

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**FACTORES ASOCIADOS A LA ATENCIÓN EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL C. S. DE CHILCA -
HUANCAYO, 2016**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

AUTORAS:

**AYDEE GAVILAN CAMASCA
MILENY SANDRA PORTA BISARES
PIER ANGELI VALDIVIA MARIN**

Callao, 2017

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DR. LUIS ALBERTO CHUNGA OLIVARES PRESIDENTE
- DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ Y ROJAS SECRETARIA
- MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO VOCAL

ASESORA: DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA

Nº de Libro: 02

Nº de Acta de Sustentación: 082, 083, 084-2017

Fecha de Aprobación de Tesis: 27/05/2017

Resolución Decanato N° 1121-2017-D/FCS de fecha 24 de Mayo del 2017 de designación de Jurado Examinador de Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

A las personas que día a día contribuyen en nuestro desarrollo personal, familiar y profesional.

Los autores

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional del Callao, a la Sección de postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, por brindarnos el tiempo necesario para aprender y llegar a realizar este arduo trabajo de investigación en favor de la calidad de vida del personal de enfermería a través de un modelo de gestión preventiva.

A nuestras asesoras durante el trayecto del taller de tesis, por su apoyo y dedicación en el desarrollo de este trabajo de investigación.

Al Director del Centro de Salud de Chilca por brindarnos las facilidades para la aplicación del trabajo de investigación.

A las enfermeras que laboran en el Servicio de emergencia Centro de Salud de Chilca, quienes nos brindaron parte de su tiempo y nos permitieron recolectar la información requerida en esta investigación.

INDICE

	Pág.
INDICE	1
RESUMEN.....	3
I.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
1.1.-DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA	6
1.2.-FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	13
Problema General.....	13
Problemas Específicos	13
1.3.-OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	14
Objetivo General:.....	14
Objetivos Específicos:	14
1.4.-JUSTIFICACIÓN	14
1.4.1 Justificación legal	14
1.4.2. Justificación teórica	15
1.4.3 Justificación tecnológica	15
1.4.4 Justificación Económica	16
1.4.5. Justificación Social.....	16
1.4.6 Justificación práctica	16
2.1.-Antecedentes de estudio.....	18
2.2.-BASE EPISTÉMICA.....	34
2.3.-BASE CULTURAL:.....	45
2.4.-BASE CIENTÍFICA:.....	47
2.5.- Definición de términos básicos, dirigidos a fundamentar la	66
propuesta de la investigación.....	66
III.- VARIABLE E HIPÓTESIS.	72
3.1.- DEFINICIÓN DE VARIABLE.....	72
Definición.....	72
Dimensiones:.....	72
3.2.- Operacionalización de Variables.....	72
3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	73

3.3.- HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	75
HIPÓTESIS GENERAL.....	75
HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	75
IV.- METODOLOGÍA.....	76
4.1.-Tipo de investigación.....	76
4.3.-Población y muestra.....	77
4.4.-Técnica e instrumento de recolección de datos.....	78
4.4.1.-Técnica.....	78
4.4.2.-Instrumentos.....	78
4.5.-Procedimientos de recolección de datos.....	80
4.6.-Procedimiento estadístico y análisis de datos.....	81
V.-RESULTADOS.....	82
VII.-CONCLUSIONES.....	110
VIII.- RECOMENDACIONES.....	111
IX.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	112
ANEXOS.....	118

RESUMEN

La calidad de atención al brindar un servicio sanitario, es decisiva, puesto que es la única forma de garantizar la evolución favorable frente a una enfermedad, sin embargo, ésta suele no estar presente en muchas instituciones de salud, debido a la existencia de múltiples factores como la ausencia de dotación de personal, carencia de equipos y materiales, entre otros aspectos, generando malestar en los pacientes, por lo que nos formulamos el siguiente objetivo: Determinar son los factores asociados a la atención en pacientes que acuden al servicio de emergencia del C.S de CHILCA -HUANCAYO, 2016. El tipo de Investigación fue descriptiva, diseño correlacional, donde se tuvo en cuenta una población conformada por los pacientes que asistieron al servicio de emergencia durante un mes que en promedio fue de 2,000 pacientes. Para la muestra se halló probabilísticamente habiendo estado conformada por 322 pacientes. Resultados: Los factores relacionados a la atención son el ambiente de atención del servicio de emergencia y la falta de personal de salud para la atención es un factor fuertemente presente en el servicio de emergencia en el C. S. de CHILCA -HUANCAYO. La atención percibida por los pacientes del servicio de emergencia en el Centro de Salud de Chilca, es mala en 48.5%, regular en 42.2% y buena solo según el 9.3% de los usuarios. Los factores evaluados están relacionados significativamente a la atención del servicio de emergencia en el C.S DE CHILCA

HUANCAYO, 2016, donde a mayor presencia de factores, mayor es la mala atención que se brinda en el servicio evaluado. ($p < 0.01$).

Palabras clave: Factores relacionados, atención en salud, emergencia.

ABSTRACT

The quality of care in providing a health service is decisive, since it is the only way to guarantee favorable evolution against a disease, however, this is not usually present in many health institutions, due to the existence of multiple factors Such as the absence of staffing, lack of equipment and materials, and other aspects, generating discomfort in patients, so we formulate the following objective: To determine are the endogenous and exogenous factors related to care in patients who come to the service Of the CHILCA HUANCAYO HEALTH CENTER, 2016. The type of research was descriptive, correlational design, which took into account a population made up of patients who attended the emergency service during a month that averaged 2,000 patients. For the sample, it was found probabilistically consisting of 322 patients. Results: Factors related to care are the emergency care environment and the lack of health personnel for care is a strongly present factor in the emergency service in the CHILCA-HUANCAYO Health Center. The care received by the patients of the emergency service at the CHILCA-HUANCAYO 2016, Health Center is poor at 48.5%, regular at 42.2% and good only at 9.3% of users. The factors evaluated are significantly related to the emergency service in the CHILCA-HUANCAYO Health Center, where the greater presence of factors, the greater the poor care provided in the service evaluated. (P <0.01).

Key words: Related factors, health care, emergency.

I.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.-DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

La actual crisis económica mundial y nacional nos exige aumentar la productividad de todos los sectores de nuestra economía, y el Sector Salud no escapa a esta realidad. El uso indiscriminado de los servicios de salud en nuestro país y en nuestra ciudad es un problema muy mencionado, pero poco estudiado. A pesar de sus grandes repercusiones sociales y económicas, no existen estrategias efectivas para evitar la congestión de los servicios de salud en un hospital, pero principalmente del servicio de emergencia.

La policonsulta es una de las causas más importantes de la existencia de largas filas de espera con la consecuente inhabilidad del sistema de ofrecer atención en forma oportuna a quien la necesita. (1).

Por otro lado, si se considera el recurso utilizado en los servicios de emergencias, sale a la luz el gran costo de oportunidad en que incurre el servicio al tener que dedicar más tiempo a la atención de molestias menores que puede que no sean emergencias, sacrificando a los pacientes que acuden con emergencias que requieren más tiempo de observación, pero debido a las congestión

del servicio no se atienden como se debiera, esto sin tomar en cuenta los insumos que se deben de aplicar o entregar para cubrir la consulta del paciente .

Por lo que podemos deducir que no hay información al paciente de los que es emergencia y urgencia y tener una clara diferencia para poder acudir a consulta externa o al servicio de emergencia.

La apreciación del paciente respecto a la calidad de atención que recibe de los profesionales de enfermería, es un tema de interés creciente en el marco de la salud intrahospitalaria y de la gestión de los servicios de salud, se considera un eje angular de la evaluación de servicios de salud y un resultado de la calidad de la asistencia y de su efectividad, por ser una medida de los resultados de la atención y un predictor de fidelización del paciente (1).

Esta reconocido como uno de los indicadores de elección para medir el impacto de las intervenciones en el sector salud en poblaciones como el nuestro. En nuestro país, la apreciación del paciente respecto a la atención recibida, conlleva a una insatisfacción de los servicios de salud, este es un fenómeno insuficientemente comprendido, en el cual, además, la introducción de enfoques y metodologías de medición de calidad son recientes (1).

Un problema claramente planteado por la literatura internacional establece que existe una importante tendencia de los pacientes

entrevistados a manifestar elevados porcentajes de agrado o desagrado de la atención en los establecimientos de primer nivel de atención, a pesar de las condiciones objetivas que deberían conducir a mayores porcentajes de insatisfacción, la apreciación del beneficio obtenido por la atención es tan grande, respecto a las carencias y limitaciones del paciente en ese medio, a pesar de existir manifestaciones objetivas de diversos niveles de discomfort (2).

Sin embargo, otros investigadores muestran como algunas situaciones de deficiencias en la atención del servicio, como tiempos de espera prolongados, medidos por observación directa, mal trato, atención poco amable especialmente en las unidades de emergencia de los establecimientos de II nivel de atención, generando altos índices de inconformidad en los pacientes (2).

Esta situación se observa con mucha frecuencia en el servicio de emergencia de la mayoría de las instituciones de salud, el contacto de los pacientes con el profesional de enfermería es muchas veces vertical, breve, sin mayor acercamiento al paciente y muchas veces la tensión conlleva a una irritabilidad continua de los profesionales de enfermería quienes reaccionan inadecuadamente frente a los familiares de los pacientes y frente a los pacientes mismos (2).

En España, en un estudio que busca identificar la calidad de atención desde el punto de vista del paciente, se encontró que los

pacientes pudieron identificar que los procedimientos son inadecuados y existe un trato inapropiado a los pacientes (3).

Pero también hubo puntos que el paciente califica como regulares en la dimensión interpersonal como el trato que brinda el personal de enfermería. Además, se encontraron dos categorías más que se relacionan a la apreciación general de la atención, las que corresponden a la infraestructura y servicios otorgados por otros departamentos (3).

Así mismo en Portugal en esa dimensión el presente estudio está dirigido a conocer la apreciación del paciente respecto a la atención que brinda el profesional de enfermería en el servicio de emergencia, con el propósito de generar información sobre las acciones que realiza el profesional de enfermería en el paciente que acude al servicio de emergencia y establezcan estrategias de intervención como la capacitación del profesional de enfermería en atención de la calidad a fin de mejorar las condiciones del servicio para conseguir la satisfacción del paciente (4).

En Venezuela, un estudio de la atención de enfermería en pacientes del Servicio de Emergencia, se afirma que la calidad de atención según la calificación de los pacientes, es regular, en las tres dimensiones, resultando, en la dimensión técnica el 48,88% de los pacientes encuestados coinciden en esta opinión, en la dimensión interpersonal el 54.33% y en la dimensión confort el

46,76% de los pacientes encuestados todos coincidieron en esta opinión, es decir la calidad de atención se caracteriza como regular (5).

A nivel nacional: En Trujillo en el 2012, se realizó una investigación para conocer la atención de enfermería utilizando un instrumento nacional desarrollado por el MINSA, se encontró que la calidad de servicio fue percibida como insatisfacción severa por 2.0% de pacientes, e insatisfacción leve a moderada por 77.5% correspondiendo el restante 20.5 % a algún nivel de satisfacción buena. De las cinco dimensiones evaluadas, confiabilidad fue la que obtuvo el mayor nivel de insatisfacción (82.5 %) (6).

En Lima, se desarrollaron diversos estudios en relación a la evaluación de la atención de los profesionales de la salud, en la mayor parte de estas investigaciones, la frecuencia que prima mayormente es de hallar una calidad de atención media e inadecuada, así se encontró insatisfacción total con la calidad de la Atención Médica del Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia siendo las dimensiones: respuesta pronta y empatía, las que mostraron los niveles mayores de insatisfacción severa (89.2 % y 26.9% respectivamente); mientras que, tangibilidad, presentó los mayores niveles de satisfacción (75 %) (7).

A nivel regional la prestación de los servicios de salud es sin duda una preocupación medular en la gestión del Sector Salud, no solo por la aspiración a la mejora de las capacidades institucionales, sino sobre todo porque en el eje de todos los procesos se encuentra la vida de las personas, cuya salud debe ser promovida y protegida por el Estado. Se halló que la calidad de atención desde la percepción del paciente ha sido calificada como regular por el 47.1%, mala el 24.2% y buena por el 28.7% , la fiabilidad es calificada como regular por el 57.1%, la capacidad de repuesta es mala en el 34.2% y regular en el 34.2%, la seguridad fue evaluada como regular por el 42.9%, buena por 38.7% y mala por el 18.4%, la empatía fue buena en el 38.7%, regular por el 36.6% y mala por el 24.7%, la evaluación de los aspectos tangibles fue buena por el 53.9%, mala por el 31.8% y regular por el 14.2%. (8)

En el C.S. DE CHILCA-HUANCAYO, una de las áreas más críticas es el Servicio de Emergencia y dentro de éste su Tópico que es el que recibe la mayor cantidad de usuarios con diversidad de patologías.

Las causas de insatisfacción de un usuario en un servicio de emergencia son múltiples, citando por ejemplo a las instalaciones, equipos y materiales para la atención médica en malas condiciones, el nivel educacional de la población que condiciona un

cambio en la percepción subjetiva de gravedad, la ansiedad del usuario por una respuesta inmediata a sus demandas asistenciales, la falta de educación sanitaria y la existencia de una cultura hospital o céntrica, sin conciencia del costo que conlleva el uso sustitutivo de los servicios de emergencias para evitar demoras en otros niveles de atención (3).

Es, entonces, la ubicación del C.S. DE CHILCA- HUANCAYO, que incrementa el flujo de pacientes, pero esta gran presión asistencial que ocasiona el retraso en la atención y generar una insatisfacción global sobre el proceso asistencial lo que se traduce en un aumento del número de quejas y reclamaciones en los servicios de emergencias.

Se debe tener sumo cuidado con prestar un servicio de salud de manera incorrecta, ya que las consecuencias de un servicio de salud deficiente no se limitan a la pérdida de un paciente, sino de varios dado que un paciente insatisfecho cuenta su disgusto a por los menos once pacientes, mientras que un paciente satisfecho lo menciona sólo a tres (4).

El C.S. DE CHILCA HUANCAYO 2016, tiene una capacidad para atender de 50 personas por día, es decir que por mes tiene capacidad para atender a 1000 personas, sin embargo al 2016 el servicio de emergencia ha doblado su capacidad de atención por lo

que consideramos que la atención en el servicio de emergencia se ha saturado (5).

De esta manera, este estudio está dirigido a identificar los factores en la atención en pacientes que acuden al servicio de emergencia, y a relacionarlas para poder establecer si es realmente significativa ésta relación, planteándonos los problemas que siguen.

1.2.-FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Problema General

¿Cuáles son los factores asociados a la atención en pacientes que acuden al Servicio de Emergencia del C.S. CHILCA-HUANCAYO, 2016?

Problemas Específicos

- 1) ¿Cuáles son los factores presentes en el Servicio de Emergencia del C.S. DE CHILCA-HUANCAYO, 2016?
- 2) ¿Cuál es la calidad de atención percibida por los pacientes del servicio de emergencia en el C.S. DE CHILCA-HUANCAYO, 2016?

1.3.-OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General:

Determinar los factores asociados a la atención en pacientes que acuden al Servicio de Emergencia del C.S DE CHILCA HUANCAYO, 2016.

Objetivos Específicos:

- 1) Identificar los factores presentes en el Servicio de Emergencia del C.S DE CHILCA-HUANCAYO, 2016.
- 2) Describir la calidad de atención percibida por los pacientes del servicio de emergencia en el C.S DE CHILCA-HUANCAYO 2016.

1.4.-JUSTIFICACIÓN

1.4.1 Justificación legal

Legalmente nos referimos a la Resolución Directoral 107 – 2014 del MINSA que entre sus objetivos se planea promover la participación de los usuarios internos y externos por la mejora de la seguridad en las prestaciones y prevención de efectos adversos. También LA LEY GENERAL DE SALUD N° 26842 en el Capítulo I y II.

1.4.2. Justificación teórica

A través de este estudio tuvimos la oportunidad de identificar diferentes factores que de alguna manera influyen en la atención que se brinda a los pacientes, esta información consolidada y sistematizada, nos ha actualizado respecto a la información recibida de los pacientes que acuden a este servicio. Por lo que consideramos que esta investigación aporta teóricamente a lo ya establecido y podrá ser utilizada en el reforzamiento de las teorías existentes respecto a la calidad de atención.

1.4.3 Justificación tecnológica

La identificación de los factores en la calidad de atención que brinda el personal en el servicio de emergencia, permitirá establecer estrategias de evaluación sistematizada con el uso de la tecnología informática, generando información que pueda ser monitoreada desde el servicio. Esto permitirá una mayor rapidez y mejor control del trato de los profesionales de enfermería con los pacientes. Se tiene que hacer uso de las herramientas tecnológicas en la mejora de la atención del personal de salud, sobre todo en áreas críticas, en las que no pueden existir demoras en la atención.

1.4.4 Justificación Económica

Económicamente este proyecto también será de beneficio porque la organización en el Centro de Salud mejorará el rendimiento también el número de atenciones. Esto redundará económicamente en el Centro de Salud al crecer el número de pacientes atendidos en menos tiempo, ya que eso incrementará los ingresos económicos que deben revertirse en la mejora de la infraestructura, equipos y materiales para mejorar las atenciones.

1.4.5. Justificación Social

Este estudio servirá para proponer soluciones que logren mejorar la atención en el servicio de emergencias del C.S. DE CHILCA HUANCAYO, medir los días pico de congestión del servicio de emergencias e implementar un sistema de triaje y establecer lineamientos para la atención de emergencias.

1.4.6 Justificación práctica

Esta investigación se realizó para identificar los factores en el servicio de Emergencias del C.S. DE CHILCA-HUANCAYO, por la atención que se brinda frente a la congestión de la consulta.

Este estudio fue establecido por la opinión del personal Médico y de Enfermería que atiende emergencias respecto a

la congestión de la consulta de emergencias del C.S DE CHILCA-HUANCAYO.

De esta manera esta investigación aportará soluciones prácticas para el personal del centro de salud beneficiando a la población del distrito de Chilca con una mejor atención, ya que después del estudio éste ayudará a la toma de decisiones correctivas.

II.- MARCO TEÓRICO

2.1.-Antecedentes de estudio

En el ámbito internacional

Alván, J.; Alvarado, D. y Arévalo, J. (Ecuador – 2014), en su trabajo descriptivo titulado: “Análisis situacional de la atención en la implementación de triaje en el servicio de emergencia pediátrica del hospital José Carrasco Arteaga Cuenca 2013”, refiere que un sistema de triaje pediátrico en el HCJA es necesario y se justifica en base a la alta afluencia de pacientes con patologías de nivel 5 no consideradas urgencias que saturan y retrasan la atención a pacientes con afecciones más urgentes (6).

Quijije, V. (Ecuador - 2015), en su trabajo de tipo explicativo - descriptivo titulado: “Reestructuración de la gestión del sistema de triaje del servicio de emergencias en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo Provincia de los Ríos”, refiere que el servicio de emergencia reconoció la necesidad de ser capacitado en triaje ya que no tiene cuarto nivel de estudio en relación a emergencias, por lo cual no saben clasificar pacientes según triaje, esta sería la razón de que el sistema de triaje es inefectivo e ineficiente (7).

Velásquez, P.; (Colombia - 2011), en su trabajo bibliográfico titulado: "Metodologías cuantitativas para la optimización del servicio de urgencia: una revisión de la literatura", refiere que en la afluencia global no se observaron diferencias en cuanto al sexo, si bien es cierto que el género masculino domina en la infancia, y en la segunda y tercera década predomina el género femenino. La demanda asistencial aumentó progresivamente a lo largo de los años. Este incremento ha tenido lugar principalmente a expensas de un crecimiento progresivo de áreas como traumatología y pediatría, con descenso y estabilización en los últimos años (8).

En el ámbito nacional

Huerta, E. (Perú - 2015), en su trabajo descriptivo de corte transversal titulado: "Nivel de satisfacción de los usuarios atendidos en el tópico de medicina del servicio de emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, enero del 2015", refiere que el nivel de satisfacción global de los usuarios atendidos en el Tópico de Medicina fue de 92.2 % Las variables con mayor insatisfacción fueron la atención en caja, admisión y laboratorio de emergencia; el trato del personal de emergencia y la limpieza y comodidad del servicio (10).

Romero, L. (2008) en su tesis "Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Lima." La enfermería como profesión tiene la misión de proporcionar cuidados a los pacientes a través de una atención de calidad basado en el conocimiento, habilidad profesional, calidez, razonamientos acertados y aplicación de juicios, demostrando responsabilidad en su labor con el fin de dar satisfacción al paciente, tiene como objetivo determinar la percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina, identificar la percepción que tienen los pacientes sobre la calidad de atención de enfermería en las dimensiones interpersonal y de entorno (confort). El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra se obtuvo mediante el muestreo aleatorio simple conformado por 60 pacientes. El instrumento que se utilizó fue un formulario tipo cuestionario y tipo Escala de Lickert modificada, la técnica fue la entrevista. Los hallazgos más significativos de la percepción de los pacientes sobre la calidad de atención que brinda la enfermera es en un 31.67% medianamente desfavorable con tendencia a la negatividad, relacionado en gran parte hacia la dimensión interpersonal. Referente a las dimensiones: en la dimensión interpersonal la percepción de los

pacientes sobre la calidad de la atención que brinda la enfermera es en un 38.33% medianamente desfavorable con tendencia a la negatividad y en la dimensión del entorno (confort) la percepción del paciente comparte entre lo medianamente desfavorable y lo medianamente favorable un 28.33%, no presentándose en esta dimensión la tendencia a lo negativo. Se evidencia que los pacientes en su mayoría perciben de forma desfavorable la atención que brinda la enfermera, pero se debe resaltar que hay un buen porcentaje que percibe la atención de manera favorable, lo cual hay que reconocer e incentivar para que sea un ejemplo a seguir. (13)

Obregón, F. (2016) en su tesis titulada "Calidad de servicio percibida por el usuario en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II-LOS OLIVOS 2016" tuvo como objetivo determinar la calidad de servicio percibida por el usuario en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II-LOS OLIVOS, 2016. El estudio fue tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada los usuarios mayores de 18 años que acuden a atenderse a los consultorios externos de medicina, ginecología, planificación familiar, obstetricia y ESNI. La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento de recolección de datos fue el cuestionario. Los resultados encontrados fueron: un poco más de la mitad de los encuestados perciben que la calidad de servicio es

alta en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II –LOS OLIVOS 2016. La calidad de servicio alto respecto a los elementos tangibles supera el 50%, sin embargo se hace hincapié a las deficiencias encontradas tales como: a la falta de muebles y enseres modernos y funcionales, el área destinada para espera antes de ser atendido no es la adecuada y faltan materiales e insumos para la atención. La calidad de servicio alto respecto a fiabilidad supera el 50%, sin embargo se hace hincapié a las deficiencias encontradas tales como: cuando el personal se ofrece a hacer algo en cierto tiempo y no lo hace, el tiempo de espera no fue lo aceptable. La calidad de servicio alto respecto a sensibilidad supera el 50%, sin embargo se hace hincapié a las deficiencias encontradas tales como: falta de personal de salud que brinde una atención con rapidez, la falta de comunicación sobre el tiempo que llevará la atención y la falta de atención para responder a las dudas o inquietudes. La calidad de servicio alto respecto a seguridad supera el 50%, sin embargo se hace hincapié a las deficiencias encontradas tales como: comportamiento de los trabajadores que no transmiten confianza, falta de capacidad de organización del personal de salud y la falta de personal de salud con predisposición para ayudar. La calidad de servicio alto respecto a empatía supera el 50%, sin embargo se hace hincapié a las deficiencias encontradas tales como: al horario

de atención, al trato igualitario de pacientes y la comprensión del personal de salud sobre las necesidades del paciente (14).

Silva-Fohn, J. y Cols. (2015) en su estudio "Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público", su objetivo fue determinar y asociar la percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería con las variables sociodemográficas y estancia hospitalaria en el servicio de medicina de un hospital público. El estudio fue cuantitativo, descriptivo y transversal con 50 pacientes de ambos sexos mayores de 18 años atendidos en un servicio de medicina. Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario de perfil social y el cuestionario de percepción del paciente de la atención de enfermería. En los resultados se obtuvo que la atención de enfermería fue categorizada como medianamente favorable. Los componentes Técnico e Interpersonal fueron categorizados como medianamente favorables y el componente Confort desfavorable. Se observó que la mujer percibe mejor la atención de enfermería (15).

Monchón, P. (2013), realizaron el estudio titulado "Nivel de calidad del cuidado enfermero desde la percepción del paciente, servicio de Emergencia. Hospital III-ESSALUD CHICLAYO, 2013. Es de tipo cuantitativo, descriptivo; tuvo como objetivo: Determinar el nivel

de calidad del cuidado enfermero desde la percepción del paciente, servicio de emergencia. La muestra fue aleatoria simple, constituido por 329 pacientes, el criterio de inclusión fue: pacientes que ingresaron por primera vez al servicio de Emergencia, excluyendo a pacientes inconscientes, con enfermedad psiquiátrica y menores de edad. Las bases teóricas se sustentan en Donabedian, e instituciones como el Ministerio de Salud y la Organización Mundial de la Salud. La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de la encuesta SERVQUAL modificada, validada a través de una prueba piloto, siendo el Alfa de Cronbach de 0,76. Los resultados obtenidos mostraron que un 64,18% de los pacientes afirman que el nivel de calidad del servicio es bajo, el 30,18% lo califica como nivel de calidad medio y el 5,64% como nivel de calidad alto. Las dimensiones mejores calificadas fueron las de fiabilidad y capacidad de respuesta con una brecha de -0,92 y la de más baja ponderación fue la dimensión de elementos tangibles con una brecha de -1,08. Se concluyó que el nivel de calidad del Cuidado enfermero en el servicio de emergencia de este hospital es bajo. En todo momento se guardó respeto por los principios de la bioética personalista y los de rigor científico (16).

Correa, D., Correa, J. (2013) en su estudio "Percepción de la Calidad de atención de los pacientes externos que acuden a los

consultorios externos de Medicina del Hospital III ESSALUD – CHIMBOTE", tuvo como propósito determinar la percepción de la calidad de atención que tienen los pacientes externos que acuden a los consultorios de medicina general en los Consultorios Externos del Hospital III ESSALUD - CHIMBOTE 2013, es un trabajo de tipo Descriptivo, de corte transversal, la población (160) estuvo constituido por todos los pacientes que fueron atendidos en los consultorios externos de medicina del Hospital III ESSALUD-CHICLAYO, en el período de Marzo y Abril del año 2013 y que reunieron los criterios de inclusión. Se estudió la variable de la percepción de calidad de atención de pacientes, la cual tuvo tres categorías: alta satisfacción (percepción buena), poco satisfecho (percepción regular), baja satisfacción (mala percepción), Las mismas que fueron agrupadas según porcentajes. Los datos se analizaron mediante la estadística descriptiva, obteniéndose frecuencias y porcentajes, así mismo la significancia estadística utilizando el programa SPSS. Los resultados en forma general arrojaron que la calidad de atención según la percepción de los pacientes fue regular que significa que los pacientes que acuden a dicho establecimiento salen satisfechos en una manera regular comprometiendo a los directivos de turno a seguir trabajando para alcanzar una satisfacción buena a través de una percepción alta (17).

Lupaca, P. (2013), en su estudio sobre la "Percepción del usuario sobre la calidad de atención en el cuidado de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo- Lima", tiene como objetivo determinar la percepción del usuario sobre la calidad de atención del cuidado de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo-LIMA. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformado por 54 usuarios. La técnica fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo escala de Likert modificado aplicado previo consentimiento informado. Su resultados fueron: Del 100% (54), 56% (30) medianamente favorable, 24%(13) favorable y 20%(11) desfavorable. En el componente interpersonal del 100%(54), 67%(36) medianamente favorable, 18% (10) favorable, 15%(8) desfavorable. En el componente entorno del 100%(54), 56%(30) medianamente favorable, 22%(12) favorable y 22%(12) desfavorable. Conclusiones. El mayor porcentaje de los usuarios tiene una percepción medianamente favorable, referido en el componente interpersonal porque el enfermero toma en cuenta sus opiniones y observaciones, saluda al ingresar al ambiente, es amable en la atención; brinda información al usuario y a los familiares antes de realizar un procedimiento, los usuarios confían en la atención, acude en forma inmediata ante un llamado; mientras que en el

componente entorno, los usuarios observan que el servicio de emergencia es adecuado para mantener su privacidad, es decir es adecuado para su atención, se sienten satisfechos con la atención recibida; los ambientes se encuentran limpios y ordenados y los enfermeros se preocupan por mantener una buena iluminación, comodidad y descanso al usuario (18).

Abanto, P. (2012) El estudio titulado Calidad de servicio en el Departamento de Emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT) desde la perspectiva del paciente externo, tuvo como objetivo, caracterizar la calidad de servicio del Departamento de Emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo(HDRT) en agosto-setiembre del 2012, a través del grado de satisfacción del paciente externo. Se aplicó un diseño descriptivo y de corte transversal. La muestra compuesta por 200 encuestados fue seleccionada mediante muestreo aleatorio por saturación entre los pacientes externos de emergencia. El instrumento utilizado fue el SERVQUAL, que mide nivel de satisfacción del paciente externo mediante la diferencia de las expectativas y apreciaciones del paciente.se obtuvieron los siguientes resultados: La calidad de servicio fue percibida como insatisfacción severa por 2.0% de pacientes, e insatisfacción leve a moderada por 77.5% correspondiendo el restante 20.5 % a algún nivel de satisfacción. De las cinco dimensiones evaluadas, confiabilidad fue la que

obtuvo el mayor nivel de insatisfacción (82.5 %). De los 18 ítems del SERVQUAL, los que tuvieron mayor nivel de insatisfacción fueron: contar con los medicamentos y materiales necesarios, pensar primero en el paciente y auxiliar y atender al paciente en el momento que lo necesita. Conclusiones: La insatisfacción percibida por los pacientes externos que acuden a la emergencia del HRDT fue elevada y los que desean es ser atendidos con rapidez y en forma personalizada (19).

Maldonado, R. (2012) en su tesis titulada "Percepción del adolescente sobre la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería en los servicios de medicina del Instituto Nacional de Salud del Niño" (INSN), tuvo como objetivo determinar la percepción del adolescente sobre la calidad de la atención que brinda el profesional de enfermería en los servicios de Medicina en el INSTITUTO NACIONAL DEL NIÑO (INSN) e identificar la percepción según la dimensión humana, técnica y entorno. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo, prospectivo, de corte transversal. La población estuvo conformada por adolescentes hospitalizados en los servicios de Medicina. Se utilizó la entrevista como técnica y la escala modificada tipo Lickert como instrumento. Los resultados obtenidos fueron: Del 100% (36), 72% (26) tuvieron percepción medianamente favorable, 14% (5) desfavorable, 14% (5) favorable. En cuanto a la dimensión humana

50% (18) es medianamente favorable, 28% (10) desfavorable y 22% (8) favorable; en la dimensión técnica 53% (19) es medianamente favorable, 30% (11) desfavorable y 17% (6) favorable y en la dimensión entorno 39% (14) tienen percepción desfavorable, 33% (12) medianamente favorable y 28% (10) favorable. Conclusiones. Las dimensiones que tuvieron una percepción favorable y medianamente favorable son la humana y técnica. La dimensión del entorno fue desfavorable (20).

Luna, C. (2012) en su investigación "Percepción de la calidad de servicio en la emergencia pediátrica. Estudio multicéntrico. Red Asistencial Rebagliati, ESSALUD"-LIMA. Tuvo como objetivo analizar la percepción de la calidad de servicio que tienen los usuarios externos en la sala de observación de emergencia pediátrica en los hospitales de la Red Asistencial Rebagliati (RAR) - ESSALUD.- LIMA Este estudio fue descriptivo comparativo y transversal. Se aplicó un cuestionario tipo Likert a una muestra de 384 usuarios entre 18 y 60 años de edad, para medir la percepción de la calidad de servicio. Los resultados fueron que La percepción de la calidad fue buena en el 63%, regular en el 21% y mala en el 16% de los usuarios externos. El hospital mejor valorado fue el Hospital Uldarico Roca, con 61% de percepción buena y 39% de percepción regular; regular; el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins-LIMA, único hospital nivel IV de la RAR, tuvo 21

% de percepción buena y 52% de percepción regular. Los hospitales peor valorados fueron el Hospital Alcántara y el Hospital Cañete, cada uno de ellos con 45% de percepción mala. En la RAR, las dimensiones de la calidad de servicio mejor valoradas por los usuarios fueron los aspectos tangibles, la seguridad y la confiabilidad, con 70, 68 Y 65% de percepción buena. La dimensión capacidad de respuesta fue la que tuvo menor percepción buena (53%). Las dimensiones capacidad de respuesta y empatía fueron las peor valoradas con percepción mala en los hospitales Rebagliati y Angamos-LIMA (21).

Risco-Dávila, C. y Cols (2011) en su estudio "Opinión de usuarios sobre calidad de atención en el Servicio de emergencia del Hospital Víctor Lazarte Echegaray- Trujillo" con el objetivo de determinar los factores sobre calidad de atención desde la percepción del usuario externo del Servicio de Emergencia del Hospital Víctor Lazarte Echegaray LA LIBERTAD-PERU 2010, La población estuvo conformada por todos los pacientes que se atendieron en las áreas de Medicina y Cirugía en el Servicio de Emergencia; para ello se trabajó con una muestra probabilística de 267 pacientes, calculada con la fórmula del muestreo aleatorio estratificado con afijación proporcional. Como resultado, los factores más relevantes en orden de importancia fueron: atención médica, identidad y equipamiento, condiciones de limpieza, comodidad y capacidad de las

enfermeras, atención por el personal no médico, tiempo de atención y facilidades, facilitando el trámite y orientación al paciente del personal de emergencia. Los aspectos relacionados con la atención médica y condiciones de limpieza, comodidad y capacidad de las enfermeras fueron los que ejercían una mayor influencia en calidad global de atención en los servicios de salud (22).

Pineda, M. (2010). Calidad de servicio en emergencia del Hospital IV ESSALUD Víctor Lazarte Echegaray –LA LIBERTAD, PERU 2010, desde la perspectiva del paciente externo, La Libertad – Perú 2010, realizado por Metodología: El diseño fue descriptivo y transversal. La población fueron todos los pacientes externos que acudieron al servicio de emergencia, en el período comprendido entre el 15 de agosto y 15 de septiembre del 2004. La muestra estuvo compuesta por 200 pacientes externos seleccionados en forma sistemática por saturación. Se empleó la escala SERVQUAL modificada por medir el nivel de satisfacción del paciente externo, mediante la diferencia entre expectativas y apreciaciones en sus cinco dimensiones. Resultados: Las características generales de los encuestados mostraron que 91.0 % eran adultos, 60.0 % de sexo femenino, 70.5 % tenían grado de instrucción secundario o superior, 99.0% fueron atendidos por el médico y 61.5 % de ellos fueron atendidos en el tópico de medicina. Del total de encuestados 86.0 % presentaron algún grado de insatisfacción, siendo la

dimensión de mayor grado de insatisfacción confiabilidad (83.5%) y la de menor grado de insatisfacción aspectos tangibles (70.5 %). La dimensión más importante para los pacientes fue confiabilidad y la de menos importancia respuesta rápida. Conclusiones: La calidad de servicio es deficiente, debiéndose implementar un plan de gestión de calidad que permita mejorar las áreas críticas del servicio de emergencia, así como realizar estudios sobre calidad de servicio empleando métodos cualitativos (24).

Niño y Eño (2010) en su estudio "Calidad de servicio en la consulta externa de un hospital de la región Lambayeque 2010" en el cual utilizó la encuesta SERVQUAL, concluye que existe insatisfacción en cuanto a la calidad del servicio de Consulta Externa luego de evaluar a los pacientes de este (25).

A nivel regional:

Cóndor, R. (2015) desarrolló el estudio titulado "Percepción de pacientes externos según la calidad de atención en la micro red de salud Valle de Yanamarca – JAUJA". El objetivo del presente fue determinar el tipo de percepción de los pacientes externos respecto a la calidad de atención en la Micro Red de Salud, Valle de Yanamarca-2015. Siendo la hipótesis: La percepción de los pacientes externos respecto a la calidad de atención es mala en la Micro Red de Salud, Valle de Yanamarca-2015. El método

científico aplicado fue el observacional, descriptivo y cuantitativo. El estudio fue de tipo descriptivo, transversal, prospectivo y univariado. Cuyo diseño es el descriptivo simple. La población fue de 3661 pacientes de los centros y puestos de salud del Valle de Yanamarca-JAUJA, cuya muestra fue de 380 pacientes. Los datos fueron recolectados mediante encuesta aplicando su cuestionario modelo SERVQUAL, cuya utilidad es medir la calidad de atención. Los resultados más importantes fueron: La calidad de atención desde la percepción del paciente ha sido calificada como regular por el 47.1%, mala el 24.2% y buena por el 28.7%. La fiabilidad es calificada como regular por el 57.1%, la capacidad de repuesta es mala en el 34.2% y regular en el 34.2%; la seguridad fue evaluada como regular por el 42.9%, buena por 38.7% y mala por el 18.4%, la empatía fue buena en el 38.7%, regular por el 36.6% y mala por el 24.7%, la evaluación de los aspectos tangibles fue buena por el 53.9%, mala por el 31.8% y regular por el 14.2%. En conclusión: La percepción de la calidad de atención de parte de los pacientes externos de la Micro Red de Salud de Yanamarca- JAUJA, es de regular a mala, encontrándose en estas dos categorías el 71.3% del total de los encuestados (26).

2.2.-BASE EPISTÉMICA

A. Teoría de las expectativas:

La calidad del servicio en salud fue entendida, principalmente a partir del enfoque metodológico conocido como "SERVQUAL", como la valoración subjetiva que hacen los usuarios de los servicios de salud, sobre el conjunto de características del mismo que logran satisfacer sus necesidades o expectativas. La valoración de estas características es fundamental para que el usuario tome decisiones de elegir un servicio y actúe en consecuencia. Así mismo, se entendió la percepción como una sensación física interpretada a la luz de la experiencia; una cognición rápida, aguda e intuitiva; al tiempo que la satisfacción se consideró cuando las necesidades reales o percibidas de un usuario, son cubiertas o excedidas. Por tanto, la satisfacción se asumió como una medida de resultado para la valoración de la calidad de la atención en salud.

El nivel de la calidad del servicio se asumió como la diferencia entre el servicio percibido (en función de que tan bien se desempeña el establecimiento al proveer los servicios) y la expectativa del usuario. Las determinantes de la calidad percibida incluyen aspectos personales, información sobre los servicios y factores propios de cada situación. Existe un grado de tolerancia

que el usuario está dispuesto a aceptar, caso contrario no regresará. Esta respuesta es más visible en la producción y en los servicios donde él puede tener libre selección; lo que no acontece siempre en los servicios de salud, donde se puede encontrar con un único proveedor. Sin embargo, aún en este caso, el usuario podría optar por cambiar de establecimiento aunque pertenezca al mismo proveedor. De aquí surge el concepto no solo de satisfacción sino de fidelidad del usuario, que significa que regrese a buscar servicios en el mismo lugar.

Por su parte, en la definición de “usuario” se consideró que se trata de una persona con necesidades y preocupaciones, cuya emoción está muy afectada especialmente si va por servicios curativos y seguramente no siempre tiene la razón, pero tiene que estar en primer lugar si una institución de atención en salud se propone servir con calidad.

Establecer una metodología para medir la calidad del servicio es un asunto que hoy aún resulta bastante complejo, entre otras razones porque no existe aún un consenso frente a la definición de este concepto. Las escalas de medición de la calidad son discutidas de manera abundante en la literatura. Sin embargo, en principio, se reconocen dos formas de medir la calidad de los servicios: una, desde el punto de vista del oferente, como adaptación a las

especificaciones establecidas para la prestación y la otra desde la perspectiva del usuario.

No sólo la evaluación general de la calidad de los servicios, sino la identificación de las dimensiones de calidad o de los factores críticos determinantes de la satisfacción del usuario deben ser retos de las políticas de orientación hacia el usuario, por parte de las instituciones prestadoras de salud. Los problemas inherentes a la identificación de las dimensiones y de los atributos de la calidad deben ser un tema de interés para los profesionales, los administradores y también para los investigadores.

B. Teoría de W. Edwards Deming:

Durante la Segunda Guerra Mundial, Deming enseñó a los técnicos e ingenieros americanos estadísticas que pudieran mejorar la calidad de los materiales de guerra. Fue este trabajo el que atrajo la atención de los japoneses. En julio de 1950, Deming se reunió con la Unión quien lo presentó con los administradores principales de las compañías japonesas. Durante los próximos treinta años, Deming dedicaría su tiempo y esfuerzo a la enseñanza de los Japoneses y "transformo su reputación en la producción de un motivo de risa a un motivo de admiración y elogio". ¿Porque fue Deming un éxito en Japón y desconocido en América? Deming fue invitado a Japón cuando su industria y

economía se encontraba en crisis. Ellos escucharon. Ellos cambiaron su forma de pensar, su estilo de administrar, su trato a los empleados y tomaron su tiempo. Al seguir la filosofía de Deming, los japoneses giraron su economía y productividad por completo para convertirse en los líderes del mercado mundial. Tan impresionados por este cambio, el Emperador Hirohito condecoró a Deming con la Medalla del Tesoro Sagrado de Japón en su Segundo Grado. La mención decía "El pueblo de Japón atribuyen el renacimiento de la industria Japonesa y su éxito mundial a Deming". No fue sino hasta la transmisión de un documental por NBC en Junio de 1980 detallando el éxito industrial de Japón que las corporaciones Americanas prestaron atención. Enfrentados a una producción decadente y costos incrementados, los Presidentes de las corporaciones comenzaron a consultar con Deming acerca de negocios. Encontraron que las soluciones rápidas y fáciles típicas de las corporaciones Americanas no funcionaban. Los principios de Deming establecían que mediante el uso de mediciones estadísticas, una compañía podría ser capaz de graficar como un sistema en particular estaba funcionando para luego desarrollar maneras para mejorar dicho sistema. A través de un proceso de transformación en avance, siguiendo los Catorce Puntos y Siete Pecados Mortales, las compañías estarían en posición de mantenerse a la par con los

constantes cambios del entorno económico. Edwards W. Deming revolucionó la gestión en las empresas de fabricación y de servicios al insistir en que la alta dirección es responsable de la mejora continua de la calidad; conocido internacionalmente como consultor, cuyos trabajos introdujeron en la industria japonesa los nuevos principios de la gestión y revolucionaron su calidad y productividad. En agradecimiento a su contribución a la economía japonesa, la Unión de Ciencia e Ingeniería Japonesa (JUSE) instituyó el Premio Anual Deming para las aportaciones a la calidad y fiabilidad de los productos.

Aportaciones de Deming.

Sus aportaciones revolucionaron el estilo de dirección americano y su participación en un programa de televisión que se llamó "Si Japón puede, porque nosotros no". Y sus seminarios atrajeron la atención de todos los directivos de empresas. Los catorce puntos para la gestión de la calidad. Estos puntos sirven en cualquier parte, tanto en las pequeñas organizaciones como en las más grandes, en las empresas de servicios y en las dedicadas a la fabricación, sirven para un departamento o para toda la compañía. Las teorías de Deming se obtienen de observaciones directas, de ahí la certeza de su conocimiento.

C. Teoría de Phillip B. Crosby.

Él implementa la palabra de la prevención como una palabra clave en la definición de la calidad total. Ya que el paradigma que Crosby quiere eliminar que la calidad se da por medio de inspección, de pruebas, y de revisiones. Esto nos originaría pérdidas tanto de tiempo como de materiales, ya que con la mentalidad de inspección esto está preparando al personal a fallar, así que "hay que prevenir y no corregir".

Crosby propone 4 pilares que debe incluir un programa corporativo de la calidad, los cuales son:

- A. Participación y actitud de la administración. La administración debe comenzar tomando la actitud que desea implementar en la organización, ya que como se dice, "las escaleras se barren de arriba hacia abajo" y si el personal no ve que todos los niveles tienen la misma responsabilidad en cuanto a la actitud, este no se verá motivado.

- B. Administración profesional de la calidad. Deberá capacitarse a todos los integrantes de la organización, de esta manera todos hablarán el mismo idioma y pueden entender de la misma manera cada programa de calidad.

C. Programas originales. Aquí se presentan los 14 pasos de Crosby, también conocidos como los 14 pasos de la administración de la calidad. 1. Compromiso en la dirección. 2. Equipos de mejoramiento de la calidad. 3. Medición de la calidad. 4. Evaluación del costo de la calidad. 5. Concientización de la calidad. 6. Equipos de acción correctiva. 7. Comités de acción. 8. Capacitación. 9. Día cero defecto. 10. Establecimiento de metas. 11. Eliminación de la causa de error. 12. Reconocimiento. 13. Consejo de calidad. 14. Repetir el proceso de mejoramiento de calidad.

D. Reconocimiento. Debemos de apoyar al personal que se esforzó de manera sobresaliente en el cumplimiento del programa de calidad. Esto podemos hacerlo mediante un reconocimiento durante cierto periodo de tiempo en el cual el trabajador haya logrado alguna acción única o distinta de los demás a favor de la organización y con miras a contribuir en el programa de calidad.

D. Teoría de Armad V. Feigenbaum:

Feigenbaum es el creador del concepto control total de calidad, en el que sostiene que la calidad no solo es responsable del departamento de producción, sino que se requiere de toda la empresa y todos los empleados para poder lograrla. Para así

construir la calidad desde las etapas iniciales y no cuando ya está todo hecho. Aportaciones de Feigenbaum. Sostiene que los métodos individuales son parte de un programa de control. Feigenbaum, afirma que el decir "calidad" no significa "mejor" sino el mejor servicio y precio para el cliente, al igual que la palabra "control" que representa una herramienta de la administración y tiene 4 pasos: a. Definir las características de calidad que son importantes. b. Establecer estándares. c. Actuar cuando los estándares se exceden. d. Mejorar los estándares de calidad. Es necesario establecer controles muy eficaces para enfrentar los factores que afectan la calidad de los productos: a. Control de nuevos diseños. b. Control de recepción de materiales. c. Control del producto. d. Estudios especiales de proceso.

E. Teoría de Kaoru Ishikawa.

El gurú de la calidad Kaoru Ishikawa, nació en la ciudad de Tokio, Japón en el año de 1915, es graduado de la Universidad de Tokio. Ishikawa es hoy conocido como uno de los más famosos gurús de la calidad mundial, y en este trabajo profundizaremos todos sus logros y las herramientas que a él le dieron tanto reconocimiento. La teoría de Ishikawa era manufacturar a bajo costo. Dentro de su filosofía de calidad él dice que la calidad debe ser una revolución de la gerencia. El control de calidad es desarrollar,

diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad. Hay algunas indicaciones que nos hacen pensar que los círculos de calidad pudieron haberse utilizado en los Estados Unidos en los años 50, pero a pesar de esto se atribuye al profesor Ishikawa ser pionero del movimiento de los círculos.

Aportaciones de Ishikawa.

Al igual que otros, Ishikawa puso especial atención a los métodos estadísticos y prácticos para la industria. Prácticamente su trabajo se basa en la recopilación de datos. Una valiosa aportación de Ishikawa es el diagrama causa- efecto que lleva también su nombre (o de pescado). El diagrama causa-efecto es utilizado como una herramienta que sirve para encontrar, seleccionar y documentarse sobre las causas de variación de calidad en la producción.

F. Teoría de Carlzón:

Es conocido como uno de los especialistas en calidad más importantes en el área de servicios. Aportaciones de Carlzón. , es el creador de momentos de la verdad, a partir de este desarrollo un programa de administración de la calidad, para empresas especialmente de servicios.

Este sistema se trata de momentos en que los empleados de una organización tienen con sus clientes que duran aproximadamente 15 segundos, y son utilizados para entregar un servicio. La empresa confía en que el empleado logrará causarle una buena impresión al cliente, y toda la empresa se pone en riesgo, y depende de las habilidades que tenga el empleado, para con el cliente. La estrategia de la calidad de Carlzon, se trata de documentar de todos los pasos que el cliente debe seguir para recibir el servicio, se le llama "el ciclo del servicio". Una persona sin información no es capaz de asumir responsabilidades, una persona con información tal vez no sea de gran ayuda, pero sirve para asumir responsabilidades. No importa que tan grande o importante sea la empresa, todo dependerá de la forma en que el empleado que se encuentra frente al cliente actúe, ya sea libre, o con carisma, o todo lo contrario.

G. Teoría de William E. Conway:

El habla de la "forma correcta de administrar" y de un "nuevo sistema de administración" en lugar de la mejora de la calidad. Su experiencia y su perspectiva más amplia desde el punto de vista de la administración se reflejan en todo su trabajo. Está de acuerdo con los gurus en que el problema mayor es que la alta dirección no está convencida de que la calidad aumenta la productividad y

disminuye los costos. Sin embargo, cambien reconoce que la "administración quiere y necesita una ayuda real, no una crítica destructiva".

Conway centra su atención en el sistema de administración como el medio de lograr una mejora continua, más bien que sobre funciones específicas o problemas de calidad. Conway defiende los métodos estadísticos. Él dice que la administración contempla la calidad en un sentido general. Él dice: "el uso de la estadística es una forma con sentido común de llegar a cosas específicas", después añade: "la estadística no soluciona problemas. Identifica donde se encuentran los problemas y le señala soluciones a los gerentes y a las personas". Él contempla las técnicas estadísticas como herramientas de la administración e insiste en el uso de herramientas estadísticas sencillas que pueda aprender cualquiera con rapidez, más bien que las técnicas complejas. Las herramientas sencillas pueden ayudar a solucionar el 85 % de los problemas. Las herramientas básicas para la mejora de la calidad son: •Habilidades de relaciones humanas. •Encuestas estadísticas. •Técnicas estadísticas sencillas. •Control estadística del proceso.

2.3.-BASE CULTURAL:

La atención que se brinda a un individuo o a una comunidad en su conjunto, atrae consigo aspectos socioculturales, que se han ido incorporando a las distintas formas de brindar un servicio, no tomar en cuenta las características de la sociedad antes de ofrecer un servicio, es actuar sin tener en cuenta que el concepto de la calidad de atención es integrador y unificador, ya que ofrece una acción integrada dentro de una cultura.

Para la UNESCO, cultura es el conjunto de los rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos, que caracterizan a una sociedad o un grupo social. Ella engloba, además de las artes y las letras, los modos de vida, los derechos fundamentales del ser humano, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias. Entonces, conocer una cultura es saber la forma cómo vive un pueblo, cómo se expresa, actúa y se comunica; cuál es su modo de ser, de vivir y valorar las cosas, conocer las relaciones que el varón y la mujer establecen entre sí, con la naturaleza, con los animales, las plantas, y la espiritualidad. También, es conocer cómo se organizan socialmente, sus conocimientos materiales, espirituales, la forma de ver y entender el mundo; aspectos que en el contexto sanitario tienen una importancia limitada.

Importancia de la cultura en la atención de salud:

La relación entre salud y cultura en todas las sociedades humanas y en todos los tiempos y lugares, las enfermedades han generado alguna forma de respuesta dirigida a interpretar, controlar, prevenir, tratar o reparar el daño, la lesión, la enfermedad o la muerte.

El concepto de cultura aplicado al campo de la salud, es un eje fundamental en el análisis de los factores sociales involucrados en cualquier proceso de salud-enfermedad.

La identidad cultural surge de la relación entre la persona con su entorno social y del aceptarse y querer ser parte de una cultura por compartir elementos comunes de ella. En la construcción de la identidad cultural influye, la etnia, la clase social, la edad, la tradición, el idioma, los estudios, la religión, el entorno, etc. Ver gráfico la flor de la identidad.

Al coexistir diferentes grupos culturales en una misma región, se hace necesario que los servicios de salud tomen en cuenta esta diversidad cultural. Esto permitirá articular los sistemas de medicina existentes y de esa manera promover la búsqueda de estrategias conjuntas para abordar la relación salud-enfermedad.

La adecuación cultural en los servicios de salud, es el proceso por el cual los servicios y actividades integrales de atención de la

salud, se estructuran sobre el conocimiento que se tiene de la cultura comunal, tratando de respetar sus valores y concepciones relacionados a la salud y enfermedad. Por lo que, la adecuación de los servicios de salud es de manera unidireccional, es decir, desde la visión del personal de salud con la única intención de atraer, imponer o conseguir algo para el servicio de salud.

La pertinencia Intercultural en los servicios de salud, es la construcción dialogada, consensuada de manera bidireccional, es decir, entre el personal de salud con las y los usuarios indígenas. Quienes plantean como quieren recibir los servicios de salud basándose en sus creencias, entorno, necesidades y demandas.

2.4.-BASE CIENTÍFICA:

Calidad de atención.

La Calidad de Atención en Salud no puede definirse desde el punto de vista exclusivo de un actor del sistema de salud. Cada uno de ellos: paciente, prestador, asegurador o entidad rectora- tiene una apreciación diferente, que, sin contradecir y estando de acuerdo con la de los demás, hace énfasis en aquel o aquellos determinantes que más valora (27).

Dimensiones de la calidad en salud.

Según Donabedian "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas,

curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total, precisa que destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite" además asegura que "La calidad es la percepción que el cliente y/o su familia tienen de un producto o servicio que permiten determinar en qué grado un producto o servicio satisface las necesidades del consumidor" (27).

La satisfacción es sólo el reflejo de la magnitud y la repercusión que tiene la calidad en el cuidado enfermero por ello Donabedian propone tres dimensiones: (27)

a. DIMENSIÓN TÉCNICO COGNOSCITIVO – CIENTÍFICA:

Enmarca la educación sanitaria, habilidad técnica y manejo de equipos e instrumentos cuyas características son la fiabilidad y la seguridad. La fiabilidad es la habilidad de prestar el cuidado prometido en forma precisa, y la seguridad es el conocimiento del cuidado prestado, capacidad del personal para brindar educación sanitaria, así con la habilidad de transmitir confianza a la persona hospitalizada (27).

b. DIMENSIÓN HUMANA: Componente Interpersonal, está referida al compromiso y responsabilidad para un cuidado rápido y oportuno, puntualidad, cuidado personalizado y el trato enfermera –paciente, involucra dos características:

capacidad de respuesta y empatía. La capacidad de respuesta es el deseo de ayudar a las personas y servirles en forma rápida y la empatía es el cuidado individualizado y brindado con amabilidad a la persona hospitalizada (27).

- c. DIMENSIÓN DEL ENTORNO:** Está referida al ambiente físico y laboral, coordinación interpersonal, material y equipo sofisticado que incluye el costo de cuidado con un personal capacitado y bien remunerado, involucra como indicador a los elementos tangibles. Entonces los elementos tangibles es la apariencia de las instalaciones físicas, equipos, costo del cuidado, materiales empleados y materiales de comunicación (27).

Principios acreditadores de la calidad en salud.

Según Susana en su estudio sobre los "Principios acreditadores de la calidad", nos dice que la calidad con que trabaja un centro prestador de salud debe ser evaluada y uno de los métodos utilizados en muchos países para esto es la acreditación. Éste es un proceso en el que se verifica si una institución cumple con los estándares de calidad necesarios para garantizar y mejorar la calidad de la asistencia en salud. Además, señala el grado o nivel de cumplimiento de cada uno de ellos y entrega recomendaciones respecto de los aspectos que requieren mayor atención en

términos de mejoramiento de la calidad. Puede ser un proceso voluntario, donde el hospital o institución de salud es la que solicita ser evaluada en la perspectiva de mejorar sus niveles de calidad; o un proceso obligado en el que la autoridad sanitaria garantiza las condiciones para la realización de atenciones de salud de un determinado nivel de complejidad en los distintos establecimientos (28).

Los estándares y su nivel de exigencia deben tener relación con la realidad del país en que se aplican, particularmente en relación a la disponibilidad de recursos y el nivel de desarrollo existente en el ámbito sanitario; sin embargo, deben garantizar ciertos niveles mínimos que sí son exigibles en términos de calidad para el paciente.

La realización de una acreditación indica un compromiso evidente por parte de la organización evaluada, en términos de orientar su gestión para mejorar la calidad del cuidado de los pacientes, asegurar un entorno seguro para sus trabajadores y trabajar permanentemente para reducir los riesgos en los pacientes y en el personal. Por esta razón es un proceso validado mundialmente (28).

Se ha visto que aquellas instituciones que se someten a este proceso, independiente del resultado, mejoran sus niveles de calidad. Por otro lado, esta actividad ayuda a estandarizar u

homogeneizar los procesos, orientándolos a las mejores prácticas, lo que constituye un aporte fundamental a calidad.

En resumen, los principios orientadores de la acreditación son:

- Proceso realizado por entidad independiente.
- Validado como herramienta que mejora la calidad.
- Estándares y metodología previamente conocidos.
- Reglas conocidas.
- Resultados dados a conocer a los pacientes: política comunicacional.

Una de las dificultades presente en muchos países es que no tienen suficientemente desarrollado el ámbito de las normas y la regulación que debiera regir el sistema sanitario, con lo que se hace muy difícil definir un estándar que se apoye en una norma.

Objetivos de la acreditación en la institución.

- Mejorar la calidad.
- Mejorar la prestación de los servicios.
- Reducir los costos y aumentar la eficiencia.
- Reforzar la confianza del público.
- Proveer educación a los equipos de salud.

- Proporcionar datos comparativos respecto a otras instituciones sobre estructuras, procesos y resultados.

Medición y mejora de la calidad en los servicios.

Según Pérez y Parra, mencionado por Costa, E. y Cols. La evaluación y análisis de la calidad es el primer paso para avanzar hacia la confiabilidad, entendida ésta en una forma práctica, como la calidad a través del tiempo, según Escobar. En este sentido, la medición de la calidad resulta de vital importancia, pudiendo considerarse como la comparación entre la calidad real y la calidad propuesta o esperada, cuando la primera es superada por la segunda, su mejora pasa por actuar sobre dicha diferencia (29).

Dentro de las medidas de calidad que utilizan las empresas pueden establecerse dos grupos: internas y externas. Las primeras son utilizadas tradicionalmente por las propias empresas para valorar la calidad y consisten en la comprobación del cumplimiento de ciertos estándares prefijados (30).

Dentro de las medidas internas de la calidad se puede encuadrar el grupo de técnicas relativas al control estadístico. Éstas se basan en la comparación del diseño del servicio con su posterior concreción, enfocándose más en el proceso que en el output -difícilmente inspeccionable en muchos servicios-. Las principales herramientas de control estadístico aplicables a los bienes intangibles son: el

diagrama de flujo de servicio, los gráficos de control de proceso, el diagrama causa-efecto, el diagrama de Pareto, etc. (30).

Respecto a las medidas externas, éstas son originadas a partir de los clientes, y se podrían destacar: el análisis de los clientes que abandonan la empresa y la investigación de las quejas realizadas por los consumidores, tratando de aprovechar estas últimas para estrechar los lazos con los mismos (30).

En cuanto al análisis de los clientes que abandonan la empresa hay que decir, salvo excepciones, se trata de clientes insatisfechos, por tanto, se trata de un indicador de la mala calidad del servicio. Por lo que se refiere a las quejas realizadas por los pacientes del servicio, en principio, menos quejas parece indicar una mayor calidad, sin embargo, en ocasiones, la no presencia de quejas nos indica que los clientes estén satisfechos, sino que se van sin protestar porque perciben que hacerlo no sirve de nada. Este aspecto es de especial atención si se tiene en cuenta que los clientes transmiten más sus experiencias con servicios deficientes que las relacionadas con servicios satisfactorios (31).

Aún con todo, no cabe duda de que las quejas realizadas a la propia empresa pueden convertirse en una oportunidad para la misma si son bien tratadas, por lo que puede resultar interesante el facilitar la prestación de las mismas (31).

En concreto, el incremento o disminución del número de quejas suele ser bastante representativo para analizar la evolución de la calidad cuando se produce algún cambio en la empresa que afecta a la prestación del servicio, ya que si la calidad mejora el número de quejas suele disminuir salvo que antes este fuese nulo, caso en que suele incrementarse el número de elogios, los cuales suelen ser considerados por el proveedor como un menor número de quejas. En el caso de que la calidad empeore, suele tener lugar un incremento en el número de quejas, ya que si el cliente estaba más a gusto con la situación anterior, éste suele manifestarse porque esto puede servir para volver a dicha situación, y además aunque el cliente considere apropiado un cambio de proveedor, la queja no deja de ser una forma de reivindicar su posición (31).

Ante estas medidas hay que indicar que la investigación de mercados juega un importante papel, porque puede aportar información relevante como medida externa de la calidad de los servicios, de hecho, con la aparición de la Gestión de la Calidad Total, ha evolucionado hacia la satisfacción del consumidor, pasando a usar técnicas relacionadas con la investigación de mercados. En este sentido, pueden destacarse el modelo SERVQUAL, el modelo SERVPERF y el modelo del desempeño evaluado, estos dos últimos desarrollados a partir del primero, etc. (31).

A) Orígenes y tendencias de la calidad total.

Es intrínseco al hombre el deseo de superación, lo cual ha sido el elemento clave para el avance tecnológico y cultural de la humanidad. En este proceso destaca también el propósito de hacer las cosas bien, como algo natural al ser humano.

Por su parte los fenicios diseñaron algunos métodos un poco más sofisticados cuya finalidad era eliminar de una vez por todas las posibilidades de que alguien repitiera errores. Para ello, se cortaba la mano del individuo que lo cometía. A medida que en la edad media surgieron los gremios, las normas de calidad se hicieron explícitas. Esto pretendía, por un lado, garantizar la conformidad de los bienes que se entregaban al cliente, y por el otro, mantener en algunos grupos de artesanos la exclusividad de elaborar ciertos productos (30).

En el pasado se observa una clara relación del hombre con el resultado de su trabajo. Por el contrario, la mecanización, la producción en serie y la especialización de los procesos productivos han separado al hombre del producto de su esfuerzo e incluso se llega a alcanzar el extremo de que éste ya no logra distinguir el valor que agrega y con alguna frecuencia también ignora lo que produce la empresa donde presta sus servicios (30).

Desde esa perspectiva y con esos antecedentes que vinculan al hombre con su obra, Calidad Total no solo reconoce la dignidad y el potencial intelectual del ser humano, incorporándolo al autocontrol activo de la calidad lo que hace, adicionalmente a través de este involucramiento lo pone en contacto estrecho con la naturaleza e importancia de su labor (30).

El concepto de Calidad se ha desarrollado de manera paralela a diferentes enfoques gerenciales. Es decir nos puede hablar de cómo sí hubiera evolucionado en forma aislada. De ahí que se pueda concluir que la implantación de calidad total demanda forzosamente un estilo gerencial participativo y que tenga como uno de sus principales valores al trabajo en equipo (30).

En 1945, Feigebaum mencionado por Costa, E. y Cols. Publica su artículo "la calidad como gestión", donde describe la aplicación del concepto de calidad en diferentes áreas de las General Electric, lo que resulta el antecedente de su libro Total Quality Control. En 1950, Edward Deming discípulo de Stewart, quien había participado dos años antes en un estudio sobre Japón encargado por el gobierno estadounidense, dicta su primera conferencia a industriales de ese país, destacando la aplicación de métodos estadísticos en el control de la calidad (29).

En 1961, Philip Crosby mencionado por Costa, E. lanza el concepto de cero defectos, enfatizando la participación del recurso humano,

dado que se considera que las fallas vienen de errores del ser humano. Sin embargo, en los Estados Unidos, la importancia de calidad como un elemento clave de la competitividad no logra captarse por completo hasta finales de los años setenta, cuando empieza a ser manifiesta la exitosa presencia japonesa en el mercado norteamericano (29).

El concepto científico de calidad ha pasado a lo largo de este siglo de una etapa donde no como una tarea sistemática a otra, donde el aseguramiento de calidad se inicia desde el diseño del producto y su respectivo proceso, lo cual se ha calificado como el surgimiento de una nueva generación en las actividades de control de calidad (29).

En México en décadas pasadas con fronteras cerradas a los Estados Unidos, y mercados cautivos no fueron motivo de estímulos para ofrecer productos y servicios con una calidad no solo aceptable en cuanto al cumplimiento de ciertas especificaciones, sino también a que estas observaran un comportamiento constante a través del tiempo. En contraste la apertura que actualmente vive la economía de nuestro país ha significado, para casi todas las ramas industriales y algunas del sector servicio, la necesidad de mejorar y redefinir el concepto de calidad, ya no solo para estar en posibilidades de competir, sino para algo más elemental, sobrevivir (32).

Esto ha implicado entender que el concepto de calidad va más allá que el simple cumplimiento de ciertas especificaciones, pues esto no asegura que el cliente este satisfecho: un producto o un servicio será de calidad cuando logre satisfacer las necesidades, expectativas y requerimientos del consumidor; por ende, será él quien establezca los parámetros a alcanzar. A su vez, el dinamismo implícito en este punto de referencia significa que la calidad no debe concebirse como un status. Si no como un proceso de mejora continua (32).

Calidad total se ha convertido en uno de esos conceptos que pueden significar todo o nada. Cuando se tiene contacto con organizaciones interesadas en incorporar la calidad total, estas tienen conceptualizaciones diferentes, lo que ha representado un problema.

Todo este proceso de constantes cambios empezó a tomar importancia al término de la Segunda Guerra Mundial y en forma curiosa, son los países más directamente involucrados en ese conflicto quienes hoy entablan una férrea lucha por dominar los mercados mundiales, además de que han generado el conocimiento más importante del que se dispone para la administración y operación de organizaciones altamente competitivas; Estados Unidos de América como el gran triunfador

de la guerra por un lado, y Japón como el gran perdedor, por el otro (32).

Es en aquel país y después en éste, por influencia estadounidense, donde se empezó a gestar esta revolución de la calidad que ahora se ha esparcido por todo el planeta (32).

En Estados Unidos, los principales autores y precursores de los conceptos modernos de calidad total son: Philip B. Crosby, Edwards W. Deming, Armand V. Feigenbaum, Joseph M. Juran. En Japón encontramos como principales autores a: Ishikawa, K. Shegeru Mizuno (32).

La teoría de la calidad total no es un concepto completamente original en el campo de la administración de negocios, ya que tiene sus raíces en otros campos de esta área como: el desarrollo organizacional, las teorías de la motivación y comportamiento humano, la teoría del liderazgo, la administración científica, la cultura corporativa, el involucramiento de los empleados en la toma de decisiones, el trabajo en equipo, la organización matricial y muchos otros. Sin embargo, los principales autores en calidad total han tomado algunos de estos conceptos y los han integrado a otros aportados por ellos para crear lo que podríamos llamar la teoría de la calidad total (32).

A) Teoría y Práctica del cuidado en salud.

El cuidado en salud se ha definido desde muchas vertientes de la teoría del cuidado. Así mismo, podemos encontrar diferentes escuelas según Suzanne Kerouac que diferencian en seis grandes corrientes del cuidado. 1) La escuela de las necesidades encabezada por Virginia Henderson, según la cual el cuidado está centrado en la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades fundamentales. 2) La escuela de la interacción, cuya máxima exponente es Hildegar de Peplau. El cuidado es una acción humanitaria y no mecánica. Las teorizadoras señalan que la enfermera debe poseer conocimientos sistemáticos con el fin de evaluar las necesidades de ayuda de la persona, formular un diagnóstico de enfermería y planificar una intervención. Otra teórica cuya aportación según Kerouac se clasifica en la escuela de Hildegar de Peplau, y que Marriner define como filosofía es Joyce Travelbee, quien afirmó que la labor de la enfermera “es ayudar a una persona, una familia, o una comunidad a prevenir o afrontar la experiencia que supone la enfermedad o el sufrimiento, y si es necesario a encontrar un significado a sus vidas”. 3) Escuela de los efectos deseables, adaptación, según Callista Roy. Se define el objetivo de los cuidados restableciendo un equilibrio, una estabilidad, una homeostasia o en preservar la energía. 4) La escuela de la promoción de la salud con Moyra Allen a la cabeza.

Esta escuela amplía el objetivo de cuidados a la familia que debe aprender de sus propias experiencias de salud (5).

La escuela del ser humano unitario, su representante más relevante es Martha Rogers, quien se inspira para prestar cuidados de enfermería en trabajos filosóficos, en teorías de la física y la teoría general de los sistemas de von Bertalanffy. 6)

Por último la escuela del Caring. Watson y Leininger proponen una correspondencia de cuidados que reúna el plano humanista y el científico. Según Benner y Wrubel, el cuidado que debe ofrecer la enfermería es establecer una relación de ayuda, comprometerse emocionalmente con el otro, ya que es la única manera de que la relación sea significativa, de que vea a ese ser humano que necesita de la ayuda profesional en su totalidad y que él vea a una enfermera cálida, empática, que no lo juzga sino que le brinda la ayuda profesional que necesita. (33)

Desde las aportaciones de Nightingale, Leininger ha sido la autora extraoficialmente encargada de definir y diferenciar algo a lo que llama niveles del cuidado, encontramos en primer lugar el cuidado genérico, definido como aquellos actos de asistencia soporte o facilitación prestados a individuos o grupos con necesidades evidentes y orientadas hacia la mejoría y el desarrollo de la condición humana. También se definen los cuidados profesionales como las acciones, conductas o procesos y patrones aprendidos,

cognitiva y culturalmente, que permiten desarrollar condiciones saludables de vida. Y por último, definió los cuidados profesionales enfermeros otorgándoles dos cualidades, decía de ellos que eran los modos humanísticos y enfermeros aprendidos cognitivamente, de ayudar y capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas y procesos de cuidados orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte (33).

b) Cuidado de la salud.

Muchas otras definiciones de cuidado se han realizado desde la perspectiva humanística, y sobre las bases puestas por Watson y Leininger, como las que asumen como principal la definición de cuidado de las teorías anteriores el aspecto transpersonal afirmando que el cuidado es un proceso recíproco, interactivo e interpersonal que involucra el bienestar tanto del que recibe como del que otorga el cuidado. En la actualidad el mundo sanitario en conjunto se ven a sí mismos bajo una perspectiva cambiante.

Existen autores que defienden el acto de cuidar, de igual modo que Watson como una convergencia de acciones técnicas y humanistas, considerando que la enfermería debe preparar a sus profesionales con una visión de disciplina científica, cultivando la constante preocupación por el bien fundamental de la humanidad y

que posean, a su vez, un sistema de valores y creencias que revele su entereza ética (34).

En cuanto al ámbito hispano, existen autores y autoras que han desarrollado su propia definición de cuidado, y redactado las características esenciales para desarrollar el mismo, así encontramos a Francesc Torralba, quién define el arte de cuidar en relación con el componente técnico del siguiente modo: "La competencia técnica, concebida como el conjunto de habilidades para desarrollar técnicas y procedimientos, es necesaria pero no suficiente para ser un buen profesional". Otra de las grandes autoras que definen el cuidado aunque de una manera más global es Vera Regina Waldow, quien afirma que "el cuidado es la esencia humana del ser. Compone la naturaleza, el venir-a-ser humano, por lo tanto se asume una dimensión existencial. Es de tipo universal, a pesar de que asuma connotaciones propias, dependiendo del contexto cultural. Quizá debamos asumir que es dentro de estas connotaciones culturales humanas donde se encuentra la parte técnica del cuidado, diferente en cada contexto sociocultural. una manera de ser y actuar fijada en aumentar la competencia humana, en conseguir la máxima eficacia; algo que según Boff es una manera de ser que mata la ternura, "liquida el cuidado además de herir la esencia humana (34).

En los últimos años ha habido autores y autoras que definen el cuidado de la enfermería desde una perspectiva humanista y cambiante, en las que se mencionan dimensiones como confianza, tranquilidad, seguridad o bienestar; se describe como una relación de mutuo beneficio entre el cuidador y el ser cuidado, a mantener la autonomía y la dignidad del paciente. En este sentido, el profesional de enfermería es responsable por la obtención de un ambiente de cuidado, que involucra acciones que movilizan tanto recursos humanos en su máxima posibilidad de relacionarse, como recursos materiales (34).

Sin embargo, el uso o provecho, de estos recursos materiales ha sido objeto de debate en ocasiones de la literatura científica, donde encontramos artículos que ejercen duras críticas al sistema biotecnológico hegemónico en la actualidad, a los centros sanitarios e instituciones hospitalarias, de los cuales dicen; reducen el plano humano del que estamos hablando, la práctica sanitaria al ámbito biológico, lo que produce un duro alejamiento de la práctica enfermera de su visión humanista y holística (34).

Estos sistemas arrastran al cuidado de enfermería a transformarse a la velocidad de los sistemas de comunicación computarizados y los efectos del desarrollo tecnológico (34).

APRECIACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN SEGÚN EL PACIENTE EXTERNO.

Para el paciente, por ejemplo, aspectos tales como la amabilidad y disponibilidad de tiempo del prestador, las características físicas del sitio en donde recibe la atención, el tiempo que transcurre entre el momento en que solicita el servicio y efectivamente lo recibe, y los resultados y las complicaciones del proceso, son características que puede evaluar fácilmente y que, por lo tanto, determinan su valoración de la calidad. Por el contrario, la idoneidad del prestador y el nivel de actualización de la tecnología empleada durante su atención, son aspectos que no puede evaluar y que, por eso mismo, da por hechos (27).

Para el prestador, sin desconocer la importancia de lo anterior, la valoración de la calidad se soporta en los aspectos que podríamos denominar científicos, técnicos y tecnológicos involucrados en el proceso, tales como credenciales y experiencia de los profesionales y tecnología disponible (27).

Para el pagador del servicio, la eficiencia, es decir, la relación entre el costo de cualquier intervención y su efectividad para evitar la enfermedad o para recuperar la salud, es la característica que más valora (1).

Entonces podemos decir que la calidad en salud no depende de una sola característica, sino de múltiples aspectos, cada uno apreciado y valorado de manera diferente según el actor del sistema de que se trate (27).

2.5.- Definición de términos básicos, dirigidos a fundamentar la propuesta de la investigación.

- 1. Atención en la sala de emergencia.** Servicios de emergencia recibidos en la sala de emergencia.
- 2. Atención urgente.** El servicio médico que recibe por una enfermedad, herida o afección que es lo suficientemente grave como para que la persona busque atención inmediata pero no lo suficientemente grave como para acudir a la sala de emergencia.
- 3. Emergencia médica.** Una enfermedad, herida, síntoma o afección tan grave, que la persona razonablemente buscará ayuda médica inmediata para evitar un daño grave.
- 4. Internación - admisión** de un paciente para ocupar una cama hospitalaria, por un período igual o mayor a 24 horas.

5. **Paciente** - usuario de los establecimientos de salud.
6. **Paciente ambulatorio** - paciente que luego de ser inscripto o matriculado en un establecimiento de salud, recibe asistencia ambulatoria o de emergencia. Es lo mismo que paciente externo.
7. **Paciente de riesgo** - paciente que tiene alguna condición predeterminada que lo puede hacer potencialmente inestable.
8. **Paciente grave** - paciente que presenta inestabilidad de uno o más de sus sistemas orgánicos, debido a alteraciones agudas o agudizadas, que amenacen la vida.
9. **Procedimiento de emergencia** - conjunto de acciones empleadas en la recuperación de pacientes cuyos agravios a la salud necesitan de asistencia inmediata por presentar riesgo de vida.
10. **Procedimiento de urgencia** - conjunto de acciones empleadas en la recuperación de pacientes cuyos agravios a la salud necesitan de asistencia mediata.

FACTORES ASOCIADOS A LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE EMERGENCIA.

Definición.

Se considera así al por qué el personal médico del servicio de emergencias del C.S. Chilca-HUANCAYO 2016, no puede atender la cantidad de pacientes que consultan es decir que existe congestión de los servicios médicos, los cuales tienen consecuencias que deben ser definidas. Viene a ser el origen y la consecuencia de la congestión del servicio de emergencia (12).

Definición de emergencia.

Es toda situación que pone en riesgo la vida de las personas y que requiere una atención inmediata, como:

- Sangrado inusual o hemorragia abundante.
- Dolor de cabeza y vómitos.
- Dificultad severa para respirar.
- Estreñimiento por más de tres días.
- Si recibió quimioterapia y continúa con vómitos y/o fiebre, y que no ceden al tratamiento.

No se excluyen otros casos que puedan presentarse en la población, tales como: accidentes u otras eventualidades que pongan en riesgo la salud y vida de las personas (13).

Definición de urgencia.

Urgencia, es toda situación en la cual la vida del paciente no está en riesgo, ni están comprometidos sus órganos vitales, pero su situación podría agravarse si no es atendido en un tiempo breve (13).

Internamiento en el departamento de emergencia

Uno de los objetivos de los servicios de emergencia es atender a los pacientes dentro de un período de tiempo razonable. En Canadá, el período de tiempo para ser atendido por un médico es menor de 60 minutos solo para el 25% de las atenciones; la mitad de los atendidos esperan por lo menos 2 horas antes de ser atendidos. Estos periodos de espera extraordinariamente largos, tienen el mayor impacto en la cantidad de pacientes que se retiran sin haber sido atendidos (15).

Para todos los hospitales, el tiempo promedio de espera para un paciente que necesita una cama de hospitalización es alrededor de 3 horas(3) pero este tiempo de espera se

prolonga hasta 5,8 horas en los departamentos de emergencia sobre-congestionados, pudiendo llegar hasta más de 24 horas inclusive.

Estos largos periodos de espera, tanto para ser atendidos como para ser internados en los servicios adecuados de hospitalización, provoca que el departamento de emergencia se llene por encima de su capacidad con pacientes "internados" agudos. Los departamentos de emergencia no están diseñados ni equipados para proveer cuidados médicos por largos períodos, y la seguridad de los pacientes puede verse comprometida cuando no hay suficiente personal en el departamento para dar a los pacientes una atención adecuada durante períodos largos de tiempo. Estos pacientes necesitan una labor intensiva tan exigente que los otros pacientes del departamento de emergencia no pueden recibir la atención necesaria. Estados de sobre-congestión obligarán al personal a atender una cantidad de pacientes demasiado alta como para lograr una atención de calidad.

El sobre-congestionamiento causa un ambiente en el cual la calidad del cuidado del paciente crítico puede estar comprometida, debido a que el personal de emergencia se

encuentra presionado por la necesidad simultanea de los pacientes "internados" en el departamento y los nuevos pacientes que llegan continuamente. A pesar de la eficiencia del personal médico, la sobre- congestión es un ejemplo primario de un problema en el sistema que crea un ambiente con alto riesgo para errores médicos y que a su vez amenaza la seguridad del paciente.

Los pacientes con enfermedades críticas que permanecen en los departamentos de emergencia están físicamente separados de áreas en la cual los intensivistas están en constante atención del estado de sus pacientes. Todos estos factores resultan en un retraso en el diagnóstico y tratamiento inmediato del paciente. Se ha reportado que al menos uno de estos casos de retraso en el tratamiento tuvo como resultado una muerte inesperada.

Los factores más comunes de la calidad de atención en un servicio de emergencias, son:

- Ambiente de atención
- Equipos de salud
- Cantidad de personal de salud para atención
- Calidad de del servicio del personal de salud
- Cantidad de atención diaria

III.- VARIABLE E HIPÓTESIS.

3.1.- DEFINICIÓN DE VARIABLE.

Variable 1: Factores asociados.

Variable 2: Calidad de atención del cuidado de enfermería.

Definición.

Las causas fueron el origen la inadecuada calidad de atención en el servicio de emergencia (14)

Dimensiones:

Factores asociados:

- 1) Ambiente de atención
- 2) Equipos de salud
- 3) Cantidad de personal de salud para la atención.
- 4) Tiempo de atención
- 5) Calidad de atención diaria Dimensión:

- 1) Necesidad de atención especializada.
- 2) Frecuencia de visita

Calidad de atención del personal de enfermería según la apreciación del paciente externo.

- 1) Dimensión técnica.
- 2) Dimensión interpersonal.
- 3) Dimensión entorno.

3.2.- Operacionalización de Variables

(Ver pág. siguiente)

3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDIDA
VARIABLE Factores asociados	Aroid, Pamias, Carreteras, Monaterolo & Martínez consideran que los factores vienen a ser el origen y la consecuencia de la congestión del servicio de emergencia, es cuando se supera la capacidad instalada de atención en el servicio de Emergencias.	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente de atención • Tiempo de atención • Cantidad de personal de salud para la atención • Equipo de salud. • Necesidad de atención Especializada. 	<p>Ítems 4,7, 10,</p> <p>Ítems 1, 2, 3,5,8,11</p> <p>Ítems 6,9</p> <p>Items,10</p> <p>Ítems,6</p>	<p>Presentes = 1</p> <p>Ausentes = 0</p>

VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDIDA
Atención de enfermería	En este trabajo se define la calidad de la atención como la aptitud de un servicio para satisfacer las necesidades de los pacientes. Para tal efecto, se asume que la calidad es pluridimensional; esto es, que tiene más de una dimensión o variable que puede y debe ser medida para tener una idea más global de la	<p>DIMENSIÓN TECNICA</p> <p>DIMENSIÓN INTERPERSONAL</p> <p>DIMENSIÓN DE ENTORNO</p>	<p>ITEMS DEL 1 – 5</p> <p>ITEMS DEL 6 – 10</p> <p>ITEMS DEL 11 – 15</p>	<p>ESCALA ORDINAL</p> <p>. Siempre</p> <p>. A veces</p> <p>. Nunca</p>

3.3.- HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.

HIPÓTESIS GENERAL.

Existen factores asociados significativamente con la calidad de atención de enfermería a pacientes que acuden al servicio de emergencia del **C.S. DE CHILCA-HUANCAYO. 2016.**

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.

- Existe falta de personal, ausencia de equipos y materiales, insuficiente tiempo para la atención en el Servicio de Emergencia del C.S DE CHILCA- HUANCAYO, 2016.
- La atención percibida por los pacientes del servicio de emergencia en EL C.S. DE CHILCA-HUANCAYO, 2016 Es mala.

HIPOTESIS ALTERNA.

H_1 = Existen factores asociados a la atención de pacientes en el servicio de emergencia.

HIPOTESIS NULA.

H_0 = No existen factores asociados a la atención de pacientes en el servicio de emergencia.

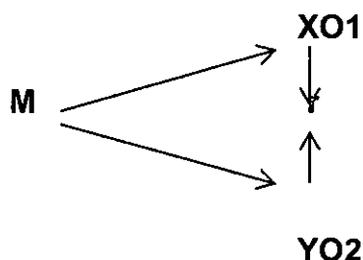
IV.- METODOLOGÍA.

4.1.-Tipo de investigación.

- De acuerdo al análisis de los resultados, el estudio es descriptivo ya que se trata de identificar factores predisponentes de la atención en emergencia.
- De acuerdo al periodo de ocurrencia de los hechos en estudio, es un estudio prospectivo, ya que se evalúa hechos en el presente.
- Es transversal o transeccional por que se miden las características del fenómeno en estudio por única vez haciendo un corte en el tiempo.
- Según la oportunidad de manipular variables el estudio es observacional, ya que se limita a la evaluación de los factores y de las características de la atención en emergencia.

4.2.-Diseño de investigación.-

El diseño del estudio es correlacional, ya que se trata de encontrar y medir una aproximación entre dos variables unidas por un grado de dependencia. El diseño es el siguiente:



Dónde:

M: Medición de la muestra.

XO1: Observación 1 de la variable de factores asociados.

YO2: Observación 2 de la variable Calidad de atención del personal en emergencia.

r: Es el símbolo de la Correlación entre los datos de las dos variables en estudio.

4.3.-Población y muestra.

4.3.1 Población.

Se designó a la población como la totalidad del fenómeno estudiado que posee una característica común (17).

La población en este caso estuvo conformada por los pacientes que asistieron al servicio de emergencia durante un mes que en promedio fue de 2,000 pacientes.

Muestra.

La muestra por ser amplia y ser seleccionada con un menor margen de error probabilísticamente (17).

Mediante la fórmula:

n=	$\frac{Z^2 \cdot pqN}{Ne^2 + Z^2 \cdot pq}$

Dónde:

N=	2000
Z=	1.96
p=	0.5
q=	0.5
e=	0.05
MUESTRA	322

La muestra está conformada por lo tanto por 322 pacientes.

4.4.-Técnica e instrumento de recolección de datos.

4.4.1.-Técnica.

La técnica para la evaluación de los factores será la encuesta, la cual ha sido tomada de otras investigaciones realizadas por otros autores.

La técnica de recolección de la información de la calidad de atención al paciente en Emergencia, fue una encuesta estructurada. Con datos socio demográfico (edad, sexo, grado de instrucción) y un apartado con preguntas dirigidas a obtener una opinión relacionada con la calidad percibida de la atención brindada por el personal de enfermería.

4.4.2.-Instrumentos.

El instrumento empleado para la evaluación de los factores fue el cuestionario, que es un instrumento utilizado para recolectar datos, que consiste en un conjunto de preguntas

respecto a una o más variables a medir, teniendo en cuenta los problemas de investigación (18).

El instrumento empleado para la evaluación de la atención que brinda el personal de enfermería tiene 15 preguntas cerradas, tipo escala de Likert, con 3 alternativas de respuesta: siempre, a veces, nunca.

La Encuesta evalúa las tres dimensiones según Avedis Donabedian:

Dimensión Técnica: consta de cinco ítems (1-5);

Dimensión Interpersonal: consta de cinco ítems (6-10)

Dimensión Entorno: se compone de cinco ítems (11-15)

Una vez aplicadas las encuestas, se utilizará la escala Likert para valorar las categorías de la siguiente manera:

Puntaje de la calidad del 0 al 2 donde el menor puntaje es 0 y el mayor puntaje es 2.

- Bueno: Siempre = 2 puntos:
- Regular: a veces = 1 punto:
- Malo: Nunca = 0:

Validez y confiabilidad.

Se consideró dos aspectos básicos:

a.- La opinión de expertos para encontrar la validez del instrumento, en lo que se denomina juicio de expertos, se obtuvo una validez aceptable.

b.- En el segundo momento se aseguró la confiabilidad de dichos instrumentos administrado en una muestra piloto de 20 pacientes atendidos en la Emergencia del Centro de Salud Chilca. Se obtuvo una confiabilidad de 0.754, obtenido mediante el alfa de Cron Bach al tratarse de una escala tipo Likert.

4.5.-Procedimientos de recolección de datos.

- Se realizaron las coordinaciones respectivas a fin de obtener la autorización de las autoridades para la realización del estudio.
- Se realizaron las visitas a las estrategias sanitarias a fin de encontrar a las madres para poder realizar la encuesta.
- Se les hizo firmar un consentimiento informado individualizado antes de encuestar a las madres.
- Se preparó el material para la recolección de la información.

4.6.-Procedimiento estadístico y análisis de datos.

Los datos fueron tabulados en el software estadístico SPSS para luego hallar los resultados descriptivos de frecuencias y porcentajes y las medidas de tendencia central como media, moda y varianza.

Se obtuvieron análisis estadísticos descriptivos como tablas de frecuencia, gráficos, medidas de tendencia central y dispersión.

La estadística inferencial se realizó aplicando la prueba de hipótesis de comparación de proporciones χ^2 , además de las correlaciones respectivas según el tipo de variables que se analizan.

La comprobación de las hipótesis se realizará mediante los siguientes pasos:

- Expresar la hipótesis nula y alternativa o de la investigación.
- Especificar el nivel de significancia
- Establecer los valores críticos que establecen las regiones de rechazo de las de no rechazo.
- Determinar la prueba estadística, comprobando si el análisis calculado en comparación con el tabular está en la zona de rechazo a una de no rechazo de la Hipótesis nula.
- Determinar la decisión estadística

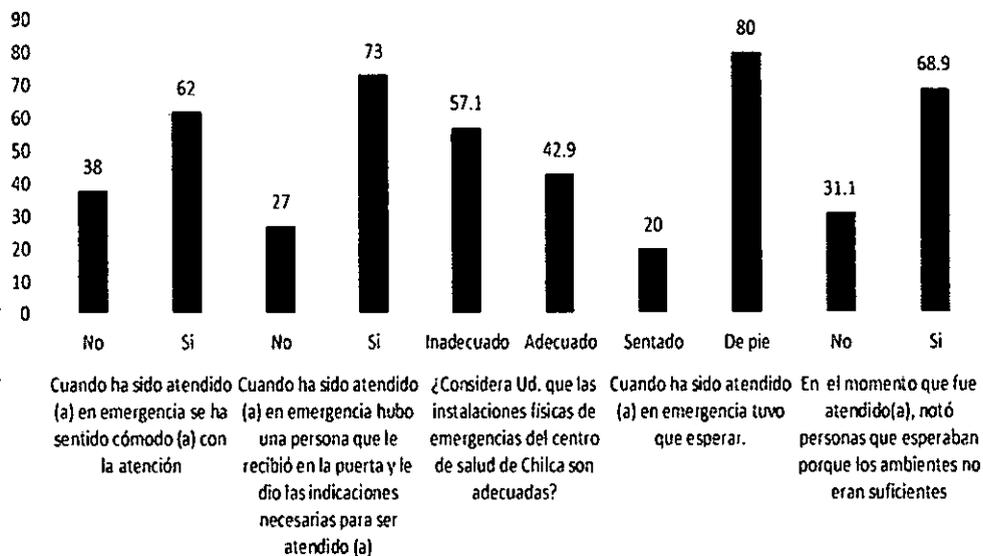
V.-RESULTADOS.

TABLA N° 01.
OPINION DEL USUARIO SOBRE EL AMBIENTE DE ATENCIÓN
DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL C.S. CHILCA, 2016.

AMBIENTE DE ATENCIÓN		N	%
Cuando ha sido atendido (a) en emergencia se ha sentido cómodo (a) con la atención	No	121	38
	Si	201	62
Cuando ha sido atendido (a) en emergencia hubo una persona que le recibió en la puerta y le dio las indicaciones necesarias para ser atendido (a)	No	87	27
	Si	235	73
¿Considera Ud. que las instalaciones físicas de emergencias del centro de salud de Chilca son adecuadas?	Inadecuado	184	57.1
	Adecuado	138	42.9
Cuando ha sido atendido (a) en emergencia tuvo que esperar.	Sentado	65	20
	De pie	257	80
En el momento que fue atendido(a), notó personas que esperaban porque los ambientes no eran suficientes	No	100	31.1
	Si	222	68.9

Fuente: Encuesta propia

GRÁFICO N° 01.
OPINION DEL USUARIO SOBRE EL AMBIENTE DE ATENCIÓN
DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL C.S. CHILCA,-
HUANCAYO, 2016.



Fuente: Tabla N° 01

Los resultados para comodidad en la atención a lo que respondieron los pacientes de emergencia que no se sintieron cómodos el 38% y el 62% de los pacientes de emergencia del C.S DE CHILCA-HUANCAYO, se sintieron cómodos con la atención.

El 73% de los pacientes de emergencia del C.S DE CHILCA-HUANCAYO, si percibieron atención al ingreso. Así mismo respecto a la pregunta sobre los equipos adecuados, respondieron los pacientes de emergencia que no son adecuados el 57.1%. por otro lado, se observa que el 80% de los pacientes de emergencia del Centro de Salud espera la atención de pie. Respecto a la evaluación de los ambientes, el 69% de los pacientes de emergencia del Centro de Salud considera que los ambientes son insuficientes. Por lo que concluimos que éste si es un factor asociado a la atención de pacientes.

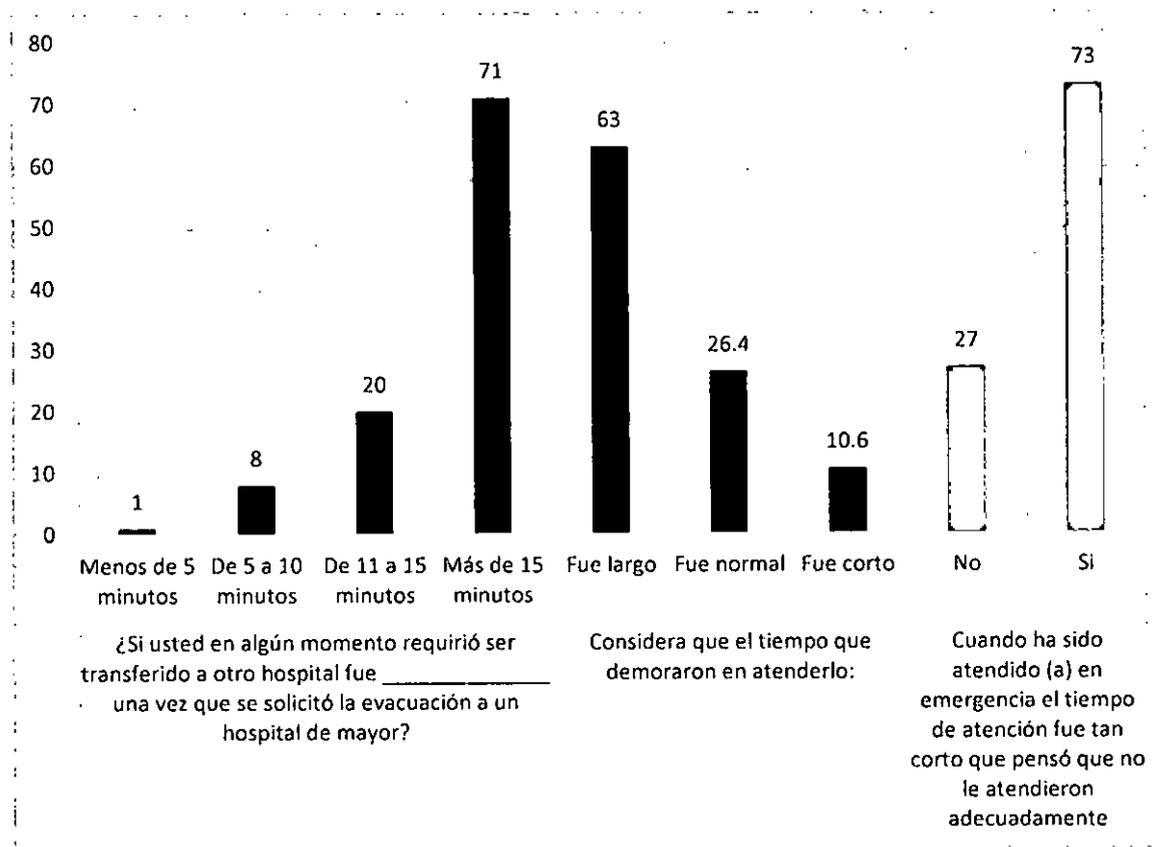
TABLA N° 02

**TIEMPO DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA
DEL C.S. DE CHILCA-HUANCAYO, 2016**

TIEMPO DE ATENCIÓN		N	%
¿Si usted en algún momento requirió ser transferido a otro hospital se solicitó la evacuación a un hospital de mayor complejidad?	Menos de 5 minutos	5	1
	De 5 a 10 minutos	25	8
	De 11 a 15. Minutos.	64	20
	Más de 1.5. Minutos.	228	71
Considera que el tiempo de espera para su atención fue?	Fue largo.	203	63
	Fue normal	85	26.4
	Fue corto.	34	10.6
Cuando ha sido atendido (a) en emergencia el tiempo de atención fue tan corto que pensó que no le atendieron adecuadamente?	No.	87	27
	Si.	235	73

Fuente: Encuesta propia

GRÁFICO N° 02
TIEMPO DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA
DEL C.S. CHILCA-HUANCAYO, 2016



Fuente: Tabla N° 02

El 71% de los pacientes de emergencia del C.S. DE CHILCA – HUANCAYO – 2016, espera más de 15 minutos para ser atendido. Se señala incluso que existen muchos pacientes que refieren que están varias horas en espera de la atención, El 63% de los pacientes de emergencia del Centro de Salud considera largo el tiempo de atención. El 69% de los pacientes de emergencia del Centro de Salud considera que el tiempo de la atención es corto e inadecuado. Por lo que concluimos que éste si es un factor asociado a la atención de pacientes.

TABLA N° 03

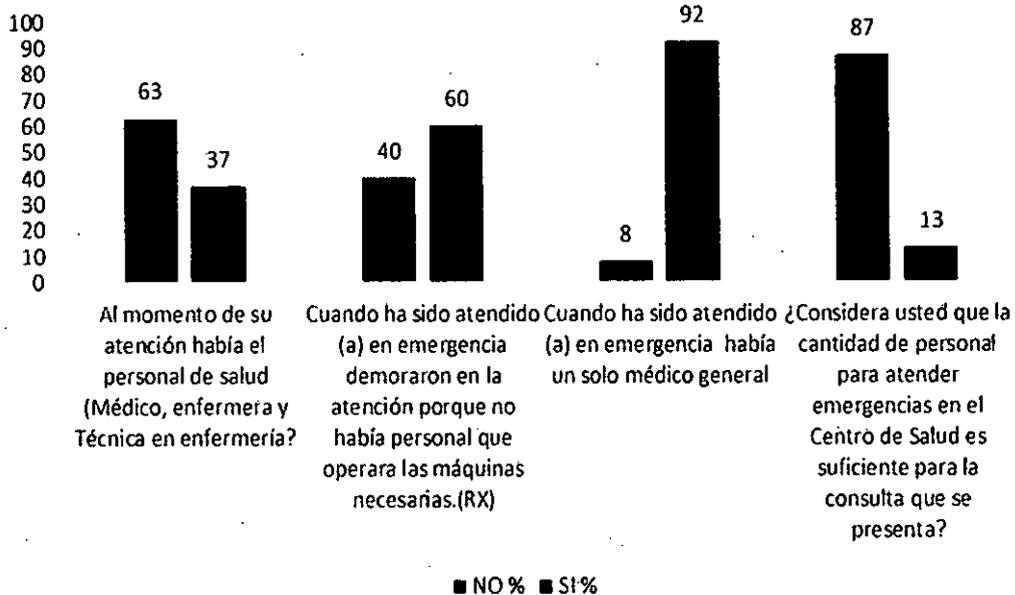
CANTIDAD DE PERSONAL DE SALUD PARA LA ATENCIÓN EN EL C.S. DE CHILCA-HUANCAYO, 2016

CANTIDAD DE PERSONAL DE SALUD PARA LA ATENCIÓN	NO		SI	
	N	%	N	%
Al momento de su atención había el personal de salud ¿Médico, enfermera y Técnica en enfermería?	203	63	119	37
Cuando ha sido atendido (a) en emergencia demoraron en la atención porque no había personal que operara las máquinas necesarias. (RX)	130	40	192	60
Cuando ha sido atendido (a) en emergencia había un solo médico general	27	8	295	92
¿Considera usted que la cantidad de personal para atender emergencias en el Centro de Salud es suficiente para la consulta que se presenta?	280	87	42	13

Fuente: Encuesta propia

GRÁFICO N° 03

CANTIDAD DE PERSONAL DE SALUD PARA LA ATENCIÓN CON LA QUE CUENTA EL C.S. DE CHILCA HUANCAYO - 2016.



Fuente: Tabla N° 03

El 69% de los pacientes de emergencia del C.S. DE CHILCA-HUANCAYO - 2016, manifiesta que no había el personal necesario, el 60% de los pacientes de emergencia del Centro de Salud manifiesta que demoraron por no haber las máquinas necesarias. El 92% de los pacientes de emergencia del Centro de Salud manifiesta que había un solo médico al momento de acudir a emergencia. Por lo que concluimos que éste si es un factor asociado a la atención de pacientes. El 87% de los pacientes de emergencia del Centro de Salud manifiesta que no hay la cantidad suficiente de personal de salud para la atención. Por lo que concluimos que éste si es un factor asociado a la atención de pacientes

TABLA N° 04

Atención de enfermería en la dimensión técnica según la apreciación de los pacientes externos que acuden al Servicio de Emergencia en el C.S. DE CHILCA-HUANCAYO - 2016.

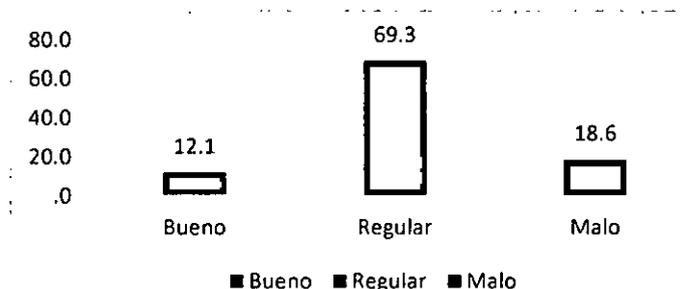
DIMENSIÓN TÉCNICA	N	%
Bueno	39	12,1
Regular	223	69,3
Malo	60	18,6
Total	322	100

Fuente: Encuesta propia

La apreciación del paciente externo respecto a la calidad de atención en la dimensión técnica, nos da un resultado de mayor frecuencia para la opinión de regular en el 69.3%, seguido del 18.6% de pacientes encuestados, quienes catalogan de mala calidad de atención.

GRÁFICO N° 04

Calidad de atención de enfermería en la dimensión técnica según la apreciación de los pacientes externos que acuden al Servicio de Emergencia en el C.S. Chilca-HUANCAYO. 2016



Fuente: Tabla N°4

TABLA N° 05.

Características de la atención de enfermería en la dimensión técnica según la apreciación de los pacientes externos que acuden al Servicio de Emergencia en el C.S.DE CHILCA- HUANCAYO 2016

DIMENSIÓN TÉCNICA	SIEMPRE		A VECES		NUNCA	
	N	%	N	%	N	%
¿El profesional de enfermería le brindo atención inmediata a sus molestias al ingreso a emergencia?	133	46,83	105	36,97	84	29,58
¿El profesional de enfermería coordino los cuidados con los otros profesionales de salud en el servicio de emergencia?	111	39,08	148	52,11	63	22,18
¿El profesional de enfermería le brindo privacidad en los procedimientos que realizó?	111	39,08	132	46,48	79	27,82
¿El profesional de enfermería realiza los procedimientos con medidas de bioseguridad?	98	34,51	156	54,93	68	23,94
¿El profesional de enfermería le preguntó si era alérgico al medicamento antes de administrarle?	115	40,49	111	39,08	96	33,80

Fuente: Encuesta propia

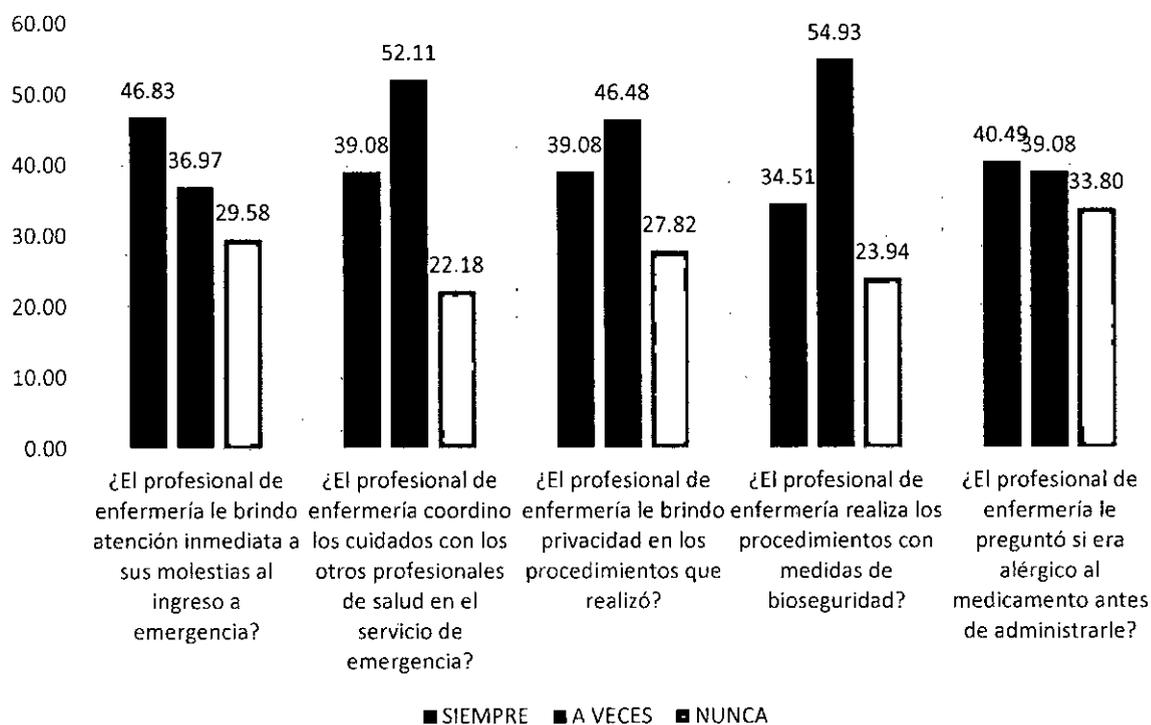
La evaluación de la dimensión técnica, consideró las siguientes características, se preguntó sobre si “el profesional de enfermería le brindo atención inmediata a sus molestias al ingreso a emergencia” teniendo como respuesta en un 46.83% de pacientes que señalan que siempre tuvieron atención inmediata. Seguido del 36.97% quienes indican que solo a veces los atienden con inmediatez. Así mismo ante la consulta sobre si “el profesional de enfermería coordinó

los cuidados con los otros profesionales de salud en el servicio de emergencia” el 52.11% opina que el profesional de enfermería a veces coordina su trabajo. El 46.48% menciona que solo a veces el profesional de enfermería le brindo privacidad en los procedimientos que realizó.

Igualmente, ante la pregunta si “el profesional de enfermería realiza los procedimientos con medidas de bioseguridad”, el mayor porcentaje de encuestados respondieron que a veces en un 54.93%, así mismo frente a la pregunta de “el profesional de enfermería le preguntó si era alérgico al medicamento antes de administrarle” el 40.49% respondieron que siempre se les hizo esa pregunta.

GRÁFICO N° 05

Características de la atención de enfermería en la dimensión técnica según la apreciación de los pacientes externos que acuden al Servicio de Emergencia en el C.S. DE CHILCA - 2016.



Fuente: Tabla N° 05

TABLA N° 06.

Calidad de atención de enfermería en la dimensión interpersonal según la apreciación de los pacientes externos que acuden al Servicio de Emergencia del C.S. DE CHILCA-HUANCAYO – 2016.

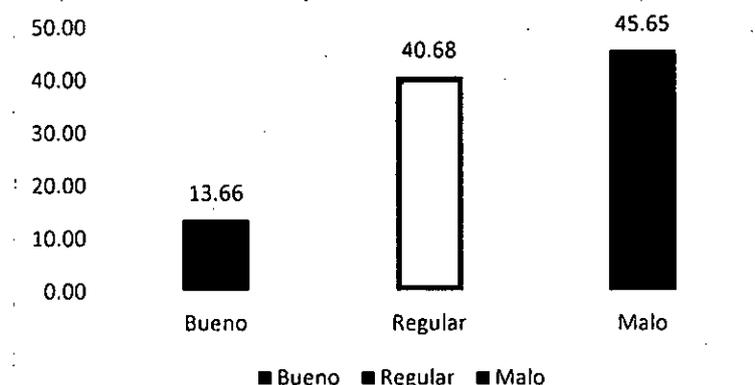
DIMENSIÓN INTERPERSONAL	N	%
Bueno	44	13,66
Regular	131	40,68
Malo	147	45,65
Total	322	100

Fuente: Encuesta propia

La evaluación de la dimensión interpersonal según la apreciación de los pacientes atendidos en Emergencia, es catalogada como mala calidad para el 45.65% y regular para el 40.68%.

GRÁFICO N° 06.

Calidad de atención de enfermería en la dimensión interpersonal según la apreciación de los pacientes externos que acuden al Servicio de Emergencia en el C.S. DE CHILCA-HUANCAYO - 2016.



Fuente: Tabla N° 06

TABLA N° 07.

Características de la atención de enfermería en la dimensión interpersonal según la apreciación de los pacientes externos que acuden al Servicio de Emergencia del C.S. DE CHILCA – HUANCAYO – 2016.

DIMENSIÓN INTERPERSONAL	SIEMPRE		A VECES		NUNCA	
	N	%	N	%	N	%
¿El profesional de enfermería le dio confianza en relación a los cuidados de enfermería?	125	38,82	131	40,68	66	20,50
¿El profesional de enfermería le saluda y se presenta ante Ud. por su nombre?	68	21,12	109	33,85	145	45,03
¿El profesional de enfermería le brinda seguridad y apoyo emocional?	59	18,32	165	51,24	98	30,43
¿El profesional de enfermería es cordial y amable en su trato?	64	19,88	130	40,37	138	42,86
¿El profesional de enfermería siempre está dispuesto a ayudarlo?	97	30,12	132	40,99	93	28,88

Fuente: Encuesta propia

Las características evaluadas de la dimensión interpersonal evaluando la confianza que el profesional de enfermería debe brindar al paciente en relación a los cuidados, el 40.68% respondieron que solo a veces sienten esta confianza frente al trabajo que desarrolla el enfermero.

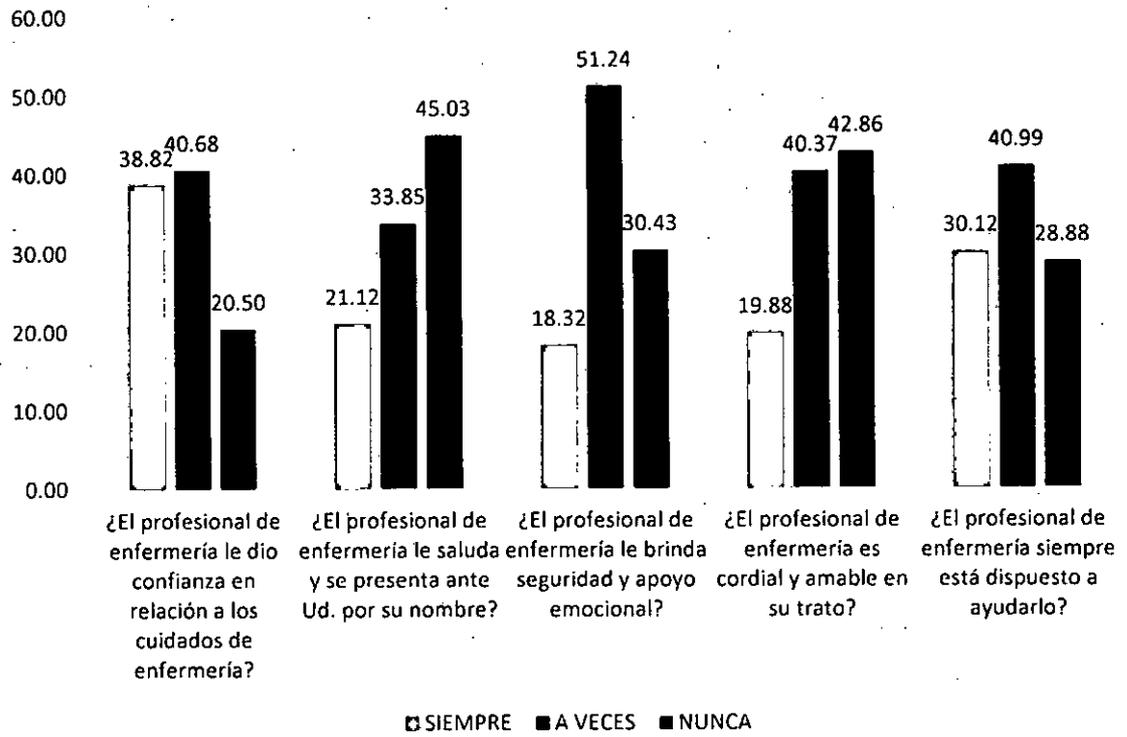
Porcentajes más preocupantes respecto al saludo del profesional de enfermería a los pacientes, solo el 21.12% mencionaron que si los saludan, en cambio el 45.03% refieren que no reciben dicho saludo de parte de los profesionales enfermeros.

Respecto a la consulta sobre la seguridad y apoyo emocional de parte de los profesionales de enfermería, el 51.24% refieren que a veces los enfermeros les brindaron seguridad y apoyo emocional.

La evaluación del trato del profesional de enfermería, si esta es cordial y amable, el 42.86% manifestaron que el trato nunca fue cordial ni amable. Así mismo la evolución de la dispersión del profesional de enfermería para ayudar a los pacientes, ellos opinan que el 40.99% refieren que a veces los enfermeros estuvieron dispuestos a ayudar.

GRÁFICO N° 07.

Características de la atención de enfermería en la dimensión interpersonal según la apreciación de los pacientes externos que acuden al Servicio de Emergencia del C.S. DE CHILCA HUANCAYO - 2016.



Fuente: Tabla N° 07

TABLA N° 8

Calidad de atención de enfermería en la dimensión entorno según la apreciación de los pacientes externos que acuden al Servicio de Emergencia del C.S. DE CHILCA-HUANCAYO 2016

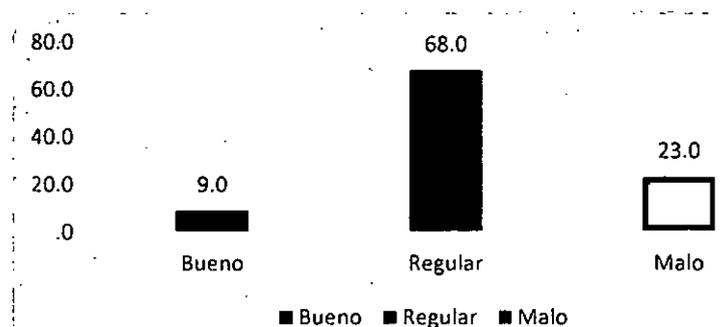
DIMENSIÓN ENTORNO	N	%
Bueno	29	9
Regular	219	68
Malo	74	23
Total	322	100.0

Fuente: Encuesta propia

La opinión de los pacientes respecto a la dimensión entorno, es del 74% catalogada como mala, en tanto que el 68% es regular y solo el 9% lo tipifican como buena. Es decir, al igual que en las otras dimensiones la mayoría de los pacientes opinan negativamente sobre la calidad de atención de enfermería.

GRÁFICO N° 8

Calidad de atención de enfermería en la dimensión entorno según la apreciación de los pacientes externos que acuden al Servicio de Emergencia del C.S. DE CHILCA-HUANCAYO 2016



Fuente: Tabla N° 8

TABLA N° 9

Características de la atención de enfermería en la dimensión entorno según la apreciación de los pacientes externos que acuden al Servicio de Emergencia del C.S. DE CHILCA-HUANCAYO 2016

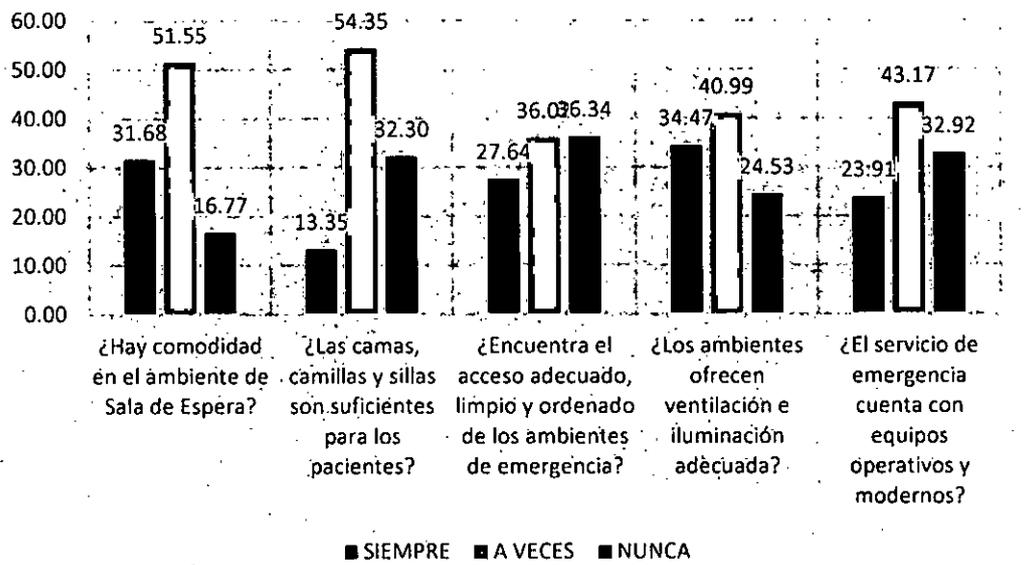
DIMENSIÓN DE ENTORNO	SIEMPRE		A VECES		NUNCA	
	N	%	N	%	N	%
¿Hay comodidad en el ambiente de Sala de Espera?	102	31.68	166	51.55	54	16.77
¿Las camas, camillas y sillas son suficientes para los pacientes?	43	13.35	175	54.35	104	32.30
¿Encuentra el acceso adecuado, limpio y ordenado de los ambientes de emergencia?	89	27.64	116	36.02	117	36.34
¿Los ambientes ofrecen ventilación e iluminación adecuada?	111	34.47	132	40.99	79	24.53
¿El servicio de emergencia cuenta con equipos operativos y modernos?	77	23.91	139	43.17	106	32.92

Fuente: Encuesta propia

La evaluación de la “Comodidad en el ambiente de Sala de Espera” fue catalogada como a veces existe comodidad en el 51.55%, esta opinión hay que resaltarla debido a que el Centro de Salud en estudio esta renovado en su infraestructura, pero como se observa esto no es suficiente para opinar bien sobre la comodidad. En relación a la evaluación de si “Las camas, camillas y sillas son suficientes para los pacientes” el 54.35% respondieron que solo a veces es suficiente. La opinión sobre la higiene y el orden de los ambientes, ha sido apreciada por el 36.34% con la opinión de mala higiene y orden. El 40.99% opinan que la ventilación e iluminación es adecuada solo a veces, respecto a la evaluación del “servicio de emergencia cuenta con equipos operativos y modernos” solo el 23.91% opina el servicio cuenta con equipos operativos y modernos.

GRÁFICO N° 9

Características de la atención de enfermería en la dimensión entorno según la apreciación de los pacientes externos que acuden al Servicio de Emergencia del C.S. DE CHILCA-HUANCAYO 2016



Fuente: Tabla N° 9

TABLA N° 10

Atención de enfermería según la apreciación de los pacientes externos que acuden al Servicio de Emergencia del C.S DE Chilca HUANCAYO, 2016.

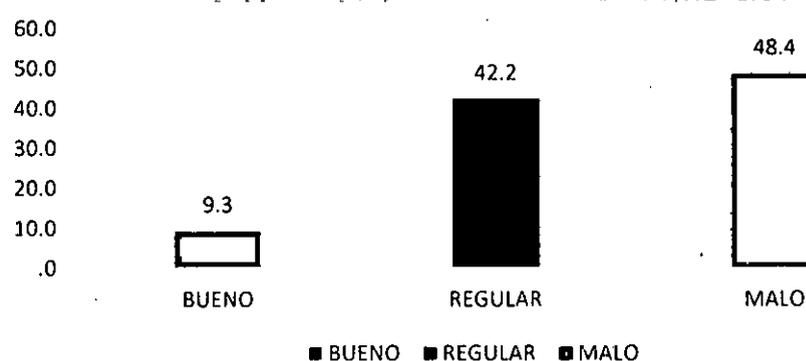
ATENCIÓN	N	%
BUENA	30	9.3
REGULAR	136	42.2
MALA	156	48.5
Total	322	100.0

Fuente: Encuesta propia

La opinión en general, sobre la calidad de atención de los profesionales de enfermería, desde la apreciación del paciente, es mala para el 48.5% de pacientes, regular según el 42.2% y buena solo para el 9.3% de los pacientes de este servicio.

GRÁFICO N° 10

Calidad de atención de enfermería según la apreciación de los pacientes externos que acuden al Servicio de Emergencia del C.S. DE Chilca HUANCAYO, 2016.



Fuente: Tabla N° 10

TABLA N° 11

Relación de los factores y la atención de enfermería según la apreciación de los pacientes externos que acuden al Servicio de Emergencia del C.S Chilca HUANCAYO 2016.

Tabla cruzada					
		FACTORES EVALUADOS		Total	
		PRESENTE	AUSENTE		
ATENCION DE ENFERMERIA	BUENA	N°	2	28	30
		%	0,6%	8,7%	9,3%
	REGULAR	N°	90	46	136
		%	28,0%	14,3%	42,2%
	MALA	N°	133	23	156
		%	41,3%	7,1%	48,4%
Total		N°	225	97	322
		%	69,9%	30,1%	100,0%

Se observa una relación significativa entre la presencia de factores presentes y la atención percibida por los mismos en el servicio de emergencia del C.S. Chilca, teniéndose los siguientes resultados, de 30 pacientes que indican que la atención es buena, solo 2 reportan la existencia de factores endógenos, así mismo de los 156 pacientes que registran la atención como mala, 97 indican que existen factores endógenos, por lo que se indica que a mayor presencia de factores endógenos, la atención de salud ($p < 0.01$).

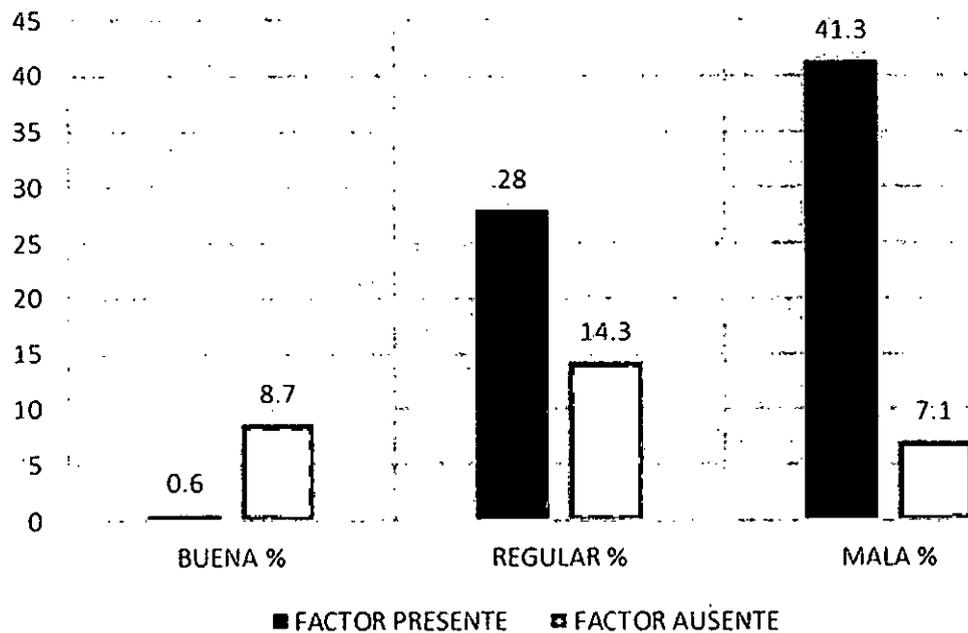
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	75,359 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	74,845	2	,000
N° de casos válidos	322		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 9,04.

GRÁFICO N° 11.

Relación de los factores y la atención de enfermería según la apreciación de los pacientes externos que acuden al Servicio de Emergencia del C.S.DE Chilca HUANCAYO 2016.



VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A la actualidad se busca fortalecer la atención en salud a través del establecimiento de indicadores de evaluación que permitan medir el impacto de las actividades en las instituciones de salud, el fin es garantizar un adecuado acceso, oportunidad y calidad de los servicios a la población, donde el centro de atención sea el paciente, es por ello que las instituciones de salud han ingresado a un proceso continuo de acreditación, en los cuales se busca alcanzar la calidad demostrada.

Sin embargo, en los hospitales y centros de salud, existe aún innumerables quejas sobre la atención que brindan los profesionales de enfermería, esto ocurre en el momento en que las instituciones de salud necesitan ser reconocidos como instituciones de calidad, puesto que su atención va dirigida a mantener el bienestar físico, mental y social de seres humanos. La atención es proporcionada por personal de salud, dentro del cual se encuentra enfermería; los profesionales de enfermería son los principales pilares sobre los cuales recae toda la atención de los pacientes, el enfermero(a) uno de los recursos humanos más importantes y con potencialidades para generar cambios en el cumplimiento de políticas de salud y en el logro de metas propuestas por las instituciones.

El profesional de salud es el personal que permanece más tiempo y establece mayor contacto con el paciente durante la realización de procedimientos que se ven reflejados en la evaluación de resultados como parte de la atención integral. Por consiguiente, la actividad de los profesionales de la salud, responde a retos de equidad, fiabilidad, efectividad, buen trato, respeto, información, continuidad y confortabilidad; los cuales se constituyen en los condicionantes de la satisfacción del paciente.

Por tal razón, es importante que las atenciones sean constantemente evaluadas y mejoradas. Sin embargo, para que el cuidado sea legítimo, íntegro, oportuno, continuo y efectivo, debe brindarse en las mejores condiciones, con los elementos disponibles, cumpliendo de manera total o parcial una necesidad o expectativa. Dando respuesta a las necesidades de bienestar del paciente, con el mejor recurso humano, material y aspecto técnico-científico de los que se dispone; buscando el máximo grado de satisfacción de los pacientes.

Sin embargo cuando observamos los resultados obtenidos en este estudio, según la opinión de los pacientes externos, los profesionales de la salud están aún distantes de brindar una atención de calidad, los pacientes tipifican, las tres dimensiones evaluadas, las respuestas fueron negativas, por lo que se refleja una mala calidad de atención de enfermería en la dimensión técnica según la apreciación de los pacientes externos, los aspectos evaluados en esta dimensión,

estuvieron dados por la evaluación de la demora con que se brinda la atención, en este aspecto el grueso porcentaje de la apreciación de que solo a veces o nunca se brinda una atención rápida. Además, los profesionales de salud no brindan cuidados de manera coordinada con los otros profesionales de la salud, según opinión de la mayoría de los pacientes, muchos de ellos mencionan que nunca vieron trabajar al personal de salud de manera coordinada.

La atención de los pacientes, obedece a un principio básico del ser humano, que es respeto a la privacidad, sin embargo, muchos pacientes observaron que no se trabaja atendiendo a este principio, dejándolos expuestos muchas veces, frente a población extraña. Esto genera mucha incomodidad de los pacientes.

Los pacientes manifiestan que los profesionales, no usan protección de guantes, mascarilla y otros tipos de protección, antes de realizar algún procedimiento con ellos. Esto pone en riesgo de transmitir enfermedades de un paciente a otro, así como también el personal de salud se pone en riesgo de enfermarse contagiándose por no tener en cuenta de las medidas de bioseguridad.

Además, se ha identificado los factores asociados a la calidad de atención del servicio de emergencia en el C.S. Chilca HUANCAYO 2016.

Al ambiente de atención donde el 80% de los pacientes de emergencia del Centro de Salud espera la atención de pie y el 69% considera que los ambientes son insuficientes. Se encontró que el 71% de los pacientes de emergencia del Centro de Salud espera más de 15 minutos para ser atendido; que el 63% considera largo el tiempo de atención y que el 69% considera que el tiempo de la atención es corto e inadecuado, por otro lado la cantidad de personal de salud para la atención para el 69% de los pacientes de emergencia del Centro de Salud manifiesta que no había el personal necesario; que el 60% manifiesta que demoraron por no haber las máquinas necesarias; el 92% manifestó que había un solo médico al momento de acudir a emergencia y que el 87% manifiesta que no hay la cantidad suficiente de personal de salud para la atención.

También se ha hallado como factores al ambiente de atención del servicio de emergencia es un factor que se asoció a la atención de pacientes del servicio de emergencia en el Centro de Salud de Chilca durante el 2016, el tiempo de atención del servicio de emergencia es un factor que se asoció a la atención de pacientes del servicio de emergencia en el C.S. de Chilca HUANCAYO 2016. Se observa que la cantidad de personal de salud para la atención es un factor que se asoció a la atención de pacientes del servicio de emergencia en el C.S de Chilca HUANCAYO 2016.

En este sentido Martínez E. en su trabajo observacional de cohorte prospectivo titulado: "Modelo predictor del ingreso hospitalario desde el servicio de urgencias", refiere que se establece un modelo con la capacidad de predecir el ingreso hospitalario a la llegada del paciente al Servicio de Urgencias Hospitalario que tiene una sensibilidad del 75,5% y una especificidad del 81,5% lo que es válido a la hora de clasificar a los pacientes en función de la probabilidad de ingreso hospitalario pero no aporta valor añadido frente al modelo diseñado en la predicción de ingreso hospitalario de un paciente a su llegada a urgencias.(5)

También Albán, Alvarado y Arévalo en su trabajo descriptivo titulado: "Análisis situacional de la atención en la implementación de triaje en el servicio de emergencia pediátrica del Hospital José Carrasco Arteaga Cuenca 2013", refiere que un sistema de triaje pediátrico es necesario y se justifica en base a la alta afluencia de pacientes con patologías de nivel 5 no consideradas urgencias que saturan y retrasan la atención a pacientes con afecciones más urgentes. (6)

Del mismo modo Quije V. en su trabajo de tipo explicativo titulado: "Reestructuración de la gestión del sistema de triaje del servicio de emergencias en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo Provincia de los Ríos", refiere que el servicio de emergencia reconoció la necesidad de ser capacitado en triaje ya que

no tiene cuarto nivel de estudio en relación a emergencias, por lo cual no saben clasificar pacientes según triaje, esta sería una razón de que el sistema de triaje es inefectivo e ineficiente.(7)

Otra investigación fue la de Chamba E. en su trabajo observacional titulado: "Mejoramiento de la calidad en el servicio de emergencia del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja durante el periodo abril – setiembre del 2011", refiere que el personal sanitario que se dedica a la atención de urgencias y emergencias en nuestro servicio enfrenta cada día la necesidad de estabilización y manejo inicial de un sinnúmero de patologías que ponen en peligro inmediato la vida de los pacientes, pues de su respuesta oportuna y eficaz dependerá el pronóstico y evitar complicaciones mayores.(8)

También Cubero C. en su trabajo titulado: "Los procesos de clasificación de usuarios y su impacto en la atención en las salas de urgencias a nivel hospitalario", refiere que la información recabada hasta el momento señala como los y las profesionales de enfermería son pieza fundamental para agilizar la atención en los servicios de urgencias y para la aplicación de los sistemas de Triage. Existe poca información asociada a la aplicación de sistemas de clasificación y la mortalidad en los servicios de urgencias, por lo que se identifica un vacío de información en la temática que debe motivar a la realización de más y mejor investigación al respecto. (9)

En este mismo sentido Velásquez y Rodríguez en su trabajo bibliográfico titulado: "Metodologías cuantitativas para la optimización del servicio de urgencia: una revisión de la literatura", refiere que en la afluencia global no se observaron diferencias en cuanto al sexo, si bien es cierto que el género masculino domina en la infancia, y en la segunda y tercera década predomina el género femenino. La demanda asistencial aumentó progresivamente a lo largo de los años. Este incremento ha tenido lugar principalmente a expensas de un crecimiento progresivo de áreas como traumatología y pediatría, con descenso y estabilización en los últimos años. (10)

Asimismo, Monchón P. en su trabajo cuantitativo titulado: "Nivel de calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario, servicio de emergencia. Hospital III-ESSALUD - CHICLAYO, 2013", refiere que el nivel de calidad del cuidado enfermero en el servicio de emergencia de este hospital es bajo. En todo momento se guardó respeto por los principios de la bioética personalista y los de rigor científico (11)

También Huerta E. en nuestro país en su trabajo descriptivo de corte transversal titulado: "Nivel de satisfacción de los usuarios atendidos en el tópico de medicina del servicio de emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, enero del 2015", refiere que el nivel de satisfacción global de los usuarios atendidos en el Tópico de

Medicina fue de 92.2 % Las variables con mayor insatisfacción fueron la atención en caja, admisión y laboratorio de emergencia; el trato del personal de emergencia y la limpieza y comodidad del servicio. (12)

VII.-CONCLUSIONES

1. Los factores más importantes son el ambiente de atención del servicio de emergencia, la cantidad de personal de salud y la ausencia de equipos y materiales para la atención es un factor fuertemente presente en el servicio de emergencia en el Centro de Salud de Chilca.
2. La atención percibida por los pacientes del servicio de emergencia en el Centro de Salud de Chilca, es mala en 48.5%, regular en 42.2% y buena solo según el 9.3% de los usuarios.
3. Los factores evaluados están asociados significativamente a la calidad de atención del servicio de emergencia en el Centro de Salud de Chilca, donde a mayor presencia de factores, mayor es la mala atención que se brinda en el servicio evaluado. ($p < 0.01$).

VIII.- RECOMENDACIONES

- Establecer estrategias de mayor eficiencia del personal de enfermería en el Servicio de Emergencia y mejorar las estrategias de fortalecimiento del cuidado humanizado, dirigido a atender el apoyo emocional al paciente y su familia, apertura de mayor nivel de comunicación y afecto hacia ellos, a fin de hacer más rápida y oportuna la atención y mejorar la calidad de atención.
- A la Jefa de enfermeros del servicio de Emergencia se sugiere planificar cursos de actualización dirigidos al personal de enfermería, en bioseguridad. Administración de medicamentos y atención al paciente.
- Se sugiere gestionar lo antes posible un presupuesto para mejoras de la infraestructura y adquisición de equipos más acorde con la necesidad a la vez solicitar la contratación de personal para cubrir el equipo básico para la atención del C.S Chilca HUANCAYO.

IX.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Picado, Alonso. La policonsulta y su Impacto en los Costos de los EBAIS concentrados del Área de Salud Alajuela Sur Durante el Año 2001. Tesis de Maestría. UNED. San José. Costa Rica. 2001.
2. Segura, H. Vargas, H. Estudio de la Consulta Externa en la Clínica Dr. Ricardo Jiménez Núñez. Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud. CSUCA. San José. Costa Rica. 2008.
3. Reátegui Guzmán L. Calidad del servicio de emergencia desde la percepción del usuario externo del Hospital Sergio Bernales Collique. Tesis de Maestría. Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2008.
4. Jaroid, M. Pamias, J. Carretero Bellón, R. Monasterolo Closa. Martínez Allue. La densidad Horaria del Paciente Acumulado como Indicador de congestión de Urgencias. Revista Emergencias. V18. p. 215-218. Terragona. España. 2006.
5. Centro de Salud de Chilca. Documentos estadísticos, 2016
6. Albán, Alvarado, & Arévalo Tesis: Análisis situacional de la atención en la implementación de de triaje en el servicio de emergencia pediátrica del hospital José Carrasco Arteaga Cuencia 2013. 2014.

7. Quijije, 2015. Tesis. Reestructuración de la gestión del sistema de triaje del servicio de emergencias en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo Provincia de los Ríos 2015.
8. Velásquez, Rodríguez, & Jaen. Tesis: Metodologías cuantitativas para la optimización del servicio de urgencia: una revisión de la literatura. Revista Gerencia y Políticos. Bogotá – Colombia. 2011
9. Organización para la excelencia de la Salud OES. 2012.
10. Pérez, P. Evaluación y análisis de la calidad de un servicio de apoyo desde la perspectiva del paciente: Primer paso hacia la confiabilidad- industria Data, enero-junio. Vol. 10 n° 1 pp. 70- 79. 2007.
11. Pepper, S. Principios acreditadores de la calidad – España. 2011.
12. Correia, S. y Miranda, F. Calidad y satisfacción en el servicio de urgencias Hospitalarias: Análisis de un hospital de la zona centro de Portugal. 2009.
13. Rivera, F. Calidad de atención de enfermería en usuarios del Servicio de Emergencia. Venezuela. 2011.
14. Abanto P. Calidad de servicio en el Departamento de Emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo desde la perspectiva del paciente externo. Tesis (Mg.enMed.). 2012.
15. Carpio, C. Calidad de servicio de la consulta externa de Medicina interna del Hospital General - Lima-Peru-2008.

16. Córdor, R. Percepción de pacientes externos según la calidad de atención en la micro red de salud Valle de Yanamarca - Jauja. 2015.
17. Romero-Massa E. Contreras-Méndez I. (2012). Cuidado Humanizado de Enfermería en Pacientes Hospitalizados. Cartagena. Colombia.
18. Balseiro, L. Calidad de atención de enfermería a los pacientes en el Hospital Regional del ISSTE. México Df. 2011.
19. Pérez, K. "Calidad de Atención brindada por el Profesional de Enfermería, según la Percepción de los Pacientes, en el servicio de Medicina Interna I y II del Hospital Universitario "Ruíz y Páez" de Ciudad Bolívar-Edo. Bolívar. Venezuela. 2010.
20. Morales, M. Calidad de atención desde la perspectiva del paciente – España- 2009.
21. Romero, L. "Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Lima." Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2008.
22. Obregón, F. "Calidad de servicio percibida por el usuario en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II" Lima: Universidad Peruana de Integración Global. Perú, 2016.

23. Silva-Fohn, J. y Cols. "Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público" Enfermería Universitaria (Lima) 2015.
24. Monchón P. y Montoya "Nivel de calidad del cuidado enfermero desde la percepción del paciente, servicio de Emergencia. Hospital III-ESSALUD Chiclayo". 2013.
25. Correa, D., Correa, J. "Percepción de la Calidad de atención de los pacientes externos que acuden a los consultorios externos de Medicina del Hospital III Es Salud – Chimbote" 2013.
26. Lupaca, P. "Percepción del usuario sobre la calidad de atención en el cuidado de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima" Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú, 2013.
27. Monchón & Montoya. Tesis: Nivel de calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario, servicio de emergencia. Hospital III-Essalud - Chiclayo, 2013, para optar el Título de Licenciado en Enfermería en la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo. Lima –Perú. 2014.
28. Huerta. Tesis: Nivel de satisfacción de los usuarios atendidos en el tópico de medicina del servicio de emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, enero del 2015. Para optar el

Título Profesional de Médico Cirujano en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima - Perú.

29. Contreras. Tesis: Factores personales e institucionales que influyen en el llenado de notas de Enfermería del Servicio de Emergencia – Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Para la Revista Perú Obstetricia y Enfermería. Lima – Perú. 2012.
30. Aroid, M. Pamiás, J. Carretero Bellón, R. Monasterolo Closa. Martínez Allue. La densidad Horaria del Paciente Acumulado como Indicador de saturación de Urgencias. Revista Emergencias. Terragona. España. 2006.
31. Antón, M.D. Peña, J.C. Santos, R. Sempere, E. Martínez, J. Pérula, La Demanda Inadecuada a un servicio de Urgencias Pediátrico Hospitalario, Factores Implicados. Revista Medicina Clínica. Barcelona, España. 1992.
32. Boletín Informativo del Uso Adecuado de los servicios de Emergencias. Departamento de Comunicación de la CCSS. 2005.
33. Gómez J. Urgencia, gravedad y complejidad: Un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. Emergencias 2006.
34. Sierra B.R. Técnicas de Investigación Social. Madrid – España. Editorial Paraninfo. 1985.

35. Hernández, Fernández y Baptista. Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw Hill. Colombia 2010.
36. Deza, J y Muñoz, S. Metodología de la Investigación Científica, Texto aplicado al Reglamentos de Investigación de la UAP. Cuarta Edición. Universidad Alas Peruanas: Vicerrectorado de Investigación y Postgrado. Perú.2012.

<p>pacientes del servicio de emergencia en el C.S DE CHILCA-HUANCAYO, 2016?</p>	<p>de atención percibida por los pacientes del servicio de emergencia en el Centro de Salud de Chilca, 2016.</p>	<p>HUANCAYO2016. 2. La atención percibida por los pacientes del servicio de emergencia en el C.S. DE CHILCA-HUANCAYO, es inadecuada.</p>		<p>nal. • Dimensión de entorno</p>	<p>recopilación de datos. Instrumento: El instrumento a emplear es el cuestionario, teniendo en cuenta los problemas de investigación. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS Se aplicará el cuestionario a la cantidad de pacientes obtenidos en la muestra. PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO Y ANÁLISIS DE DATOS Los datos serán tabulados en el software estadístico SPSS para luego hallar los resultados descriptivos de frecuencias y porcentajes y las medidas de tendencia central como media, moda y varianza.</p>
---	--	--	--	---	--

ANEXOS

- 2) Cuando ha sido atendido (a) en emergencia tuvo que esperar?
a) Sentado () b) De pie ()
- 3) Al momento de su atención había el personal de salud (Médico, enfermera y tec. en enfermería)?
a) Si () b) No ()
- 4) En el momento que fue atendido(a), notó personas que esperaban porque los ambientes no eran suficientes?
a) Si () b) No ()
- 5) Cuando ha sido atendido (a) en emergencia demoraron en la atención porque no había personal que operara las máquinas necesarias. (RX)?
a) Si. () b) No. ()
- 6) Cuando ha sido atendido (a) en emergencia había un solo médico general?
a) Si () b) No ()
- 7) ¿Si usted en algún momento requirió ser transferido a otro hospital se solicitó la evacuación a un hospital de mayor complejidad?
a. Menos de 5 minutos. ()
b. De 5 a 10 minutos. ()
c. De 11 a 15 minutos. ()
d. Más de 15 minutos. ()
- 8) Considera que el tiempo de espera para su atención fue?
a. Fue largo. ()
b. Fue normal. ()
c. Fue corto. ()

9)- ¿Considera usted que la cantidad de personal para atender emergencias en el Centro de Salud es suficiente para la consulta que se presenta?

a) Si. ()

b) No. ()

10) ¿Considera que las instalaciones físicas de emergencias del Centro de Salud de Chilca son adecuadas?

a) Si. ()

b) No. ()

11) Cuando ha sido atendido (a) en emergencia el tiempo de atención fue tan corto que pensó que no le atendieron adecuadamente?.

a) Si. ()

b) No. ()

ASPECTOS RELACIONADOS A LA CALIDAD DE ATENCIÓN

Marque con X la respuesta elegida, teniendo en cuenta

S: SIEMPRE

AV: A VECES

N: NUNCA

DIMENSIÓN TÉCNICA		S	AV	N
1	¿El profesional de enfermería le brindo atención inmediata a sus molestias al ingreso a la emergencia?			
2	¿El profesional de enfermería coordino los cuidados con los otros profesionales de salud en el servicio de emergencia?			
3	¿El profesional de enfermería le brindo privacidad en los procedimientos que realizo?			
4	¿El profesional de enfermería realiza los procedimientos con medidas de bioseguridad?			
5	¿El profesional de enfermería le pregunto si era alérgico al medicamento antes de administrarle?			
DIMENSIÓN INTERPERSONAL		S	AV	N
6	¿El profesional de enfermería le dio confianza en relación a los cuidados de enfermería?			

7	¿El profesional de enfermería le saluda y se presenta ante Ud. Por su nombre?			
8	¿El profesional de enfermería le brinda seguridad y apoyo emocional?			
9	¿El profesional de enfermería es cordial y amable en su trato?			
10	¿El profesional de enfermería siempre está dispuesto a ayudarlo?			
DIMENSIÓN DE ENTORNO		S	AV	N
11	¿Hay comodidad en el ambiente de Sala de Espera?			
12	¿Las camas, camillas y sillas son suficientes para los pacientes			
13	¿Encuentra el acceso adecuado, limpio y ordenado de los ambientes de emergencia			
14	¿Los ambientes ofrecen ventilación e iluminación adecuada?			
15	¿El servicio de emergencia cuenta con equipos operativos y modernos?			

Anexo N° 04

TABLA DE CONSOLIDACION DE LA
PRUEBA JUICIO DE EXPERTOS

ITEM	JUEZ 1		JUEZ 2		JUEZ 3		JUEZ 4		JUEZ 5		JUEZ 6		JUEZ 7	
	S	NO	SI	NO										
1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
2	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
3	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
4	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
5	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
6	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0
7	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
8	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
9	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0
10	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0

ANEXO N° 05.

ANALISIS DE RESPUESTAS A ITEMS DE JUICIO DE EXPERTOS:

CONSIDERANDO A 3 EXPERTOS:

SEGÚN EL ANALISIS CHI CUÁDRADO						
	ITEMS POSITIVOS		ITEMS NEGATIVOS		TOTALES	
	OBSERV.	ESPERADO	OBSERV.	ESPERADO	OBSERV.	ESPERADO
EXPERTOS (3)	27	28.15	3	1.85	30	30.00
DESEABLE	95	93.85	5	6.15	100	100
TOTAL	122	122	8	8	130	130
SE HA EVALUADO CON 3 EXPERTOS QUE RESPONDIERON A 10 PREGUNTAS, (VER ANEXOS)						
X2 CALCULADO=	0.99897541					
	PROBABILIDAD					
	0.317558556	No significativo			Ho: La muestra se ajusta a la proporción 95:5	
		Se acepta la Ho			Ha: La muestra no se ajusta a la proporción 95:5	
<p>CONCLUSIÓN: No existen diferencias significativas entre lo observado y esperado, por lo tanto a un nivel de significación $P \leq 0,05$ el instrumento es VALIDO de acuerdo al criterio de expertos.</p>						

Anexo 06.

RESULTADOS DEL ANALISIS DE CONFIABILIDAD SEGÚN LA PRUEBA DE CORRELACION POR ALFA DE CRONBACH

Para la evaluación de la confiabilidad se tomó en cuenta la aplicación del instrumento a una muestra piloto conformada por el 10% de la muestra total. Llegando a ser 28 pacientes.

	MEDIA DE LA ESCALA SI SE ELIMINA EL ELEMENTO	VARIANZA DE LA ESCALA SI SE ELIMINA EL ELEMENTO	CORRELACIÓN ELEMENTO-TOTAL CORREGIDA	CORRELACIÓN ALFA DE CRONBACH
¿El profesional de enfermería le brindo atención inmediata a sus molestias al ingreso a la emergencia?	65,87	76,947	,037	,766
¿El profesional de enfermería coordino los cuidados con los otros profesionales de salud en el servicio de emergencia	67,57	79,909	-,237	,768
¿El profesional de enfermería le brindo privacidad en los procedimientos que realizo?	67,50	78,672	-,038	,763
¿El profesional de enfermería realiza los procedimientos con medidas de bioseguridad?	67,50	77,224	,164	,756
¿El profesional de enfermería le pregunto si era alérgico al medicamento antes de administrarle?	67,53	77,568	,127	,758

¿El profesional de enfermería le dio confianza en relación a los cuidados de enfermería?	66,40	71,628	,187	,756
¿El profesional de enfermería le saluda y se presenta ante Ud. Por su nombre?	67,43	79,978	-,201	,770
¿El profesional de enfermería le brinda seguridad y apoyo emocional?	67,20	82,234	-,426	,780
¿El profesional de enfermería es cordial y amable en su trato?	66,53	77,499	-,021	,776
¿El profesional de enfermería siempre está dispuesto a ayudarlo?	66,27	63,375	,666	,798
¿Hay comodidad en el ambiente de Sala de Espera?	66,07	61,857	,735	,788
¿Las camas, camillas y sillas son suficientes para los pacientes	67,57	80,392	-,314	,771
¿Encuentra el acceso adecuado, limpio y ordenado de los ambientes de emergencia	67,53	79,913	-,220	,769
¿Los ambientes ofrecen ventilación e iluminación adecuada?	67,27	80,754	-,270	,774

ANEXO 07 BASE DE DATOS SPSS

*CENTRO SALUD CHILCA 2016.sav [Conjunto de datos] - Editor de datos SPSS																				Visible: 16 de 18 variables				
Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ventana ?																								
323 : Grado de construcción																								
	SEXO	EDAD	Grado de construcción	PREGUNT A4	PREGUNT A5	PREGUNT A6	PREGUNT A7	PREGUNT A8	PREGUNT A9	PREGUNT A10	PREGUNT A11	PREGUNT A12	PREGUNT A13	PREGUNT A14	PREGUNT A15	PREGUNT A16	PREGUNT A17	PREGUNT A18	var	var	var	var	var	
289	1	2	1	1	2	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	2	1						
290	2	1	1	0	3	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1						
291	2	3	3	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1							
292	2	3	1	0	2	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1							
293	2	3	1	0	2	0	0	1	1	1	1	0	1	3	0	1	1							
294	2	3	3	0	2	0	0	1	1	1	1	0	1	3	0	1	1							
295	2	3	1	1	2	0	0	2	0	1	0	0	2	1	1	1	1							
296	2	3	1	1	2	0	0	2	0	1	0	0	2	1	1	1	1							
297	2	4	1	1	2	0	0	2	0	1	0	0	2	1	1	1	1							
298	2	3	3	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	2							
299	2	3	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	2							
300	2	3	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	3	2							
301	2	3	3	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	3	2							
302	2	3	1	0	2	0	0	1	1	1	1	0	2	2	0	2	1							
303	2	3	1	0	2	0	0	1	1	1	1	0	1	3	0	2	0							
304	2	3	1	1	2	0	0	3	0	1	0	1	1	1	1	1	2							
305	2	3	3	1	2	0	0	3	0	1	0	1	0	1	1	1	1							
306	2	3	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	2							
307	2	3	1	1	2	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	2							
308	2	3	3	0	3	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0							
309	2	3	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0							
310	2	3	1	0	2	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0							
311	2	3	1	0	2	0	0	1	1	1	1	0	1	3	0	1	1							
312	2	3	3	0	2	0	0	1	1	1	1	0	1	3	0	1	1							
313	2	4	1	1	2	0	0	2	0	1	0	0	2	1	1	1	1							
314	2	3	1	1	2	0	0	2	0	1	0	0	2	1	1	1	1							
315	2	2	1	1	2	0	0	2	0	1	0	0	2	1	1	1	1							
316	2	2	1	0	2	0	0	1	1	1	1	0	2	2	0	2	1							
317	2	2	3	0	2	0	0	1	1	1	1	0	1	3	0	2	0							
318	2	2	1	1	2	0	0	3	0	1	0	1	1	1	1	1	2							
319	2	2	3	1	2	0	0	3	0	1	0	1	0	1	1	1	1							
320	2	3	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	2							
321	2	3	1	1	2	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	2							
322	2	1	2	0	3	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0							
323																								

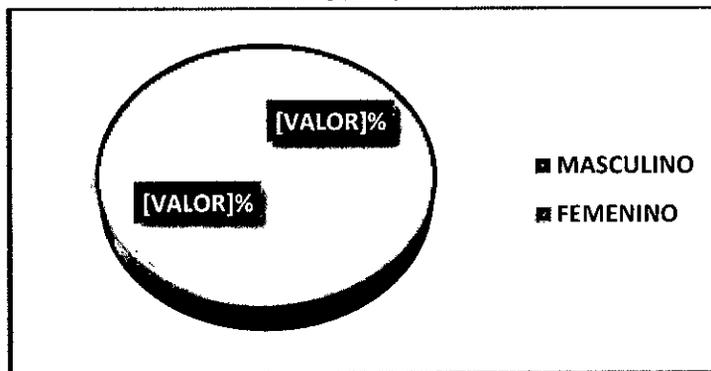
TABLA N° 01

DATOS GENERALES DE LOS PACIENTES EVALUADOS

SEXO		
SEXO	Frecuencia	Porcentaje
MASCULINO	92	28.6
FEMENINO	230	71.4
Total	322	100.0

Fuente: Base de datos SPSS

GRÁFICO N° 01
SEXO



Fuente: Elaboración propia en base a la Tabla N° 01

INTERPRETACIÓN

La Tabla y Gráfico N° 01 nos muestran el sexo de los pacientes que hicieron uso del servicio de emergencia donde vemos que 28.6% es de sexo masculina mientras el 71.4% es de sexo femenino.

Por lo que podemos afirmar que la mayoría (71.4%) de los pacientes que acuden al servicio de emergencia del C.S. de Chilca son mujeres.

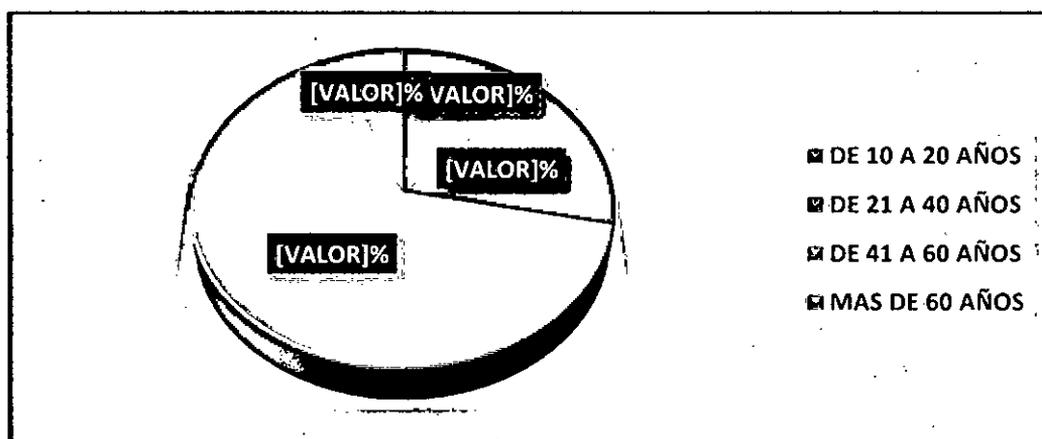
NO LLEVA INTERPRETACION

TABLA N° 02
EDAD

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
DE 10 A 20 AÑOS	38	11.8
DE 21 A 40 AÑOS	53	16.5
DE 41 A 60 AÑOS	213	66.1
MAS DE 60 AÑOS	18	5.6
Total	322	100.0

Fuente: Base de datos SPSS

GRÁFICO N° 02
EDAD



Fuente: Elaboración propia en base a la Tabla N° 02

INTERPRETACIÓN

La Tabla y Gráfico 02 nos muestran la edad de los pacientes que hicieron uso del servicio de emergencia donde vemos que de 10 a 20 años es el 11.8%; de 21 a 40 años el 16.5%; de 41 a 60 años el 66.1% y de más de 60 años el 5.6%

Por lo que podemos afirmar que la mayoría (66.1%) de los pacientes que acuden al servicio de emergencia del C.S. de Chilca tienen entre 41 y 60 años de edad.

TABLA N° 03

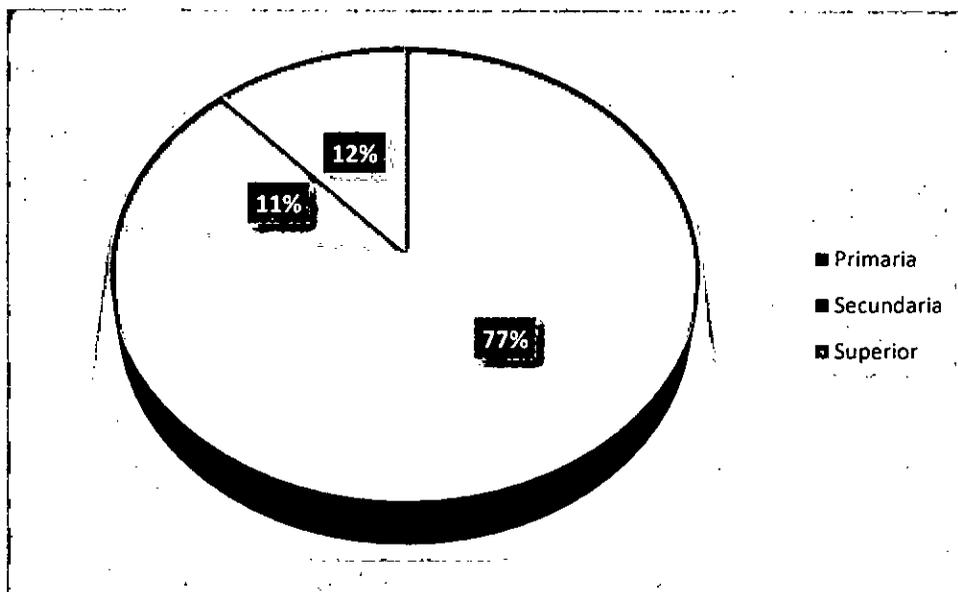
GRADO DE INSTRUCCIÓN

Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	247.0	77
Secundaria	37.0	11
Superior	38.0	12
Total	322.0	100

Fuente: Base de datos SPSS

GRÁFICO N° 03

GRADO DE INSTRUCCIÓN



Fuente: Elaboración propia en base a la Tabla N° 03

INTERPRETACIÓN

La Tabla y Gráfico 03 nos muestran el grado de instrucción de los pacientes que hicieron uso del servicio de emergencia donde vemos que el 77% tiene instrucción primaria, el 11% educación secundaria y el 12% educación superior.

Por lo que podemos afirmar que la mayoría (77%) de los pacientes que acuden al servicio de emergencia del C.S. de Chilca tiene instrucción