o comunitarias e incluye la responsabilidad de asegurar el acceso a la atención de salud y su calidad.

La salud pública no es sinónimo de responsabilidad del Estado en materia de salud, ya que su quehacer va más allá de las tareas propias del mismo y no abarca todo lo que el Estado puede hacer en materia de salud.

El sistema de salud hondureño está constituido por el sector público, compuesto por la Secretaría de Salud y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), y sector no público o privado, con o sin fines de lucro.

Se estima que el 82% de la población tiene acceso a los servicios de salud, 60% a través de la Secretaría de Salud, 12% por parte del Instituto Hondureño de Seguridad Social y un 10% por el sector privado. En Honduras, Casi 9 de cada 10 personas (88%) no están cubiertas por ningún tipo de seguro para su salud, igual a lo encontrado en la ENDESA 2005_ 2006. Del total de la población afiliada (12%), la mayoría de (10%) está afiliada al Instituto Hondureño de Seguridad Social. (ENDESA, 2011-2012)

Aunque la Constitución de la República le otorga el rol rector del sector a la Secretaría de Salud, la falta de separación de las funciones de rectoría y de provisión de servicios, ha contribuido a que el actual sistema de salud

hondureño sea fraccionado desintegrado, débilmente regulado y, como consecuencia, presente alto riesgo de subsidio cruzado, duplicidad de esfuerzos, acciones y gastos. (Salud S. d., Plan Nacional de Salud 2021, 2005).

Los servicios de salud pública son otorgados por la Secretaría de Salud, en la publicación del Plan Nacional de Salud 2021 (2005), basa el concepto de salud pública en la definición de las funciones esenciales de la salud pública es el de la acción colectiva, tanto del Estado como de la Sociedad Civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas. Supone una noción que va más allá de las intervenciones poblacionales o comunitarias e incluye la responsabilidad de asegurar el acceso a la atención de salud y su calidad.

La Secretaría de Salud dispone de 28 hospitales públicos, agrupados en los niveles nacional, regional y de área; 74 clínicas materno infantiles; 436 centros de salud con médico y odontólogo (CESAMOS); 1078 centros de salud rurales (CESAR); 3 clínicas de emergencia periférica (CLIPER), y 14 consejerías de familia especializadas en el manejo de la violencia intrafamiliar. (Departamento de Estadística Secretaria de Salud, Febrero 2014)

Los hospitales están clasificados en tres grupos:

Hospitales nacionales (seis), Hospitales regionales (seis), Hospitales de área (16).

Los hospitales de nivel nacional son de referencia de un primer nivel de complejidad; mientras que los hospitales regionales y de área son de un segundo y tercer nivel de complejidad respectivamente

4. Programa de Garantía de Calidad de la Secretaría de Salud

De acuerdo al Dr. Donabedian, garantía de la calidad es responder por el servicio que se otorga de manera que se proteja al paciente, integrante como ser humano, contra riesgos innecesarios y se le proporcionen los mayores beneficios posibles.

Se entiende por sistema de garantía de calidad, “el conjunto de acciones, procesos regulados y métodos de una institución responsable de los servicios de salud, cuya implementación dentro de un marco de competencia genera mecanismos de evaluación, seguimiento y control en forma planificada, sistemática y continua para obtener la calidad de la atención en salud” (Programa de Garantía de Calidad, 2014).

Algunos países de América Latina han iniciado recientemente importantes esfuerzos institucionales por elevar la calidad de la atención de la salud. Sin embargo, a los programas de garantía de calidad de la Región les queda un largo camino que recorrer.

A partir de la década de los 90 en Honduras, la calidad en la prestación de los servicios de salud es considerada como uno de los ejes transversales del proceso de reforma del sector salud.

Dentro de este marco la Secretaría de Salud dentro de su estructura organizacional el departamento de Garantía de Calidad. El cual desarrolla a nivel nacional la Estrategia de Mejora Continua de la Calidad de los servicios de salud contenida en un plan con tres grandes líneas estratégicas:

- Orientar la organización al cliente
- Garantizar la calidad de las prestaciones
- Fomentar el uso de los recursos.

El objetivo general del departamento de Garantía de Calidad es: “mejorar la satisfacción de los usuarios (as) de los servicios de salud de la Secretaría de Salud”.

Esta dependencia de la Secretaría de Salud, ha efectuado estudios evaluativos de los indicadores de calidad en diferentes hospitales a nivel nacional. En el año 2006 se evaluaron los hospitales: Gabriela Alvarado (Danlí), San Lorenzo, Integrado de Tela, San Isidro (Tocoa), Hospital de Roatán , Manuel de Jesús Subirana (Yoro), El Progreso, y Leonardo Martínez (San Pedro Sula). Las áreas medidas en estos hospitales correspondían a: consulta externa, emergencia y hospitalización; los resultados fueron del 59%, cabe mencionar que los resultados obtenidos están fuera de los rangos establecidos como Satisfactorios, ya que para la Secretaría de Salud el umbral de satisfacción aceptada , se enmarca en el 80% en adelante, pero teniendo como meta el 100%. El estudio fue repetido en el año 2008, en los mismos hospitales y en los mismos servicios, obteniendo un porcentaje mayor pero sin llegar al umbral mínimo de aceptación, para denominarse como satisfactorio.

Los instrumentos en esta última evaluación fueron estructurados, en forma general, para la parte ambulatoria y de hospitalización de los servicios, esto,

después de revisar el instrumento aplicado en los años anteriores (Martínez, 2010).

El Programa realiza encuestas de satisfacción en los usuarios internos de la Secretaría de Salud cada 2 años, siendo la última el 2012, la cual reveló insatisfacción en varios aspectos entre los cuales están: coordinación en la planificación del trabajo, estilo de gestión de la empresa, pertenencia al grupo, proyecto, comunicación entre departamentos, relaciones interpersonales en el trabajo, comunicación de los objetivos de la institución, reconocimiento de las capacidades en el grupo grande. (Cabañas, 2014).

5. Calidad de los Servicios de Salud. Es el nivel de desarrollo y operatividad que garanticen el logro de los mayores beneficios para el usuario, con los menores riesgos posibles, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos disponibles para su nivel de complejidad y con los valores éticos y sociales imperantes. Esta definición de tipo operativo conjuga los 3 elementos nucleares de la calidad: beneficios, costos y riesgos. (Gas H. G., 2002)

Para tener una visión completa de la calidad en salud, es importante tener en cuenta estos aspectos:

Lo primero que debe quedar claro es que los estudios de calidad, puntuales o de calidad total, no deben verse como contradictorios y excluyentes entre sí, sino como coincidentes y complementarios, si se aplican correctamente en cada situación.

Lo segundo es que muchos estudios de calidad puntual deben desarrollarse en el marco de diversas ciencias y técnicas de salud: la clínica, la epidemiología, la planificación, la administración, etcétera, utilizando los procedimientos que estas disciplinas tienen y como formas de su actividad regular.

Ningún estudio de calidad, sea puntual o total, es excluyente de otros estudios que sobre la misma área problemática estén realizando otras disciplinas.

Los estudios puntuales, y totales de calidad nos son de naturaleza científica, son procedimientos técnicos para resolver problemas alejados de consideraciones teóricas. No tenerlo presente da origen a las confusiones metodológicas, lo que no nos debe hacer olvidar el valor de los estudios (Dagnino, 1993).

Todas las prestaciones de salud, así como las técnicas para llevarla a cabo, las recomendaciones que surgen de la experiencia, los propósitos de la planificación, los procedimientos de la clínica y la epidemiología, etcétera tienen por objeto, en último término, hacer las cosas bien. La calidad buena o mala es un componente inseparable de la salud.

En términos prácticos se puede decir que la calidad es la adecuación con la que se llevan a cabo las acciones de salud, y que la mayor calidad se obtiene cuando las acciones son más adecuadas, es decir, cuando se realizan lo mejor posible, en términos del mayor efecto, la menor molestia, el menor costo, etcétera, que permiten la habilidad profesional, el nivel del conocimiento científico y del desarrollo tecnológico.

Gonzales et al (1993), distingue dos características de la calidad en salud:

1. Su componente subjetivo (mejor o peor son juicios).
2. Su carácter histórico, pues lo que es posible hoy: un determinado procedimiento clínico, por ejemplo: puede ser superado mañana, porque la ciencia ha desarrollado un procedimiento más breve, menos doloroso, de más calidad. (Dagnino, 1993)

Los prestadores de servicios de salud tienen frente a ellos a usuarios cada vez más informados y exigentes, que comparan y escogen las diferentes opciones que les ofrecen prestadores y aseguradores. Los administradores son más conscientes de los altos costos de la falta de calidad y están sometidos a una gran presión para ser productivos por la escasez de recursos en los sistemas de salud. Por ello, surge un nuevo interés por la calidad donde, además de estrategias tradicionalmente utilizadas como la auditoría, se busca aplicar a la salud una serie de herramientas gerenciales a partir de experiencias acumuladas en otros campos, que destacan la importancia del liderazgo de la alta dirección y el trabajo permanente en equipo (OPS, 2001).

5.1. Calidad Hospitalaria

La característica diferencial del hospital en el contexto de las empresas de servicios es la naturaleza de su quehacer. El trabajo para aliviar el sufrimiento y preservar la salud y la vida es difícil de contextualizar como área de “negocio” o

“industria” para los ciudadanos, los políticos y los profesionales del sector salud en general.

Los hospitales han jugado, sin duda, un papel importante en los sistemas sanitarios para la recuperación de la salud en todos los países de la región; sin embargo, el grado de insatisfacción de los usuarios es considerable en la mayoría de los países.

El eje y sujeto primordial de los hospitales es el usuario de los servicios.

Hoy día nuestras sociedades exigen de las organizaciones hospitalarias compromiso y responsabilidad con objetivos sociales de efectividad de los resultados y eficiencia del gasto, así como competencia demostrada en el ámbito de la calidad técnica y calidez humana de la atención (OPS, El Futuro de la Gestión Hospitalaria, 2001).

Las adecuadas estructuras hospitalarias son condición necesaria, pero no suficiente para proveer una atención de calidad. En ellas cobran especial importancia los procesos que se desarrollan y los resultados que se obtienen. (Gas H. G., 2002)

Se hace necesario por lo tanto, un mecanismo que permita la realización de la evaluación de la calidad y eficiencia de las unidades médicas, por los responsables de su operación a través de la aplicación de una guía metodológica que les permita conocer las condiciones de calidad y eficiencia con que se otorgan los servicios como resultado de una autoevaluación, cuyas conclusiones permitirían establecer un diagnóstico situacional, detectar los

problemas que afectan la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios, la satisfacción de los usuarios y de los prestadores de servicios (Gas H. G., 2002).

Para fomentar una cultura de calidad en los hospitales es preciso trabajar, fijar pautas y desarrollarlas en torno a las variables: valores, mitos, ritos y lenguaje. Lo más importante es promover los valores vinculados con la calidad, entre los que se destacan los siguientes:

- La calidad supone dar respuestas con equidad, efectividad y eficiencia.
- El eje y sujeto primordial de los hospitales es el usuario de los servicios.
- La satisfacción de los usuarios debe ser a un tiempo individual y comunitaria (Romero, 2002).

5.2. Estructura, Proceso y Resultado.

Se considera a los hospitales como sistemas abiertos, con una serie de elementos interrelacionados tales como: recursos humanos, tecnología e información, cuyo quehacer se orienta a la obtención de metas comunes: Mejorar la salud y satisfacción de los pacientes. El elemento más importante de entrada y de salida del sistema hospitalario es la población que solicita y recibe atención.

El enfoque de analizar la estructura; los procesos y los resultados como un método para evaluar la prestación de la atención médica, como se mencionó anteriormente está comprendido dentro de la Teoría de Sistemas.

“La estructura del sistema de atención de salud o el procesador del sistema (conjunto de elementos y relaciones) se relaciona con la población (elemento de entrada del sistema) y producen los procesos de atención (interrelaciones entre los elementos de los sistemas y la población), lo cual se orienta hacia un cambio particular en el estado de salud del individuo o de su comunidad, es decir, los resultados o elementos de salida del sistema“. (Paganini, José M., 1993).

En lo referente al aspecto final de lo expuesto en el párrafo anterior, Deming (1989) considera al consumidor (paciente), como la pieza más importante de línea de producción (atención médica). En suma la calidad se debe de orientar a las necesidades del consumidor presente y futuro (John M., 1987)

Según Donabedian (en Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria, Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, 1993).

“La estructura se refiere a las características relativamente estables de quienes suministran la atención, de los medios o herramientas y recursos con que cuentan, y el marco físico y organizativo dentro del cual trabajan, e incluye los recursos humanos, físicos y financieros que se necesitan para suministrar atención médica y, comprende el número, distribución, capacidades y experiencia del personal profesional y también el equipo de los hospitales y otras instalaciones“. (Paganini, José M. 1993)

En la organización de los servicios de emergencia es muy importante tomar en cuenta aspectos relacionados con el tamaño del servicio y la capacidad del hospital para determinar el número de recursos e insumos que puedan ser requeridos. (Annals of Emergency Medicine. Volumen 29, 1997).

Siempre con relación a otros elementos de la estructura, según Starfield (1993).

“Los elementos de la estructura incluyen: personal (número, tipo, preparación y motivación); instalaciones físicas (número, tipo, acreditación y estándares); equipo; organización (coordinación, continuidad, accesibilidad y adecuación); sistemas y registros de información; financiamiento; gerencia y administración (gobierno). (Paganini, José M. 1993).

En lo que respecta a equipo y material, este deberá existir en cantidades según la demanda existente y estarán disponibles en todo momento.

Los servicios de apoyo representan otro eslabón importante en la cadena de la prestación de la atención médica en el servicio de emergencia, servicios de apoyo diagnóstico tales como radiología y laboratorio clínico disponibles, en todo momento y los resultados de los estudios requeridos estarán en un tiempo prudencial para asegurar una adecuada calidad en el proceso diagnóstico y tratamiento. (Gutiérrez, P. Humberto. 1997).

La capacitación y concientización del personal, representan la columna vertebral del cambio hacia la calidad. Según Drucker (en Calidad Total y Productividad, 1997) con respecto a la capacitación y entrenamiento.

“El origen de la riqueza es algo específicamente humano: el conocimiento. Si aplicamos el conocimiento a las tareas que ya sabemos ejecutar lo llamamos productividad; si lo aplicamos a tarea que son nuevas y distintas, lo llamamos innovación. Solo el conocimiento nos permite alcanzar esas dos metas. Tal conocimiento se puede generar mediante vigorosos programas de capacitación”. (Malagón, L, Gustavo, R., Galán y G. Pontón. 1996).

Con respecto al entrenamiento del personal, se recomienda que todo el personal nuevo será entrenado y orientado además el personal ya existente deberá de mantener sus conocimientos y habilidades renovados a través de cursos de refrescamiento.

Para todos los trabajos se requieren de destrezas, habilidades y conocimientos técnicos. La escasez de personal es uno de los problemas que aqueja a la mayoría de los servicios de emergencia, pero será cauteloso al momento de la selección del mismo, debiendo de tomarse en cuenta aspectos relacionados con las calificaciones y características del personal, de esta manera se evitarán problemas relacionados con el hecho de tener personal no calificado o que no son apropiadas para el trabajo en una emergencia, puesto que los daños

directos o indirectos a los pacientes o al hospital suelen ser de una gran magnitud. (Organización Panamericana de la Salud. (2000). Informe sobre la salud en el mundo).

En relación al proceso Donabedian y Starfield (en Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria; Desarrollo y Fortalecimientos de los Sistemas Locales de Salud, 1993) definen el proceso como.

“Un conjunto de actividades que ocurren entre profesionales de salud y pacientes, como sería un examen médico y el cumplimiento de normas de prácticas satisfactorias. Los procesos incluyen el reconocimiento de problemas métodos diagnósticos, diagnóstico, tratamiento y asistencia “. (Paganini, José M. 1993).

Siempre en relación con aspectos del proceso, es importante la utilización de una metodología que incluya el uso de diagramas o flujogramas, que orienten hacia cuales son los diferentes pasos a tomar en el proceso de toma de decisiones, la existencia de este tipo de diagramas, facilita la comunicación entre los diferentes individuos y redundante en la calidad y la eficiencia. (Malagón, L. et.al.)

5.3. Normas y Protocolos.

Las Normas de atención médica se encargan de prescribir la forma de atender los pacientes en las diversas situaciones que plantea su padecimiento. (Godoy Arteaga C., 2000, pag.87).

Un “diagnóstico” puede considerarse un intento por tomar una decisión sobre la base de una información imprecisa e inadecuada. El diagnóstico de una enfermedad conduce generalmente a la recomendación de una opción o plan de tratamiento. El empleo de una norma médica o protocolo permite que, ante una situación dada, cualquier ciudadano, médico, enfermera o profesional paramédico aplique uniformemente principios médicos y científicos bien establecidos o aceptados. Las normas o protocolos deben aplicarse en un formato ordinario para obtener decisión o acción de resultado uniforme. El resultado de un protocolo o norma se basa en un conjunto de aportes, que quizá sean imprecisos y carentes de la información exacta. (OPS-OMS, 2003 pag.117).

El problema principal del paciente y su interrogatorio y exploración física se han considerado tradicionalmente como las herramientas más importantes para establecer cualquier diagnóstico médico. El interrogatorio y la exploración física se aplican a una ruta, norma o protocolo clínico para determinar una opción de disposición.

Los protocolos de tratamiento se basan en el problema principal del paciente y el plan de tratamiento puede incluir el uso de múltiples protocolos durante el incidente. Las modalidades de tratamiento se denominan protocolos de tratamiento de campo reglamentarios (PTCR). La educación y el mejoramiento de calidad desempeñan una función importante en el uso de los PTCR. Los programas de educación relativos a los PTCR deben incluir la aplicación adecuada de los protocolos. (OPS-OMS, 2003, pag.117)

La dinámica de esta relación entre los profesionales de la salud o las instituciones de salud y el paciente, la ejemplifica Deming (1989) en forma práctica, al establecer que si un número de pacientes sometidos a determinado cuidado es elevado, podría indicar un buen servicio médico que atiende a muchas personas, asimismo por otro lado podría indicar todo lo contrario, podría ser elevado por deficientes medidas de prevención, o porque los hospitales comunitarios no están cumpliendo con su servicio. (John M. 1987).

Los servicios de emergencia deberán de contar con políticas establecidas y planes de ejecución para proveer una efectiva administración, distribución de personal, equipamiento adquisición de medicamentos e insumos y uso de servicios auxiliares.

Los médicos, enfermeras y personal médico adicional son el eje central del sistema de emergencias médicas. Este personal establecerá una efectiva relación de trabajo con otros miembros del equipo de salud.

El personal de los servicios de emergencia será personal calificado, con conocimientos y habilidades suficientes para evaluar, estabilizar, a todos los pacientes que buscan atención en el servicio de emergencia.

Otros elementos necesarios para el buen funcionamiento del servicio de emergencia médicas, es el aspecto relacionado con la administración del servicio, todos los servicios de emergencia contarán con planes de organización por escrito, así mismo con políticas y procedimientos.

Finalmente, en lo que respecta a *resultados*, estos se definen como los cambios en el estado de salud, que son atribuibles a la atención médica recibida incluyendo la satisfacción del paciente.

Los resultados siguen siendo en general los indicadores definitivos para dar validez a la eficacia y calidad de la atención médica. (Starfield, Bárbara. Investigación de servicios de salud: un modelo práctico. Organización Panamericana de la Salud. 1992).

6. Hospital Escuela. Antecedentes.

El Hospital Escuela es uno de los seis hospitales nacionales del país, es considerado el centro asistencial más importante, su fundación data de 1969 siendo originalmente el bloque Materno Infantil, auspiciado por el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), época en la cual la política de salud y social era el binomio madre-hijo. Posteriormente en el año 1978, se inauguró el bloque médico quirúrgico. Realiza funciones asistenciales y académicas.

De la fusión de ambos bloques y con el deseo de crear un hospital de especialidades para hacerle frente a la demanda de pacientes a nivel nacional surgió el Hospital Escuela, nombre asignado debido a que su diseño contempla aulas, salones de clases y auditorios que facilitan la formación del personal de salud, especialmente médicos y enfermeras, incorporando en su personal directivo una dirección de docencia e investigación, en estrecha coordinación con la facultad de ciencia médicas, naciendo de esta manera, los postgrados en las cuatro especialidades básicas y que actualmente incluye 28 especialidades y una subespecialidad. En el año 2012 paso a cargo de las autoridades de la Universidad Nacional Autónoma (UNAH). Por lo tanto ahora es Hospital Escuela Universitario. (HEU).

Cuenta con 915 camas censables y 191 camas no censables, ubicadas en salas de hospitalización, recuperación y emergencias. De estas, 450 camas censables y 140 no censables pertenecen al bloque materno infantil; 465 camas censables y 51 no censables al bloque médico quirúrgico. (Departamento de estadística hospital Escuela, 2014)

Existen un total de 49 salas de internamiento para hombres, mujeres y niños, distribuidos en seis departamentos principales: cirugía, neurocirugía, ortopedia, medicina interna, pediatría y gineco-obstetricia y sus respectivas subespecialidades.

En el área quirúrgica cuenta con 25 quirófanos los cuales se distribuyen: 13 en el bloque médico quirúrgico y 12 en el bloque Materno Infantil. Cuenta además con dos grandes servicios de apoyo: laboratorio y radiología

7. Emergencia

La Real Academia la define como: 1. Acción o efecto de emerger. 2. Suceso, accidente que sobreviene. 3. Situación de peligro o desastre que requiere una acción inmediata. 4. Atención médica que se recibe en un hospital. 5. En los hospitales, urgencias.

Urgencia es la aparición fortuita (imprevista o inesperada), en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte de sujeto que la sufre o de su familia (OMS). Emergencia es una situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano

“Cuando las personas carecen de seguro de salud, obtienen de todos modos la atención de salud. Pero lo hacen cuando es demasiado tarde, cuando es demasiado costoso: a menudo el lugar más costoso de todos es la sala de emergencias” (OPS- OMS 2003, pag. 172). La función del médico de emergencia y del departamento de emergencias varía según el tamaño del sistema y los recursos disponibles.

Las características de la demanda de urgencias, atención no programada generada por diferentes necesidades de asistencia, requieren una adecuada disposición y dotación de recursos de la UUH, así como su estrecha coordinación con el resto de las unidades del hospital (cuidados intensivos; hospitalización convencional; quirófano; diagnóstico por imagen, laboratorio, farmacia, etc.)

La saturación de la emergencia es un problema que afecta a la mayoría de los países, independientemente de su nivel socioeconómico. La situación de sobrecarga en urgencias es un problema de todo el hospital, y no exclusivo de la emergencia. (Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010. Informes, estudio e investigación).

El servicio de Emergencia tiene una gran propensión a presentar una fuerte dirección médica y proporciona generalmente una atención médica de alta calidad. Puesto que los profesionales son empleados de una institución médica y sistemáticamente dan de alta a sus pacientes para que sean atendidos directamente por sus superiores en el Departamento de Emergencias, la calidad de la atención proporcionada esta en continuo perfeccionamiento. En los Estados Unidos, la acreditación del hospital asegura que los empleados se mantengan a un alto nivel de competencia garantía de la calidad. (OPS-OMS, pag.6).

Donde quiera que se esté, no se tiene más que ingresar a un departamento de emergencias para ver el tema del hacinamiento.

Según un informe sobre Asuntos de Salud de los Estados Unidos, revela que en un estudio realizado en 1992 un 55% de las consultas a departamentos de Emergencias en los Estados Unidos fueron no urgentes. Los costos de tratar los cuadros no urgentes en una emergencia son mayores que los de hacerlo en otro entorno de atención, como el consultorio de un médico.

Una encuesta interrogó a los pacientes sobre si recomendarían un establecimiento a su familia o amigos. Podían elegir entre: “si, por supuesto”; “si, probablemente”; o “no”. De las dos últimas respuestas más negativas, (“si, probablemente” y “no”), los hospitales con capacidad para hospitalización y los consultorios médicos recibieron respuestas del 24% mientras su contraparte del Departamento de Emergencias obtuvo un 40% de respuestas. Paradójicamente que se ha visto que los departamentos de emergencia son un “impulsor” muy importante de la imagen de un hospital. Más aun, se ha observado que aunque existe un mayor uso del Departamento de Emergencias para casos no urgentes, son todavía más los pacientes que contribuyen al balance final de un hospital. El problema consiste en que las personas están más insatisfechas con la atención del Departamento de Emergencias que con la de otras áreas del entorno hospitalario.

Existe una correlación positiva entre mayor estancia hospitalaria en el Departamento de Emergencias y mayor insatisfacción del paciente. En un análisis de más de 124,000 pacientes tratados en más de 300 hospitales, realizado por el Centro Clínico de Iniciativas en 1999, se halló que las disminuciones más agudas en las clasificaciones generales de satisfacción del paciente tienen lugar cuando la estancia hospitalaria supera las 2 horas. (Los mayores minutos fueron utilizados en tiempos de espera). Además, al comparar las quejas comunes de los asuntos de atención de calidad, los temas de servicio, los tiempos de espera y otros asuntos variados, el tiempo de espera representa la mayor parte del gráfico de sectores más del 50%.

Cuadro resumen del estudio de percepción de la satisfacción.

Percepciones de los pacientes sobre los temas del DE	Jerarquización de los temas del DE según su relevancia
1. Tiempo de espera.	1. Tiempo de espera
2. Manejo del dolor	2. Manejo del dolor
3. Comportamiento de la enfermera	3. Comportamiento del medico
4. Trabajo en equipo	4. Comportamiento de la enfermera
5. Comportamiento del medico	5. Instrucciones al momento del alta
6. Aspecto del establecimiento	6. Apoyo emocional
7. Instrucciones al momento del alta	7. Aspecto del establecimiento
8. Apoyo emocional	8. Trabajo en equipo
9. Comunicación con la familia	9. Comunicación con la familia

Fuente: Desarrollo de sistemas de Servicios de Emergencias Médicas. Experiencia de los Estados Unidos de América para países en desarrollo. OPS-OMS. Washington, D.C. Octubre de 2003

El tiempo de rendimiento del Departamento de Emergencia es un factor importante que influye en: la satisfacción de pacientes, la eficiencia, la calidad de la atención y el costo.

El mayor factor que afecta los tiempos de rendimiento es el flujo del Departamento de Emergencia, que puede ilustrarse mediante dibujos esquemáticos llamados diagramas de flujo.

Un aspecto clave de la calidad en los servicios de emergencia es la gestión del tiempo, que equivale a productividad, coste y calidad.

Una organización deficiente genera pérdida de tiempo del paciente, prolongación de bajas laborales, aumento de la estancia media hospitalaria, retraso en atención a los servicios de urgencias, desplazamiento de personas en búsqueda de exploraciones. La gestión del tiempo es por tanto una de las mejores vías hacia la calidad de un servicio (Romero, 2002).

En Honduras, en los hospitales de la red hospitalaria, el servicio de emergencia está organizado y funciona de la manera tradicional, es decir por enfermedad y especialidad. En relación a este punto, Godoy Arteaga (2000, pag.80, 81), refiere que en general, los hospitales no están preparados para recibir gran número de pacientes producto de accidentes, para atenderlos con la prontitud y eficacia que demandan, el personal se duplica atendiendo a los que están llegando continuamente a emergencia, con lo que al encamado (en la sala de

observación) no se le garantiza un cuidado médico y de enfermería de vista y permanente. Comenta, que esta situación es creadora de conflictos y tensiones en el personal y entre el personal y los pacientes, ya que estos últimos reclaman porque se les desatiende, aunque se les explica que el personal está dedicado a la atención de un grave. Ante lo anterior hace una propuesta de un nuevo modelo de la atención por salas de acuerdo al estado en que se encuentre el paciente: área verde para pacientes en estado leve, área ámbar para pacientes en estado intermedio y área roja para pacientes en estado grave. (Godoy Arteaga, 2000, pag.89).

7.1. Servicio de Emergencia Del Bloque Médico Quirúrgico del Hospital Escuela.

El Servicio de Emergencia del Bloque Médico Quirúrgico del Hospital Escuela, funciona en la planta baja, está dividido en emergencia de Medicina Interna y Emergencia de Cirugía. La emergencia de medicina interna integra también neurología y la emergencia de cirugía está integrada por las especialidades de ortopedia, neurocirugía y cirugía. La sala de observación de la emergencia de medicina interna cuenta con 12 camas y la de cirugía consta de 6 camas, ortopedia consta de 6 camas y neurocirugía consta de 5 camas. (Fuente: Departamento de Estadísticas, Hospital Escuela. 2014).

Los ambientes que conforman el servicio son los siguientes:

Numero	Nombre de Ambiente
EMERGENCIA DE MEDICINA INTERNA	
1	Consultorio (3)
2	Triaje (3)
3	Consultorio de asma (capacidad 2 camas)
4	Consultorio de RCP (capacidad 2 camas)
5	Consultorio para procedimientos (capacidad 2 camas)
6	Área de observación con capacidad de 15 camas
7	Bodega
8	Estación de enfermería
9	Utilería
10	Sanitario para personal
11	Área de estar para personal
12	Jefatura
13	Área de consultoría (3)
EMERGENCIA DE CIRUGIA	
1	Vestidor médico con servicio sanitario
2	Recepción / triaje
3	Admisión de emergencia con servicio sanitario
4	Sanitarios para familiares y visitas
5	Ducha de descontaminación para pacientes
6	Emergencia de otorrinolaringología
7	Vestidor para enfermeras con servicio sanitario
8	Área de observación con capacidad de 17 camas
9	Estación de enfermería
10	Bodega
11	Aseo
12	Sanitario
Área de quirófanos	
13	Transfer
14	Oficina / sala de espera / vestidores para médicos y enfermeras
15	Bodega de material estéril
16	Área de material estéril
17	Quirófanos (2)
18	Recuperación post-quirúrgica
19	Bodega de insumos

20	Aseo
21	Servicio sanitario
22	Bodega
Emergencia de Neurología	
23	Aseo
24	Área de observación de neurología
25	Bodega
Emergencia de ortopedia	
26	Sala de espera
27	Área de curaciones
28	Oficina
29	Aseo
30	Sanitarios (2)
31	Aseo
32	Bodega de insumos

Fuente: Arq. Angella Castro

El Recurso Humano que labora en el servicio es el siguiente: Médicos especialistas 44, Médicos generales 3, Enfermeras Profesionales 18 (5 modalidad permanente, 6 por contrato y 7 en servicio social), Médicos Residentes 13 (11 de medicina interna y 3 de neurología), auxiliares de enfermería 29 (14 modalidad permanente y 15 por contrato). Ver anexo No. 3 cuadro de Recurso Humano del servicio de emergencia por turno

Atiende a toda la población que busca servicios de salud por decisión propia y a toda la referencia que hacen todos los hospitales de la red de Salud Pública del país. Uno de los ambientes importantes y que es un cuello de botella en el servicio, es el triaje.

7.2. Triage

El término triaje es un neologismo que proviene de la palabra francesa trier que se define como escoger, separar o clasificar. Su utilización en la terminología médica es relativamente reciente y hoy día es aceptada a nivel mundial.

Desde el inicio de los sistemas de atención de urgencias y más aún, desde los albores de la civilización moderna, se presenta la necesidad de calificar a los pacientes para elegir el tipo de atención médica que necesitan. La atención masiva de víctimas, impone a los sistemas de salud un reto difícil de enfrentar, por la complejidad de factores de índole social, político, económico y ético, implicados en la forma de decisiones relacionadas con la óptima atención médica que cada paciente requiere. Ante interrogantes como: ¿Qué paciente debe recibir primeramente auxilio?, ¿Cual paciente no tiene que ser reanimado? Y otras delicadas, surge como una necesidad establecer previamente, criterios para dar la mejor respuesta a eventos que ponen en jaque la capacidad resolutive inmediata de los sistemas de salud. (Illescas Fernández, Gerardo. 2006, Mayo-Agosto. Triage: atención y selección de pacientes. Trauma. Volumen 9, num.2. PP. 48-56)

El triaje es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Actualmente se utilizan sistemas de triaje estructurado con 5 niveles de prioridad que se

asignan sumiendo el concepto de que lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente y hacen posible clasificar a los pacientes a partir del “grado de urgencia”.

Actualmente se reconocen 5 modelos de triaje estructurado con una amplia implantación:

1. La Australian Triage Scale (ATS)
2. La Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale(CTAS)
3. El Manchester Triage System (MTS)
4. El Emergency Severit Index(EST)
5. El Sistema Español de Triaje (SET).

La disponibilidad de un sistema de triaje estructurado en los servicios de emergencia ha sido considerado como un índice de calidad básico y relevante de la relación riesgo- eficiencia aceptándose que el porcentaje de pacientes dentro de cada nivel de tiraje es como la “huella digital” del servicio de emergencias, de tal forma que se puede establecer cuál es el perfil en función al nivel de urgencia y la intensidad del servicio que se presta.

Un sistema estructurado de triaje puede servir también para valorar otra serie de parámetros, como son el tiempo de estancia en urgencias, el porcentaje de ingresos en función del nivel de gravead, las necesidades de recursos, etc. Que indirectamente van a relacionarse con cada uno de los niveles de prioridad y

que están estrechamente condicionados por el incremento de la demanda, la cual depende tanto de determinantes externos (afluencia) como internos (propia capacidad del servicio, demora de exploraciones, espera de cama para ingreso, espera de transporte, problemas socio sanitarios). Estos parámetros son fundamentales para orientar la gestión organizativa, económica y el funcionamiento del propio servicio de urgencias. (W. Soler, M. Gómez. 2010

Relación entre escalas y niveles de gravedad en el Sistema Español de Triaje (S.E.T.)

Nivel	Color	Categoría	Tiempo de atención
I	Azul	Reanimación	Inmediato
II	Rojo	Emergencia	Inmediato enfermería / médicos 7 minutos
III	Naranja	Urgente	30 minutos
IV	Verde	Menos urgente	45 minutos
V	Negro	No urgente	60 minutos

Fuente: El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. W. Soler, M. Gómez, E. Bragulat, A. Álvarez. 2010. Vol. 33, Suplemento I.

Niveles de clasificación de la Manchester System Triage (M.T.S.)

Numero	Nombre	Color	Tiempo máximo
1	Atención inmediata	Rojo	0
2	Muy urgente	Naranja	10
3	Urgente	Amarillo	60

4	Normal	Verde	120
5	No urgente	Azul	240

Fuente: El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. W. Soler, M. Gómez, E. Bragulat, A. Álvarez. 2010. Vol. 33, Suplemento I.

Dos ejemplos:

EL “SET”, Sistema Español de Triage, que resulta de una adaptación del “MAT”, Modelo Andorrano de Triage. En este hay 650 motivos de consulta distribuidos en 32 categorías sintomáticas, y 14 subcategorías que agrupan 578 motivos clínicos de consulta, todos vinculados a las diferentes categoría y subcategorías sintomáticas. En el SET la diferenciación entre niveles se lleva a cabo mediante discriminantes, preguntas específicas y la aplicación de escalas de gravedad.

El Sistema Manchester (MTS): La escala de clasificación de pacientes contempla 52 motivos posibles de consulta, que de forma amplia se agrupan en 5 categorías y en cada una se despliega un flujo de preguntas. Después de 4-5 preguntas como máximo, clasifica al paciente en una de las 5 categorías que se traducen en un código de color y en un tiempo máximo de atención.

El triaje se ha convertido en el sello de identidad del servicio de urgencias hospitalario que lo aplica, siendo además una herramienta objetiva que permite medir, evaluar y mejorar el funcionamiento y el rendimiento de dicho servicio.

El triaje debe extenderse a todos los ámbitos de la asistencia urgente y su desarrollo debe ir de la mano con el de los sistemas de información y con el de la tecnología. . (W. Soler, M. Gómez 2010).

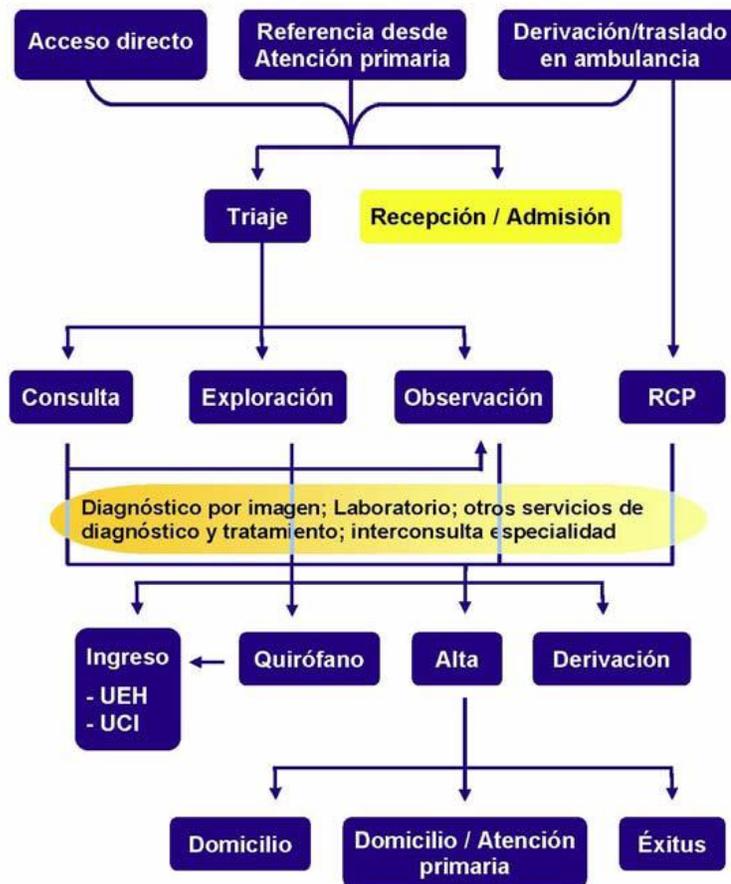
El sistema de triaje estructurado ha de definir un estándar de motivos de consulta de motivos de consulta a Urgencias y ha de tener suficiente solidez científica para ser aplicado tanto en niños como a los adultos, independientemente del tipo de hospital o servicio de Urgencias hospitalarias. (Triage: atención y selección de pacientes)

La finalidad del triaje es priorizar el orden en el que se efectúa la evaluación médica, los estudios diagnósticos y el tratamiento. La meta es facilitar los resultados que evitaren defunciones de pacientes, disminuirán la discapacidad y reducirán los costos (OPS-OMS, 2003, pág. 161).

Uno de los cuellos de botella en un servicio de Emergencia es en el Triage.

Los retrasos en esta área se producen en proporción al volumen de pacientes y encuentros de Departamento de Emergencia y se multiplican adicionalmente por las limitaciones de camas libres, la escasez de personal, la falta de áreas diferenciales dentro de la emergencia y la falta de un sistema de triaje poliestraficado.(OPS- OMS, 2003)

Los departamentos de emergencia serian mejor atendidos utilizando un modelo de triaje de 5 niveles, adaptado a las necesidades del establecimiento individual.



Fuente: Informes, Estudio e Investigación, 2010. Unidad de urgencias hospitalaria. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social.

8. Percepción. Definición

El concepto de percepción proviene del latino *perceptio* y se refiere a la acción y efecto de percibir (recibir por uno de los sentidos las imágenes, impresiones, o

sensaciones externas, o comprender y conocer algo) la percepción puede ser referencia a un conocimiento, a una idea, o a la sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos. (Leon Schiffman, Leslie Kanuk, 2005).

Para Stephen P. Robbins (1987) la percepción puede definirse como un proceso en virtud del cual las personas organizan e interpretan sus impresiones sensoriales a fin de dar significado a su ambiente.

¿Porque es la percepción importante en el estudio del comportamiento organizacional? Simplemente porque la conducta del hombre se basa en su percepción de lo que es la realidad. El mundo tal como se percibe es el mundo importante desde el punto de vista conductual. (Stephen P. Robbins, 1987, p. 64). Según este autor, las necesidades o motivos insatisfechos estimulan a las personas los cuales pueden influir fuertemente sobre sus percepciones. Igual puede influir el contexto o situación dentro del cual vemos los objetos o sucesos; los elementos del ambiente influyen en la percepción.

También refiere el tiempo en que un hecho se observa puede influir en la atención, lo mismo que el sitio, la iluminación, temperatura u otros factores situacionales. (Stephen P. Robbin, pag.67), lo que a su vez influye en la toma de decisiones donde la percepción sirve de filtro para encontrar soluciones que satisfagan.

8.1. Percepción de la Calidad

Uno de los objetivos de la percepción de calidad es la comprensión de qué aspectos del servicio son más valorados por los distintos segmentos de clientes o usuarios, es decir cuáles son los atributos del servicio sobre los que se tiene un mayor grado de expectativa y potencialmente una percepción positiva.

Calidad es satisfacer necesidades y expectativas de los clientes, por ello los estudios de percepción de calidad constituyen un elemento fundamental para comprender el nivel de calidad en que se encuentra una organización. A partir de los estudios puede conocerse el grado de satisfacción de los clientes respecto a la calidad.

Para conocer la percepción que los clientes tienen de la organización hay que basarse principalmente en las encuestas, aunque también son útiles los grupos focalizados, felicitaciones, quejas, sugerencias.

El estudio de la percepción de calidad de los clientes de una organización no ha de ser considerado como una acción particular, sin continuidad en el tiempo. En sí es un instrumento para generar objetivos de mejora y debe constituirse un método de aplicación sistemático que conlleve un análisis cuyos resultados serán:

- La evaluación de la calidad percibida por parte de los clientes.
- La formulación de objetivos de mejora.
- Un plan de calidad para alcanzar estos objetivos. (Consultores, Aiteco, 2008)

Las necesidades son complejas y pueden ser clasificadas en dos categorías: implícitas (se refieren normalmente a las características de un producto o un servicio) y explícitas (se refieren sobre todo a las prestaciones). Las necesidades de los clientes se transforman en percepciones de los clientes. Cualquier cosa que influya en dichas percepciones tendrá un impacto, positivo o negativo, en la voluntad de los clientes de confiar en una empresa. Dichas influencias se llaman filtros. (Horovitz, 2000)

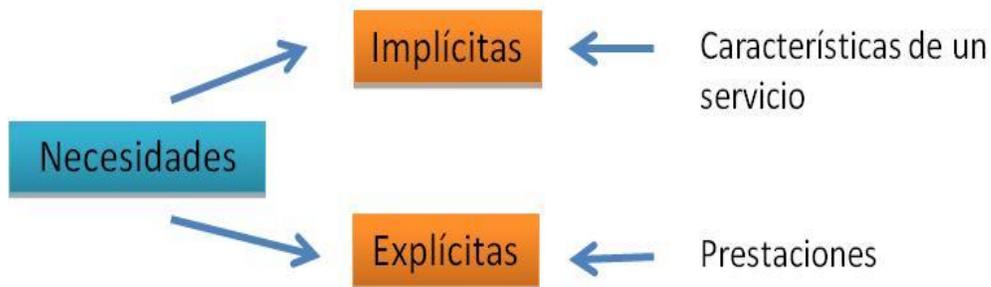


Figura 2. Las necesidades implícitas.
Fuente: Horovitz, J. (2000). *Los Siete Secretos del Servicio al Cliente*.

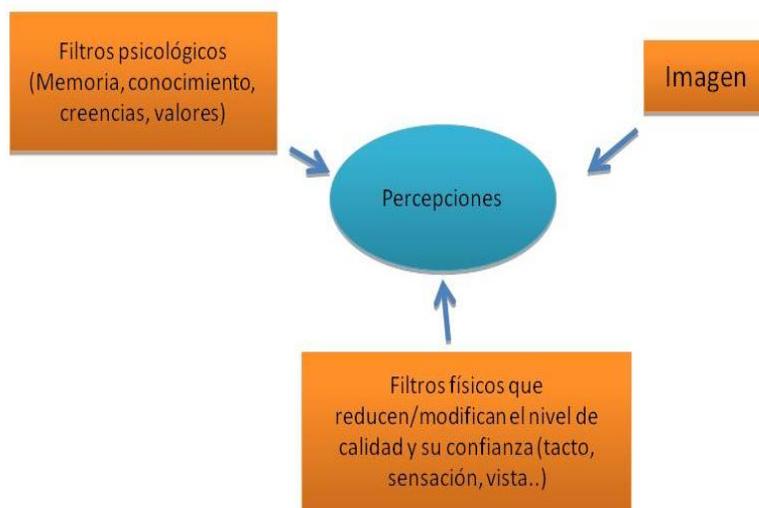


Figura 3. Factores que afectan a las percepciones.
Fuente: Horovitz, J. (2000). *Los Siete Secretos del Servicio al Cliente*.

Para la psicología, la percepción es la función que permite al organismo recibir, elaborar e interpretar la información que llega desde el entorno, a través de los sentidos.

Las influencias o filtros pueden ser físicos o psicológicos, y alteran las percepciones del cliente. Ejemplo; un pescado sobre un lecho de hielo parece más fresco que otro pescado que no lo está. Una mesa limpia en el despacho de un consultor afecta la percepción que tienen los clientes de cómo están organizadas las ideas de la empresa y si ésta es creíble para depositar la confianza en ella. Por ello, cada vez que una empresa, con objeto de mejorar su oferta, pretende atraer la atención de sus clientes estimulando sus cinco sentidos, está potenciando una percepción positiva acerca de su calidad y de su capacidad para cubrir necesidades. Puesto que las percepciones son todo lo que los clientes pueden expresar, la empresa no debe tratar de discutir con ellos, aunque estén objetivamente equivocados; al contrario, lo que debe hacer es modificar dichas percepciones. La imagen se construye en torno a una reputación, una personalidad y una serie de valores, que se identifican por una marca y se dan a conocer mediante la comunicación (Horovitz, 2000).

“Los clientes perciben el servicio en sus propios términos únicos, idiosincrásicos, emotivos, irracionales, concluyentes y totalmente humanos. ¡La percepción lo es todo!”-. *Tom Peters, Gurú de la Administración* (Associates, 2009).

9. Satisfacción de los Usuarios.

La satisfacción del usuario, es entendida como la conformidad expresada por el usuario en función de las expectativas que este tiene respecto a la atención que recibe en las diferentes áreas que integran a todas las dimensiones de la calidad. (Farfán R. Saco S, 2001).

Es la evaluación post consumo o post uso, fuente de desarrollo u cambio de actitudes hacia el objeto de consumo o uso, y que es el resultado de procesos psicosociales de carácter cognitivo y afectivo, entre ellos, la propia percepción de la calidad.

Malagón-Londoño (2008, pag.617) define la satisfacción del usuario y del proveedor como: “Complacencia del usuario con la atención recibida, con los prestadores de los servicios y con los resultados de la atención. Asimismo, la satisfacción de los proveedores con las condiciones laborales y el medio ambiente en el cual se desempeñan”.

Un elemento importante de la calidad es la **calidad percibida**. Toda vez que se ha definido la misma como orientada a satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes y clínicos (Romero, 2002).

Las percepciones de alta calidad del servicio y de alta satisfacción del cliente generan niveles mayores de intención de consumo y de compra repetida un

modelo que describe tal relación indica que la calidad del servicio y las intenciones conductuales del consumidor están relacionadas, y que la calidad del servicio es un factor determinante respecto de la permanencia final del cliente con la compañía, o su renuncia en aras de irse con la competencia.

Cuando las evaluaciones de la calidad de servicio son altas, las intenciones conductuales del cliente tienden a ser favorables para la compañía y es probable que quiera seguir como cliente. Cuando las evaluaciones del servicio son bajas, la relación con el cliente tiene mayores probabilidades de debilitarse, dando lugar a un abandono a favor de algún competidor (Leon Schiffman, Leslie Kanuk, 2005).

Cuando se va a evaluar la calidad de servicio y en ausencia de criterios de carácter objetivo es necesario realizar un diagnóstico de dicho servicio a partir del análisis de las percepciones de los clientes o usuarios con relación al servicio recibido (Parasuraman, Zeithaml, y Berry, 1988).

La satisfacción debe ser entendida como un problema multifactorial, considerando las diferentes variables que en esta intervienen, por ello al medir la calidad de servicio se debe contemplar los criterios que operan sobre la conformidad o no con un servicio o con el sistema de salud, esto permitirá replantear las prácticas de trabajo hacia la satisfacción del usuario. Para poder satisfacer las necesidades del cliente y evitar la insatisfacción del mismo, se

considera la calidad como fundamento básico de cualquier rama comercial o de servicio (Gomez, 2003).

La visión de calidad puede estar en torno a tres principios rectores, tales como equidad, eficacia, eficiencia y enfoque de cliente. El enfoque de satisfacción del cliente supone una acción que produzca la satisfacción del usuario ante un servicio que se le brinda en condiciones compatibles con la dignidad personal y acorde con sus propios valores. La satisfacción del usuario puede aplicar aspectos subjetivos y objetivos, en los cuales intervienen las percepciones de los actores que prestan y reciben servicios.

En la actualidad, la satisfacción del usuario con los servicios recibidos ha adquirido una relevancia fundamental. Esta satisfacción se consigue a través del logro o cumplimiento de las expectativas con las que acude a solicitar y recibir atención.

Para dar satisfacción en este punto, se debe subrayar la importancia de disponer de una buena comunicación con los clientes, que permita verificar con precisión si lo que se les está suministrando es lo que verdaderamente esperan del servicio en cada momento, sin olvidar que la demanda varía en función de las exigencias del mercado y que éstas no son inmutables (Leonard L. Berry, David R. Bennet, Carter W. Brown, 1989).

Una de las principales manifestaciones de insatisfacción de los usuarios es el hecho de no saber quién es su médico tratante, pues este no hace acto de presencia, o bien son médicos diferentes los que lo atienden en cada consulta, de forma que no hay una “cabeza” a la cual dirigirse, especialmente cuando la información se emite por diferentes vías y además ésta es discordante.

La mejor forma de identificar la importancia de la amabilidad en el trato, se advierte cuando somos receptores de la atención, en lugar de ser otorgantes de la misma; resalta su importancia y se hace comprensible la inconformidad del usuario con el trato poco amable, indiferente o agresivo.

La satisfacción de las expectativas involucra un proceso de atención desarrollado en forma continua, sin obstáculos, con suficiente personal de salud, debidamente capacitado; disponibilidad de equipo, material y medicamentos requeridos.

La satisfacción del usuario se evalúa investigando los siguientes puntos: accesibilidad de los servicios, trato personalizado, oportunidad en la atención conforme a lo esperado, trato amable, ambiente confortable, información suficiente y resultados congruentes con lo esperado.

Cuando no se logra la satisfacción del usuario, con frecuencia se presentan quejas que traducen su inconformidad e insatisfacción; se investiga si la queja es procedente o no, el personal o área involucrado y los motivos de la queja.

Las necesidades de los clientes nuevos no se conocen analizando la información que se obtiene a través de los clientes satisfechos, éstas se conocen, a través de quienes como clientes, se sienten mal atendidos. Cuando la necesidad, ha sido identificada, comprender a los clientes proporciona información detallada de lo que les gustaría ver (Horovitz, 2000).

La satisfacción de usuario es uno de los indicadores de calidad de mayor relevancia, puede ser analizada conforme un estándar, comparativamente con unidades o procesos de características similares (referencias), con períodos previos (tendencia), en cifras absolutas o en relación a número de usuario o número de Atenciones. Las dos metodologías más utilizadas son las encuestas de opinión y el análisis de quejas (Gas H. G., 2002).

Resultados en encuestas nacionales realizadas en Estados Unidos de Norteamérica, Canadá y Reino Unido, manifiestan que los puntos más críticos de la evaluación de calidad, tienen que ver con aspectos de comunicación (trato) entre el paciente y el equipo que le brinda la atención (explicación del diagnóstico y tratamiento, indicaciones después del alta, signos con los cuales el paciente debe tener cuidado, etc.). Esta observación es importante porque,

por un lado, viene a destacar el alto nivel de creencia que dificulta la evaluación del servicio y la necesidad de utilizar atributos de experiencia con el mismo para poder obtener un juicio más efectivo. Y por otro lado, surgen reticencias respecto al uso frecuente que se ha venido haciendo de estrategias orientadas a resolver sólo problemas de infraestructura para mejorar el grado de satisfacción de los pacientes/usuarios del sistema de salud (Jorge Riveros S., Carmen Berné M., 2007).

Los estudios sobre la prestación de la atención en salud deben de incluir variables pertinentes que influyen en los resultados de la atención médica, un modelo conceptual de investigación idealmente deberá de incluir variables relacionadas con los pacientes y sus comportamientos, así como en el ejercicio de la medicina y el medio ambiente. Los elementos del ejercicio de la medicina se pueden conceptualizar como estructurales y funcionales, a saber: recursos humanos, instalaciones, organización, reconocimiento de los problemas, diagnóstico y terapia, la interacción de todos estos elementos junto con el comportamiento de los pacientes constituye el proceso de atención, la formulación de una investigación sobre la base de este enfoque permite una imagen integrada de la estructura, el proceso y los resultados y tener en cuenta la interacción del médico con el paciente. (Starfield, Bárbara. 1992. Investigación de servicios de salud: un modelo práctico).

Fitzpatrick afirma que el grado de satisfacción se relaciona con la efectividad de la atención médica; ya que los pacientes con bajos grados de satisfacción regresan menos a sus controles, tienen menor adherencia a sus tratamientos y presentan pobres resultados en salud. De manera que mayores niveles de satisfacción con el servicio podrían determinar una mayor efectividad de la atención prestada. Por tanto el tema es, cómo la calidad y la satisfacción y su relación, pueden asegurar una mayor eficacia y productividad sanitaria de los recursos que la sociedad entrega a los centros hospitalarios cuyos presupuestos concentran, actualmente en Chile, más de 80% del gasto público en salud (Jorge Riveros S., Carmen Berné M., 2007).

Es bien sabido que lo que se puede medir no se puede gestionar. Los datos demuestran que disponer de información ayuda al personal sanitario a desempeñar mejor su trabajo, siempre y cuando se cumplan ciertas condiciones: la información ha de guardar relación con el puesto de trabajo y estar disponible cuando se necesite, y los trabajadores han de tener confianza en su calidad y comprender lo que esta “diciendo”.

Por motivados y capacitados que estén, los trabajadores sanitarios no pueden desempeñar adecuadamente su trabajo en establecimientos que carezcan de agua limpia, iluminación suficiente, calefacción, vehículos, medicamentos, equipos de trabajo y otros suministros. (OPS, 2006, pág. 80, 81)

Benin, directivo de sector público dijo: “En nuestra búsqueda de fórmulas para mejorar el desempeño, hemos descubierto que lo mejor es hablar con los propios trabajadores sanitarios. Sus ideas son sorprendentes. Saben muy bien lo que hay que hacer. (OPS, 2006, pag.81).

A manera de corolario al presente marco de referencia, la calidad debe ser un elemento inherente a todos los diferentes niveles de organización, no solamente a uno. La calidad se logra mediante la adición de mejoras continuas en todas las áreas de organización, es de suma importancia la realización de todas las actividades cada vez de una manera mejor, guiada hacia el objetivo final de obtener un resultado que satisfaga, las expectativas y necesidades de los pacientes tanto en calidad como en la oportunidad.

IV.- HIPOTESIS

H1. Si la percepción de la calidad de atención de los clientes externos es satisfactoria determina el buen funcionamiento del servicio.

H2. Si la percepción de la calidad de atención de los clientes externos es insatisfactoria determina el mal funcionamiento del servicio

H3. Si la percepción del usuario interno es positiva en cuanto estructura, proceso y resultado, influye en la satisfacción del usuario interno

H4. Si la percepción del usuario interno es negativa en cuanto estructura, proceso y resultado , influye en la insatisfacción

.

.

V.- METODOLOGÍA

a.- Diseño Metodológico

Tipo de Estudio: Cuantitativo, descriptivo de corte transversal .El universo lo constituyo la población que demanda atención medica en la Emergencia del Bloque Médico Quirúrgico del Hospital Escuela, y el recurso humano que labora en la misma. Para el cálculo del tamaño muestra se utilizó la formula n

CALCULO DE UNA MUESTRA

756 N=

Z= 1.96 al cuadrado (nivel de confianza)

0.5 p= Proporción esperada (en este caso 5%=0.05)

0.95 q= 1-p (en este caso 1-0.05=0.95)

0.0025 d= Precisión (en su investigación use un 5%)

n= 372

Después se hizo un cálculo de aplicación por días que fueron 5 días

Se investigó en el departamento de Estadística del hospital Escuela el número de usuarios externos que fueron atendidos en una semana, (la cual fue tomada al azar), en el servicio de emergencia del bloque médico quirúrgico en sus dos áreas: medicina interna (527 usuarios) y en cirugía (229 usuarios)

Después para la selección de la aplicación de los instrumentos se utilizó el método no probabilístico a conveniencia. Para la recolección de los datos se

utilizó la técnica de encuesta y 2 cuestionarios, uno para Usuario Interno y otro para Usuario Externo, utilizando la metodología SERVPERF con escala de Likert para este último. Una vez elaborados los instrumentos adaptados a los objetivos y tipo de estudio, se realizó pilotaje en 20 usuarios: 10 internos y 10 externos. Las preguntas incluidas en el cuestionario fueron adaptadas del modelo SERPERF, modelo validado empírica y científicamente para la investigación de percepción de calidad en servicios. Dentro de las modificaciones para adaptarlo a los objetivos de esta investigación se decide utilizar cuatro de las cinco dimensiones.

Los cuestionarios fueron sometidos a la prueba de Alpha de Crombach con resultado de 0.80 en cuestionario para el Usuario Interno y 0.82 para el Usuario Externo. Luego de corregir los cuestionarios, fueron aplicados a los usuarios externos a la salida de la consulta y también a los que podían dar datos que se encontraban en la sala de observación. La Unidad Observacional fue la calidad de la atención, y la Unidad de Análisis fueron los usuarios externos e internos del Servicio de Emergencia del Bloque Médico Quirúrgico del hospital Escuela. Los criterios de inclusión utilizados para los Usuarios Internos fueron: 1) Personal labore en los turnos A, B o C. 2) Que esté dispuesto a contestar el cuestionario; y los de exclusión: 1).Personal de vacaciones, permisos, incapacidad y que por razones de una emergencia no pueda contestar. Los criterios de inclusión para los Usuarios Externos fueron: 1). Pacientes que demanden la atención en la emergencia durante los días del 1 al 5 de Marzo del

2014 en los 3 turnos (se hizo a conveniencia) y que no presenten alteración de la conciencia. 2). Familiares de pacientes que demanden atención del paciente. Los criterios de Exclusión fueron: 1). Pacientes que se encuentren en estado crítico Y 2). Familiares que no quieran contestar el cuestionario. Se aplicaron 372 instrumentos en Usuarios Externos y 100 en Usuarios Internos, estos últimos fueron empleados que laboran en el servicio de emergencia (Médico Especialista, Médico General, Médicos Residente, Médico interno, Enfermera Profesional y Auxiliar de enfermería). Se tomaron en cuenta los tres turnos A, B y C. Una vez con los formularios completados se elaboró la base de datos, luego el cruce de variables y las tablas de frecuencia. En el cuestionario para el usuario externo se utilizó el método SERVPERF y escala de Likert sacando el correspondiente promedio. Para determinar el grado de satisfacción se consideró como umbral mínimo alcanzar o superar el 80% de acuerdo a las percepciones favorables. Para esta investigación se estableció la siguiente escala para calificar el nivel o grado de satisfacción:

ESCALA DE SATISFACCION Y PORCENTAJE DE CALIFICACION

GRADO DE SATISFACCION	PORCENTAJE DE CALIFICACION DE PERCEPCIONES FAVORABLES
Muy Buena	80-100%
Buena	60-79%
Media	40-59%
Baja	20-39%
Muy Baja	0-19%

El análisis se hizo contrastando la teoría y los hallazgos encontrados para posteriormente realizar las conclusiones y recomendaciones.

VI. RESULTADOS USUARIO EXTERNO

Tabla No. 1.

Usuario externo por turno. Emergencia Bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014

TURNO	Frecuencia	Porcentaje
A	194	52.2
B	22	32.8
C	56	15.1
Total	372	100.0

Fuente: Usuario Externo

Se observa que el turno con mayor cantidad de demandantes es el turno A con 194 usuarios, seguidos del turno C.

Tabla No. 2

Escolaridad de los usuarios externos. Emergencia del Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014.

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	32	8.6
Primaria incompleta	81	21.8
Primaria completa	87	23.4
Secundaria completa	85	22.8
Secundaria incompleta	56	15.1
Universidad incompleta	18	4.8
Universidad completa	12	3.2
Total	371	99.7

Fuente: Usuario Externo

Podemos ver que los usuarios externos que demandaron atención en la emergencia su escolaridad se concentra en primaria incompleta, primaria completa y secundaria incompleta, haciendo un total del 68 %

Gráfica No. 1

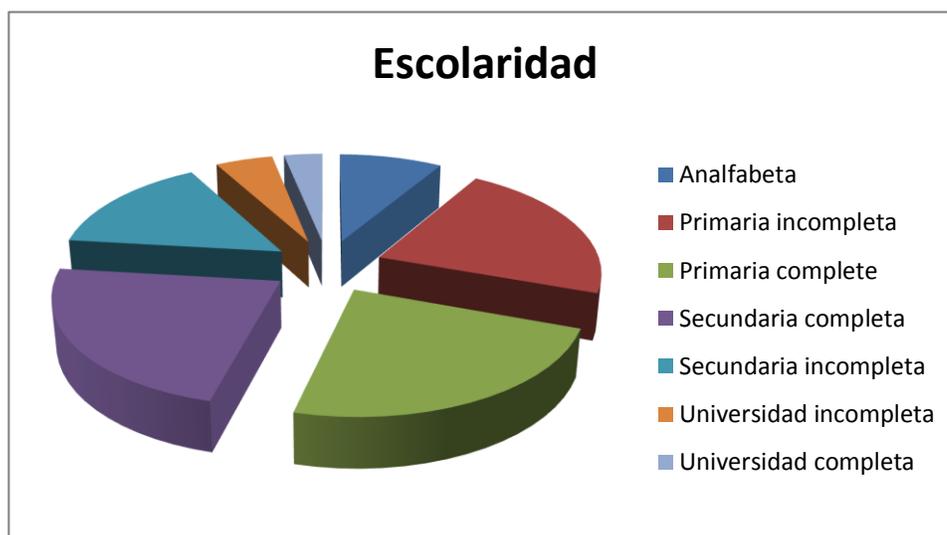


Tabla No. 3

Usuario externo referido a las Emergencias de Hospital Escuela Universitario.

Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	194	52.2
No	178	47.8
Total	372	100.0

Fuente: Usuario Externo

El usuario externo referido corresponde a 194(52.2%) y el no referido 178 (47.8%)

Gráfica No. 2

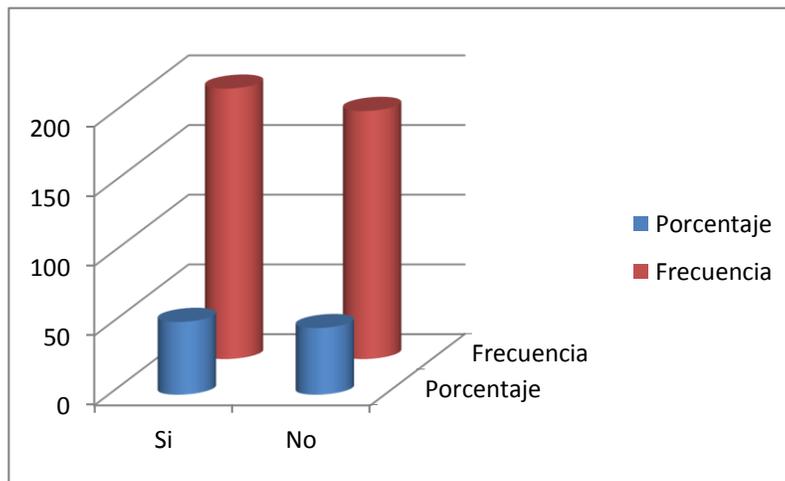


Tabla No. 4

Edad de los usuarios externos. Emergencia hospital Escuela Universitario.

Marzo 2014

Años	Frecuencia	Porcentaje
19-28	67	18.0
29-38	80	21.5
39-48	69	18.5
49-58	77	20.7
59-68	46	12.4
69 y mas	33	8.9
Total	372	100.0

Fuente: Usuario Externo

Se puede observar que la edad de los usuarios que demandaron atención se concentra en el grupo de 29 a 38(21.5%) años. El segundo lugar el grupo de 49 a 58 años (20.7%) y en tercer lugar el grupo de 39 a 48(18.5%)

Tabla No. 5

Sexo de los usuarios externos atendidos en la emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	191	51.3
Masculino	181	48.7
Total	372	100.0

Fuente: Usuario Externo

Se observa que la población según sexo que visita la emergencia es de 51.3% para el sexo femenino.

Tabla No. 6

Usuario externo primera vez que visita la emergencia del Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014.

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	184	49.5
No	188	50.5
Total	372	100.0

Fuente: Usuario Externo

Se puede observar que el número de usuarios externos que visitaron por primera vez 184(49.5%) la emergencia es casi igual que los que ya la han visitado que fueron 188 (50.5%)

TANGIBLES

Tabla No. 7

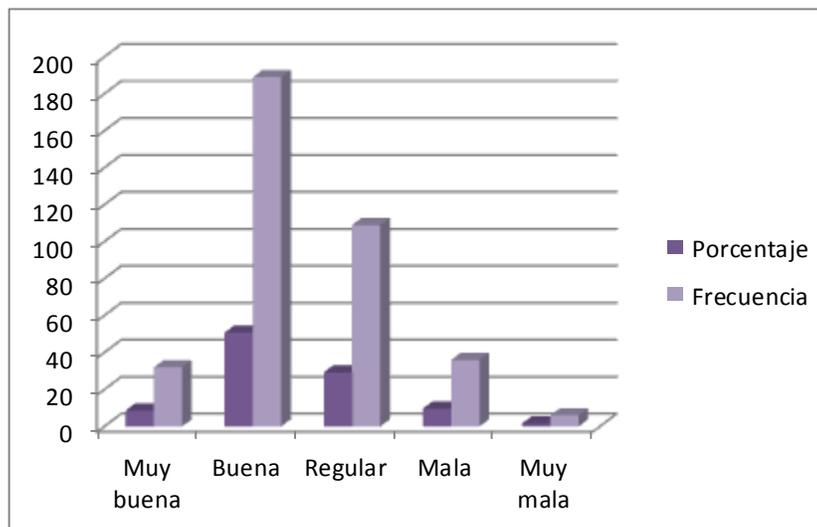
Usuario externo considera las Instalaciones Físicas de la emergencia del Bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	32	8.6
Buena	189	50.8
Regular	109	29.3
Mala	36	9.7
Muy mala	6	1.6
Total	372	100.0

Fuente: Usuario Externo

Se observa que de los 372 usuarios encuestados, 221 (59.4%) consideran buena y muy buena las instalaciones de la Emergencia y 151(40.6%) la consideran de regular, mala y muy mala.

Gráfica No. 3



.Tabla No. 8

Limpieza y orden según usuario externo en la emergencia del bloque médico quirúrgico .Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	89	23.9
Buena	187	50.3
Regular	83	22.3
Mala	12	3.2
Muy mala	1	0.3
Total	372	100.0

Fuente: Usuario Externo

Se observa que 187 (50.3%) consideran la limpieza como Buena, seguida de 89(23.9%) muy buena, 83(22.3%) regular, 12(3.2%) mala y 1(0.3%) como muy mala.

Gráfica No. 4

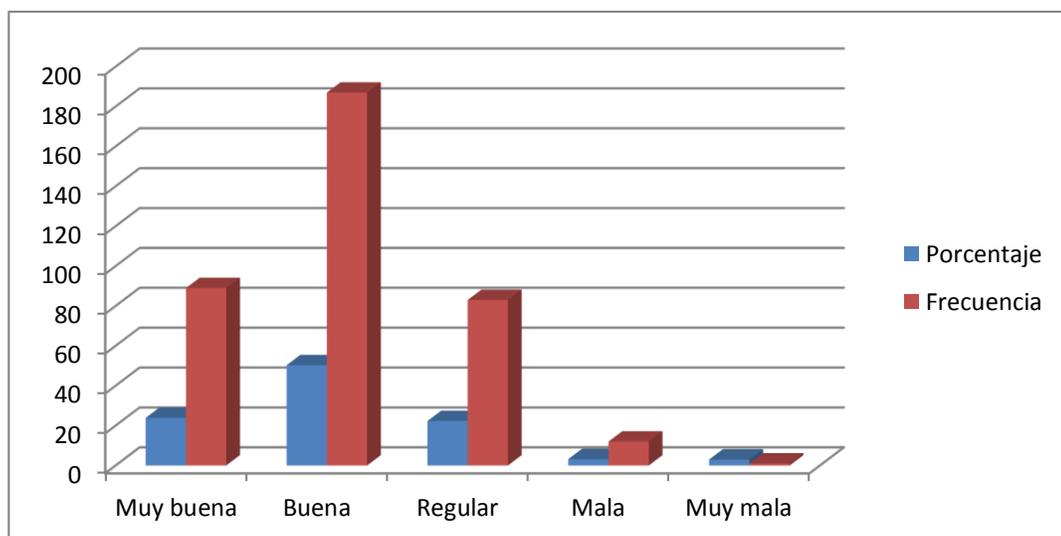


Tabla No. 9

La Ventilación según usuario externo en la emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	32	8.6
Buena	157	42.2
Regular	113	30.4
Mala	55	14.8
Muy mala	15	4.0
Total	372	100.0

Fuente: Usuario interno

Se puede observar que 32(8.6%) usuarios externos califican muy buena la ventilación, 157(42.2%) Buena, 113(30.4%) regular, 55(14.8%) mala y 15(4%) muy malas.

Gráfica No. 5

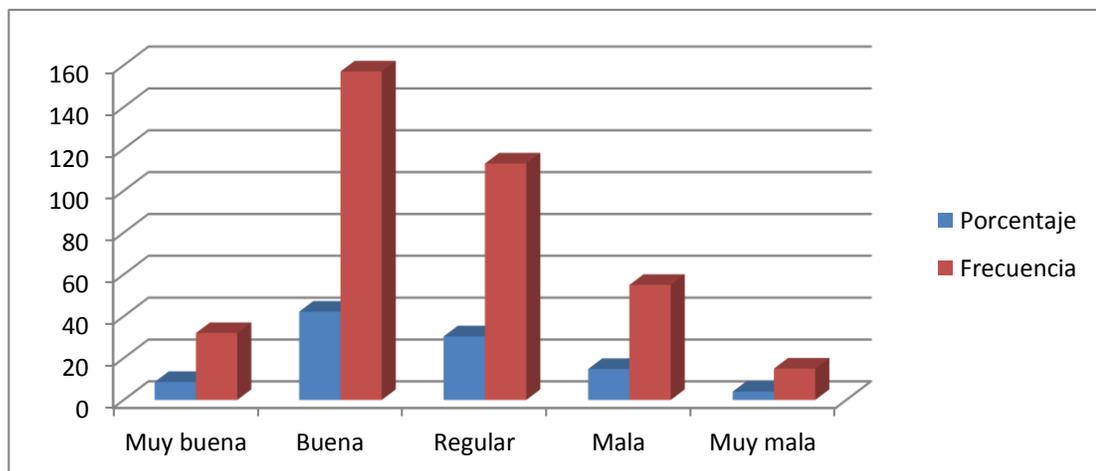


Tabla No. 10

La Comodidad del usuario externo mientras esperaba ser atendido en la emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario.

Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	30	8.1
Buena	144	38.7
Regular	119	32.0
Mala	61	16.4
Muy mala	18	4.8
Total	372	100.0

Fuente: Usuario Externo

Se puede observar que 30 (8.15) de usuarios perciben la comodidad como muy buena, 144 (38.7%) como buena, 119 (32%) regular, 61 (16.4%) mala y 18 (4.8%) muy mala

Gráfica No. 6

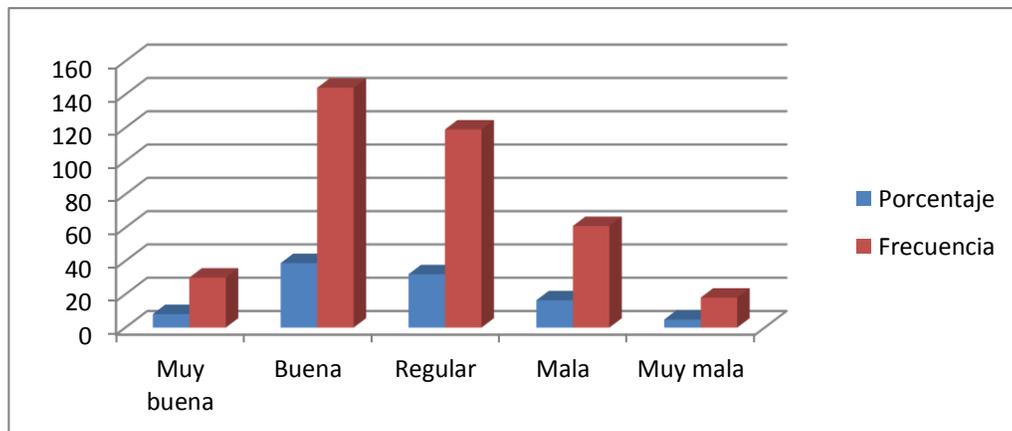


Tabla No. 11

Presentación del personal según usuario externo que lo atendió en la emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario.

Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	114	30.6
Buena	206	55.4
Regular	38	10.2
Mala	5	1.3
Muy mala	9	2.4
Total	372	100.0

Fuente: Usuario Externo

La presentación del personal 310 (86%) la perciben como muy buena y buena y solo un 14% la califica como regular, mala y muy mala.

Gráfica No. 7

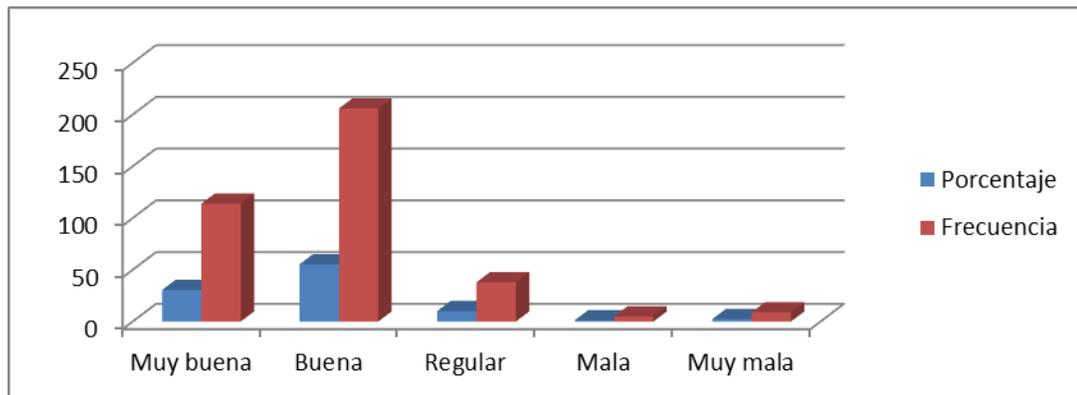


Tabla No. 12

Usuario externo como considera la Señalización para orientarse en la emergencia del bloque médico quirúrgico .Hospital Escuela Universitario.

Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	25	6.7
Buena	161	43.6
Regular	89	23.9
Mala	55	14.8
Muy mala	42	11.3
Total	372	100.0

Fuente: Usuario Externo

Destaca que 161 usuarios (43.6%) califica la señalización como buena, 89(23.9%) regular, 55(14.8%) mala, 42(11.3%) muy mala y 25(6.7%) como muy buena.

Gráfica No. 8

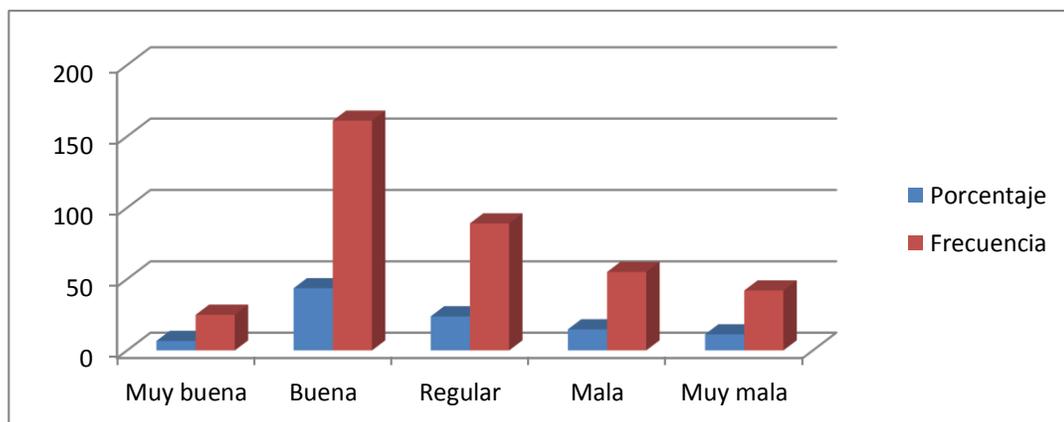


Tabla No. 13

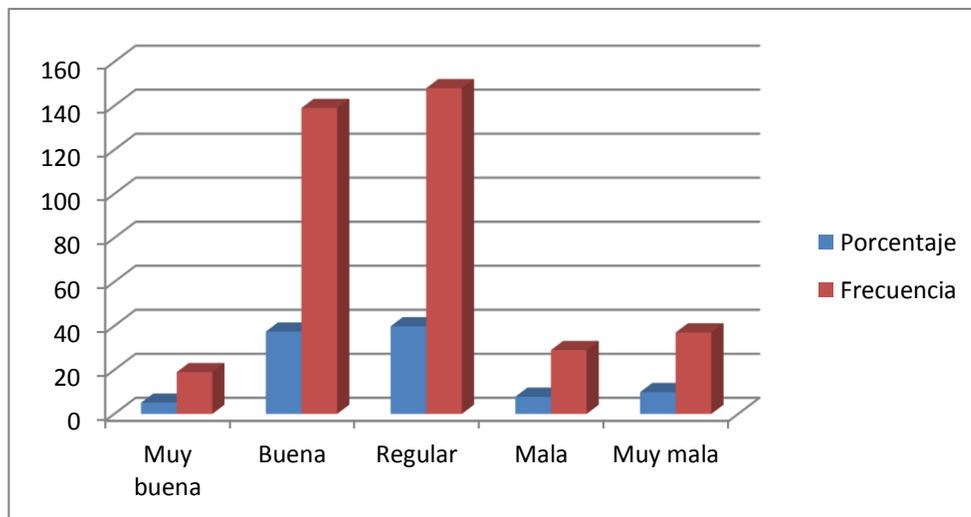
Existencia de equipos según usuario externo en la emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	19	5.1
Buena	139	37.4
Regular	148	39.8
Mala	29	7.8
Muy mala	37	9.9
Total	372	100.0

Fuente: Usuario Externo

Se observa que 139 (37.4%) usuarios califican la existencia de equipos como Buena, 148(39.8%) como regular, 19(5.1%) muy buena, 29(7.8%) mala y 37(9.9%) muy mala.

Gráfica No. 9



EMPATIA

Tabla No. 14

La Atención y amabilidad de enfermeras del usuario externo en la emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela. Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	109	29.3
Buena	181	48.7
Regular	62	16.7
Mala	15	4.0
Muy mala	5	1.3
Total	372	100.0

Fuente: Usuario Externo

Destaca aquí que 181(48.7%) usuarios califican la atención y amabilidad de las enfermeras como Buena y 109(29.3%) como muy buena.

Gráfica No. 10

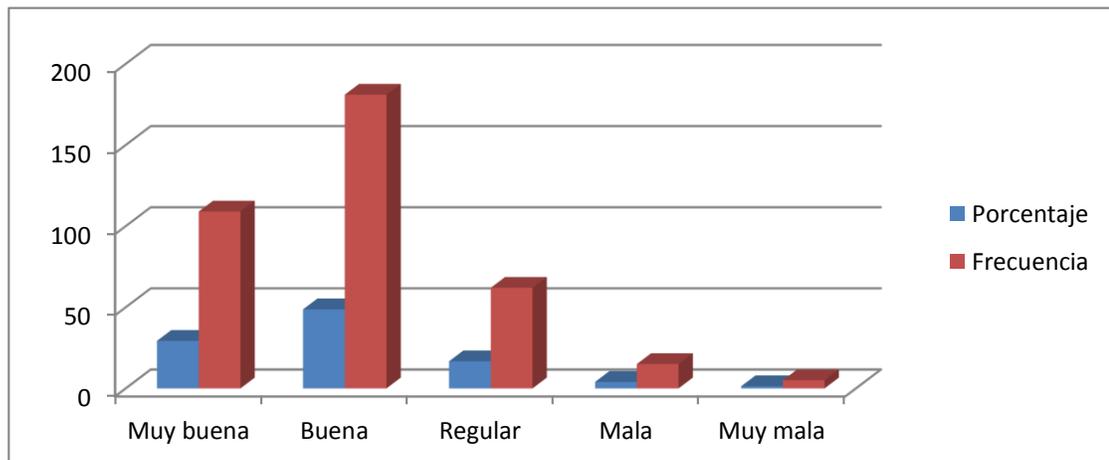


Tabla No. 15

Como considera la atención y amabilidad del personal médico que labora en la emergencia del bloque médico quirúrgico .Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	137	36.8
Buena	187	50.3
Regular	40	10.8
Mala	5	1.3
Muy mala	3	0.8
Total	372	100.0

Fuente: Usuario Externo

Se observa que los porcentajes más altos lo tienen la calificación de Buena (50.3%) y Muy Buena (36.8%).

Gráfica No. 11

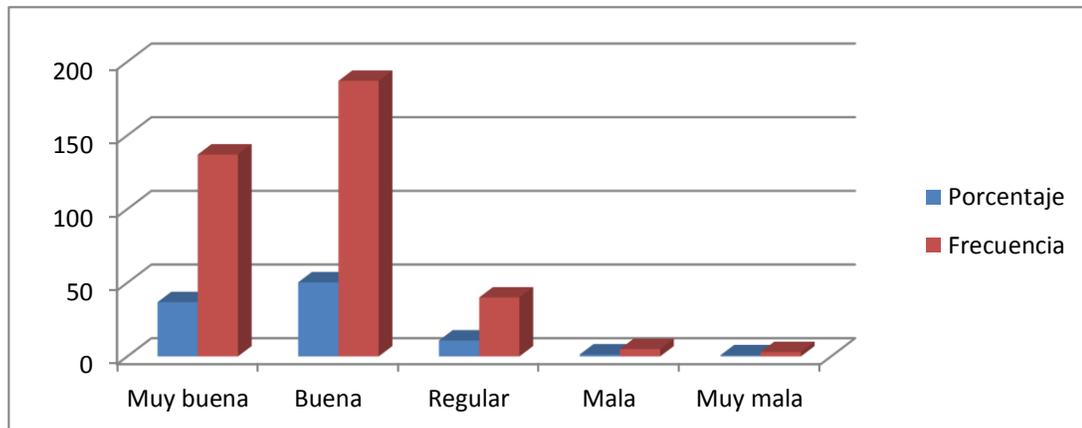


Tabla No. 16

Claridad con que el médico explicó el problema que le afecta al usuario Externo en la emergencia del Hospital Escuela Universitario. MARZO 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	109	29.3
Buena	201	54.0
Regular	44	11.8
Mala	13	3.5
Muy mala	5	1.3
Total	372	100.0

Fuente: Usuario Interno

Es relevante que 201(54%) de los usuarios externos calificaron de Buena la claridad de explicación, y 109(29.3%) de Muy Buena.

Gráfica No. 12

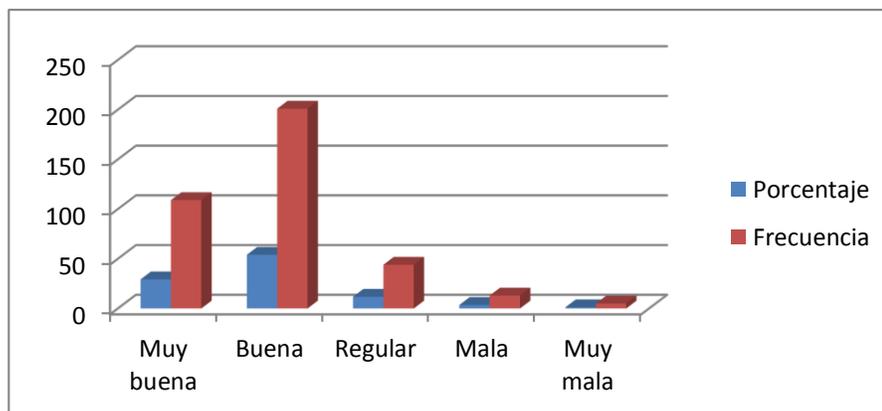


Tabla No. 17

Disposición del personal para ayudar al usuario externo en la emergencia Del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	94	25.3
Buena	223	59.9
Regular	42	11.3
Mala	9	2.4
Muy mala	4	1.1
Total	372	100.0

Fuente: Usuario Externo

Podemos observar que 223(59.9%) de los usuarios califica la disposición como Buena, 94(25.3%) muy buena, 42(11.3%) regular, 9(2.4%) mala y 4(1,1%) muy mala.

Gráfica No. 13

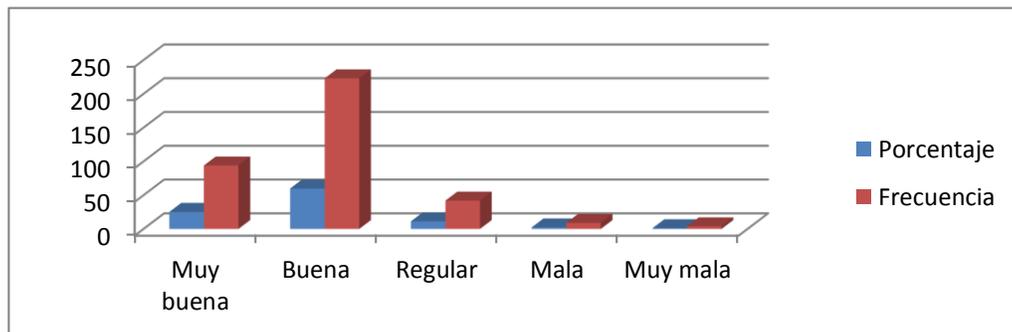


Tabla No. 18

Rapidez con que fue atendido en la emergencia del bloque médico quirúrgico.

Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	116	31.2
Buena	156	41.9
Regular	67	18.0
Mala	23	6.2
Muy mala	10	2.7
Total	372	100.0

Fuente: Usuario Externo

Se observa que el mayor número de los usuarios (73.1%) perciben la rapidez en que fue atendido como muy buena y buena.

Gráfica No. 14

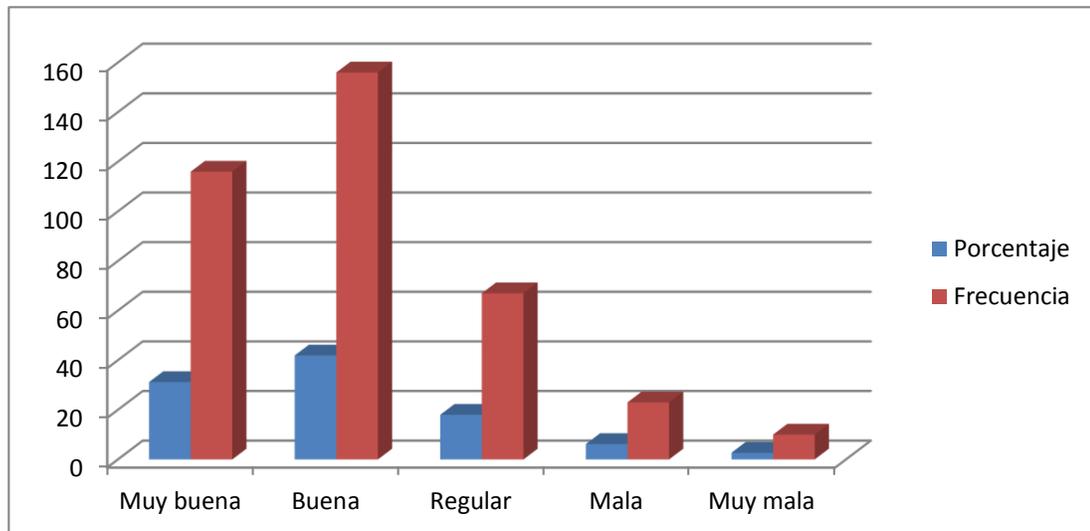


Tabla No. 19

Tiempo que el usuario externo espero para ser atendido en la emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela. Marzo 2014

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 30 minutos	183	49.2
30 minutos a 1 hora	97	26.1
1 hora a 1:30 hora	41	11.0
1:30 a 2 horas	14	3.8
Más de 2 horas	37	9.9
Total	372	100.0

Fuente: Usuario Externo

En esta grafica se observa que la mayoría de los usuarios esperaron menos de media hora para ser atendidos (49.2%), seguidos del 26.1% que esperaron entre 30 minutos a una hora.

Gráfica No. 15

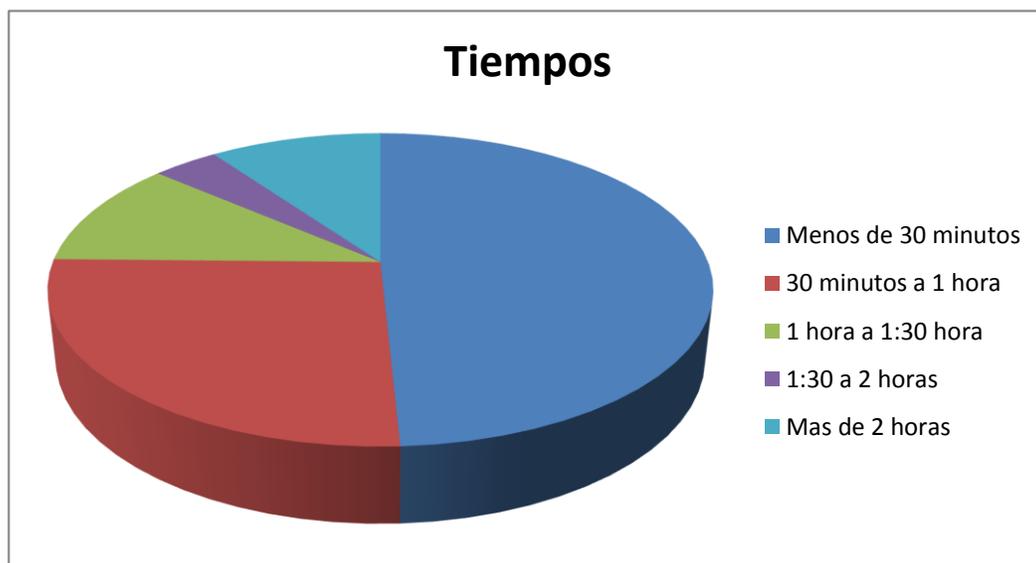


Tabla No. 20

Tiempo esperado por los familiares acerca de resultados de exámenes en la emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 30 minutos	84	22.6
30 minutos a 1 hora	93	25.0
1 hora a 1:30 hora	64	17.2
1:30 a 2 horas	35	9.4
Más de 2 horas	96	25.8
Total	372	100.0

Fuente: Usuario Externo

Esta grafica muestra que un 22.6 % de familiares de usuarios esperan menos de 30 minutos para ser atendidos, pero hay un 25.6 % que espera más de 2 horas

Gráfica No. 16



Tabla No. 21

Personal de enfermería mantuvo informado respecto a atrasos y esperas en la emergencia del Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	76	20.4
Casi siempre	83	22.3
A veces	96	25.8
No sabe	36	9.7
Nunca	81	21.8
Total	372	100.0

Fuente: Usuario Externo

En la gráfica se puede observar que solo un 20.4 % refirió que el personal de enfermería lo mantuvo siempre informado y un 21.8 % que nunca se le informo

Tabla No.22

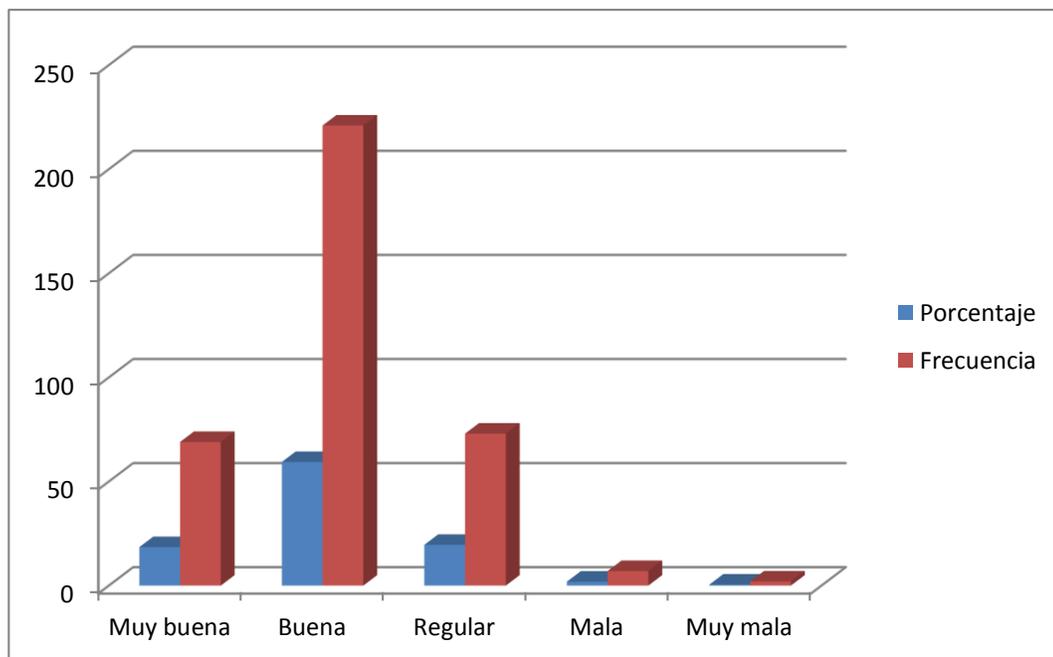
Atención recibida según el usuario externo en la emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	69	18.5
Buena	221	59.4
Regular	73	19.6
Mala	7	1.9
Muy mala	2	0.5
Total	372	100.0

Fuente: Usuario Externo

En esta gráfica se observa que 221 usuarios (59.4%) califica la atención recibida como buena, 18.5% muy buena, 19.6% regular y 0.5% como muy mala

Gráfica No. 17



CONFIABILIDAD

Tabla No. 23

Confianza en el servicio de emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	76	20.4
Buena	209	56.2
Regular	73	19.6
Mala	10	2.7
Muy mala	4	1.1
Total	372	100.0

Fuente: Usuario Externo

Destaca que 209(56%) usuarios externos califican de Buena la confianza que tienen en el servicio

Gráfica No. 18

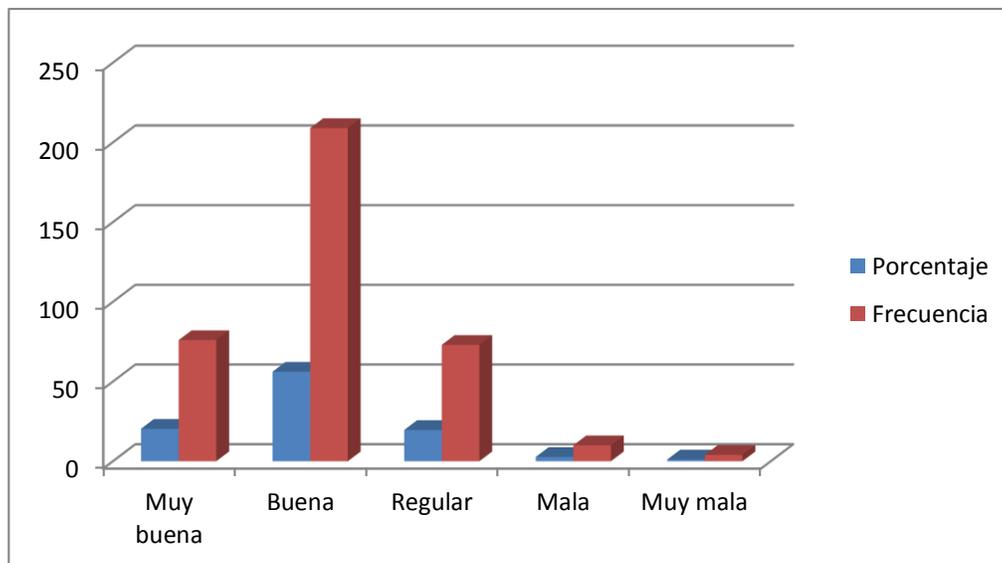


Tabla No. 24

La Privacidad durante los exámenes y procedimientos realizados en la emergencia del Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	80	21.5
Buena	159	42.7
Regular	96	25.8
Mala	34	9.1
Muy mala	3	0.8
Total	372	100.0

Fuente: Usuario Externo

En esta grafica se observa que el usuario externo en su mayoría 159 (42.7%) percibe como buena al preguntarle sobre la privacidad que se le brindó

Gráfica No. 19

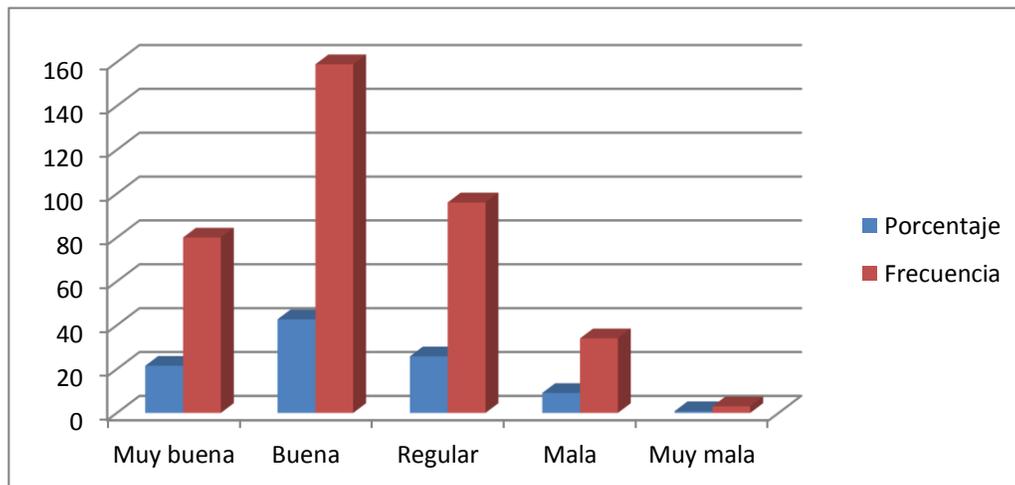


Tabla No. 25

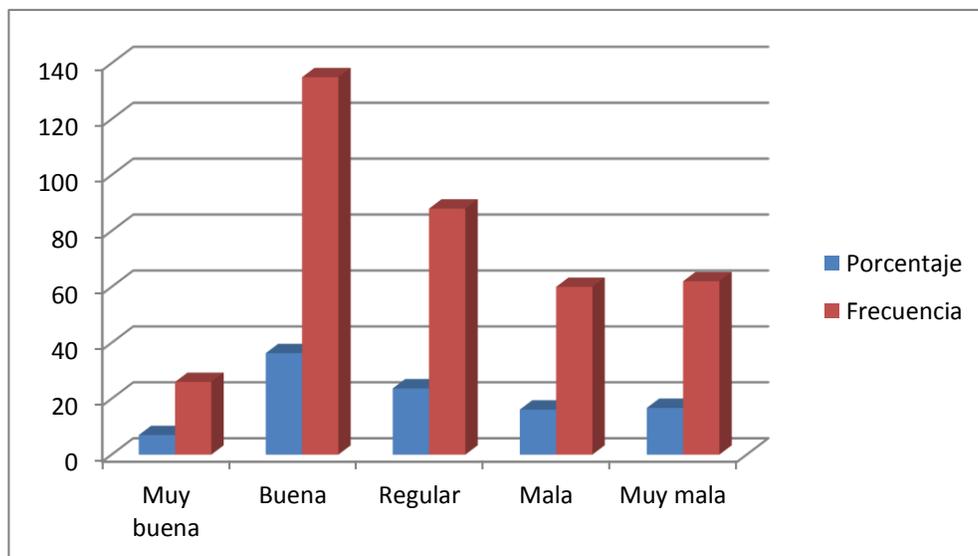
Existencia de medicamentos y otros materiales necesarios en la emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	26	7.0
Buena	136	36.5
Regular	88	23.7
Mala	60	16.1
Muy mala	62	16.7
Total	372	100.0

Fuente: Usuarios Externos

Del total de los usuarios 162 (43.5%) considera muy buena y buena la existencia de los medicamentos. El resto 210 (57.5%) la considera de regular a muy mala.

Gráfica No. 20



SEGURIDAD

Tabla No. 26

Solicitud de permiso antes de realizar cualquier exámen en la emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	304	81.7
No	50	13.4
A veces	16	4.3
Indeciso	2	0.5
Total	372	100.0

Fuente: Usuario Externo

Destaca que 304 (81.7%) confirman que si se les pidió permiso

Tabla No. 27

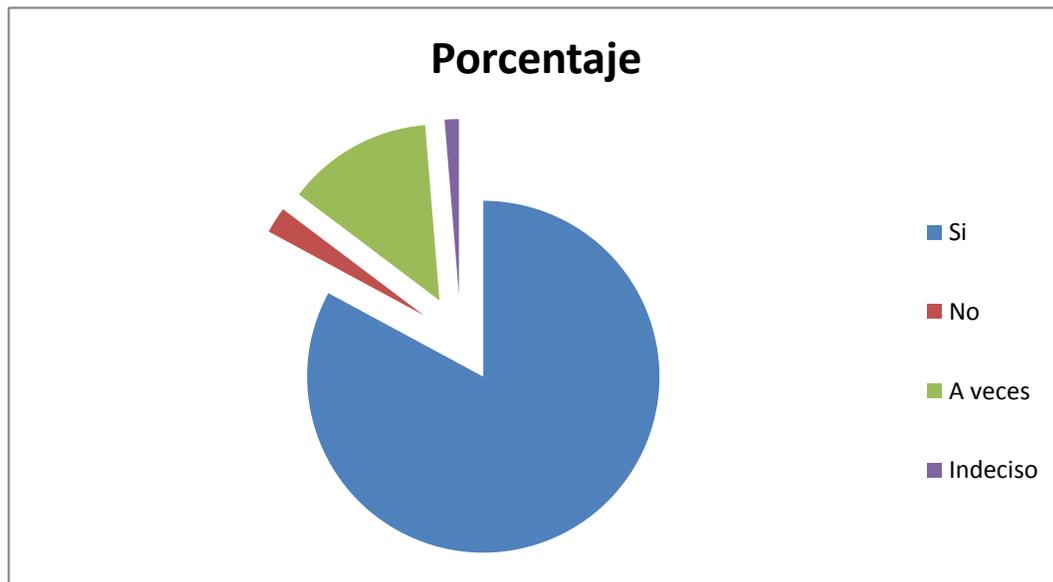
Seguridad al realizarse los exámenes en la emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	308	82.8
No	9	2.4
A veces	50	13.4
Indeciso	5	1.3
Total	372	100.0

Fuente: Usuario Externo

Destaca aquí que 308(82.8%) de los usuarios sintió seguridad del servicio al realizarse los exámenes. Un 2.4% no, 13.4% a veces e indecisos 1.3%

Gráfica No. 21



RESPUESTAS USUARIO INTERNO

Tabla No. 28

Número de Usuarios Internos por especialidad en el servicio de emergencia del bloque médico quirúrgico .Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje%
Emergencia medicina interna	50	50.0
Emergencia cirugía	50	50.0
Total	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

Tabla No. 29

DATOS GENERALES

Sexo del personal de emergencias en el Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	61	61.0
Masculino	39	39.0
Total	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

La mayoría de los usuarios internos son del sexo femenino.

Tabla No. 30

Grupos de edad de usuario interno encuestado en la emergencia del BMQ.

Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014.

Años	Frecuencia	Porcentaje
18-27	25	25.0
28-37	36	36.0
38-47	19	19.0
48-57	16	16.0
58 y mas	4	4.0
Total	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

Se observa que el mayor número de edad de los usuarios encuestados está en el grupo de 28 a 37 años. 36 (36%)

Tabla No. 31

Profesión del Usuario Interno en la emergencia del BMQ. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Médico especialista	24	24.0
Médico residente	13	13.0
Médico interno	21	21.0
Enfermera profesional	14	14.0
Auxiliar de enfermería	28	28.0
Total	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

Se observa que 28% de los encuestados pertenecen a la categoría de Auxiliar de enfermería, seguido del 24% que corresponde a los médicos especialistas.

Tabla No. 32

Años de experiencia del Usuario Interno en la emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo2014

Descripción	Porcentaje	Frecuencia
Menor de 1 año	17.0	17
1 a 3 años	36.0	36
4 a 5 años	19.0	19
6 o más años	28.0	28
Total	100.0	100

Fuente: Usuario Interno

Destaca que la mayor parte del usuario interno tiene una experiencia de 1 a 3 años (36%), le sigue el grupo de 6 años o más (28%)

Tabla No. 33

Cursos de entrenamiento en emergencia. Usuario Interno Emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	48	48.0
No	52	52.0
Total	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

El 52% (52) no ha recibido ningún curso.

Gráfica No. 22

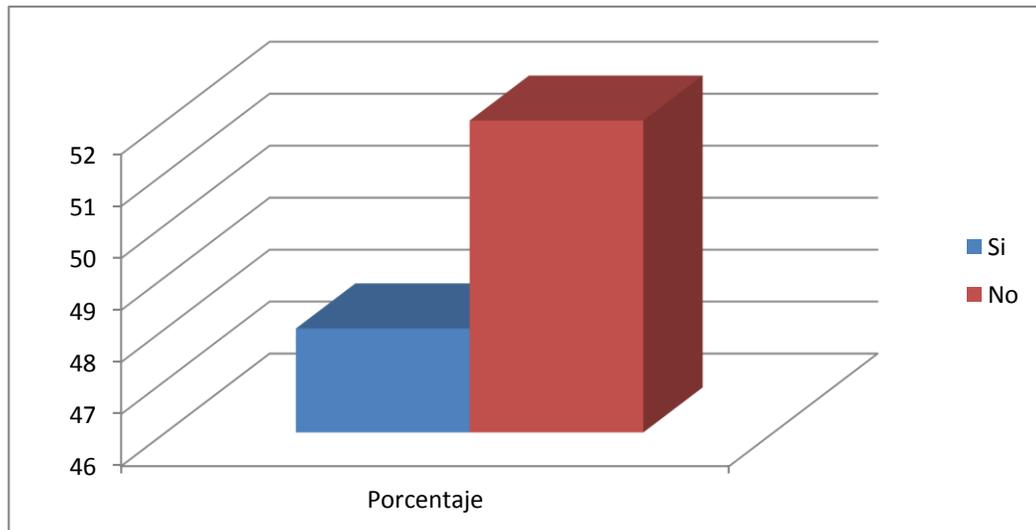


Tabla No. 34

Tiempo de último curso recibido. Usuario Interno de la Emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 1 año	19	19.0
De 1 a 2 años	13	13.0
Más de 2 años	20	20.0
No ha recibido	48	48.0
Total	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

La mayoría 48 (48%) no ha recibido curso

Tabla No. 35

Condición de trabajo del personal en la emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014.

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Permanente	47	47.0
Contrato	25	25.0
Estudiante post-grado	13	13.0
Estudiante pre-grado	15	15.0
Total	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

Se puede observar que la condición de trabajo con más usuarios internos es la permanente. (47%). Un 25 % la condición es por contrato y el resto 28% corresponde a estudiantes de grado y post grado.

ESTRUCTURA

Tabla No. 36

Espacio físico adecuado para el servicio de emergencia del bloque médico quirúrgico. Usuario Interno. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	5.0
No	94	94.0
No sabe	1	1.0
Total	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

Destaca que 94% de los usuarios internos consideran NO adecuado el espacio físico del Servicio de Emergencia

Gráfica No. 23

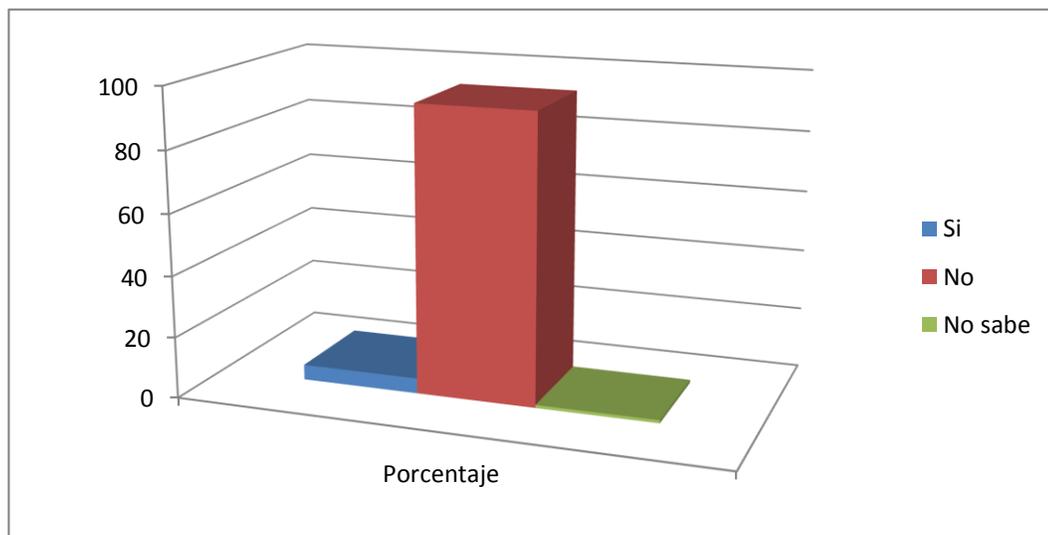


Tabla No. 37

Iluminación y ventilación para brindar el servicio. Emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	13.0
No	87	87.0
Total	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

La mayoría 87 (87%) dicen que la iluminación y ventilación no es suficiente.

Gráfica No. 24

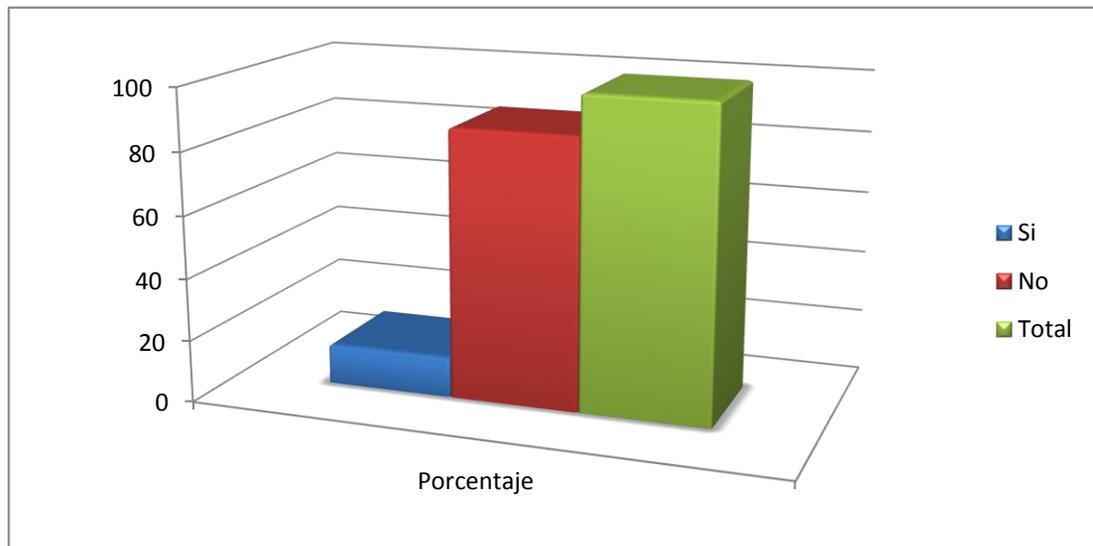


Tabla No. 38

Uso de vestimenta adecuada en la emergencia del bloque médico quirúrgico.

Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	42	42.0
No	57	57.0
No sabe	1	1.0
Total	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

Destaca que 57 (57%) de los usuarios internos opinan que la vestimenta no es adecuada.

Tabla No. 39

Equipos y materiales en la emergencia del bloque médico quirúrgico. Usuario.
Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	13.0
No	85	85.0
No sabe	2	2.0
Total	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

La mayoría, el 85% de los usuarios internos consideran que la cantidad de equipos y materiales No son suficientes.

Un 13% si y un 2%no sabe.

Gráfica No. 25

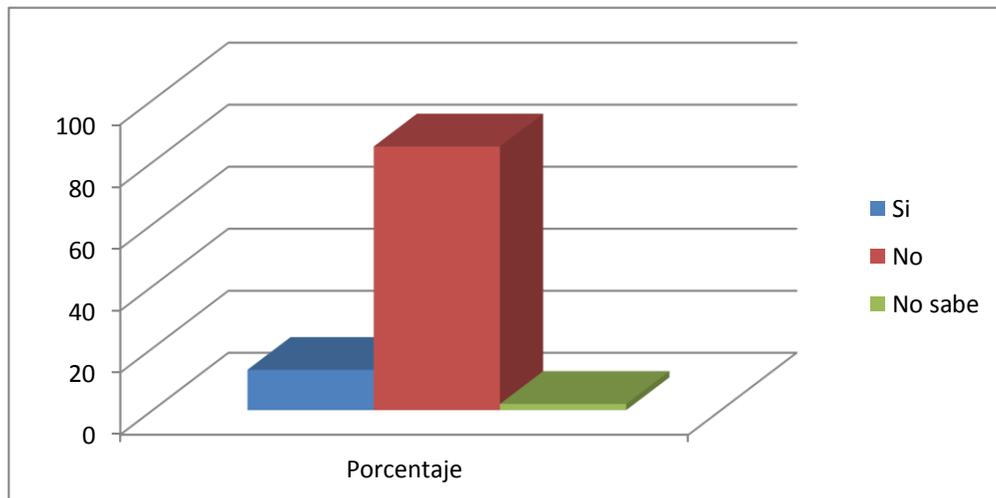


Tabla No. 40

Recurso humano suficiente en las emergencias del bloque médico quirúrgico.

Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	10.0
No	86	86.0
No sabe	4	4.0
Total	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

Es relevante que un 86% de usuarios internos consideran insuficiente el recurso humano en la emergencia.

Gráfica No. 26

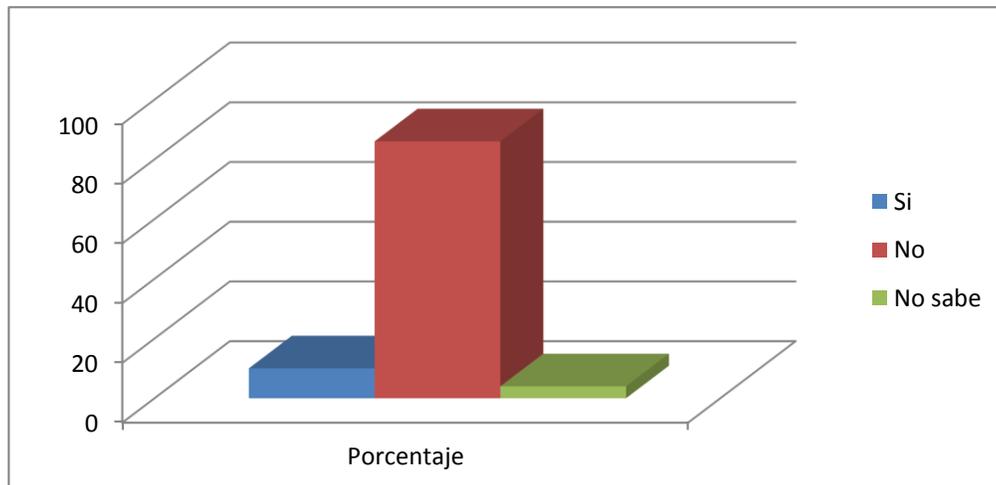


Tabla No. 41

Flujos y circulaciones dentro y fuera del servicio para movilización rápida de pacientes y personal en emergencia bloque médico quirúrgico. Usuario interno. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014.

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	8.0
No	91	91.0
No sabe	1	1.0
Total	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

Esta gráfica demuestra que 91% de usuarios consideran que los flujos y circulaciones no son adecuados para la movilización rápida de pacientes y personal en la emergencia.

Gráfica No. 27

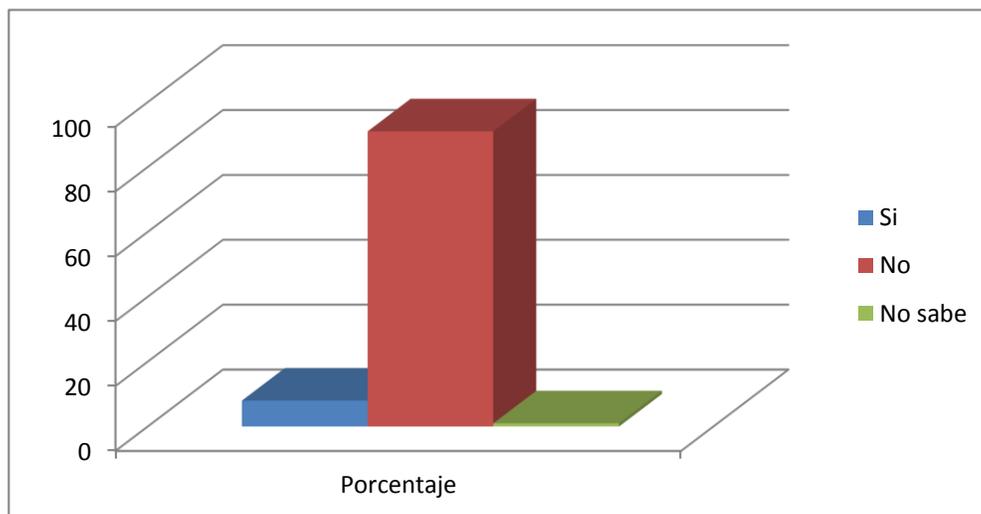


Tabla No. 42

Espacio asignado a observación es suficiente en emergencias del bloque médico quirúrgico. Usuario Interno. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	6.0
No	93	93.0
No sabe	1	1.0
Total	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

Destaca que casi todos los usuarios internos 93 (93%) consideran que el espacio de la sala de Observación no es suficiente en el servicio.

Gráfica No. 28

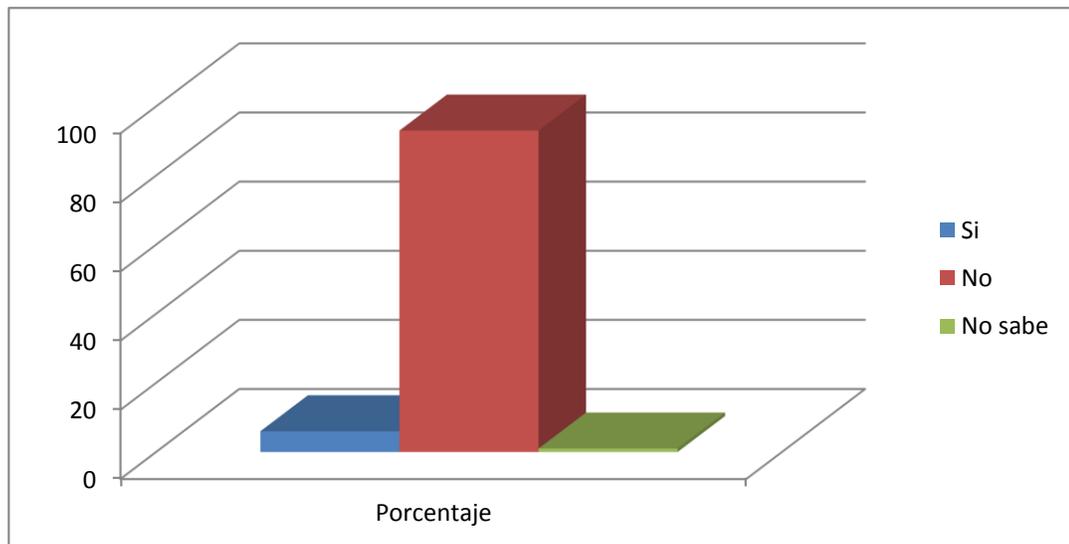


Tabla No. 43

Servicio de emergencia del bloque médico quirúrgico del Hospital Escuela cuenta con suficientes medicamentos Universitario. Usuario Interno. Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	11.0
No	89	89.0
Total	100	100.0

Se observa que 89 (89%) de los usuarios internos consideran insuficiente la cantidad de medicamentos existentes en la emergencia.

Gráfica No. 29

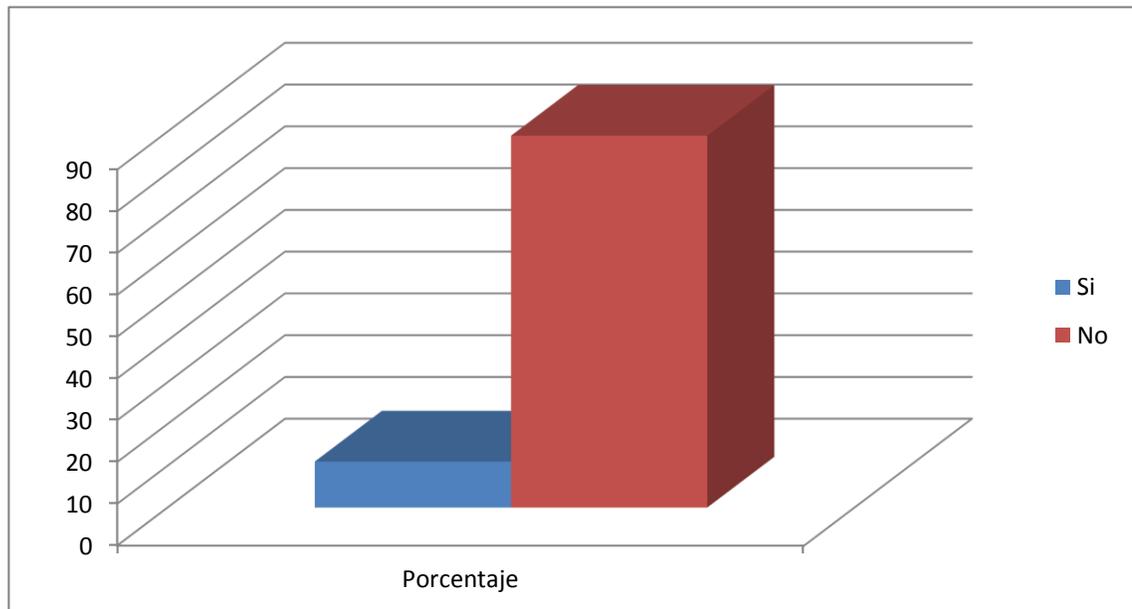


Tabla No. 44

Triaje tiene ubicación, distribución y espacio adecuado en la emergencia del bloque médico quirúrgico del Hospital Escuela Universitario. Usuario Interno. Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	9.0
No	84	84.0
No sabe	7	7.0
Total	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

El 84% (84) de los usuarios internos el traje no tiene la ubicación, distribución y espacio adecuado en la emergencia.

Gráfica No. 30

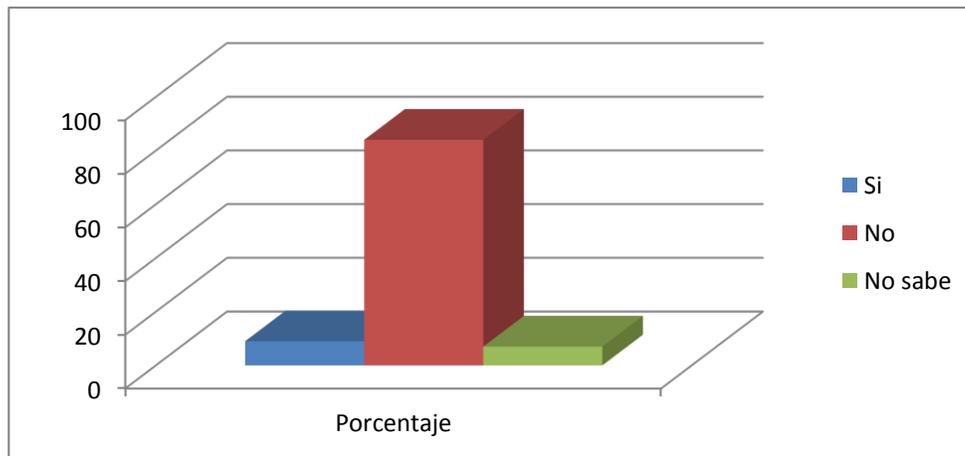


Tabla No. 45

Existencia de registro epidemiológico en la emergencia del bloque médico quirúrgico del Hospital Escuela Universitario. Usuario Interno. Marzo 2014.

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	60	60.0
No	33	33.0
No sabe	7	7.0
Total	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

Se refleja que un 60% de los usuarios aseguran que existe un registro epidemiológico. 33% refiere que no y 7% no sabe

Tabla No. 46

Ayuda tecnológica existente en el triaje de la emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Usuario Interno. Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	4.0
No	93	93.0
No sabe	3	3.0
Total	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

Se observa que el 93% de los usuarios refieren que en el triaje de la emergencia no existe ayuda tecnológica para la clasificación y organización de pacientes.

Gráfica No. 31

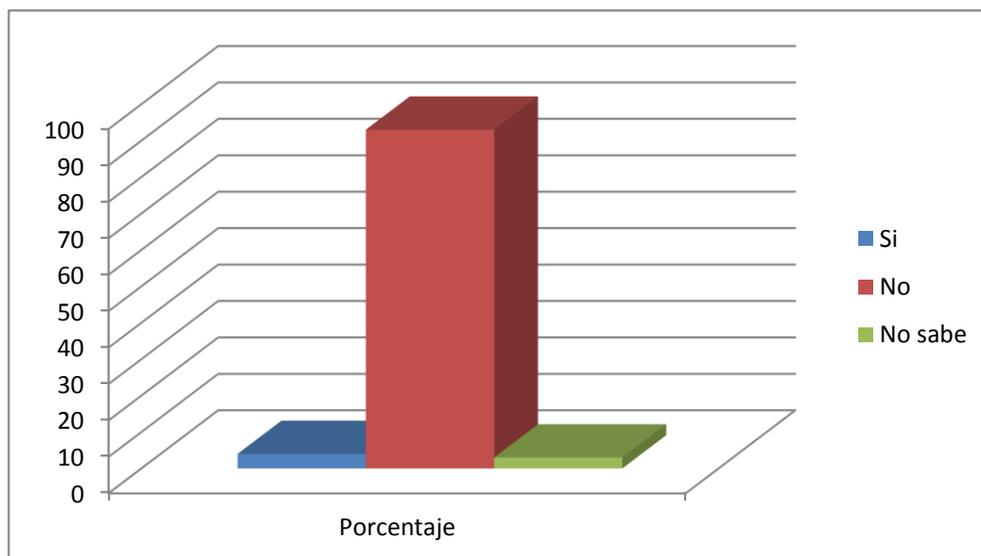


Tabla No. 47

Espacio físico es adecuado en la emergencia del bloque médico quirúrgico.

Usuario Interno. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014.

Descripción		Emergencia cirugía	Emergencia medicina interna	Total
Si	Frecuencia	3	2	5
	Porcentaje	6.0	4.0	5.0
No	Frecuencia	47	47	94
	Porcentaje	94.0	94.0	94.0
No sabe	Frecuencia	0	1	1
	Porcentaje	0.0	2.0	1.0
Total	Frecuencia	50	50	100
	Porcentaje	100.0	100.0	100.0

Fuente: Usuario Interno

Aquí se puede observar que el usuario interno de las dos áreas de la emergencia considera en su mayoría (47%) que el espacio físico no es adecuado.

Tabla No. 48

El espacio físico es el adecuado en la emergencia del Bloque Médico Quirúrgico del Hospital Escuela Universitario. Usuario Interno. Marzo 2014

Descripción		TURNO			Total
		A	B	C	
Si	Frecuencia	3	1	1	5
	Porcentaje	7.5	2.5	5.0	5.0
No	Frecuencia	37	38	19	94
	Porcentaje	92.5	95.0	95.0	94.0
No sabe	Frecuencia	0	1	0	1
	Porcentaje	0.0	2.5	0.0	1.0
Total	Frecuencia	40	40	20	100
	Porcentaje	100.0	100.0	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

Se observa que en los 3 turnos el usuario interno en su mayoría califica que el espacio físico de la emergencia no es el adecuado: A 92.5%, B95% y C 95%

Tabla No. 49

Espacio físico adecuado, según profesión. Usuario Interno. Emergencia bloque médico quirúrgico del hospital Escuela Universitario. Marzo 2014.

Descripción		Profesión					Total
		Médico Especialista	Médico Residente	Médico interno	Enfermera Profesional	Auxiliar de Enfermería	
Si	Frecuencia	0	0	3	1	1	5
	Porcentaje	0.0	0.0	14.3	4.1	3.6	5.0
No	Frecuencia	24	13	17	13	27	94
	Porcentaje	100.0	100.0	81.0	92.9	96.4	94.0
No sabe	Frecuencia	0	0	1	0	0	1
	Porcentaje	0.0	0.0	4.8	0.0	0.0	1.0
Total	Frecuencia	24	13	21	14	28	100
	Porcentaje	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Destaca que los médicos especialistas, y médicos residentes califican que el espacio físico no es adecuado en un 100% cada grupo. Seguido de la auxiliar de enfermería con 96.4%, la enfermera profesional 92.9 % y el médico interno 81.1%.

Tabla No. 50

Condición de iluminación y ventilación según personal emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014

Descripción		Emergencia cirugía	Emergencia medicina interna	Total
Si	Frecuencia	8	5	13
	Porcentaje	16.0	10.0	13.0
No	Frecuencia	42	45	87
	Porcentaje	50	50	100
Total	Frecuencia	50	50	100
	Porcentaje	100.0	100.0	100.0

Fuente: Usuario Interno

Se observa que en ambas emergencias que forman el bloque médico quirúrgico los usuarios coinciden en que la ventilación e iluminación no son adecuadas .Medicina 45% y cirugía 42%

Tabla No. 51

Vestimenta adecuada según usuario interno en emergencia del bloque médico quirúrgico .Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014

Descripción		Emergencia cirugía	Emergencia medicina interna	Total
Si	Frecuencia	26	16	42
	Porcentaje	52.0	32.0	42.0
No	Frecuencia	24	33	57
	Porcentaje	48.0	66.0	57.0
No sabe	Frecuencia	0	1	1
	Porcentaje	0.0	2.0	1.0
Total	Frecuencia	50	50	100
	Porcentaje	100.0	100.0	100.0

Fuente: Usuario Interno

Se observa que el usuario interno de la emergencia de cirugía si considera la vestimenta adecuada en un 52%, contrario al usuario interno de la emergencia de Medicina Interna que considera adecuada en 32%. No la considera adecuada cirugía en un 48% y medicina interna en un 66%.

Tabla No. 52

Vestimenta que usa según profesión del personal de emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014.

Descripción		Profesión					Total
		Médico Especialista	Médico Residente	Médico interno	Enfermera Profesional	Auxiliar de Enfermería	
Si	Frecuencia	0	0	3	1	1	5
	Porcentaje	0.0	0.0	14.3	4.1	3.6	5.0
No	Frecuencia	24	13	17	13	27	94
	Porcentaje	100.0	100.0	81.0	92.9	96.4	94.0
No sabe	Frecuencia	0	0	1	0	0	1
	Porcentaje	0.0	0.0	4.8	0.0	0.0	1.0
Total	Frecuencia	24	13	21	14	28	100
	Porcentaje	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Usuario Interno

Se observa que los usuarios de las profesiones encuestados en su mayoría (94%) están de acuerdo en que no es adecuada la vestimenta usada.

Tabla No. 53

Existencia de equipos y materiales es suficiente, según personal de emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014.

Descripción		Emergencia cirugía	Emergencia medicina interna	Total
Si	Frecuencia	5	8	13
	Porcentaje	10.0	16.0	13.0
No	Frecuencia	44	41	85
	Porcentaje	88.0	82.0	85.0
No sabe	Frecuencia	1	1	2
	Porcentaje	2.0	2.0	2.0
Total	Frecuencia	50	50	100
	Porcentaje	100.0	100.0	100.0

Fuente: Usuario Interno

La figura arroja que un 88% de usuarios del área de cirugía y un 82% de medicina interna refieren que la cantidad de equipos y materiales no es suficiente en el servicio de emergencia.

Gráfica No. 32

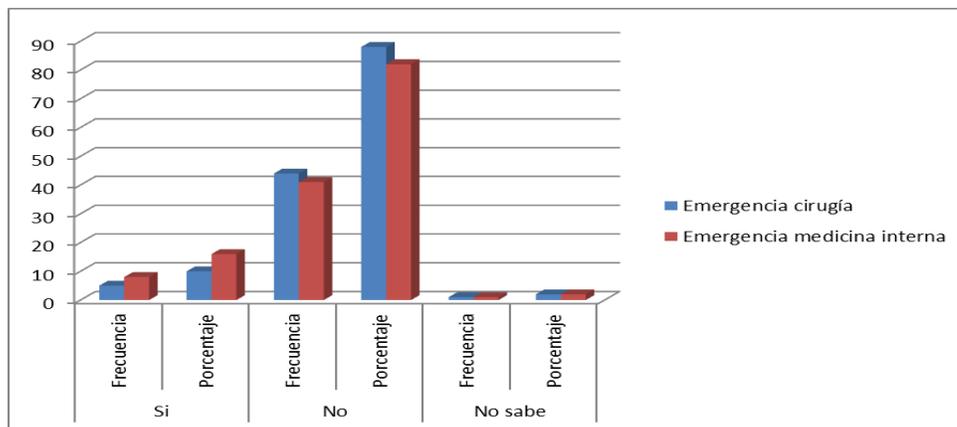


Tabla No. 54

Existencia de equipos y materiales según personal por turno de la
Emergencia del bloque médico quirúrgico .Hospital Escuela Universitario.
Marzo 2014.

Descripción		TURNO			Total
		A	B	C	
Si	Frecuencia	7	4	2	13
	Porcentaje	17.5	10.0	10.0	13.0
No	Frecuencia	32	35	18	85
	Porcentaje	80.0	87.5	90.0	85.0
No sabe	Frecuencia	1	1	0	2
	Porcentaje	2.5	2.5	0.0	2.0
Total	Frecuencia	40	40	20	100
	Porcentaje	100.0	100.0	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

Se observa que en turno A el 80% de usuarios califico como no la existencia de
equipos y materiales. El B dijo no en 87.5% y el C 90%

Tabla No. 55

El recurso humano existente es suficiente, según Usuario Interno de la emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014.

Descripción		Emergencia cirugía	Emergencia medicina interna	Total
Si	Frecuencia	7	3	10
	Porcentaje	14.0	6.0	10.0
No	Frecuencia	41	45	86
	Porcentaje	82.0	90.0	86.0
No sabe	Frecuencia	2	2	4
	Porcentaje	4.0	4.0	4.0
Total	Frecuencia	50	50	100
	Porcentaje	100.0	100.0	100.0

Fuente: Usuario Interno

Se puede observar que en ambas áreas de la emergencia hay un alto porcentaje de los encuestados (82% en cirugía y 90% en medicina) que refieren que el recurso humano no es suficiente.

Tabla No. 56

El recurso humano existente es suficiente, según Usuario Interno (por turno) de la emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario.
Marzo 2014

Descripción		TURNO			Total
		A	B	C	
Si	Frecuencia	6	3	1	10
	Porcentaje	15.0	7.5	5.0	10.0
No	Frecuencia	32	36	18	86
	Porcentaje	80.0	90.0	90.0	86.0
No sabe	Frecuencia	2	1	1	4
	Porcentaje	5.0	2.5	5.0	4.0
Total	Frecuencia	40	40	20	100
	Porcentaje	100.0	100.0	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

Se observa que los porcentajes más altos corresponden a los turnos B y C los cuales refieren que los recursos humanos no son suficientes. Sigue el turno A con 80% siempre en negativo.

Tabla No. 57

Los flujos y circulaciones existentes son adecuados, según usuario interno de la emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014.

Descripción		Emergencia cirugía	Emergencia medicina interna	Total
Si	Frecuencia	6	2	8
	Porcentaje	12.0	4.0	8.0
No	Frecuencia	43	48	91
	Porcentaje	86.0	96.0	91.0
No sabe	Frecuencia	1	0	1
	Porcentaje	2.0	0.0	1.0
Total	Frecuencia	50	50	100
	Porcentaje	100.0	100.0	100.0

Fuente: Usuario Interno

Se observa que un alto porcentaje de usuarios en ambas áreas del servicio coinciden en que los flujos y circulaciones existen no son los adecuados para el servicio. 86% en cirugía y 96% en medicina interna.

Gráfica No. 33

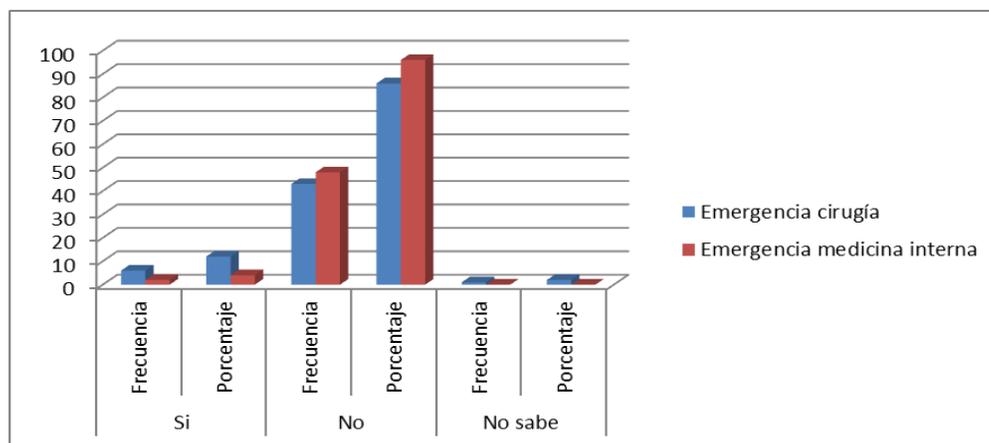


Tabla No. 58

Los flujos y circulaciones existentes son los adecuados, según usuario Interno (por turno) de emergencias del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014.

Descripción		TURNO			Total
		A	B	C	
Si	Frecuencia	3	4	1	8
	Porcentaje	7.5	10.0	5.0	8.0
No	Frecuencia	36	36	19	91
	Porcentaje	90.0	90.0	95.0	91.0
No sabe	Frecuencia	1	0	0	1
	Porcentaje	2.5	0.0	0.0	1.0
Total	Frecuencia	40	40	20	100
	Porcentaje	100.0	100.0	100	100.0

Fuente: usuario Interno

Es relevante que en los 3 turnos los porcentajes más altos se refieren a que los flujos y circulaciones no son adecuados: A 90%, B 90% y C 95%.

Tabla No. 59

El espacio asignado para observación es adecuado, según Usuario Interno (por turno) en las emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014.

Descripción		TURNO			Total
		A	B	C	
Si	Frecuencia	2	3	1	6
	Porcentaje	5.0	7.5	5.0	60.
No	Frecuencia	37	37	19	93
	Porcentaje	92.5	92.5	95.0	93.0
No sabe	Frecuencia	1	0	0	1
	Porcentaje	2.5	0.0	0.0	1.0
Total	Frecuencia	40	40	20	100
	Porcentaje	100.0	100.0	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

Se observa que los 3 turnos consideran en un alto porcentaje que es espacio físico asignado a observación no es adecuado para el servicio. 92.5% en el turno A, 92.5% en el B y 95% en el C.

Gráfica No. 34

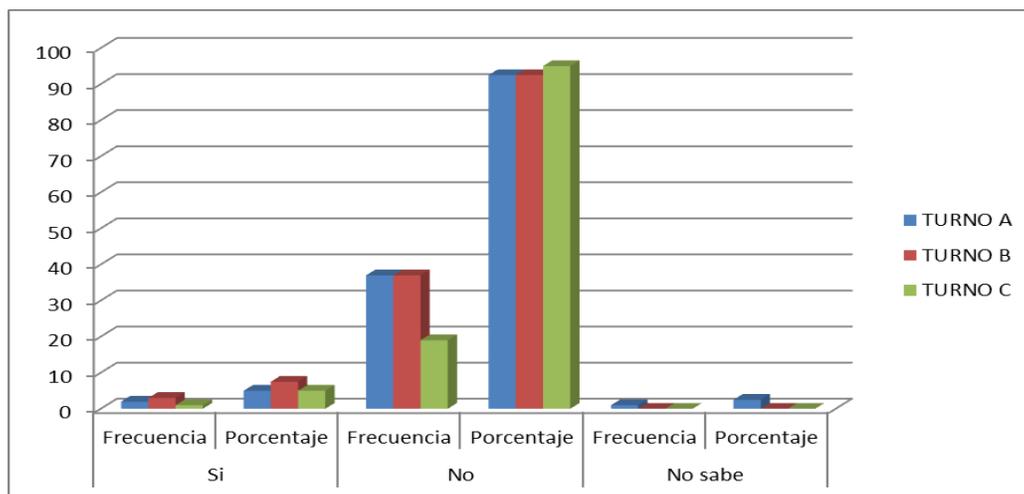


Tabla No. 60

Espacio asignado para observación es, según criterio del personal es el adecuado en las emergencias del Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014

Descripción		Emergencia cirujía	Emergencia medicina interna	Total
Si	Frecuencia	2	4	6
	Porcentaje	4.0	8.0	6.0
No	Frecuencia	48	45	93
	Porcentaje	96.0	90.0	93.0
No sabe	Frecuencia	0	1	1
	Porcentaje	0.0	2.0	1.0
Total	Frecuencia	50	50	100
	Porcentaje	100.0	100.0	100.0

Fuente: Usuario Interno

Se observa que en el área de Cirujía existe un 96% que considera que el espacio de observación es no adecuado y 90% en los usuarios de medicina interna califican que no también.

Gráfica No. 35

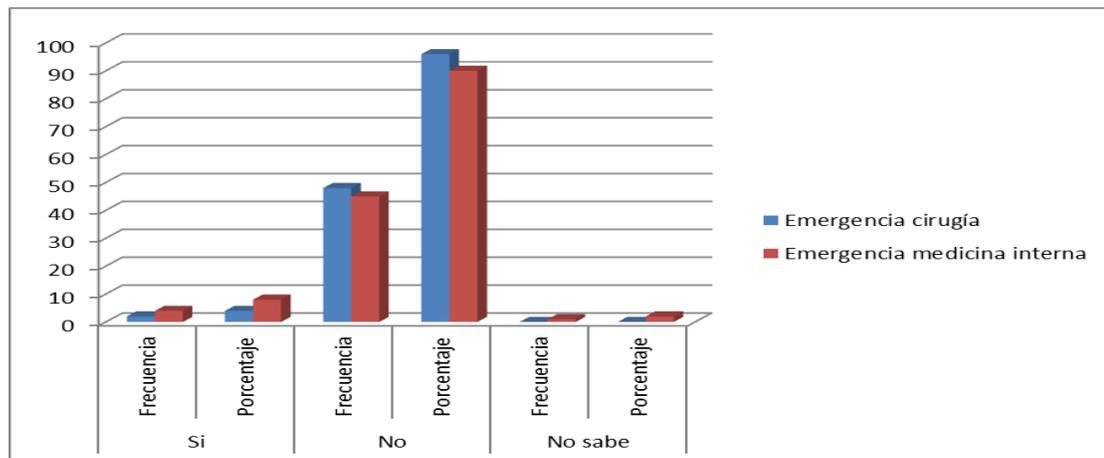


Tabla No. 61

Existencia de medicamentos y materiales suficientes según usuario Interno en la emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014.

Descripción		Emergencia cirugía	Emergencia medicina interna	Total
Si	Frecuencia	8	3	11
	Porcentaje	16.0	6.0	11.0
No	Frecuencia	42	47	89
	Porcentaje	84.0	94.0	89.0
Total	Frecuencia	50	50	100
	Porcentaje	100.0	100.0	100.0

Fuente: Usuario Interno

Se observa el 84% de los usuarios de cirugía y un 94% de los del área de medicina refieren que los medicamentos y materiales no son suficientes en el servicio de emergencia.

Gráfica No. 36

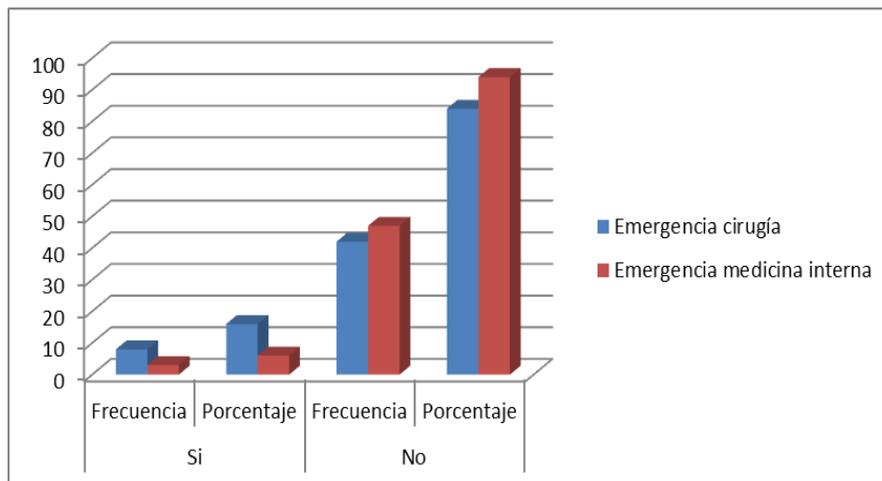


Tabla No. 62

Existencia de medicamentos y materiales suficientes según personal (por turno)
en las emergencias del Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014

Descripción		TURNO			Total
		A	B	C	
Si	Frecuencia	4	6	1	11
	Porcentaje	10.0	15.0	5.0	11.0
No	Frecuencia	36	34	19	89
	Porcentaje	90.0	85.0	95.0	89.0
Total	Frecuencia	40	40	20	100
	Porcentaje	100.0	100.0	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

Es relevante que los porcentajes más altos en los tres turnos se encuentran en que NO son suficientes los medicamentos y materiales: A 90%, B 85% Y C 95%.

Tabla No. 63

Existencia de medicamentos y materiales suficientes según Usuario Interno (por profesión) en la emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014.

Descripción		Profesión					Total
		Médico Especialista	Médico Residente	Médico interno	Enfermera Profesional	Auxiliar de Enfermería	
Si	Frecuencia	1	0	2	1	7	11
	Porcentaje	4.2	0.0	9.5	7.1	25.0	11.0
No	Frecuencia	23	13	19	13	21	89
	Porcentaje	95.8	100.0	90.5	92.9	75.0	89.0
Total	Frecuencia	24	13	21	14	28	100
	Porcentaje	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Usuario Interno.

Podemos observar que el 95.8% de los especialistas, el 100 % de los residentes, 90.5% de los médicos internos, 92.9 % de las enfermeras profesionales y el 75% de la auxiliares de enfermería opinan que los medicamentos y materiales no son suficientes en el servicio

Gráfica No. 37

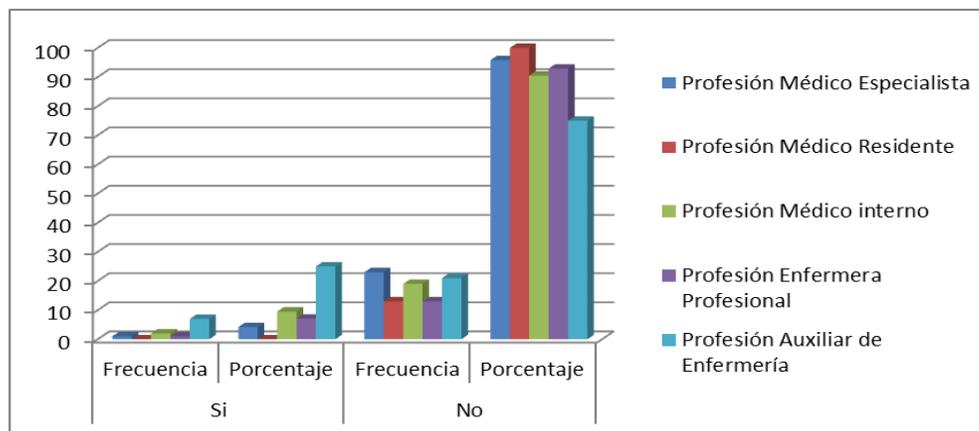


Tabla No. 64

Existencia de ayuda tecnológica en el triaje de la emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014.

Descripción		Emergencia cirugía	Emergencia medicina interna	Total
Si	Frecuencia	1	3	4
	Porcentaje	2.0	6.0	4.0
No	Frecuencia	49	44	93
	Porcentaje	98.0	88.0	93.0
No sabe	Frecuencia	0	3	3
	Porcentaje	0.0	6.0	3.0
Total	Frecuencia	50	50	100
	Porcentaje	100.0	100.0	100.0

Fuente: usuario interno.

El 98% de usuarios en el área de cirugía y el 88% en el área de medicina refieren que no existe ayuda tecnológica en el triaje que ayude a la clasificación.

Tabla No. 65

Existencia de registro epidemiológico según usuario Interno de la emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014.

Descripción		Emergencia cirugía	Emergencia medicina interna	Total
Si	Frecuencia	31	29	60
	Porcentaje	62.0	58.0	60.0
No	Frecuencia	15	18	33
	Porcentaje	30.0	36.0	33.0
No sabe	Frecuencia	4	3	7
	Porcentaje	8.0	6.0	7.0
Total	Frecuencia	50	50	100
	Porcentaje	100.0	100.0	100.0

Fuente: Usuario Interno

Del total de encuestados 60: 31 del área de cirugía y 29 el área de medicina refieren que si hay un registro epidemiológico, 33: 15 de cirugía y 18 de medicina dicen que no. 7 no saben.

Tabla No. 66

Existencia de un registro epidemiológico según Usuario Interno (por turno) de la Emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014.

Descripción		TURNO			Total
		A	B	C	
Si	Frecuencia	21	27	12	60
	Porcentaje	52.5	67.5	60.0	60.0
No	Frecuencia	15	10	8	33
	Porcentaje	37.5	25.0	40.0	33.0
No sabe	Frecuencia	4	3	0	7
	Porcentaje	10.0	7.5	0.0	7.0
Total	Frecuencia	40	40	20	100
	Porcentaje	100.0	100.0	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

Se observa que en el turno B es el que concentra el mayor número de usuarios que refiere que si existe registro epidemiológico. 27 usuarios (67.5%)

Tabla No. 67

Existencia de registro epidemiológico según Usuario Interno (por profesión) de la Emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014.

Descripción		Profesión					Total
		Médico Especialista	Médico Residente	Médico interno	Enfermera Profesional	Auxiliar de Enfermería	
Si	Frecuencia	18	4	11	10	17	60
	Porcentaje	75.0	30.8	52.4	71.4	60.7	60.0
No	Frecuencia	6	9	7	4	7	33
	Porcentaje	25.0	69.2	33.3	28.6	25.0	33.0
No sabe	Frecuencia	0	0	3	0	4	7
	Porcentaje	0.0	0.0	14.3	0.0	14.3	7.0
Total	Frecuencia	24	13	21	14	28	100
	Porcentaje	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Usuario Interno

Destaca que hay un alto porcentaje (69.2%) de Médicos residentes que no sabe que existe un riesgo epidemiológico.

PROCESO

Tabla No. 68

Existencia de planes de mitigación en las emergencias del Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014.

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	17	17.0
No	48	48.0
No sabe	34	34.0
No contesta	1	1.0
Total	100	100.0

Fuente: Usuario Interno.

La mayoría 48 (48%) dicen que no existen planes de mitigación, y 34 (34%) no sabe.

Tabla No. 69

Existen normas en la emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	58	58.0
No	21	21.0
No sabe	21	21.0
Total	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

58 (58%) refiere que si existen Normas, y un 21 (21%) refiere que no y el 21 (21%) no sabe.

Gráfica No. 38

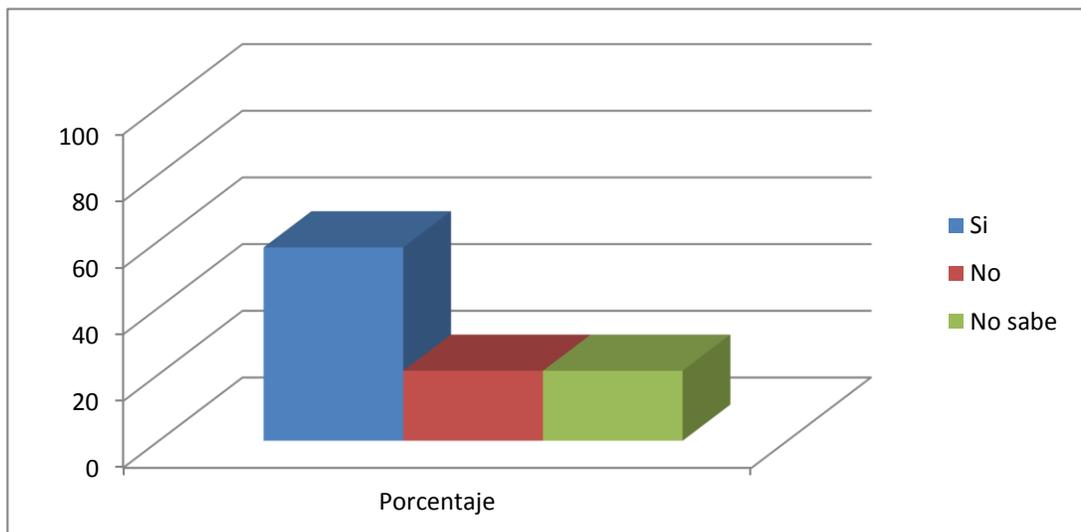


Tabla No. 70

Existencia de protocolos en la emergencia del bloque médico quirúrgico.
Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	59	59.0
No	20	20.0
No sabe	20	20.0
No contesta	1	1.0
Total	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

Se observa que un 59% de los usuarios refiere que si existen protocolos en el servicio. 20% refiere que no, 20% no sabe y 1% no contesta.

Gráfica No. 39

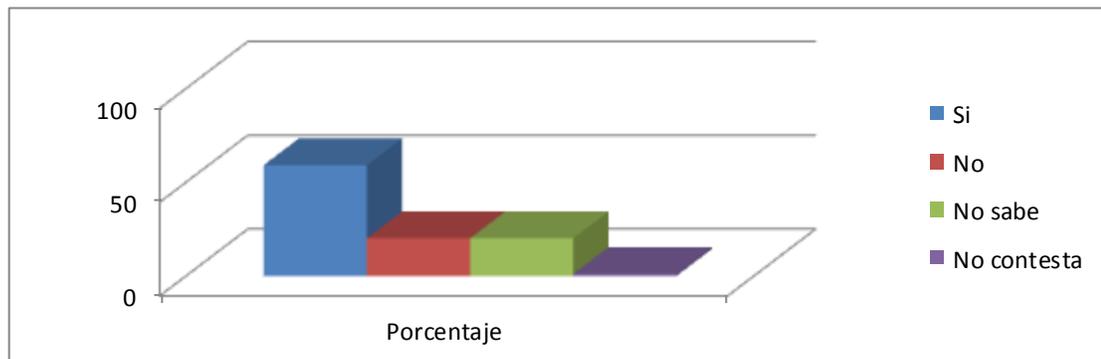


Tabla No. 71

Existencia de guías de procedimientos en la emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014.

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	60	60.0
No	19	19.0
No sabe	21	21.0
Total	100	100.0

Fuente: Usuario Externo.

60% de los usuarios internos refiere que si existen guías de procedimientos

Gráfica No. 40

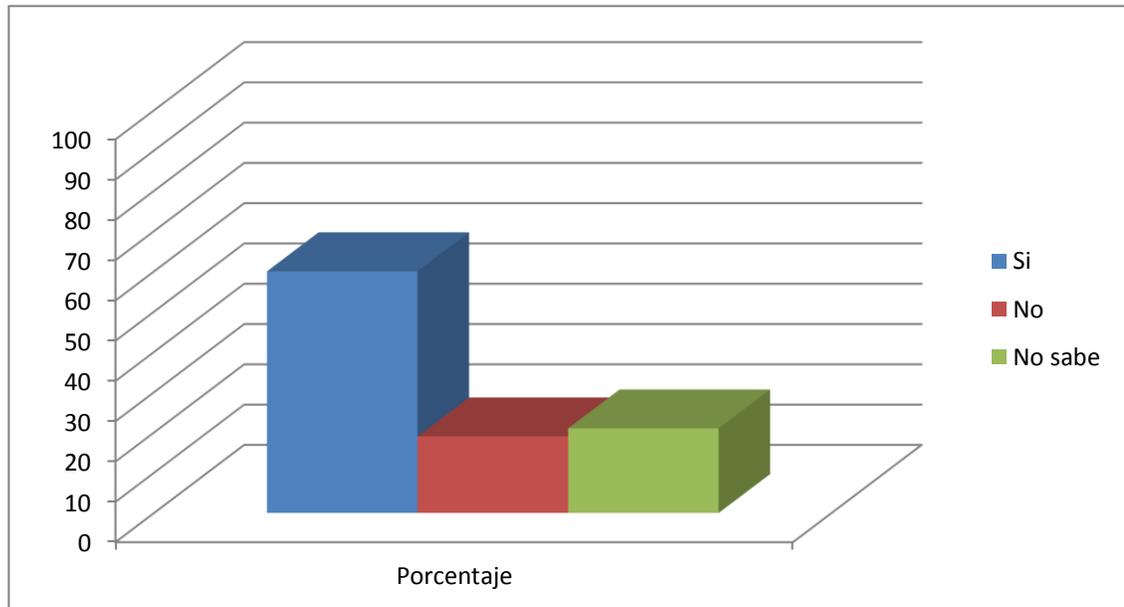


Tabla No. 72

Participación del Usuario Interno en elaboración de norma para la emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014.

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	5.0
No	87	87.0
No sabe	2	2.0
No contesta	6	6.0
Total	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

Destaca que un 87% de los usuarios no participa en la elaboración de normas.

Gráfica No. 42

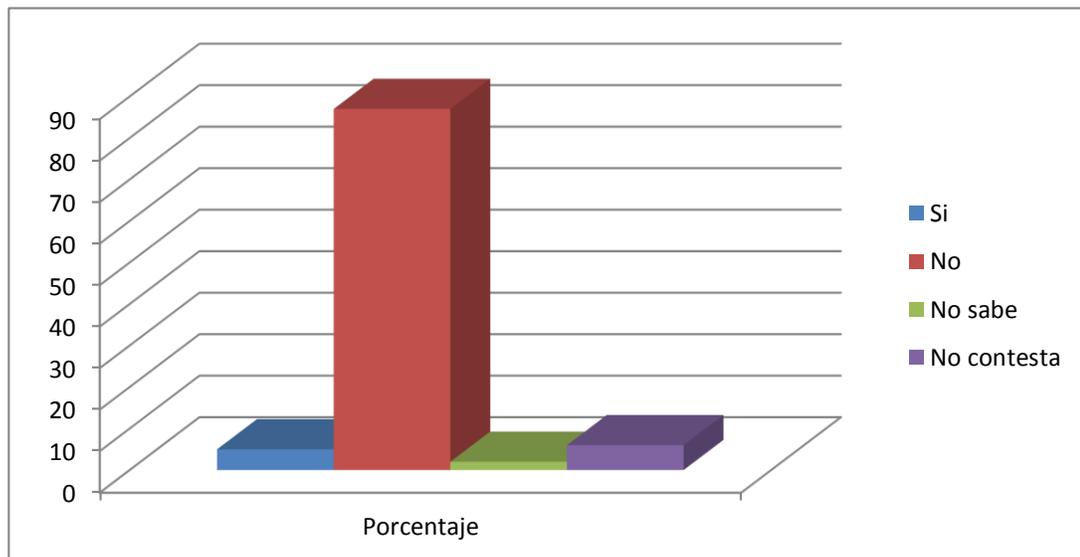


Tabla No. 73

El trabajo se realiza según normas, guías de procedimientos y protocolos establecidos por la emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014.

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	68	68.0
No	32	32.0
Total	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

Se observa que un 68% realiza su trabajo según normas, guías de procedimientos y otros

Tabla No. 74

Realización de su trabajo según su conocimiento en las emergencias del Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014.

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	75	75.0
No	25	25.0
Total	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

Un 75% del usuario interno refiere que realiza su trabajo según su conocimiento

Tabla No. 75

Son conocidos por el usuario interno (por turno) de la emergencia del bloque médico quirúrgico lo protocolos. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014.

Descripción		TURNO			Total
		A	B	C	
Si	Frecuencia	22	24	13	58
	Porcentaje	55.0	60.0	65.0	59.0
No	Frecuencia	10	5	5	20
	Porcentaje	25.0	12.5	25.0	20.0
No sabe	Frecuencia	8	10	2	20
	Porcentaje	20.0	25.0	10.0	20.0
No contesta	Porcentaje	0	1	0	1
	Frecuencia	0.0	2.5	0.0	1.0
Total	Frecuencia	40	40	20	100
	Porcentaje	100.0	100.0	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

Lo relevante es que los porcentajes más altos están ubicados en la respuesta de que si conocen los protocolos: 22(55%) A, 24(60%) B Y 13(65%) C.

Gráfica No. 42

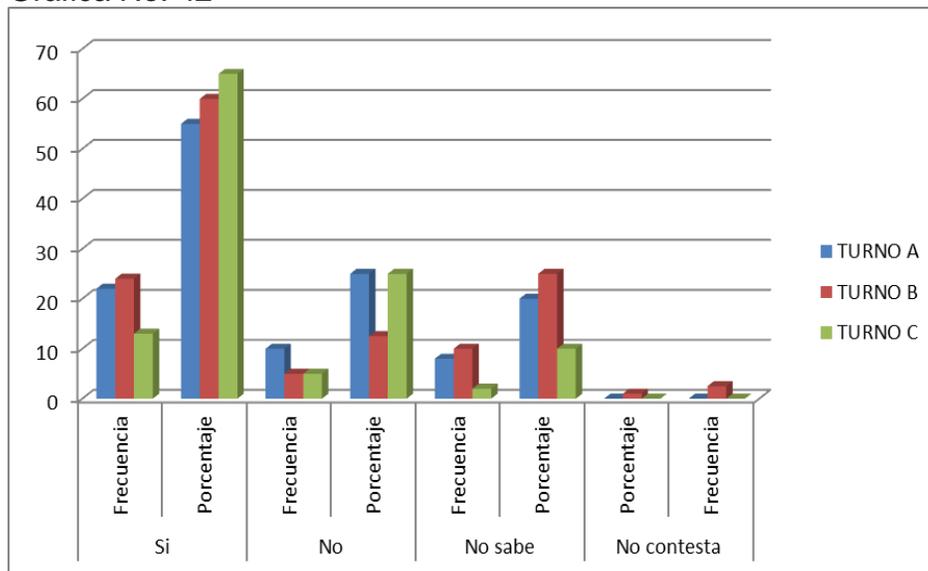


Tabla No. 76

Usuario Interno (por turno) de la emergencia del bloque médico quirúrgico ha participado en la elaboración de las normas, guías de procedimientos, etc.
Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014.

Descripción		TURNO			Total
		A	B	C	
Si	Frecuencia	2	3	0	5
	Porcentaje	5.0	7.5	0.0	5.0
No	Frecuencia	36	32	19	87
	Porcentaje	90.0	80.0	95.0	87.0
No sabe	Frecuencia	0	2	0	2
	Porcentaje	0.0	5.0	0.0	2.0
No contesta	Frecuencia	2	3	1	6
	Porcentaje	5.0	7.5	5.0	6.0
Total	Frecuencia	40	40	20	100
	Porcentaje	100.0	100.0	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

Se observa que los usuarios del turno C tienen un alto porcentaje de que no ha participado en la elaboración de normas (95%). Sigue el A con 90% y luego el B con 80%

Gráfica No. 43

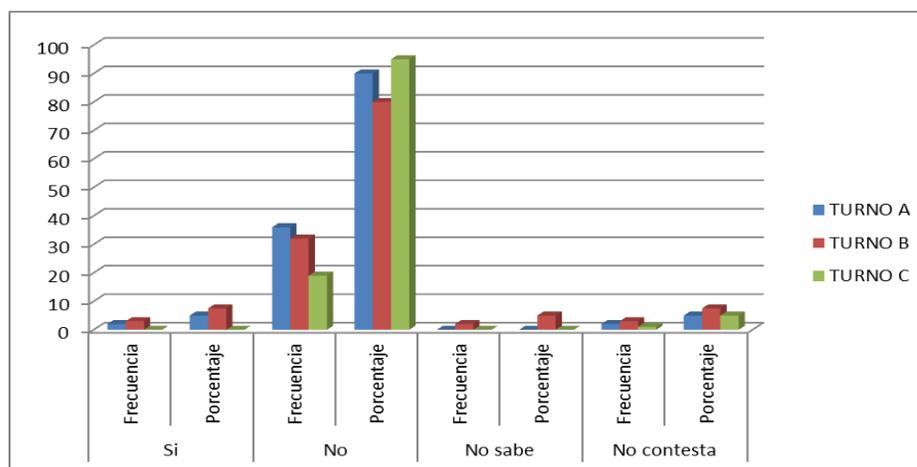


Tabla No. 77

Existe un organigrama estructural en la emergencia del bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	49	49.0
No	34	34.0
No sabe	17	17.0
Total	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

Se observa que 49(49%) usuarios internos refiere que existe organigrama estructural, 34(34%) dice que no y 17(17%) contesta que no sabe.

Tabla No. 78

Existe un organigrama funcional en la emergencia del BMQ. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014.

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	48	48.0
No	36	36.0
No sabe	16	16.0
Total	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

Podemos observar que 48(48%) usuarios responde a que si existe, 36(36%) que no existe y 16(16%) no sabe.

Tabla No. 79

Existe un flujograma de atención en las emergencias de bloque médico quirúrgico. Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014.

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	47	47.0
No	36	36.0
No sabe	17	17.0
Total	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

Se observa que 47(47%) usuarios responden que si existe un flujograma de atención, 36(36%) refiere que no existe y 17(17%) que no sabe.

Gráfica No. 44

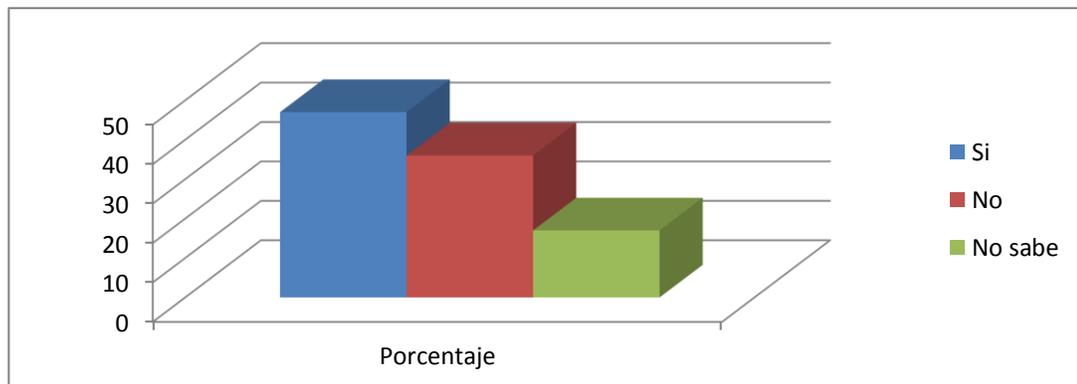


Tabla No. 80

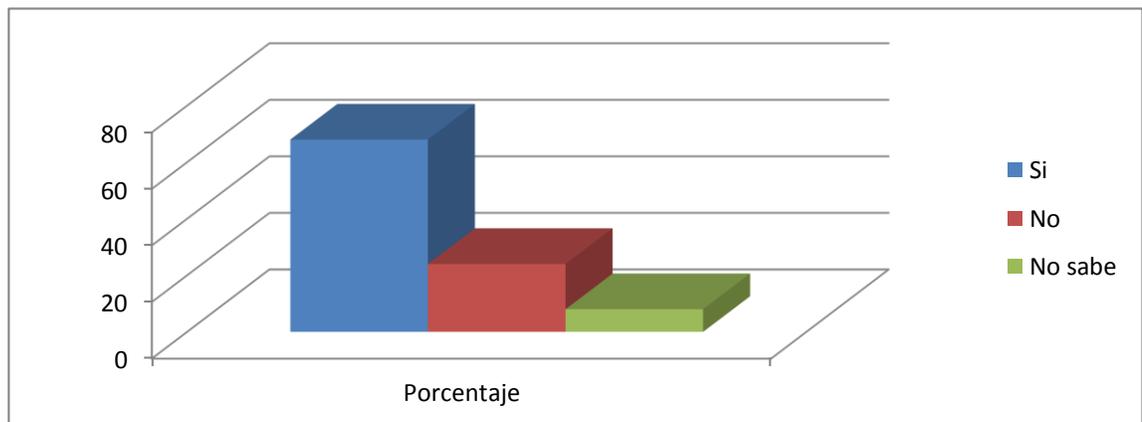
Se aplican procedimientos definidos por las normas en la emergencia bloque médico quirúrgico del Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014.

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	68	68.0
No	24	24.0
No sabe	8	8.0
Total	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

Aquí podemos ver que 68% refieren que si se aplican, 24% que no y 8% que no sabe.

Gráfica No. 45



RESULTADO

Tabla No. 81

Considera que servicio de emergencia del bloque médico quirúrgico tiene problemas con la obtención de exámenes. Hospital Escuela Universitario.

Marzo 2014

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	93	93.0
No	5	5.0
No sabe	2	2.0
Total	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

Es relevante que el 93 (93%) refiere que si tienen problemas con la obtención de exámenes.

Gráfica No. 46

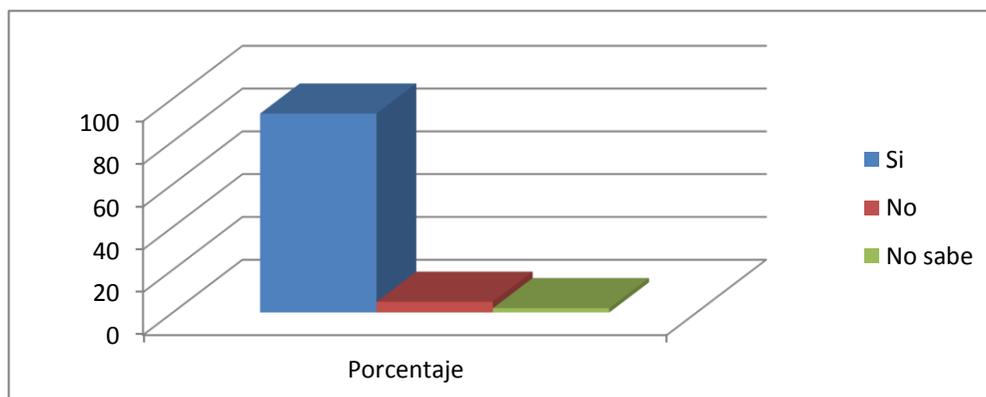


Tabla No. 82

Trato de los superiores en las emergencias del bloque médico quirúrgico.
Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014.

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Democrático	39	39.0
Autoritario	42	42.0
Dejar hacer, dejar pasar	17	17.0
No contesta	2	2.0
Total	100	100.0

Fuente: Usuario Interno

Se observa que el 42% de los usuarios califican de autoritario el trato de sus superiores, 39% de democrático, 17% dejar hacer, dejar pasar y 2% no contesta.

Gráfica No. 47

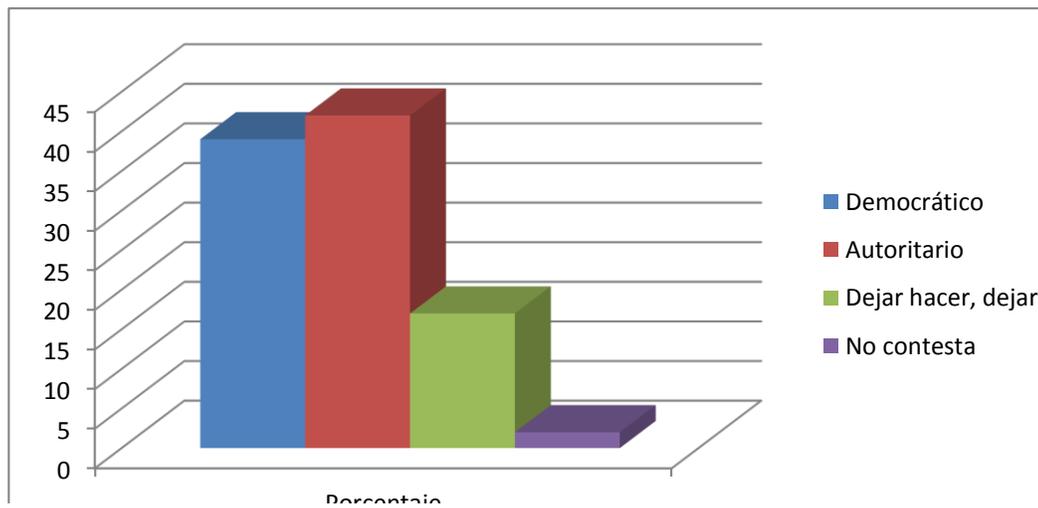


Tabla No. 83

Recomendaciones que puede mejorar el servicio de emergencia en el Hospital Escuela Universitario. Marzo 2014.

Descripción	Porcentaje	Frecuencia
Equipo	61.0	61
Capacitación	11.0	11
Mejorar insumos	7.0	7
Espacio físico	4.0	4
Trato humanitario	7.0	7
Tecnología	3.0	3
Flujos y circulaciones	7.0	7
Total	100.0	100

Fuente: Usuario Interno

Destaca que el 61% recomienda la opción de equipo, seguido del 11% que selecciona capacitación

Gráfica No. 48

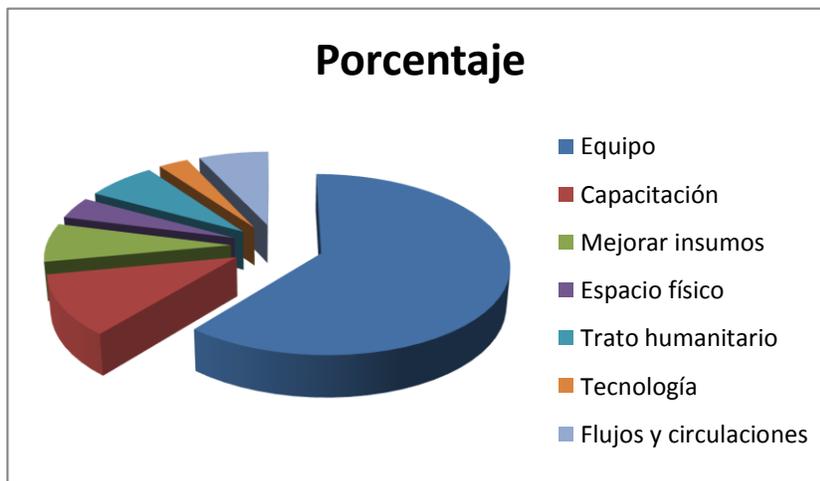
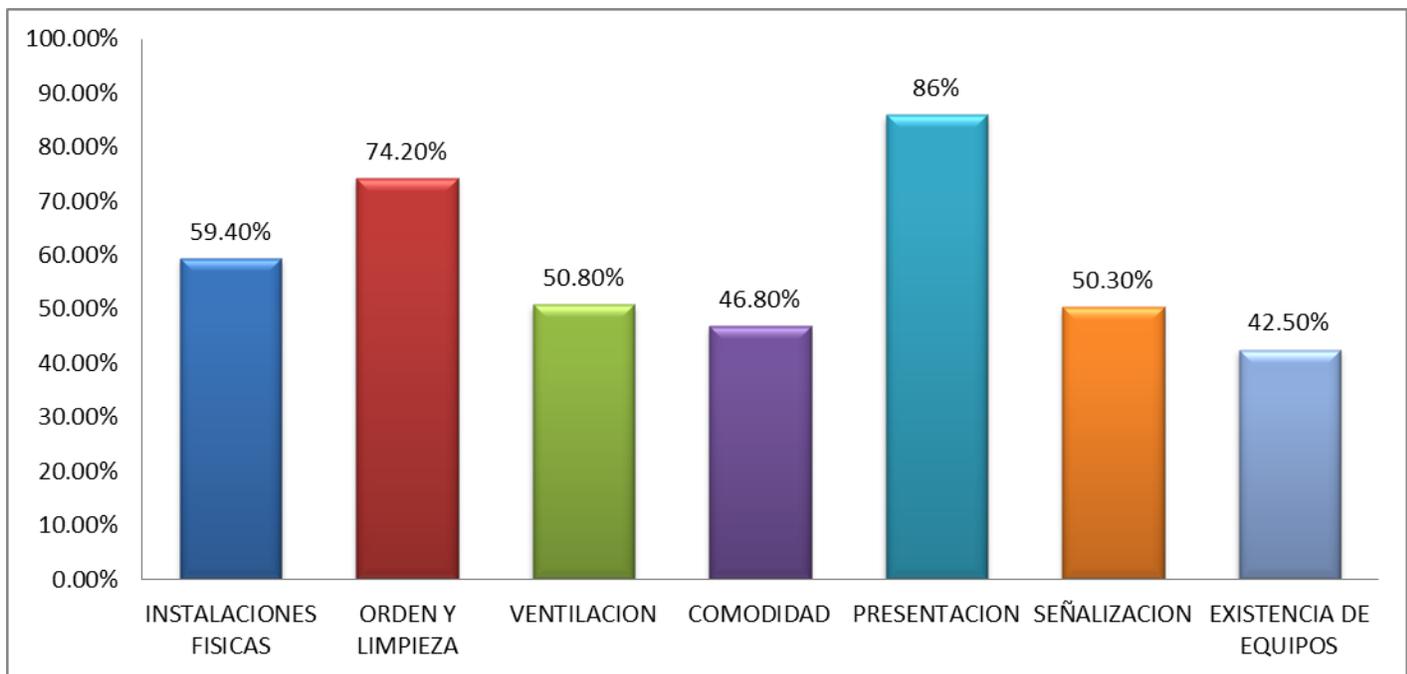


Tabla No. 84

RESUMEN PERCEPCION FAVORABLE: DIMENSIONES TANGIBLES

Descripción	Porcentaje
INSTALACIONES FISICAS	59.4%
ORDEN Y LIMPIEZA	74.2%
VENTILACION	50.8%
COMODIDAD	46.8%
PRESENTACION	86%
SEÑALIZACION	50.3%
EXISTENCIA DE EQUIPOS	42.5%

Fuente: Usuario Externo
Gráfica No. 49



Destaca que de la dimensión tangible, destacan las interrogantes con calificación favorable) muy buena y buena) fueron; Orden y Limpieza y Presentación del personal.

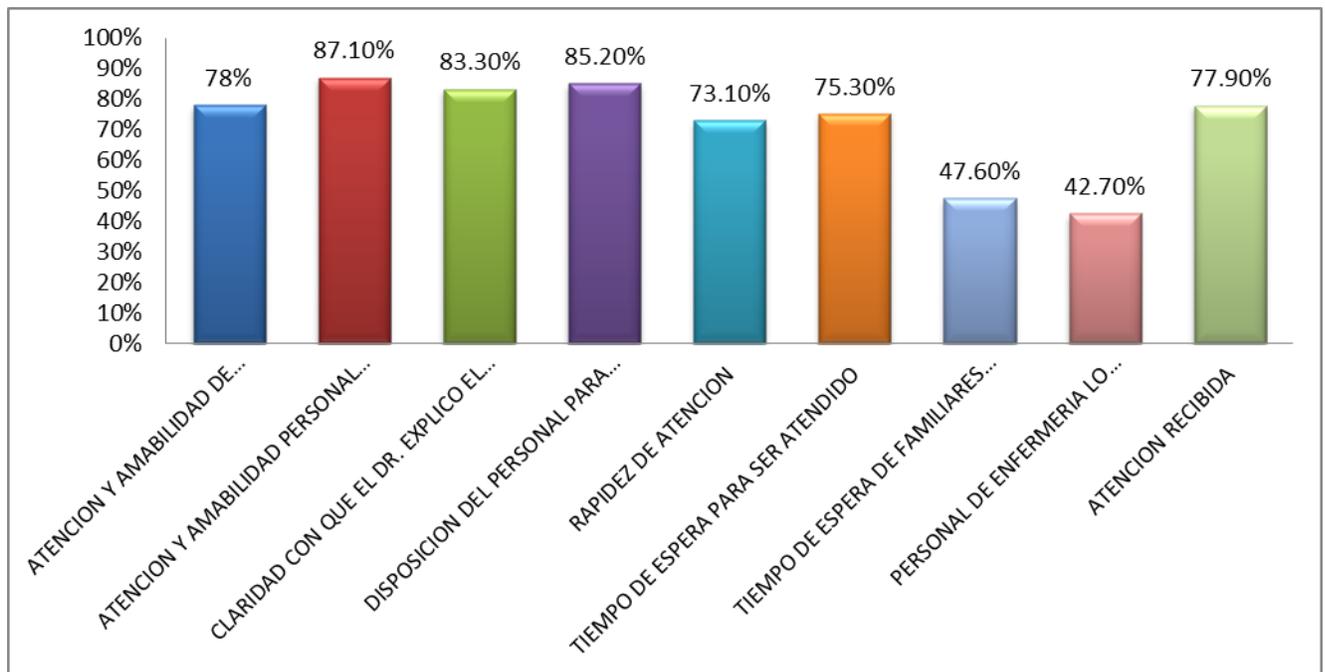
Tabla No. 85

RESUMEN PERCEPCION FAVORABLE: DIMENSIONES DE EMPATIA

Descripción	Porcentaje
ATENCION Y AMABILIDAD DE ENFERMERAS	78%
ATENCION Y AMABILIDAD PERSONAL EN GRAL.	87.1%
CLARIDAD CON QUE EL DR. EXPLICO EL PROBLEMA	83.3%
DISPOSICION DEL PERSONAL PARA AYUDAR AL PACIENTE	85.2%
RAPIDEZ DE ATENCION	73.1%
TIEMPO DE ESPERA PARA SER ATENDIDO	75.3%
TIEMPO DE ESPERA DE FAMILIARES ACERCA DE RESULTADOS DE EXAMS.	47.6%
PERSONAL DE ENFERMERIA LO MANTUVO INFORMADO	42.7%
ATENCION RECIBIDA	77.9%

Fuente: Usuario Externo

Gráfica No. 50



En la medición empatía las preguntas con mayor percepción de favorable fueron: Atención y amabilidad del personal con 87.10% y disposición del personal para ayudar al paciente, con 83.0%. La peor calificada fue que el personal de enfermería lo mantuvo informado, con, 42.7% y el tiempo de espera que los familiares esperaron resultados de exámenes, con 47.60%

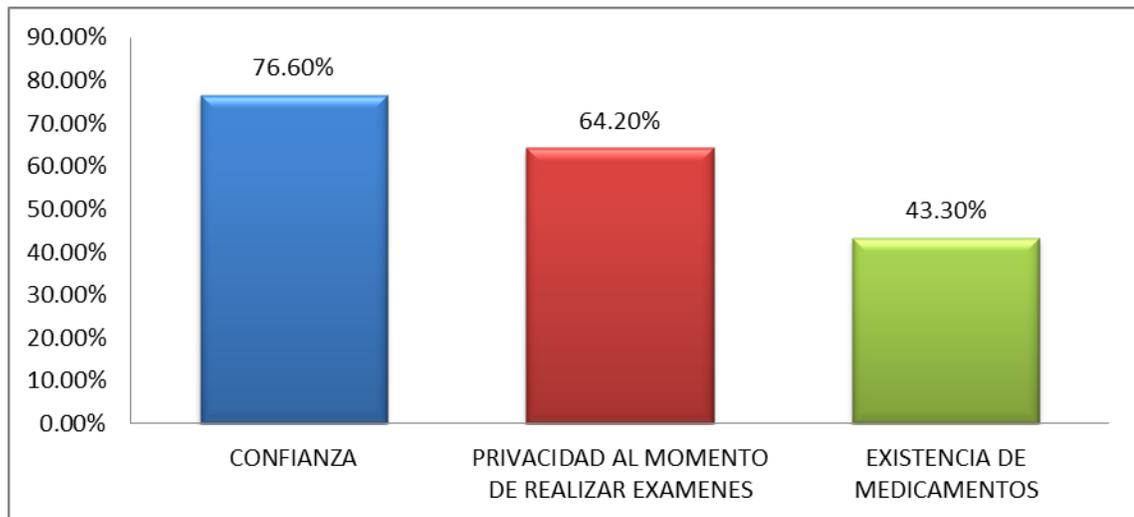
Tabla No. 86

RESUMEN PERCEPCION FAVORABLE: DIMENSIONES DE CONFIABILIDAD

Descripción	Porcentaje
CONFIANZA	76.6%
PRIVACIDAD AL MOMENTO DE REALIZAR EXAMENES	64.2%
EXISTENCIA DE MEDICAMENTOS	43.3%

Fuente: Usuario Externo

Gráfica No. 51



En la dimensión de confiabilidad, la respuesta con percepción favorable mejor calificada fue la confianza que los usuarios tienen en el servicio, que corresponde al 76.60%; y la peor calificada fue la existencia de medicamentos, con un 43.0%.

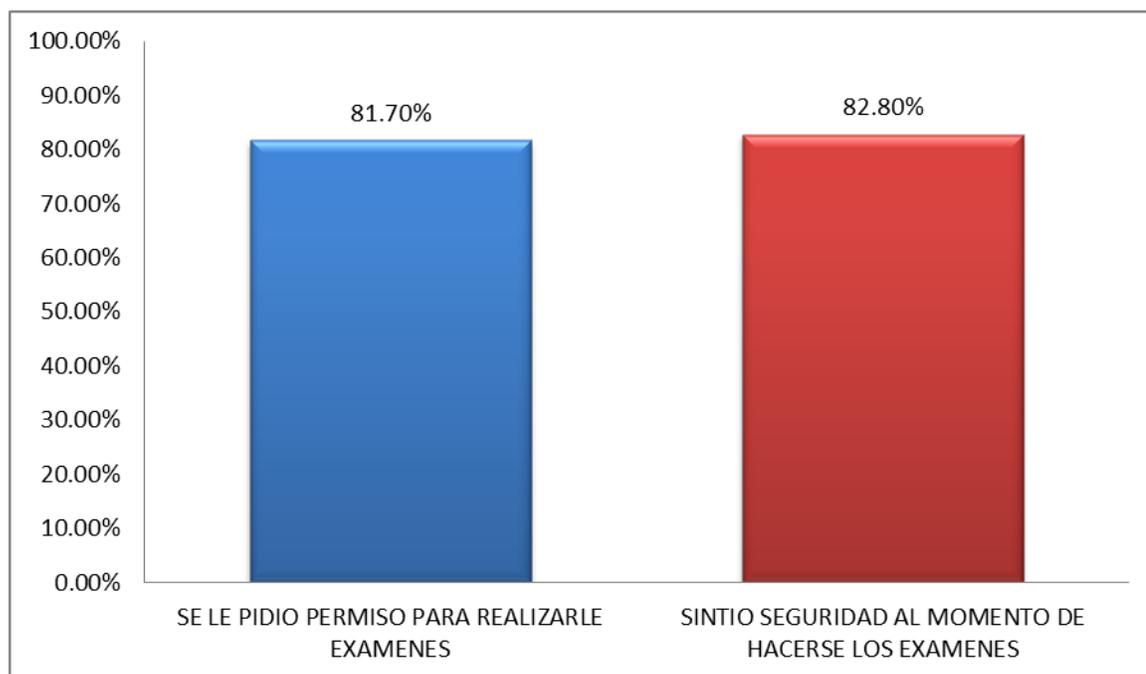
Tabla No. 87

RESUMEN PERCEPCION FAVORABLE: DIMENSIONES DE SEGURIDAD

Descripción	Porcentaje
SE LE PIDIO PERMISO PARA REALIZARLE EXAMENES	81.7%
SINTIO SEGURIDAD AL MOMENTO DE HACERSE LOS EXAMENES	82.8%

Fuente: Usuario Externo

Gráfica No. 52



Para la dimensión de seguridad, la respuesta con percepción favorable mejor calificada fue la seguridad que los usuarios sintieron al momento de realizarse sus exámenes, que corresponde al 82.80%

Usuario Interno Percepción

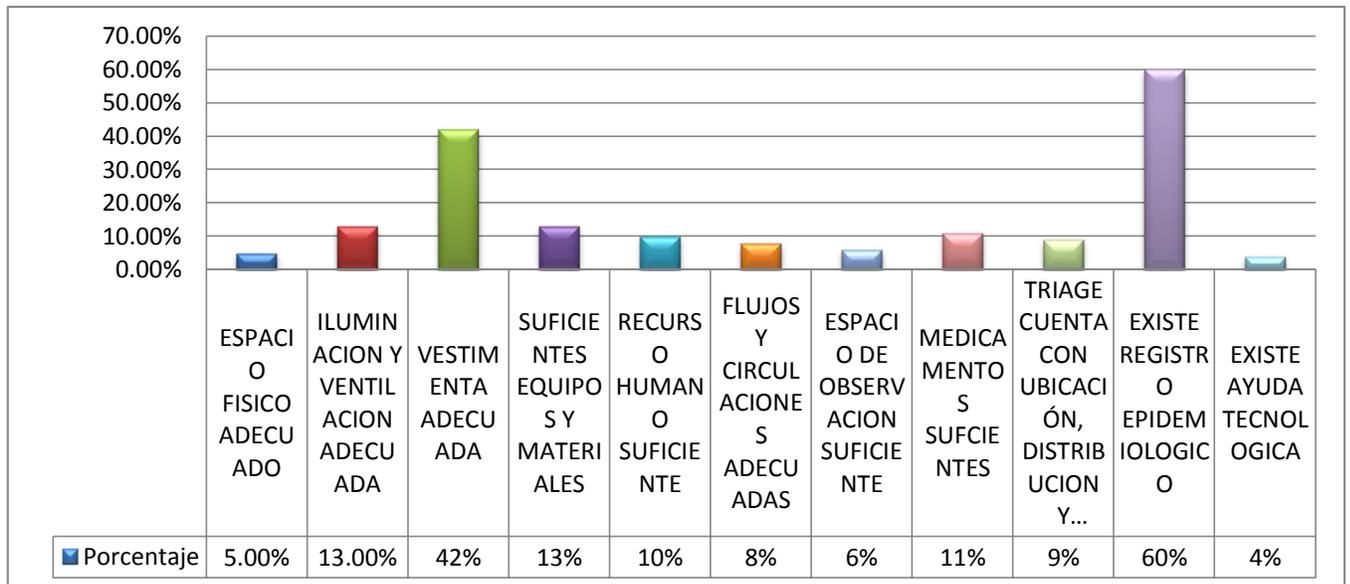
Tabla No. 88

RESUMEN PERCEPCION FAVORABLE: ESTRUCTURA

Descripción	Porcentaje
ESPACIO FISICO ADECUADO	5.0%
ILUMINACION Y VENTILACION ADECUADA	13.0%
VESTIMENTA ADECUADA	42%
SUFICIENTES EQUIPOS Y MATERIALES	13%
RECURSO HUMANO SUFICIENTE	10%
FLUJOS Y CIRCULACIONES ADECUADAS	8%
ESPACIO DE OBSERVACION SUFICIENTE	6%
MEDICAMENTOS SUFICIENTES	11%
TRIAGE CUENTA CON UBICACIÓN, DISTRIBUCION Y ESPACIO ADECUADO	9%
EXISTE REGISTRO EPIDEMIOLOGICO	60%
EXISTE AYUDA TECNOLOGICA	4%

Fuente: Usuario Interno

Gráfica No. 53



En estructura, los usuarios internos tienen percepción favorable, que llegó al 60%, es en la existencia del registro epidemiológico. Llama la atención la baja calificación del resto de las interrogantes.

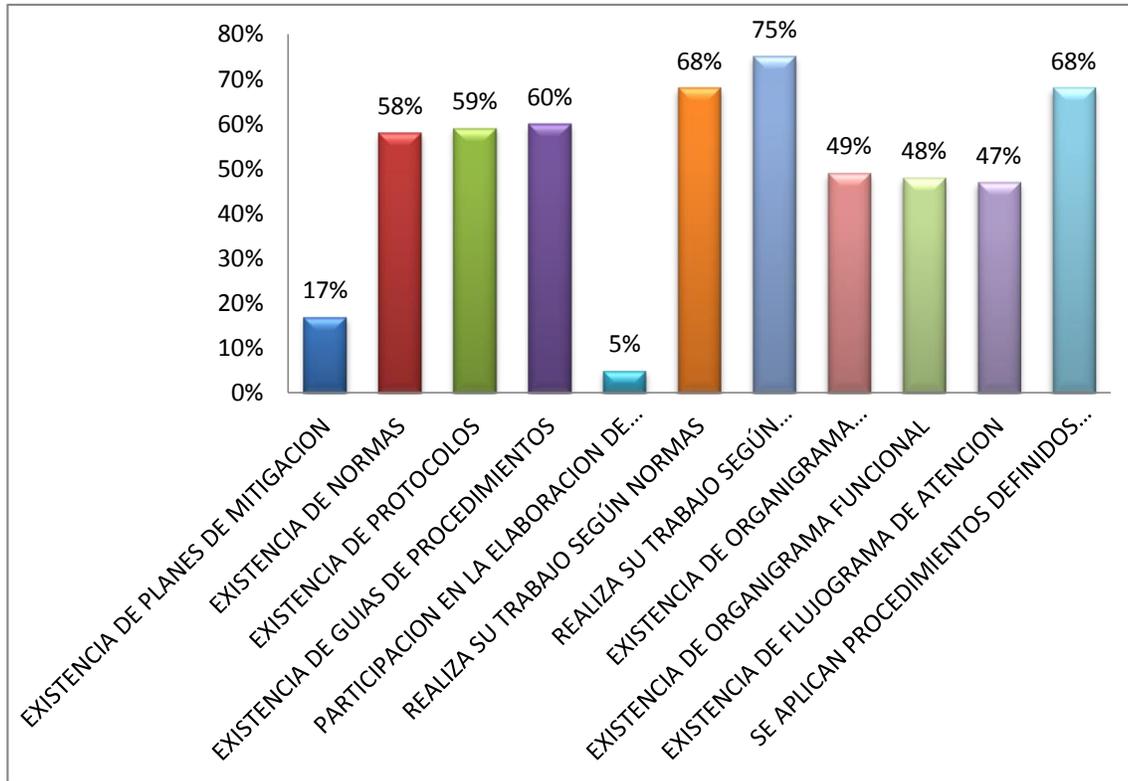
Tabla No. 89

RESUMEN PERCEPCION FAVORABLE: PROCESO

Descripción	Porcentaje
EXISTENCIA DE PLANES DE MITIGACION	17%
EXISTENCIA DE NORMAS	58%
EXISTENCIA DE PROTOCOLOS	59%
EXISTENCIA DE GUIAS DE PROCEDIMIENTOS	60%
PARTICIPACION EN LA ELABORACION DE DOCUMENTOS	5%
REALIZA SU TRABAJO SEGÚN NORMAS	68%
REALIZA SU TRABAJO SEGÚN CONOCIMIENTO	75%
EXISTENCIA DE ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL	49%
EXISTENCIA DE ORGANIGRAMA FUNCIONAL	48%
EXISTENCIA DE FLUJOGRAMA DE ATENCION	47%
SE APLICAN PROCEDIMIENTOS DEFINIDOS POR NORMAS	68%

Fuente: Usuario Interno

Gráfica No. 54



En proceso, la interrogante mejor calificada por el usuario interno es que realizan su trabajo según conocimiento (75%); también recibieron buena calificación la interrogante sobre que aplican procedimientos definidos por normas (68%) y la interrogante acerca de que el usuario interno realiza su trabajo según normas (68%).

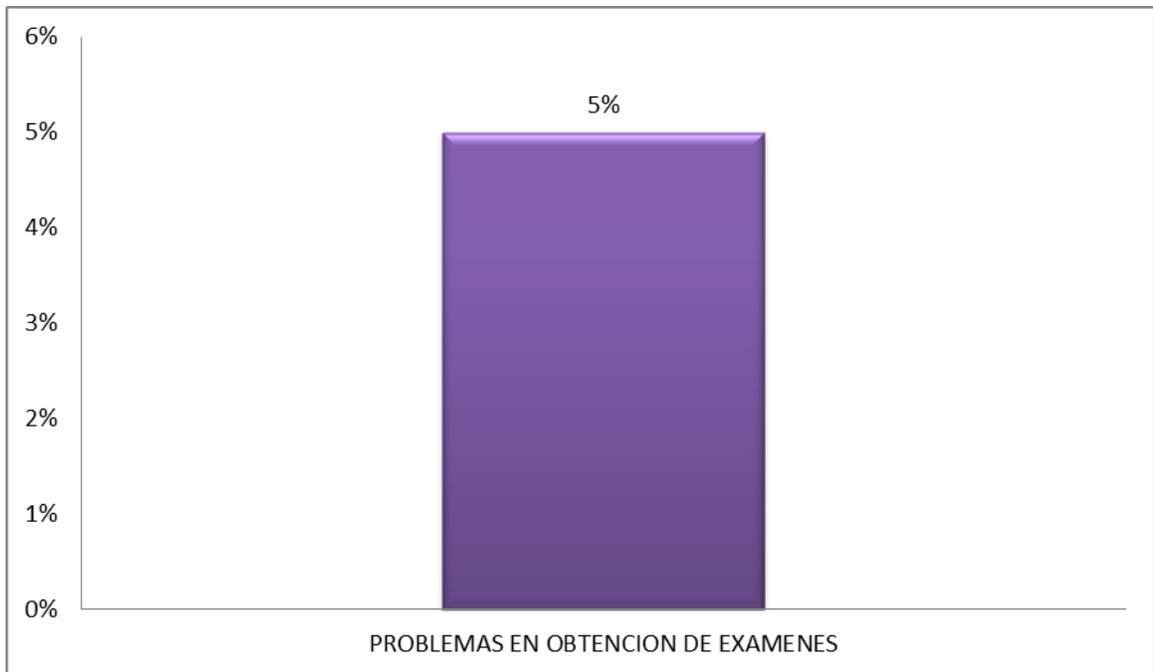
Tabla No. 90

RESUMEN PERCEPCION FAVORABLE: RESULTADO

Descripción	Porcentaje
PROBLEMAS EN OBTENCION DE EXAMENES	5%

Fuente: Usuario Interno

Gráfica No. 55



En resultado, solamente el 5% del usuario interno manifestó que presenta problemas en la obtención de exámenes para los usuarios externos.

Tabla No. 91

RESUMEN DE PERCEPCION. ENCUESTA USUARIO EXTERNO

PREGUNTA	DESCRIPCION	PERCEPCION FAVORABLE	PERCEPCION DESFAVORABLE
TANGIBLES			
1	Como considera las instalaciones físicas de las emergencias de H.E.U.	59.4%	40.36%
2	Como considera el orden y la limpieza en las emergencias del H.E. U.	74.2%	25.8%
3	Como considera la ventilación en las emergencias del H.E.U.	50.8%	49.2%
4	La comodidad mientras esperaba ser atendido en las emergencias del H.E.U.	46.8%	53.2%
5	La presentación del personal que lo atendió en las emergencias del H.E.U.	86.0%	14.0%
6	Como considera la señalización para orientarse en las emergencias del H.E.U.	50.3%	49.7%
7	Como considera la existencia de equipos en las emergencias del H.E.U.	42.5%	57.5%
Satisfacción Promedio dimensión Tangibilidad			58.57%
EMPATIA			
8	Como considera la atención y amabilidad de las enfermeras en las emergencias del H.E.U.	78.0%	22.0%
9	Como considera la atención y amabilidad del persona en las emergencias del H.E.U.	87.1%	12.9%
10	La claridad con que el medico explico el problema	83.3%	16.7%
11	Disposición del personal para ayudar al paciente en las emergencias del H.E. U.	85.2%	14.8%
12	Como considera la rapidez con que fue atendido en las emergencias del H.E.U.	73.1%	26.9%
13	Tiempo que espero para ser atendido en las emergencias	75.3%	24.7%

	del H.E.U.		
14	Tiempo de espera de los familiares de resultados de exámenes realizados en las emergencias del H.E.U.	47.6%	52.4%
15	Personal de enfermería lo mantuvo informado respecto a atrasos y esperas en las emergencias del H.E.U.	42.7%	57.3%
16	Atención recibida en las emergencias del H.E.U.	77.9%	22.1%
Satisfacción Promedio Dimensión EMPATIA		80.76%	
CONFIABILIDAD			
17	Confianza del servicio en las emergencias del H.E.U.	76.6%	23.4%
18	Se le brindo privacidad durante los exámenes realizados en las emergencias del H.E.U.	64.2%	35.8%
19	Existencia de medicamentos y otros materiales en las emergencias del H.E.U.	46.3%	56.7%
Satisfacción Promedio Dimensión Confiabilidad		61.36%	
SEGURIDAD			
20	Se le pidió permiso antes de realizarle los exámenes	81.7%	18.3%
21	Sintió seguridad al realizarse los exámenes en las emergencias del H.E.U.	82.8%	11.9%
Satisfacción promedio dimensión Seguridad		82.25%	
SATISFACCION GLOBAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA		70.76%	

Gráfica No. 56

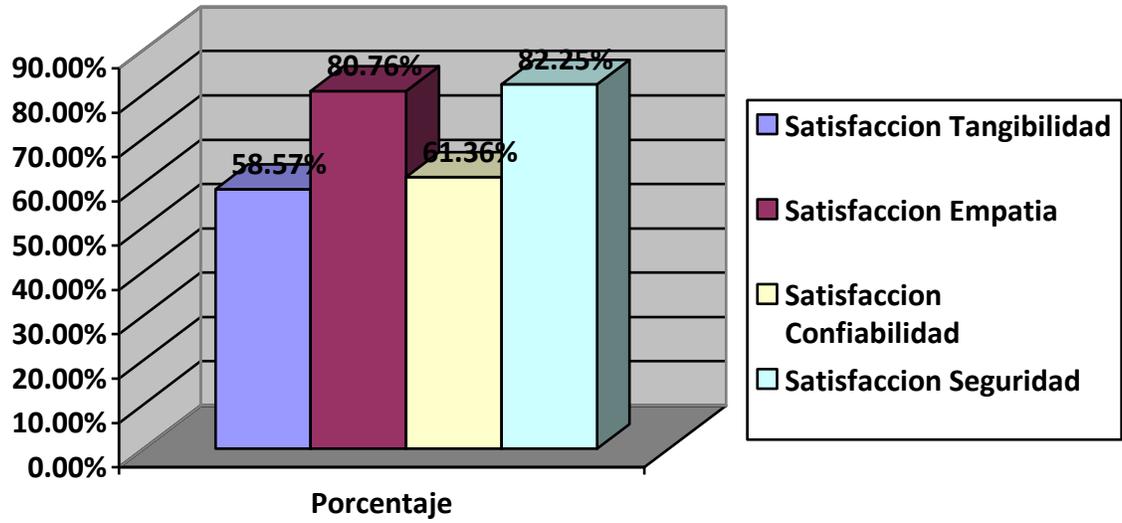


Tabla No. 92

RESUMEN DE PERCEPCION. ENCUESTA USUARIO INTERNO

PREGUNTA	DESCRIPCION	PERCEPCION FAVORABLE	PERCEPCION DESFAVORABLE
ESTRUCTURA			
1	El espacio físico de las emergencias en el H.E.U.es el adecuado	5.0%	95.0%
2	Servicio de emergencia cuenta con suficiente iluminación y ventilación	13.0%	87.0%
3	Vestimenta que usa es la adecuada	42.0%	58.0%
4	Servicio cuenta con suficientes equipos y materiales	13.0%	87.0%
5	Recurso humano suficiente	10.0%	90.0%
6	Los flujos y circulaciones existentes son los adecuados	8.0%	92.0%
7	Espacio asignado a observación es suficiente	6.0%	94.0%
8	Servicio de emergencias cuenta con suficientes medicamentos	11.0%	89.0%
9	Triaje tiene ubicación, distribución y espacio adecuado	9.0%	91.0%
10	Existencia de registro epidemiológico en las emergencias del H.E.U.	60.0%	40.0%
11	Ayuda tecnológica existente en las emergencias del H.E.U.	4.0%	96.0%
PROCESO			
12	Existen planes de mitigación en las emergencias del H.E.U.	17.0%	83.0%
13	Existencia de normas en las emergencias del H.E.U.	58.0%	42.0%
14	Existencia de protocolos en las emergencias del H.E.U.	59.0%	41.0%

15	Existencia de guías de procedimientos en las emergencias del H.E.U.	60.0%	40.0%
16	Fueron verificadas personalmente la normativa existentes en las emergencias del H.E.U.	14.0%	86.0%
17	Participación en la elaboración de normativa de las emergencias en el H.E.U.	5.0%	95.0%
18	Realiza su trabajo en las emergencias del H.E.U. según normas existentes	68.0%	32.0%
19	Realiza su trabajo en las emergencias del H.E.U. según conocimiento	75.0%	25.0%
20	Realiza su trabajo en las emergencias del H.E.U. según indicaciones del doctor residente	88.0%	12.0%
21	Realiza su trabajo en las emergencias del H.E.U. según doctor especialista	80.0%	20.0%
22	Realiza su trabajo en las emergencias del H.E.U. según enfermera	95.0%	5.0%
23	Realiza su trabajo en las emergencias del H.E.U. según órdenes del doctor	81.0%	19.0%
24	Existencia de organigrama estructural en las emergencias del H.E.U.	49.0%	51.0%
25	Existencia de organigrama funcional en las emergencias del H.E.U.	48.0%	52.0%
26	Existencia de flujograma de atención en las emergencias del H.E.U.	47.0%	53.0%
27	Se aplican procedimientos definidos y normas en las atenciones brindadas en las emergencias del H.E.U.	68.0%	32.0%
RESULTADO			
28	Servicio de emergencias del	93.0%	7.0%

	H.E.U tiene problemas con la obtención de resultados de exámenes		
--	--	--	--

Tabla No. 93

LIKERT USUARIO EXTERNO

	Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena	Promedio
Confiabilidad	25.5	24.7	51.9	72.6	28.8	40.7
Empatía	40.1	29.8	62.1	91.7	75.8	59.9
Seguridad	1.6	0.0	12.4	18.0	92.2	24.8
Tangible	23.1	39.8	78.0	91.7	57.8	58.1
Promedio	22.6	23.6	51.1	68.5	63.7	45.9

Gráfica No. 57

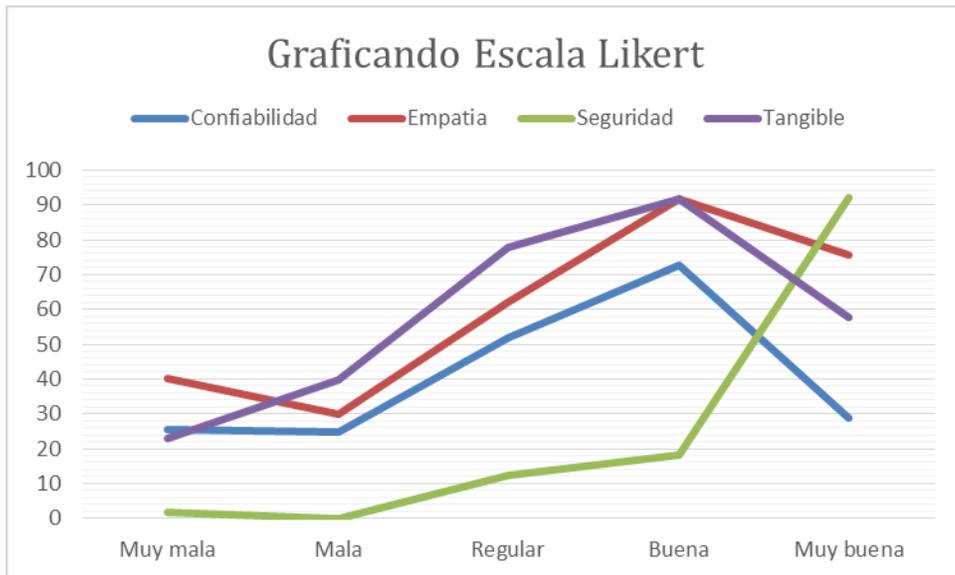
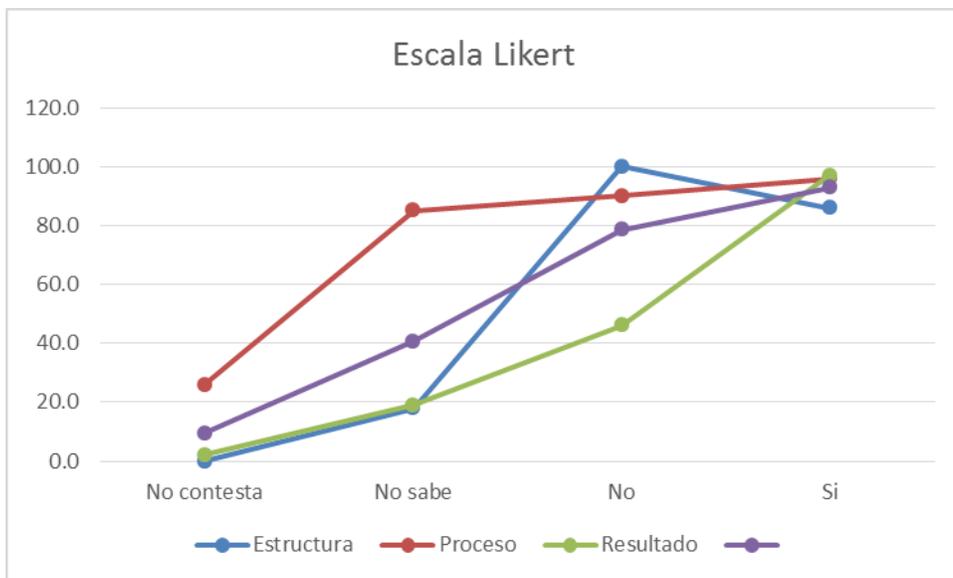


Tabla No. 94

LIKERT USUARIO INTERNO

		Frecuencia	%
Estructura	Favorable	86	86.0%
	Desfavorable	118	100.0%
Proceso	Favorable	96	96.0%
	Desfavorable	201	90.0%
Resultado	Favorable	97	97.0%
	Desfavorable	67	46.0%

Gráfica No. 58



VII. ANALISIS DE RESULTADOS

A).Usuarios Externos

Calidad para Avedis Donabedian es: “lograr los mejores beneficios, con los menores riesgos posibles para el paciente dados unos recursos”

La calidad asistencial es “la totalidad de funciones y características del servicio que determinan su capacidad para satisfacer las necesidades de un cierto grupo de usuarios” (Mira.J.J, 1996)

Los usuarios externos que demandaron atención en el servicio de emergencia del bloque médico quirúrgico durante la investigación, el 68% su nivel de escolaridad es de primaria incompleta a secundaria incompleta. Los 5 primeros lugares de procedencia de los usuarios fuera de Tegucigalpa fueron: Nacaome, Danlí, Minas de Oro, El Porvenir y San Buena Ventura. Los usuarios de Tegucigalpa los barrios y colonias que ocuparon los cinco primeros lugares fueron: El carrizal, Prados Universitarios, colonia Villa Nueva, Colonia Nueva Suyapa y colonia Kennedy. Solo un 52% de los atendidos son referidos de otro nivel y un alto porcentaje (47%) llegan a su propia demanda. Los usuarios que visitaron por primera vez el servicio fueron 184 (49.5%)

El grupo de edad que más demanda atención fueron personas de 29 a 38(21.5%) años y de 49 a 58(20 años en segundo lugar. Predominó el sexo femenino con 51.3%

Un 49.5% era la primera vez que hacía uso del servicio. Este grupo de usuarios de acuerdo al mayor grado de escolaridad de primaria incompleta 68% no se

puede esperar respuestas analizadas profundamente sino a lo que” percibe el ojo” si hay calidad o no.

En las preguntas que correspondían a la dimensión de tangibilidad 59.4% consideró las instalaciones físicas como muy buenas y buenas, 40.6% las considero como regular, mala y muy mala.

50.3% consideraron la limpieza y el orden como muy buena y buena y 42.2%

Calificaron la ventilación e iluminación como muy buena y buena, un 57.8% la considera entre regular, mala y muy mala. La comodidad 198(53.2%) la califican como regular, mala y muy mala, y 178 (46.8%) como muy buena y buena. La presentación del personal (usuario Interno) la califican 320 (86%) como muy buena y buena y un 14% se refiere como regular, mala y muy mala. La falta de equipo es calificada por 159(42.5%) como muy buena y buena y por 214(57.5%) usuarios como regular, buena y mala. En cuanto a la dimensión de tangibilidad, la teoría nos dice que “la calidad sentida o percibida por el usuario”, comprendería no solamente aspectos tales como la comodidad, el trato, la privacidad, el tiempo de espera, si no también que el usuario es capaz de percibir aspectos de calidad técnica desde su propia perspectiva y sus valores, esto es relevante para los resultados. En la dimensión Empatía 290 (78%) calificaron la atención y amabilidad de la enfermera como muy buena y buena y 22% como regular, mala y muy mala. En cuanto a la atención y amabilidad de los médicos se calificó con 87% como muy buena y buena. La disposición del personal fue calificada con 85.2% como muy buena y buena.

1. En el tiempo de espera para ser atendido 183 usuarios (49.5%) esperaron menos de media hora, 26% entre media y una hora y un 24.7% esperó más de una hora. En cuanto al tiempo que esperaron los familiares para los exámenes, un 22.6% espero menos de media hora, un 25.8% más de dos horas y 26.6% entre 1 y 2 horas. La teoría afirma que los consumidores se forman expectativas sobre el servicio a partir de muchas fuentes como por ejemplo las experiencias previas, los comentarios de conocidos y la publicidad. Por lo general, los consumidores comparan el servicio percibido con sus expectativas de servicio. Si el servicio percibido es inferior a las expectativas, los consumidores se decepcionaran. Si el servicio percibido alcanza o supera las expectativas los consumidores volverán. Malcom Peel, destaca que “la formación debe ser especial en todo el personal que este en contacto con el cliente”, “El vestuario debe ser impecable de quienes entren en contacto con el cliente”. La Empatía es un servicio esmerado, individualizado, que satisfaga necesidades. En la dimensión Confiabilidad los 28576.6%) usuarios contestaron que la confianza al hospital es muy buena y buena. En cuanto a la existencia de medicamentos y otros materiales 161(43.3%) la consideran como buena y muy buena y 211(56.7%.) refiere que regular, mala y muy mala. Esto se traduce según la teoría a que la calidad, como la belleza, está en el ojo del observador, lo que para unos es una buena calidad, para otros

es un nivel no aceptable. .Las dimensiones con mejor calificación fueron Empatía con 80.76% y Seguridad con 82.25%. Se encontró una calificación en la dimensión de tangibles del 58.57% y la de Confiabilidad con 61.36%. Al promediar la satisfacción global para la calidad del servicio, resulta de 70.76% que la ubica según la escala elaborada en “Buena”. Se comparte la afirmación de los expertos en el tema: Parasuraman, Berry y Zeithami quienes aseguran que la calidad del servicio es tanto realidad como percepción, y son los deseos de los usuarios los que condicionan la valoración de la calidad del servicio prestado por una institución. Lo anterior se basa en la experiencia vivida al implementar los instrumentos con las técnicas definidas.

Las percepciones están condicionadas a la experiencia de los usuarios de un servicio, ya que éstas pueden ser modificadas de acuerdo al tiempo, al estado de ánimo y al personal que prestó la atención en determinado momento.

B). Usuarios Internos.

Los usuarios internos que contestaron el cuestionario fueron 100 de los cuales el 61% eran del sexo femenino. El grupo de edad se concentró en primer lugar en el grupo de 28 a 38 años en 36% seguido del grupo de 18ª 27 años que le corresponde el 25%. Se encontró que un 48% de los usuarios internos no ha recibido cursos sobre emergencia y un 20% hace más de 2 años que recibió su

último curso. El 36% tiene experiencia en emergencia de 1 a 3 años, y un 28% refirió 6 o más años de experiencia. En relación a la capacitación encontramos en la teoría que: La capacitación y concientización del personal, representan la columna vertebral del cambio hacia la calidad. Según Drucker (en Calidad Total y Productividad, 1997) con respecto a la capacitación y entrenamiento.

“El origen de la riqueza es algo específicamente humano: el conocimiento. Si aplicamos el conocimiento a las tareas que ya sabemos ejecutar lo llamamos productividad; si lo aplicamos a tarea que son nuevas y distintas, lo llamamos innovación. Solo el conocimiento nos permite alcanzar esas dos metas. Tal conocimiento se puede generar mediante vigorosos programas de capacitación”. (Malagón, L, Gustavo, R., Galán y G. Pontón. 1996).

Con respecto al entrenamiento del personal, se recomienda que todo el personal nuevo será entrenado y orientado además el personal ya existente deberá de mantener sus conocimientos y habilidades renovados a través de cursos de refrescamiento.

Para todos los trabajos se requieren de destrezas, habilidades y conocimientos técnicos. La escasez de personal es uno de los problemas que aqueja a la mayoría de los servicios de emergencia, pero será cauteloso al momento de la selección del mismo, debiendo de tomarse en cuenta aspectos relacionados con las calificaciones y características del personal, de esta manera se evitarán

problemas relacionados con el hecho de tener personal no calificado o que no son apropiadas para el trabajo en una emergencia, puesto que los daños directos o indirectos a los pacientes o al hospital suelen ser de una gran magnitud. (Organización Panamericana de la Salud. (2000). Informe sobre la salud en el mundo).

En cuanto a la estructura, el 94% de los usuarios contestó que el espacio del servicio no es adecuado, el 87% igual considera la iluminación y ventilación, el 57% no está de acuerdo con la vestimenta utilizada, el 85% no está de acuerdo con la cantidad de equipo y materiales existentes en el servicio, el 86% considera insuficiente la cantidad del Recurso Humano, el 91% no considera adecuados los flujos y circulaciones, el 93% considera que el espacio de observación no es suficiente, el 89% considera que no se cuenta con la cantidad suficiente de medicamentos, 84% considera que el triaje no tiene la ubicación, distribución ni espacio adecuado, un 60% refiere que si existe un registro epidemiológico un 33% dice que no y un 7% no sabe. El 93% refiere que no existe ayuda tecnológica en el triaje. Estas respuestas son importantes de considerar porque: Según Donabedian (en Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria, Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, 1993).

“La estructura se refiere a las características relativamente estables de quienes suministran la atención, de los medios o herramientas y recursos con que cuentan, y el marco físico y organizativo dentro del cual trabajan, e incluye los

recursos humanos, físicos y financieros que se necesitan para suministrar atención médica y, comprende el número, distribución, capacidades y experiencia del personal profesional y también el equipo de los hospitales y otras instalaciones“. (Paganini, José M. 1993)

En la organización de los servicios de emergencia es muy importante tomar en cuenta aspectos relacionados con el tamaño del servicio y la capacidad del hospital para determinar el número de recursos e insumos que puedan ser requeridos. (Annals of Emergency Medicine. Volumen 29, 1997).

Siempre con relación a otros elementos de la estructura, según Starfield (1993).

“Los elementos de la estructura incluyen: personal (número, tipo, preparación y motivación); instalaciones físicas (número, tipo, acreditación y estándares); equipo; organización (coordinación, continuidad, accesibilidad y adecuación); sistemas y registros de información; financiamiento; gerencia y administración (gobierno). (Paganini, José M. 1993).

En lo que respecta a equipo y material, este deberá existir en cantidades según la demanda existente y estarán disponibles en todo momento.

Es importante en la estructura de la emergencia un triaje adecuado lo que se corrobora con la teoría la cual señala que desde el inicio de los sistemas de atención de urgencias y más aún, desde los albores de la civilización moderna, se presenta la necesidad de calificar a los pacientes para elegir el tipo de

atención médica que necesitan. Además, la disponibilidad de un sistema de triaje estructurado en los servicios de emergencia ha sido considerado como un índice de calidad básico y relevante de la relación riesgo- eficiencia aceptándose que el porcentaje de pacientes dentro de cada nivel de tiraje es como la “huella digital” del servicio de emergencias, de tal forma que se puede establecer cuál es el perfil en función al nivel de urgencia y la intensidad del servicio que se presta.

En las preguntas para evaluar Proceso, el 48% refiere que no existen planes de mitigación y un 34% no sabe, EL 17% dijo que sí. N lo que se refiere a normas, el 58% contestó que si existen, un 21% dijo que no y el 21% no sabe. En relación a la existencia de protocolos el 59% dijo que si existen, 20% dijo que no y un 20% no sabe. Destaca que un 87% del personal no ha participado en la elaboración de normas, 5% refiere que sí. 34%contesta que no existe organigrama estructural, y 17% no sabe. En cuanto a la existencia de flujograma de atención en las emergencias un 47% refiere que si existe, 36% dice que no y un 17% no sabe. 68% refiere que si se aplican procedimientos definidos por las normas, 24% refiere que no. En relación a lo anterior la teoría nos enseña que siempre en relación con aspectos del proceso, es importante la utilización de una metodología que incluya el uso de diagramas o flujogramas, que orienten hacia cuales son los diferentes pasos a tomar en el proceso de toma de decisiones, la existencia de este tipo de diagramas, facilita la comunicación entre los diferentes individuos y redundando en la calidad y la

eficiencia. (Malagón, L. et.al.) Las Normas de atención médica se encargan de prescribir la forma de atender los pacientes en las diversas situaciones que plantea su padecimiento. (Godoy Arteaga, 2000, p.87).

Un “diagnóstico “puede considerarse un intento por tomar una decisión sobre la base de una información imprecisa e inadecuada. El diagnóstico de una enfermedad conduce generalmente a la recomendación de una opción o plan de tratamiento. El empleo de una norma médica o protocolo permite que, ante una situación dada, cualquier ciudadano, médico, enfermera o profesional paramédico aplique uniformemente principios médicos y científicos bien establecidos o aceptados. Las normas o protocolos deben aplicarse en un formato ordinario para obtener decisión o acción de resultado uniforme. El resultado de un protocolo o norma se basa en un conjunto de aportes, que quizá sean imprecisos y carentes de la información exacta. (OPS-OMS, 2003 p.117). En resultado el usuario interno considera que el servicio de emergencia si tiene problemas con la obtención de exámenes en un 93%, un 42% de los usuarios internos califican de autoritario el trato de sus superiores, 39% lo considera democrático, 17% lo califica como dejar hacer, dejar pasar y un 2% no contesta. Aquí, la teoría apoya afirmando que Los servicios de apoyo representan otro eslabón importante en la cadena de la prestación de la atención médica en el servicio de emergencia, servicios de apoyo diagnóstico tales como radiología y laboratorio clínico disponibles, en todo momento y los resultados de los estudios requeridos estarán en un tiempo prudencial para

asegurar una adecuada calidad en el proceso diagnóstico y tratamiento. (Gutiérrez, P. Humberto. 1997). Malagón-Londoño (2008, pag.617) define la satisfacción del usuario y del proveedor como: “Complacencia del usuario con la atención recibida, con los prestadores de los servicios y con los resultados de la atención. Asimismo, la satisfacción de los proveedores con las condiciones laborales y el medio ambiente en el cual se desempeñan”.

Un elemento importante de la calidad es la **calidad percibida**. Toda vez que se ha definido la misma como orientada a satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes y clínicos (Romero, 2002).

En las recomendaciones que dieron los usuarios internos para mejorar el servicio, el 61% se refirió a equipo, 11% a capacitación, 7% a mejorar insumos, 4% espacio físico, 7% trato humanitario, 3% tecnología y 7% recomendó los flujos y las circulaciones. Se puede relacionar lo anterior con lo que la teoría refiere: las estructuras hospitalarias son condición necesaria, pero no suficiente para proveer una atención de calidad. En ellas cobran especial importancia los procesos que se desarrollan y los resultados que se obtienen. (Gas H. G., 2002).

Se encuentra en general una mala calificación por parte por parte de los usuarios internos sobre todo en la estructura, donde la mayor calificación se da en la respuesta favorable en un 60% en la existencia de un registro epidemiológico con 60%, luego 42% para la vestimenta, el resto no pasa del 15

% donde el espacio físico adecuado y la existencia de ayuda tecnológica resultan con apenas un 5% y 4% respectivamente de calificación. La teoría refiere que cuando las evaluaciones de la calidad de servicio son altas, las intenciones conductuales del cliente tienden a ser favorables para la compañía y es probable que quiera seguir como cliente. Cuando las evaluaciones del servicio son bajas, la relación con el cliente tiene mayores probabilidades de debilitarse, dando lugar a un abandono a favor de algún competidor (Leon Schiffman, Leslie Kanuk, 2005).

Se encontró que al hacer la medición en escala de Likert y el método de SERVPERF, hay una relación significativa en el grado de calificación de la satisfacción que fue BUENA, dando para Likert 68% y para SERVPERF de 70.76%.

Conclusión: se ha probado una innovación de relacionar el estadístico Likert y la medición de grado de calidad con el método SERVPERF.

VIII. CONCLUSIONES

1. En el servicio de emergencia del bloque médico quirúrgico del hospital Escuela los usuarios externos atendidos con referencia fueron 52%, resto llega por libre demanda.
2. El grupo de edad que más demandó atención fue de 29 a 38 años que correspondió al 21.5%, este grupo es económicamente activo.
3. Midiendo cuantitativamente los puntajes promedios de las dimensiones se concluye que la calidad de la percepción de los usuarios externos del servicio de la emergencia del bloque médico quirúrgico se califica como BUENA.
4. Las mayores calificaciones de la percepción de la calidad de la atención obtenidas en el servicio de la emergencia por los usuarios externos se concentran en las dimensiones de Seguridad y Empatía, lo que indica que sienten disposición del personal para brindarles la atención.
5. Las menores calificaciones de la percepción de la calidad obtenidos por los usuarios externos se concentran en la dimensión de tangibles y confiabilidad, donde la comodidad, ventilación del lugar para la primera y falta de medicamentos en la segunda fueron las puntuaciones más bajas. Esto las convierte en áreas de atención prioritaria para mejora.

6. Los resultados de la investigación en Estructura, Proceso y Resultado realizada en los usuarios internos, denotan la insatisfacción que tienen del servicio en que trabajan sobre todo en Estructura donde se encuentran ítems con percepciones sumamente desfavorables como ser en: el espacio físico que ocupa el servicio, con la insuficiente cantidad de Recurso Humano, la cantidad del equipo y materiales , los flujos y circulaciones existentes , insuficiencia de medicamentos, la ubicación , distribución y espacio adecuado para el triaje , así como la falta de ayuda tecnológica para la clasificación y distribución de los pacientes en el triaje.
7. La insatisfacción está presente en iguales características en ambas emergencias (Cirugía y Medicina Interna).
8. Se acepta la hipótesis 1 que afirma: si la percepción de la calidad de los clientes externos es satisfactoria determina el buen funcionamiento del servicio, en vista que la calificación de satisfacción global enmarcada en el período estudiado resultó de 70.76%, indica, según la escala propuesta corresponde al rango de BUENA.
9. Se acepta la hipótesis 4 que afirma: si la percepción del cliente interno es negativa en cuanto estructura y proceso de atención, influye en la insatisfacción, lo anterior por los altos porcentajes negativos en los resultados.
10. De acuerdo a los resultados se rechazan las hipótesis 2 y 3

- 11.El servicio de emergencia del bloque médico quirúrgico del hospital, está atendiendo un alto porcentaje (48%) de pacientes que llegan a libre demanda que puede estar incidiendo en los tiempos de espera , y para lo cual se debe revisar el tipo de patología que se atiende sin referencia .
- 12.La estructura del servicio de emergencia está basada en los modelos del siglo 20 por lo que las autoridades deben cambiar a la emergencia del siglo 21 revisando su modelo de atención y organización.
- 13.Un 48% de los usuarios internos no ha recibido cursos de capacitación sobre emergencia
- 14.Los planes de mitigación no son conocidos por todos los usuarios internos.
- 15.Hay desconocimiento de las normas y protocolos en más de un tercio de la población estudiada.
- 16.El laboratorio no apoya al servicio con la obtención de exámenes requeridos, el 93% de los usuarios internos se quejó.

IX. RECOMENDACIONES

1. Siendo el triaje un método de trabajo estructurado que permite una evaluación rápida de la gravedad de cada paciente, de una manera reglada, válida y reproducible, con el propósito de priorizar el orden de atención médica y determinar el lugar y medios apropiados además lograr un aprovechamiento óptimo de los recursos humanos, materiales y financieros de un servicio de atención de emergencias, es necesario que el personal tenga un alto grado de responsabilidad en la evaluación, selección y clasificación de pacientes por lo que se recomienda la implementación de ayuda tecnológica de un software en este ambiente. El cual ayudará también a controlar la mayor demanda asistencial y mejorar la calidad de la atención. De esta manera se minimiza la clasificación que se hace de una forma subjetiva, basada fundamentalmente en la experiencia profesional como se hace actualmente.

2. Las autoridades y personal deben aunar esfuerzo en mejorar los niveles de satisfacción de usuarios externos en las diferentes dimensiones con baja calificación.

3. Que se den capacitaciones de forma continua sobre cursos de emergencias hospitalarias a todo el personal que labora o que ingrese a laborar al servicio

4. Aplicación de una guía metodológica que les permita conocer las condiciones de calidad que se dan en el servicio como resultado de una autoevaluación, y cuyos hallazgos permitan conocer una situación de los servicios y la satisfacción de los usuarios tanto internos como externos.

5. Evaluar la calidad del servicio desde la percepción de los usuarios internos y externos en otros servicios del hospital.

6. Dada la baja satisfacción que se percibe en el usuario interno, se recomienda planificar las estrategias orientadas a subsanar los aspectos de insatisfacción encontrados con la participación de todos los usuarios.

7. Los procesos de gestión su orientación han de someterse a evaluación continua con el objetivo de procurar la satisfacción de los usuarios.

8. Atendiendo los hallazgos encontrados en la insatisfacción tanto en usuarios externos y sobre todo internos se recomienda cambiar el modelo de atención de la emergencia actual por un modelo acorde con la actualidad, para esto se recomienda el modelo propuesto por Godoy Arteaga que se describe en una forma general en la teoría de esta investigación que se resume a que los servicios, y cualquier sala de los hospitales se debe manejar por colores. Con lo anterior en el servicio de emergencia los pacientes estarían ingresados por nivel

de gravedad en la sala y no por especialidad como ocurre en la actualidad. Los colores que Godoy Arteaga propone son: Rojo, Ámbar y Verde.

9. Revisar los índices de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional para el plan de mitigación.

10. Reuniones para motivar al usuario interno con ambientes de trabajo cómodos.

11. El servicio de emergencia dada su complejidad está atendiendo un buen número de usuarios externos sin referencia, por lo que es necesario atiendan este punto.

12. Dados los resultados es necesario pensar en una emergencia u hospital de trauma para la ciudad de Tegucigalpa.

13. Revisar o elaborar indicadores de calidad para el servicio de emergencia.

14. Socializar los hallazgos encontrados con el personal directivo y operativo del Hospital Escuela Universitario.

VII. - BIBLIOGRAFIA

1. Annals of emergency Medicine, MD Consult Journal Article, April, 1997, Volumen 29, Number 4, Copyright © 1997 American College of Emergency Physicians, 1-4 p.
2. Artículo: El triaje, herramienta fundamenta en urgencias y emergencias. Vol. 33, suplemento 1. Año 2010.
3. Cabañas, D.C. (5 de Marzo, 2014). (R.M.R., entrevistador).
4. Consultores, Aiteco. (2008). Aiteco Consultores. www.aiteco.com:
www.aiteco.com/percepcal.html
5. Dagnino, A. Gonzáles. Calidad Total en Atención Primaria de Salud. Madrid-España: Editorial Díaz de Santos. 1994.
6. Dagnino, A.G. (1993). Calidad total en atención primaria de salud. Madrid: Díaz de Santos.
7. Deming, E. (s.f.). www.gestiopolis.com
8. Deming, W. Edwards. Calidad, productividad y competitividad; la salida de la crisis. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A., 1989.
9. Departamento de Estadísticas, Hospital Escuela. 2014.
10. Donavedian Avedis, Evaluación de la Calidad de la Atención Médica EN: Kerr L. White, Investigaciones sobre servicios de salud; Una antología. Organización Panamericana de la Salud Publicación Científica No. 534, Cap. 33. 1994.

11. Farfan, R. Saco. S.C.M. (2001). Diagnostico basal de la Calidad de Atención de los Establecimientos de Salud de la Red de Quispicanchi y Acomayo desde la perspectiva del usuario. Lima.
12. Gas, H.G. (2002). Calidad de la atención Médica. México, D.F.: Noriega Editores.
13. Godoy Arteaga, C. Organización Hospitalaria Apuntes de Salud Pública. Honduras, C.A.: Edigrafic, S. De R.L. 2000.
14. Gómez, J. (2003). Evaluación de la calidad de atención desde la perspectiva del usuario externo. C.S Tarata. Lima. Tesis Magister.
15. Gutiérrez, P. Humberto. Calidad total y productividad. México D.F.: Editorial Mc Graw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V., 1997. 24-56 p.
16. Horovitz, J. (2000). Los Siete Secretos del Servicio al Cliente. España: Pearson Educación.
17. Hospital Escuela, Informe-Departamento de Epidemiología, 1999
18. Illescas Fernández, G.J. Mayo-Agosto, 2006. Triage: atención y selección de pacientes. Revista TRAUMA. Artículo: Vol. 9, Num. 2, pp. 48-56..

19. Organización Panamericana de la Salud, 2000; Informe sobre la salud en el mundo 2000; Mejorar el desempeño de los servicios de salud. Ginebra, Suiza.
- 20.J.G. (2003). Evaluación de la Calidad de la Atención desde la perspectiva del Usuario Externo. C.S. Tarata. Lima: Tesis Magister.
- 21.Johansen Bertoglio, Oscar. Introducción a la teoría general de sistemas. 1 ed. México: Editorial Limusa, S.A., 1982.
- 22.John M. Diagnóstico y Tratamiento de Urgencias. Editorial El manual Moderno, S.A. de C.V. México, D.F. 1987. 78-717 P.
- 23.John P. Van Gigch. Teoría General de Sistemas Aplicadas. México, D.F.: Editorial Trillas, 1981.
- 24.Jorge Riveros S., Carmen Berne M. (2007). Análisis de la Opinión de Usuarios sobre calidad percibida y satisfacción con hospitales públicos. Estudio de caso desde la perspectiva de la Aplicación de Marketing. Revista Médica Chilena. 826-870.
- 25.León, Schiffman, Leslie Kanuk. (2005). Comportamiento del Consumidor. México. Pearson Educación.
- 26.Leonard L. Berry, David R. Bennet, Carter W Brown. (1989). Calidad de servicio. Una ventaja estratégica para Instituciones Financieras. Madrid. Díaz de Santos.

27. Malagón –L, Gustavo, R. Galán y G. Pontón. Administración Hospitalaria. 1 ed. Bogotá, D.C.: Editorial Médica Internacional Ltda., 1996 572 p.
28. Malagón-Londoño, Galán Morera, Pontón Laverde. Administración Hospitalaria. 3ª. Edición. 2008.
29. Ministerio de Sanidad y política social. 2010. Informes, estudio e investigación. Unidad de urgencias hospitalaria. Estándares y recomendaciones.
30. Mira, José J. (1996) Todo hospital. Calidad Corporativa Hospitalaria. Que transmite la prensa escrita? Número 131.
31. OPS. O.P. (2001). La transformación de la gestión de Hospitales en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. OPS.
32. OPS. O.P. (2001). El futuro de la Gestión Hospitalaria. OPS.
33. Organización Mundial de la Salud. 2006. Colaboremos por la Salud. Informe sobre la salud del mundo.
34. Organización Panamericana de la Salud. 2001. La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe.
35. Organización Panamericana de la Salud. 2003. Desarrollo de Sistemas de Servicios de Emergencias Médicas. Experiencia de los Estados Unidos de América para países en Desarrollo.
36. Paganini, José María. Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria; Desarrollo y Fortalecimiento del os Sistemas

- Locales de Salud. Washington, D.C.: OPS, 1993.
HSS/SILOS-30.
37. Passos Nogueira, R. Perspectivas de la gestión de Calidad total en los Servicios de Salud. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex Salud y Sociedad 2.000. No. 4. 1997.
38. Peralta Sánchez, W.M. (2009). Estrategia de Servicio al Cliente. Argentina. El Cid Editor.
39. Phillip, Kotler, Kevin Lane Keller. (2006). Dirección de Marketing. México: Pearson Prentice Hall.
40. Programa de Garantía de la Calidad, S.d. (2010). Marco metodológico de Medición del Sistema de Garantía de Calidad. Tegucigalpa. Secretaria de Salud.
41. Robbins, Stephen P. Comportamiento Organizacional. Conceptos, controversias y aplicaciones. 3ª. Edición. 1987.
42. Romero, J.A. (2002). Memoria de Radiología. Madrid.
43. Rund, Douglas A. Lo esencial de las urgencias médicas; Selección (Triage), estabilización y toma de decisiones. México, D.F.: Editorial el Manual Moderno, S.A. de C.V., 1989.
1-14 p.
44. Salud, O.O. (2001). La transformación de la Gestión de Hospitales en América Latina y el Caribe. Washington, OPS.

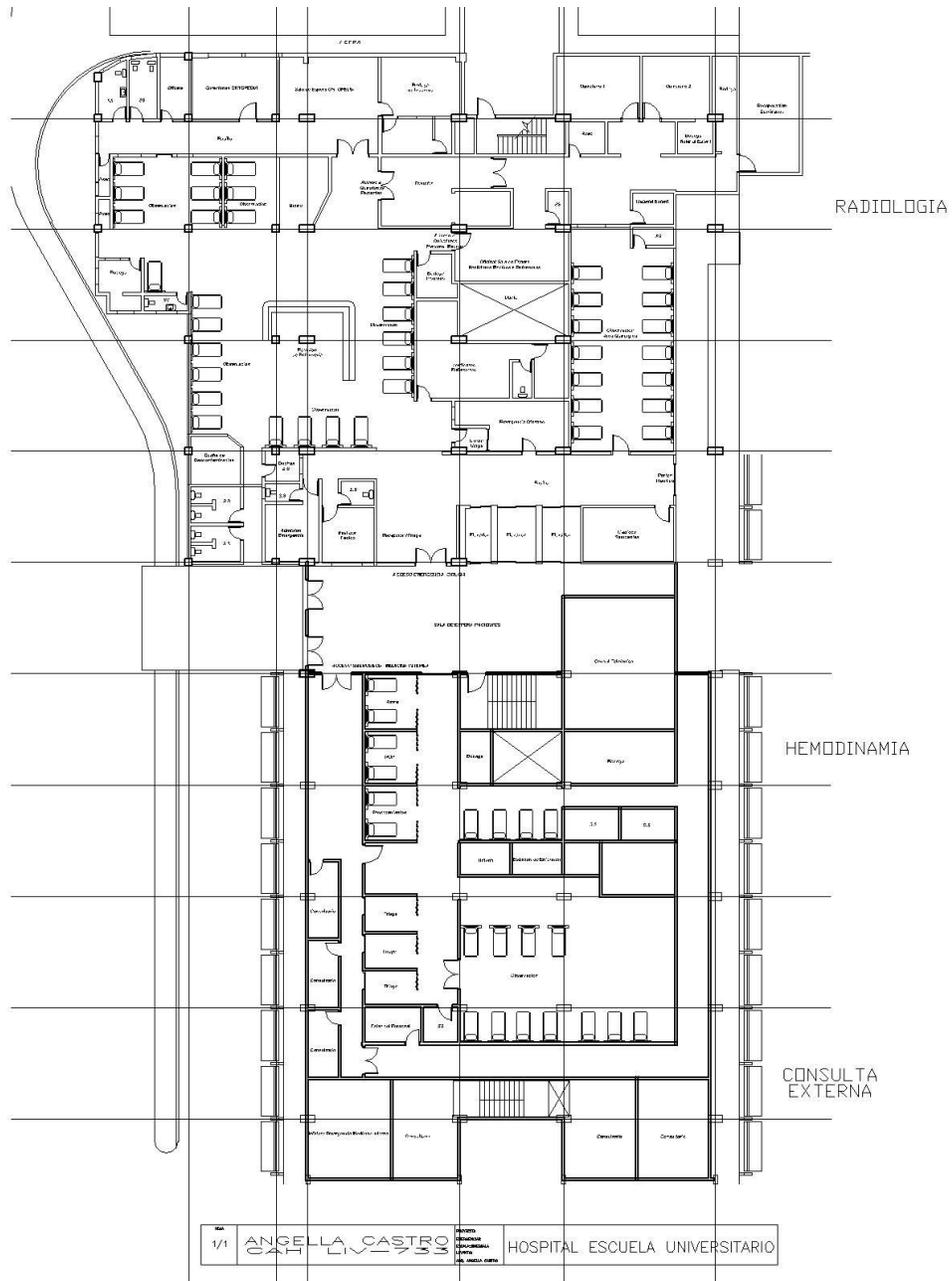
45. Secretaria de Salud del Estado de Honduras. (2005). Plan Nacional de Salud. 2021. Tegucigalpa M.D.C. Honduras.
46. Starfield, Bárbara. Investigación de servicios de salud: un modelo práctico EN: Kerr L. White, Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Organización Panamericana de la Salud, Publicación científica No. 534, Cap.50. 1992.
47. Varo, J. (1994). Gestión estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios. Madrid; Díaz de Santos, S.A.
48. Vijay Majan, C. Carl Pegels. Systems Análisis in Health Care. Praeger Publishers, 1979.
49. Instituto Nacional de Estadística de Honduras. (Mayo 2013). Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDESA 2011-2012.

VIII.- ANEXOS

- 1.- PLANO ARQUITECTONICO DE EMERGENCIAS DE HOSPITAL ESCUELA
- 2.- CUADRO DE RECURSO HUMANO DE LA EMERGENCIA DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL ESCUELA
- 3.- CUADRO DE RECURSO HUMANO DE LA EMERGENCIA DE CIRUGIA, HOSPITAL ESCUELA
- 4.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES
- 5.- ALFA DE CROMBACH USUARIOS EXTERNOS
- 6.- ALFA DE CROMBACH USUARIOS INTERNOS
- 7.- CUESTIONARIO DEL USUARIO INTERNO. Estructura, proceso y resultado
- 8.-CUESTIONARIO DEL USUARIO EXTERNO. Tangibles, Seguridad, Empatía y Confiabilidad.
- 9.- FOTOGRAFIAS HOSPITAL ESCUELA

ANEXO 1.

PLANO ARQUITECTONICO EMERGENCIA BLOQUE MEDICO QUIRURGICO
HOSPITAL



ANEXO 2.

**RECURSOS HUMANOS EMERGENCIA MEDICINA INTERNA
(Medicina Interna y Neurología)**

CUADRO DE RECURSO HUMANO EMERGENCIA DE MEDICINA
INTERNA. HOSPITAL ESCUELA

Recurso Humano	Total	Turno A	Turno B	Turno C
Médico Especialista	10	3	1	1
Médico General	8	1	1	1
Médico Residente	13; 11 en Medicina Interna 2 Neurología	En horario de 7:00 a.m. a 3:00 p.m. hay 13		En horario de 3:00 p.m. a 7:00 a.m. hay 11; 10 en Medicina 1 en Neurología
Médico Interno	18	En horario de 7:00 a.m. a 3:00 p.m. hay 18		En horario de 3:00 p.m. a 7:00 a.m. hay 22
Enfermera Profesional	18; 5 permanentes 6 por contrato 7 en servicio social	4 o 5	2 o 3	2 o 3
Auxiliar de Enfermería	29; 14 permanentes 15 por contrato	6	6	5
Ayudante de Enfermería	7	2	2	1

Fuente: Lic. Vitelia Luque, Jefe de Enfermería Profesional de Emergencia.
Dr. Otto Fernández, Jefe de Emergencias de Medicina Interna
Hospital Escuela Universitario

ANEXO 3

CUADRO DE RECURSO HUMANO EMERGENCIA DE CIRUGIA.
HOSPITAL ESCUELA

**RECURSOS HUMANOS EMERGENCIA CIRUGIA
(Ortopedia, Cirugía, Neurocirugía, Anestesiología y Otorrinolaringología)**

Recurso Humano	Total	Turno A	Turno B	Turno C
Médico Especialista	44	6; 2 en cirugía 2 en anestesiología 1 en neurocirugía 1 en ortopedia	4; 1 en cirugía 1 en ortopedia 1 en anestesiología 1 en neurocirugía	7; 2 en cirugía 1 en ortopedia 1 en neurocirugía 1 en anestesiología 1 en cirugía plástica 1 en oftalmología
Médico General	3	2	1	0
Médico Residente	8	De 7:00 a.m. a 3:00 p.m. hay 8; 5 en cirugía 1 en neurocirugía 2 en ortopedia		De 3:00 p.m. a 7:00 a.m. hay 9; 5 en cirugía, 2 en neurocirugía, 1 en ortopedia 1 en oftalmología
Médico Interno	13	13 están de 7:00 a.m. a 3:00 p.m.		20
Enfermera Profesional	9	2	2	1
Auxiliar de Enfermería	29; 25 por contrato 4 en servicio social	6	4	4
Ayudante de Enfermería	6	2	2	1
Ayudante de Hospital	30 por todo			

Fuente: Dr. Juan Ayestas, Jefe de Emergencia de Cirugía. Hospital Escuela Universitario

ANEXO 4.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Operacionalizacion de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	UNIDAD OBSERVACIONAL	UNIDAD ANALISIS	INDICADORES
Percepción	la percepción puede definirse como un proceso en virtud del cual las personas organizan e interpretan sus impresiones sensoriales a fin de dar significado a su ambiente	Satisfacción o Insatisfacción	Calidad de la atención	Usuarios Del Servicio De emergencia	Número de clientes satisfechos Numero de Clientes insatisfechos
Calidad	La provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario	Estructura Proceso Resultado			
Atención en Salud	otorgar atención en salud al usuario, con oportunidad, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos	Calidad			

	vigentes, con satisfacción de sus necesidades de salud y de sus expectativas, las del prestador de servicios y las de la institución				

ANEXO 5.

ALFA DE CROMBACH USUARIOS EXTERNOS

Estadísticos de fiabilidad Todos	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.723	20

Estadísticos de fiabilidad EMPATIA	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.825	6

ANEXO 6.

ALFA DE CROMBACH USUARIOS INTERNOS

Estadísticos de fiabilidad TODOS	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.809	28

ANEXO 7.

CUESTIONARIO USUARIO INTERNO

ENCUESTA USUARIO INTERNO

1 Datos Generales

a) Edad: _____

b) Sexo

 1

Femenino

 2

Masculino

c) Profesión:

 1

Médico

 2

Médico Residente

 3

Médico Interno

 4

Enfermera Profesional

 5

Auxiliar de Enfermería

2 Años de experiencia en el área de Servicios de Emergencia

 1

Menor de 1 año

 2

1 a 3 años

 3

4 a 5 años

 4

Más de 6 años

3 ¿Ha recibido cursos de entrenamiento en el área de emergencia?

 1

SI

 2

NO

4 ¿Hace cuánto tiempo recibió el último curso?

 1

Menos de 1

año

 2

De 1 a 2 años

 3

Más de 2 años

5 Condición de trabajo

 1

Permanente

 2

Contrato

 3

Servicio Social

ESTRUCTURA

6 ¿Considera que el espacio físico destinado al servicio de emergencia es adecuado para la Atención del paciente?

 1

Si

 2

No

 3

No Sabe

 4

No Contesta

7 ¿Considera que el servicio de emergencia tiene suficiente iluminación y ventilación para su Comodidad mientras brinda la atención?

 1

Si

 2

No

 3

No Sabe

 4

No Contesta

8 ¿Considera que la vestimenta que usa es la adecuada para hacer su trabajo en el servicio de Emergencia?

 1

Si

 2

No

 3

No Sabe

 4

No Contesta

9 ¿ Considera que el servicio de emergencia posee los equipos médicos y materiales necesarios y suficientes para la atención oportuna del paciente?

1 Si 2 No 3 No Sabe 4 No Contesta

10 ¿ Considera que el Recurso Humano que labora en el servicio de Emergencia es suficiente para atender la demanda?

1 Si 2 No 3 No Sabe 4 No Contesta

11 ¿ Considera que los flujos y circulaciones existentes dentro y fuera del servicio de Emergencia están adecuados para una movilización rápida del paciente y del personal?

1 Si 2 No 3 No Sabe 4 No Contesta

12 ¿Considera que el espacio asignado a observación es suficiente?

1 Si 2 No 3 No Sabe 4 No Contesta

13 ¿ Considera que el servicio de Emergencia cuenta con suficientes medicamentos para atender a los pacientes?

1 Si 2 No 3 No Sabe 4 No Contesta

14 ¿ Considera que el TRIAGE tiene el espacio, distribución y ubicación adecuada a la demanda actual de pacientes?

1 Si 2 No 3 No Sabe 4 No Contesta

15 ¿ Existe un registro epidemiológico de emergencias por Triage (según prioridad de pacientes), por tópicos diferenciados, sala de observación, sala de operaciones de emergencia?

1 Si 2 No 3 No Sabe 4 No Contesta

PROCESO

16 ¿Existen planes de mitigación en casos de desastres?

1 Si 2 No 3 No Sabe 4 No Contesta

17 ¿Existen normas, protocolos, guías y procedimientos para la atención?

1 Si 2 No 3 No Sabe 4 No Contesta

18 Si existen, fecha en que fueron verificados? _____

Verificarlos personalmente

1 Si 2 No

19 ¿Ha participado en la elaboración de normas, protocolos, guías y procedimientos?

1 Si 2 No 3 No Sabe 4 No Contesta

20 ¿Cómo realiza su trabajo?

1	Según normas, procedimientos, guías, protocolos
2	Con mi conocimiento
3	Con lo que dicta el médico residente
4	Como dice el médico especialista
5	Como dice la enfermera profesional
6	Según órdenes del médico

21 ¿Existe un organigrama estructural?

1 Si 2 No 3 No Sabe 4 No Contesta

22 ¿Existe un organigrama funcional?

1 Si 2 No 3 No Sabe 4 No Contesta

23 ¿Existe un flujograma de atención?

1 Si 2 No 3 No Sabe 4 No Contesta

24 ¿Aplican los procedimientos definidos en las normas?

1 Si 2 No 3 No Sabe 4 No Contesta

RESULTADO

25 ¿ Considera que el servicio de emergencia tiene problema con la obtención de exámenes de apoyo, lo que provoca lentitud en la atención de pacientes?

1 Si 2 No 3 No Sabe 4 No Contesta

¿ Considera que el trato de sus superiores

26 es:

1 Democrático 2 Autoritario 3 Dejar hacer, dejar pasar

27 Recomendaciones que puede dar para mejorar el servicio de emergencia:

a) 1 Equipo

b)	2	Capacitación
c)	3	Mejorar insumos
d)	4	Espacio físico
e)	5	Trato humanitario
f)	6	Tecnología
g)	7	Flujos y circulaciones
h)	8	Otros

Especifique: _____

ANEXO 8

CUESTIONARIO USUARIO INTERNO

		NRO. DE INSTRUMENTO: _____	
		AREA: _____	
		NOMBRE DEL ENTREVISTADOR _____	
		FECHA: _____	TURNO _____
		Hora _____	
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS POST-GRADO MAESTRIA EN SALUD PUBLICA (POSAP)			
"PERCEPCION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION POR EL USUARIO INTERNO Y EXTERNO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL BLOQUE MEDICO QUIRURGICO DEL HOSPITAL ESCUELA."			
Buenos días. Estudiante del postgrado en Salud Publica de la Universidad Autónoma de Honduras, está realizando una investigación para saber cuál es la percepción de la calidad de la atención por los usuarios en el servicio de Emergencia del Bloque Médico Quirúrgico de este hospital. Este estudio servirá para identificar oportunidades de mejora y como apoyo institucional. Pedimos su colaboración contestando con sinceridad las preguntas que le haremos a continuación. Muchas gracias por su tiempo			
ENCUESTA USUARIO INTERNO		-PERSONAL DE SALUD	
Datos Generales			
1 Edad			
	1	18 -27	
	2	28 - 37	
	3	38 - 47	
	4	48 - 57	
	5	mas 57	
2 Sexo:			
	1	Femenino	2
			Masculino
3 Profesión:			
	1	Médico Especialista	
	2	Médico Interno	
	3	Medico Residente	
	4	Auxiliar de Enfermería	
	5	Enfermera Profesional	
4 Años de experiencia en el área de Servicios de Emergencia:			

1	Menor de 1 año
2	Mas de 6 años
3	1 a 3 años
4	4 a 5 años

5 ¿ Ha recibido cursos de entrenamiento en el área de emergencia?

1	Si
2	No

6 ¿ Hace cuánto tiempo recibió el último curso?

1	Menos de 1 año
2	De 1 a 2 años
3	Más de 2 años
4	No ha recibido

7 Condición de trabajo

1	Permanente
2	Contrato
3	Estudiante de Pre-Grado
4	Estudiante de Post-Grado

ESTRUCTURA

8 ¿Considera que el espacio físico destinado al servicio de emergencia es adecuado en todas sus areas para la atencion del paciente

1	Si
2	No
3	No Sabe
4	No Contesta

9 ¿Considera que el servicio de emergencia tiene suficiente iluminación y ventilación para su comodidad mientras brinda la atención?

1	Si
2	No
3	No Sabe
4	No Contesta

10 ¿ Considera que la vestimenta que usa es la adecuada para hacer su trabajo en el servicio de Emergencia?

1	Si
2	No
3	No Sabe
4	No Contesta

11 ¿ Considera que el servicio de emergencia posee los equipos médicos y materiales necesarios y suficientes para la atención oportuna del paciente?

1	Si
2	No

por tópicos diferenciados, sala de observación, sala de operaciones de emergencia?									
1	Si								
2	No								
3	No Sabe								
4	No Contesta								
PROCESO									
19 ¿ Sabe si existen planes de mitigación en caso de un desastre en el servicio de Emergencia?									
1	Si								
2	No								
3	No Sabe								
4	No Contesta								
20 Sabe de la existencia en el Servicio de los siguientes documentos:									
a.- Normas	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>Si</td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td></tr> <tr><td>3</td><td>No Sabe</td></tr> <tr><td>4</td><td>No Contesta</td></tr> </table>	1	Si	2	No	3	No Sabe	4	No Contesta
1	Si								
2	No								
3	No Sabe								
4	No Contesta								
b.- Protocolos	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>Si</td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td></tr> <tr><td>3</td><td>No Sabe</td></tr> <tr><td>4</td><td>No Contesta</td></tr> </table>	1	Si	2	No	3	No Sabe	4	No Contesta
1	Si								
2	No								
3	No Sabe								
4	No Contesta								
c.- Guías de Procedimientos	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>Si</td></tr> <tr><td>2</td><td>No</td></tr> <tr><td>3</td><td>No Sabe</td></tr> <tr><td>4</td><td>No Contesta</td></tr> </table>	1	Si	2	No	3	No Sabe	4	No Contesta
1	Si								
2	No								
3	No Sabe								
4	No Contesta								
21 Muestras por favor									
1	Si								
2	no								
3	No sabe								
4	No Contesta								
22 Fecha de elaboracion de documentos _____									
23 ¿ Ha participado en la elaboración de normas, protocolos, guías y procedimientos?									
1	Si								
2	No								
3	No Sabe								
4	No Contesta								

ANEXO 9

FOTOGRAFÍAS HOSPITAL ESCUELA



domingo Lunes 29 de julio, 2013 89

OPINIONES

“Ni penicilina hay en la farmacia”



Iris Meza

Con cuatro recetas en la mano tuvo que regresar hasta San Pedro Sula Iris Meza, quien junto a su madre llegó en busca de atención para sus problemas cardíacos.

“Me recetaron Enalapril para la presión, pastillas para el corazón, Tinidazol y Penicilina para mi mamá, pero ni eso hay, nos vamos con las manos vacías”, expresó Meza, después de hacer una larga fila en la farmacia del Hospital Escuela.

“Tuve que robar camilla de otra sala”



Reina Carranza

Deseando que su madre se recuperara pronto y poder sacarla del Hospital Escuela estaba Reina Carranza, en uno de los portones del Hospital Escuela, después de discutir con los guardias de seguridad que no la dejaban entrar para conocer su estado de salud.

Carranza manifestó que “hay médicos que son buenos, pero la mayoría de enfermeras, licenciadas, algunos doctores y hasta los vigilantes son unos ordinarios, que tratan mal a los pacientes y a los familiares que andamos cuidándolos”.

“Viera como deseo que mi mamá salga de aquí, porque hasta cólera da, porque aparte de que a uno lo tratan mal, los médicos son tan descuidados que todos los exámenes que le habíamos hecho a mi mamá, en la noche, en la mañana no los hallaron porque los perdieron”, comentó.

“Como no hay camillas, a mi mamá la tuvieron todo un día sentada con una bolsa de suero, desde las 7:00 de la mañana hasta las 11:00 de noche, y me dijeron que buscara la manera de conseguir una camilla y me la tuve que robar de otra sala”, confesó.

“Aquí hasta jeringas lo mandan a buscar a uno porque ni eso hay, para hacer un examen hay que ir a comprar el bote para la muestra; a uno no le da pesat, porque es para mi madre, pero tan pobres que somos que no podemos”, puntualizó.

La Tribuna Martes 30 de julio, 2013 71

Sale caro venir al Hospital Escuela

“Sale caro tener un paciente en el Hospital Escuela porque todo es pisto y uno tiene que ver cómo hace para que no se le muera el familiar”, comentó Rubén Martínez, esposo de una señora que fue operada de la apéndice.

Acurrucado al pie un árbol, dispuesto a esperar ahí la madrugada, comentó que en menos de una semana ha gastado 7,000 lempiras en compra de medicamentos o insumos que le piden los médicos”.

“Me toca comprar medicinas de 600 y 1,000 lempiras porque aquí no hay nada y uno es pobre, hay que decirle a los amigos que le ayuden o a los patrones. Ellos son los que me han echado la mano ahora”, comentó.



Rubén Martínez

El hombre que se dedica a la siembra de granos básicos comentó que a diario gasta más de mil lempiras “me piden medicinas o inyecciones que valen más de 500 lempiras más la comida”, se quejó.

Pero la preocupación es que al día solo gana 150 lempiras y para poder pagar ese dinero hambre a sus hijos o se va estar toda una vida con la deuda.

“Los médicos que me han atendido bien a mi esposa porque desde que llegamos la están viendo, pero lo que me preocupa son las medicinas y en las farmacias no hacen des-



88 La Tribuna Lunes 29 de julio, 2013 Nacionales

A un año de administración de la UNAH

“Incurable” calamidad en el Hospital Escuela

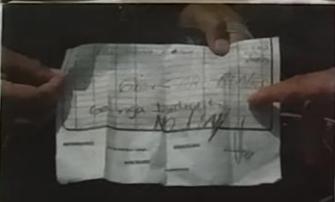


Ni sillas de ruedas hay para las personas que llegan graves; hasta las personas de la tercera edad tienen que caminar.

- No hay medicamentos, camillas, jeringas ni reactivos
- Mujeres paren en el piso porque los ascensores están malos
- Citas con especialistas las programan para seis meses después



Muchas de las personas que vienen del interior del país regresan casi llorando al no encontrar la atención que esperaban.





Algunos días ni atención se da a los enfermos, lo que molesta a las personas que viajan desde muy lejos para nada.





