

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCION EN SALUD
AL REALIZAR EL TRIAJE HOSPITALARIO MIDIENDO LA SATISFACCION
DEL USUARIO A TRAVES DEL USO DEL SERVQUAL DIRIGIDA
A LA POBLACION QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIAS
DEL CENTRO DE SALUD INTEGRAL DE CHASQUIPAMPA
DE LA CIUDAD DE LA PAZ EN LA GESTION 2020**

**POSTULANTE: Adriana Teresa Valencia Canedo
TUTOR: Álvaro Gutiérrez Avilés**

**Trabajo de grado presentado para optar al título de Especialista en Gestión
de Calidad y Auditoría Médica**

La Paz – Bolivia

2022



Mi eterno agradecimiento a mis padres que me regalaron la vida, motivaron a superarme y siempre desearon lo mejor de cada paso en mi carrera; a mis hermanas porque su presencia ha ayudado a construir y forjar la mujer profesional que ahora soy. A mis maestros y pacientes porque han incentivado mis sueños y esperanzas de construir un mundo más humano. Este trabajo está dedicado a Sofia el motor de mis días..

INDICE

Página

I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. ANTECEDENTES	5
III. JUSTIFICACIÓN	8
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
V. OBJETIVOS.....	12
5.1. OBJETIVO GENERAL	12
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
VI. MARCO TEÓRICO.....	13
6.1. DEFINICIÓN DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE PRIMER NIVEL	13
6.2. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN MUNICIPIO PACEÑO	13
6.3. ESTABLECIMIENTOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN MUNICIPIO PACEÑO – RED DE SALUD N°5 SUR.....	14
6.4. CENTRO DE SALUD INTEGRAL DE CHASQUIPAMPA.....	14
6.5. CALIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO EXTERNO EN EL MUNICIPIO PACEÑO	14
6.6. HISTORIA DE LA CALIDAD	15
6.7. GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITALARIA.....	20
6.8. PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LOS USUARIOS	20
6.9. ATENCIÓN ENFOCADA EN EL USUARIO.....	21
6.10. METODOLOGÍA SERVQUAL.....	22
6.11. SATISFACCIÓN DEL USUARIO HOSPITALARIO	24
6.12. TALENTO HUMANO EN LA CALIDAD DEL SERVICIO HOSPITALARIO	25
6.13. SERVICIO DE EMERGENCIA	26
6.14. TRIAJE HOSPITALARIO	27
6.14.1 MODELOS DE TRIAJE.....	30
6.14.2 PRINCIPIOS DEL TRIAJE.....	30
6.14.3 OBJETIVOS DEL TRIAJE	32
6.15. CALIDAD DE SERVICIO	34
6.16. DIMENSIONES DE LA CALIDAD	38

VII. DISEÑO METODOLÓGICO	40
7.1. DEFINICION DE VARIABLES	40
7.1.1. Tipo de estudio:	40
7.1.2. Universo	40
7.1.3. Población.....	40
7.1.4. Muestra	40
7.1.5. Tipo de muestreo.....	40
7.1.6. Tamaño de muestra	40
7.1.7. Criterios de selección.....	40
7.1.8. Operacionalización de variables.....	41
7.1.8.1. Variables de descripción de características sociodemográficas del grupo de estudio	41
7.1.8.2. Variables de descripción de características relacionadas con la atención de salud en el grupo de estudio	42
7.1.8.3. Variables de descripción de características en los tiempos de atención en el grupo de estudio	43
7.1.8.4. Variables de evaluación de las propiedades psicométricas de reproducibilidad y validez de las expectativas y percepciones de la calidad del servicio según Servqual	43
7.1.9. Fiabilidad y validez del cuestionario.....	43
7.1.10. Recolección de la información.....	44
7.1.11. Descripción de la escala SERVQUAL	44
7.2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	46
7.3. PRESUPUESTO	46
VIII. RESULTADOS	47
IX. CONCLUSIONES	49
X. RECOMENDACIONES	51
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
XII. ANEXOS	54
12.1 ANEXO 1 - ESTRUCTURA DE LA RED DE SALUD DEL MUNICIPIO PACEÑO	54
12.2 ANEXO 2 - RED 5 SUR	55
12.3 ANEXO 3 - ESTRUCTURA DEL CENTRO DE SALUD INTEGRAL CHASQUIPAMPA	56
12.4 ANEXO 4 - ESCALA SERVQUAL	57

12.5 ANEXO 5 - UBICACIÓN DEL CENTRO DE SALUD DE CHASQUIPAMPA	58
12.6 ANEXO 6 - TABLA DE DESCRIPCIÓN DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL GRUPO DE ESTUDIO	59
12.7 ANEXO 7 - TABLA DE DESCRIPCIÓN DE CARÁCTERÍSTICAS RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN DE SALUD EN EL GRUPO DE ESTUDIO	60
12.8 ANEXO 8 - TABLA DE DESCRIPCIÓN DE CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS A LOS TIEMPOS DE ATENCIÓN EN EL GRUPO DE ESTUDIO	61
12.9 ANEXO 9 - TABLA DE EVALUACIÓN DE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE REPRODUCIBILIDAD Y VALIDEZ DE LAS EXPECTATIVAS Y PERCEPCIONES DE LA CALIDAD DEL SERVICIO SEGÚN SERVQUAL.....	62

RESUMEN

Las sociedades científicas de urgencias, recomiendan la implementación de un sistema de triaje estructurado en las salas de emergencias. Este sistema garantiza la categorización de los pacientes según el grado de urgencia según la signo sintomatología que presentan, prioriza la asistencia, garantizando que los valorados como más urgentes sean atendidos prioritariamente.

En nuestro país el año 2005 se promulga la Ley N°3131 del ejercicio profesional médico, constituye un hito histórico para Bolivia porque establece el marco jurídico que institucionaliza la auditoria médica en los ámbitos del acto médico y gestión de la calidad de los establecimientos de salud. Significa dar prioridad a desarrollar un Proyecto Nacional de Calidad en Salud decretado en el año 2008.

El municipio paceño cuenta con experiencia en brindar calidad de atención en salud a la población con la implementación del triaje hospitalario en los segundos niveles de atención y éste se inicia en el año 2016 en el Hospital Municipal La Merced, de la misma manera se ejecuta en el Hospital Municipal Los Pinos en la gestión 2017 y en los 2 nuevos Hospitales Municipales: La Portada y Cotahuma fueron inaugurados con el sistema de triaje en los servicios de emergencias.

Con la información anteriormente detallada el presente trabajo de investigación pretende evaluar la calidad de atención que presta el usuario interno a la población beneficiaria del Centro de Salud Integral Chasquipampa, logrando de esta manera la satisfacción del usuario externo objetivo importante para los gestores de salud.

Palabras clave: calidad, gestión de calidad, sistema estructurado de triaje, triaje hospitalario, percepción, expectativas, satisfacción, usuarios, municipio, normativa.

SUMMARY

Scientific emergency societies recommend the implementation of a structured triage system in emergency rooms. This system guarantees the categorization of patients according to the degree of urgency according to the signs and symptoms they present, prioritizing assistance, guaranteeing that those assessed as most urgent are treated as a priority.

In our country, in 2005, Law No. 3131 on medical professional practice was enacted, constituting a historic milestone for Bolivia because it establishes the legal framework that institutionalizes medical auditing in the areas of medical acts and quality management of health establishments. It means giving priority to developing a National Health Quality Project decreed in 2008.

The municipality of La Paz has experience in providing quality health care to the population with the implementation of hospital triage in the second levels of care and this began in 2016 at the La Merced Municipal Hospital, in the same way it is executed in the Los Pinos Municipal Hospital in 2017 and the 2 new Municipal Hospitals: La Portada and Cotahuma were inaugurated with the triage system in the emergency services.

With the information detailed above, this research work aims to evaluate the quality of care provided by the internal user to the beneficiary population of the Chasquipampa Comprehensive Health Center, this achieving the satisfaction of the external user, an important objective for health managers.

Keywords: quality, quality management, structured triage system, hospital triage, perception, expectations, satisfaction, users, municipality, regulations.

I. INTRODUCCIÓN

Hoy en día es imprescindible prestar una asistencia médica con calidad, oportuna e inmediata en las salas de emergencias, basada en un mejor conocimiento del tipo de pacientes que son atendidos en ellos, que permita una mejor organización y una distribución de los recursos sanitarios destinados a la atención de emergencia eficiente. (1)

Para conseguir todo lo descrito anteriormente, existe un consenso generalizado entre las sociedades científicas de urgencias a nivel mundial, en recomendar la implementación de un sistema de triaje estructurado en las salas de emergencias. El sistema de triaje estructurado garantiza la categorización de los pacientes según el grado de urgencia de los síntomas y signos que presentan, prioriza la asistencia de los mismos, garantizando que los valorados como más urgentes sean atendidos prioritariamente cuando la situación del servicio origina una espera prolongada para la visita. (2)

El objetivo básico de la implementación de un sistema de triaje estructurado de cara al paciente es controlar su riesgo ante una eventual espera para ser atendido; es decir, aumentar su seguridad, aunque el triaje estructurado aporta mejoras en aspectos como la accesibilidad y disponibilidad de los profesionales de cara al paciente, que se convierte en el verdadero centro de la asistencia, así como un mayor acceso a la información y sobre todo una mayor humanización de la asistencia, incidiendo directamente en aspectos como el respeto, la amabilidad, la comunicación, el bienestar, la atención personalizada, la intimidad y la confidencialidad. (3)

Para el profesional de emergencias el triaje estructurado ofrece un nuevo marco asistencial, un lenguaje nuevo y común para todos los dispositivos asistenciales, un sistema de gestión asistencial homogéneo y universal, que abre las puertas a una asistencia más eficiente, potenciando aspectos como

el control total del proceso asistencial, la continuidad asistencial, el trabajo interdisciplinario en equipo y el desarrollo profesional. (2)

La introducción del sistema de triaje estructurado representa un cambio total en la forma de asistir a los pacientes y permite mejorar de forma continua la calidad asistencial. Con él se introduce una nueva filosofía de trabajo basada en el orden y el control de los procesos. Lo más importante es, sin duda, la mayor capacidad de gestión de la información de cara a la mejora continua de la calidad que el triaje estructurado ofrece. El triaje, estructurado y en continua mejora, es la apuesta de futuro más firme que tienen, desde hace años, las salas de emergencias para mejorar. Además, el triaje estructurado abre las puertas a procesos de organización interna de las salas de emergencias y a la coordinación entre niveles asistenciales, cosa imprescindible si queremos orquestrar un sistema sanitario homogéneo y eficiente. (1)

Esta visión holística que plantea el triaje estructurado, bien entendida y apoyada tanto por los profesionales como por los gestores y responsables políticos, lo convierte en un potente motor de cambio, modernización y mejora de los servicios donde se aplica. Previamente a la implementación de un sistema de triaje estructurado es necesario tener un claro conocimiento de las características óptimas que ha de tener dicho sistema, como también sus principios y sus objetivos. (3)

II. ANTECEDENTES

Durante el siglo XIX se introdujo algún tipo de priorización en las “plantas de accidente” abiertas en los hospitales, pero no se puede hablar de una descripción sistemática del triaje en los cuartos de urgencias hasta que E. Richard Weirner lo introdujo en Baltimore en 1964. Durante los años 60, en los E.E.U.U. se desarrolló un sistema clásico de clasificación en 3 niveles de categorización, que fue superado a finales del siglo pasado por un nuevo sistema americano de cuatro niveles. Estos sistemas no han conseguido un grado de evidencia científica suficiente como para ser considerados estándares del triaje moderno.

Paralelamente al nacimiento del sistema americano de 4 niveles, en Australia, se fue consolidando la Escala Nacional de triaje para los cuartos de urgencias australianos (National Triage Scale for Australian Emergency Departments: NTS), que nació de la evolución de una escala previa de 5 niveles, la Escala de Ipswich. La NTS, planteada en 1993 por el Colegio Australiano de Medicina de Emergencias, fue la primera escala con ambición de universalización basada en 5 niveles de priorización. En el año 2000, la NTS fue revisada y recomendada como Escala australiana de triaje (Australian Triage Scale: ATS). Tras la implantación de la NTS, y claramente influenciadas por esta, en diferentes países se han ido desarrollando sistemas o modelos de triaje que han adaptado sus características, y que han tenido como objetivo la implantación del modelo o sistema, como modelo de triaje de urgencias universal, en sus respectivos territorios.

Así, podemos decir que actualmente existen cinco sistemas, escalas o modelos de triaje:

- La Escala canadiense de triaje y urgencia para los cuartos de urgencias (Canadian Emergency Department Triage and Acuity

Scale: CTAS) (introducida por la Asociación canadiense de médicos de urgencias (CAEP) en 1995, utilizando la NTS como referente).

- El Sistema de triaje de Manchester (Manchester Triage System: MTS) (introducido por el Grupo de triaje de Manchester en 1996).
- El Índice de severidad de urgencias de 5 niveles de triaje (Emergency Severity Index 5 level triage: ESI) (desarrollado por el Grupo de trabajo del ESI en los E.E.U.U. en 1999).
- El Modelo andorrano de triaje (Model Andorrà de triatge: MAT), aprobado por el Servicio andorrano de atención sanitaria (SAAS) en 2000 y aceptado como estándar catalán de triaje por la Societat Catalana de Medicina d'Urgència (SCMU) en 2002 y como estándar andorrano por la Societat Andorrana d'Urgències i Emergències (SAUE), y que utiliza la CTAS como referente. La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) adopta el Sistema Español de Triaje (SET), una adaptación del MAT, como estándar español de triaje.

Los esfuerzos por mejorar la calidad de los servicios en Bolivia se remonta a fines de la década de 1990, abordando la problemática de la atención médica para que sea eficiente, eficaz y equitativa por parte del sistema de salud con una propuesta de transformación que exigía la necesidad de contemplar los aspectos relacionados con la evaluación y garantía de calidad, como fuera propuesta en un documento original en mayo de 1989, con el nombre de “Guía para una estrategia de evaluación y garantía de calidad de los sistemas de atención de salud”. A su vez, el proceso de acreditación de hospitales como política de la calidad en Bolivia, se inicia en julio de 1992, siguiendo la corriente establecida por la OMS/OPS y la Federación Latinoamericana de hospitales con la necesidad de incorporar mecanismos y estrategias de garantías de calidad en la atención de la salud ofrecida por los hospitales. En el periodo 1993 – 1994 adaptan el manual de acreditación de hospitales propuesto por la OMS/OPS y la Federación Latinoamericana de hospitales de América Latina y el Caribe. En abril de

1994 se aprueba la conformación de la Comisión Nacional de Acreditación de Hospitales de Bolivia.

En el año 2000, el Instituto Nacional de Seguros de Salud INASES implementa los instrumentos de control médico en los servicios de salud de la seguridad social boliviana, en el año 2003, a través de un convenio interinstitucional establecido por el Ministerio de Salud y Previsión Social, Colegio Médico de Bolivia, Universidad Pública e INASES se pone en marcha un importante proyecto de capacitación de post grado en las universidades públicas en las ciudades de La Paz, Cochabamba, Santa Cruz, Tarija y Sucre formando alrededor de 150 profesionales con el perfil de Gestores de Calidad y Auditores Médicos.

En el año 2005 se promulga la Ley N°3131 del ejercicio profesional médico, constituye un hito histórico para Bolivia porque establece el marco jurídico que institucionaliza la auditoria médica en los ámbitos del acto médico y gestión de la calidad de los establecimientos de salud. La creciente insatisfacción de los usuarios expresada en desconfianza e incremento de reclamos y demandas judiciales por mala práctica médica, significa dar prioridad a desarrollar un Proyecto Nacional de Calidad en Salud decretado en el año 2008.

El municipio paceño cuenta con experiencia en brindar calidad de atención en salud a la población con la implementación del triaje hospitalario en los segundos niveles de atención y éste se inicia en el año 2016 en el Hospital Municipal La Merced, de la misma manera se ejecuta en el Hospital Municipal Los Pinos en la gestión 2017 y en los 2 nuevos Hospitales Municipales: La Portada y Cotahuma fueron inaugurados con el sistema de triaje en los servicios de emergencias.

III. JUSTIFICACIÓN

Con la información internacional y nacional antecedida el presente trabajo de investigación pretendió evaluar la calidad de atención que presta el usuario interno a la población beneficiaria del Centro de Salud Integral Chasquipampa, logrando de esta manera la satisfacción del usuario externo objetivo importante para los gestores de salud.

Uno de los avances más significativos de la medicina y enfermería del servicio de emergencias en los últimos años ha sido la estructuración y aplicación del triaje de emergencias. Existe un consenso generalizado, en que la calidad en la atención del paciente se beneficia de la implementación del triaje estructurado y de la Categorización de la urgencia en la sala de emergencias. Además, el triaje estructurado se ha convertido en un componente fundamental y en piedra de toque de la gestión clínica de las salas de emergencias, del análisis de la casuística y de la comparación entre ellos. El triaje es ampliamente utilizado en la auditoría y en la mejora de la calidad de las salas de emergencias donde se aplica, habiendo demostrado un extraordinario potencial en la investigación. (4)

Aunque la estructuración del triaje en las salas de emergencias, basada en la evidencia científica disponible, aporta beneficios inmediatos y directos a los responsables de la gestión sanitaria, desde un punto de vista asistencial, la importancia de la disponibilidad de un sistema de triaje estructurado sobre pacientes y profesionales, se hace más aparente cuando la sobrecarga de los servicios aumenta y los recursos disponibles disminuyen, ya que es cuando más necesario se hace controlar el riesgo de los pacientes. (5)

Por otra parte, el análisis de los tiempos de espera según el nivel de triaje proporciona una herramienta clara y comparable para definir el nivel de saturación que sufre un cubículo de la sala de emergencias en un momento dado. La experiencia en la implantación de sistemas de triaje estructurado,

ha permitido conocer los objetivos del triaje estructurado, los principios y características que ha de tener, los factores de éxito para su implementación; así como, las necesidades adaptativas en las salas de emergencias para conseguirlo. (6)

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El propósito del presente trabajo de investigación es poner a disposición de los Gerentes de Red del municipio de La Paz, la información actualizada necesaria para implementar un sistema de triaje estructurado, en las salas de emergencias de los establecimientos de salud. Dado que unos de los factores fundamentales de éxito en la implementación de un sistema de triaje estructurado es la adhesión de los responsables de la gestión, considerándose especialmente pertinente profundizar en todos aquellos aspectos que vinculan la implementación del triaje estructurado a la gestión clínica, a la mejora continua de la calidad y a la gestión del conocimiento.

Un sistema de triaje estructurado moderno, es entendido como un sistema integral de calidad para las salas de emergencias, cuya implementación tiene efectos directos positivos sobre los pacientes, sobre los profesionales y sobre el sistema sanitario en su globalidad.

Por tal motivo se debe establecer en las salas de emergencias un Triaje Hospitalario de 5 niveles, para optimizar la atención del usuario y mejorar la sobrecarga de la sala de emergencias:

- Nivel I (Resucitación): Situaciones que requieren resucitación, con riesgo vital inmediato.
- Nivel II (Emergencia): Situaciones de urgencia, de potencial riesgo vital.
- Nivel III (Urgencia): Situaciones de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital previsible, la resolución de las cuales depende radicalmente del tiempo.
- Nivel IV (Urgencia menor): Situaciones de menor urgencia, potencialmente complejas, pero sin riesgo vital potencial.
- Nivel V (Sin urgencia): Situaciones no urgentes, que permiten una demora en la atención o pueden ser programadas, sin riesgo para el paciente.

La medición en la calidad de servicios de salud es motivo de interés de muchas instituciones de salud a nivel mundial, ya que es parte fundamental de los servicios que se le brindan al paciente. Por esto, la participación del usuario resulta determinante para establecer procesos de mejoramiento y mediciones acerca de la calidad percibida en los servicios de salud.

V. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad en la atención de salud al realizar el triaje hospitalario midiendo la satisfacción del usuario a través del uso del Servqual dirigida a la población que acude al servicio de emergencias del centro de salud integral de Chasquipampa en la ciudad de la paz en la gestión 2020.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OE1.- Implementar un sistema de “Triage Hospitalario” para mejorar la calidad en la atención de salud a la población que asiste al servicio de emergencias del centro de salud integral de Chasquipampa.

OE2.- Conocer las expectativas que tiene el usuario externo acerca de la atención del servicio de emergencias del Centro de Salud integral de Chasquipampa antes y después de haber ingresado al servicio.

OE3.- Saber las percepciones que tiene el usuario externo acerca de la atención de emergencias del Centro de Salud integral de Chasquipampa antes y después de haber ingresado al servicio.

VI. MARCO TEÓRICO

6.1. DEFINICIÓN DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE PRIMER NIVEL

El primer nivel de atención es la unidad básica operativa integral de la red funcional de servicios de salud, se constituye en la puerta de entrada al sistema de salud con el objeto de contribuir a mejorar la calidad de vida y la situación de salud de las personas, familias y comunidades, mediante las funciones de atención integral e intercultural de salud, docencia e investigación, gestión participativa y control social de la salud. Responsable de otorgar atención integral e intercultural en cuanto a promoción, prevención, diagnóstico de la salud y tratamiento de la enfermedad y recuperación de la salud. (7)

6.2. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN MUNICIPIO PACEÑO

Hasta la gestión 2012, el municipio de La Paz contaba con 148 establecimientos de salud entre públicos y privados, de los cuales 9 pertenecían a Cajas de Seguro, 9 eran hospitales de tercer nivel, 10 institutos especializados, 5 hospitales generales, 20 hospitales básicos de segundo nivel y 113 centros de salud de primer nivel. (7)

Para la gestión 2019 el municipio paceño contaba con 67 centros de salud de primer nivel, distribuidos en 5 redes de salud. **(Anexo N°1):**

- Red de salud N°1 COTAHUMA
- Red de salud N°2 MAX PAREDES
- Red de salud N°3 PERIFERICA
- Red de salud N°4 SAN ANTONIO
- Red de salud N°5 SUR

6.3. ESTABLECIMIENTOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN MUNICIPIO PACEÑO – RED DE SALUD N°5 SUR

La Red de Salud N° 5 – Sur, cuenta con 12 centros de salud y 1 centro materno infantil, este último es el Centro integral de Chasquipampa, realiza atención durante los 7 días de la semana y las 24 horas del día, cuenta con 30 funcionarios en sus diferentes turnos que atienden a más de 21 mil personas. El resto de los centros de la red atiende entre 6 y 12 horas al día y en promedio con 5 funcionarios, a una población de 11 mil personas promedio. (7)

6.4. CENTRO DE SALUD INTEGRAL DE CHASQUIPAMPA

Es el establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive, ubicada en la cabecera de municipio, es el eje principal de la red, tiene una población según la ubicación geográfica, en área rural de 10.000 a 30.000 habitantes aproximadamente y en el área urbana de 20.000 a 50.000 habitantes aproximadamente, brinda atención integral de salud las 24 horas, presenta un equipo de salud que proporciona consulta ambulatoria médica, odontológica y atención del parto normal biomédico y con adecuación cultural para el parto ancestral, así como internación eventual, transitoria de observación no quirúrgica con carácter resolutivo o para estabilización y referencia. Dependiendo de sus prestaciones e infraestructura cuenta con personal gabinetes o servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento. (**Anexo N°2**)

6.5. CALIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO EXTERNO EN EL MUNICIPIO PACEÑO

Calidad de atención es el "grado en el cual los servicios de salud para individuos y población mejoran la posibilidad de lograr los resultados

deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales". Implícito en las diversas definiciones se encuentran los objetivos de la calidad de la atención en nuestro país como: el buen desempeño profesional, el uso eficiente de los recursos, garantizar el mínimo daño y lograr la satisfacción del paciente y los familiares.

La mayor calidad de atención para el paciente se ofrece en las especialidades de los hospitales del Sistema Nacional de Salud en nuestro país, en comparación a las clínicas privadas, la atención en los hospitales Obrero, De Clínicas y Materno Infantil de la ciudad de La Paz no tiene comparación con relación a las clínicas privadas, el nivel de calidad es superior en estos nosocomios por tener mayor cobertura en especialidades y los pacientes son atendidos oportunamente en varias especialidades de acuerdo a la emergencia que presenten, ya que estos hospitales cuentan con estos profesionales las 24 horas del día, lo contrario ocurre en las Clínicas Privadas donde la atención de emergencia está a cargo de un médico general y para ser atendido en una especialidad de emergencia, se debe llamar al médico especialista y en algunos aguardar por este muchas horas.

Solamente el 33% de la población a nivel nacional está asegurada, lo que constituye un porcentaje muy bajo, lo que significa que la población por urgencia y necesidad tiene que recurrir a los centros privados para aliviar sus falencias.

6.6. HISTORIA DE LA CALIDAD

La importancia de la calidad para la competitividad de las empresas es innegable; la función de calidad dentro de las organizaciones, su impacto en el mercado, el progresivo aumento del interés de la comunidad académica, los cambios que ha sufrido en sus principios y prácticas, la organización de los expertos en la materia son indicadores de su avance. El proceso de

evolución de la calidad, cambios de concepto, cambios de enfoque, tocando temas asociados como el control, el aseguramiento, la gestión y el mejoramiento. (1)

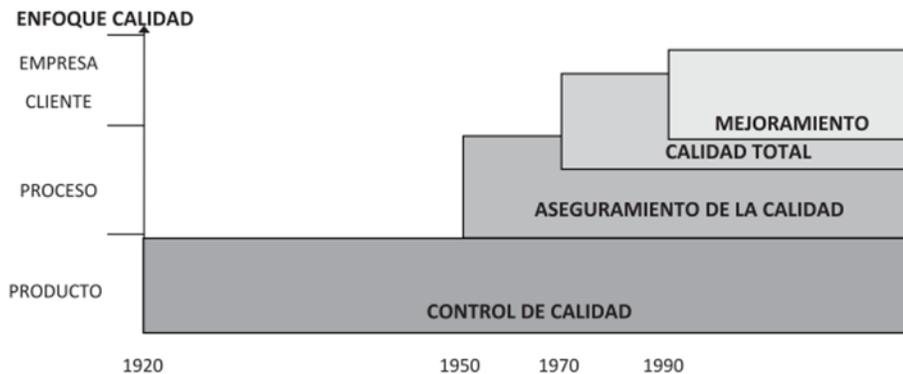
A finales del siglo XIX, en los Estados Unidos desaparece totalmente la comunicación estrecha que existía entre los fabricantes y sus clientes, debido a la imposibilidad de los productores de comunicarse y satisfacer individualmente las necesidades de cada uno de sus clientes, como consecuencia de la aparición del sistema de producción en serie, el cual se caracteriza por la poca flexibilidad del producto. En pocas palabras, se inició formalmente el proceso de estandarización de las condiciones y métodos de trabajo. Es entonces cuando aparecen las teorías sobre la administración científica, cuyo pionero fue Frederick Winslow Taylor (1911). Según Evans y Lindsay (2008), uno de los principios fundamentales de esta teoría determina que las actividades de planificación y ejecución del trabajo deben estar totalmente separadas con el objetivo de aumentar la productividad. Este nuevo esquema generó inicialmente una disminución clara en la calidad del producto, debido a que los errores humanos aumentaron en gran medida al desaparecer la inspección realizada por cada operario anteriormente. Así aparecen por primera vez en los organigramas de las empresas los departamentos de control de calidad que, a través de la inspección, verifican uno a uno los productos terminados para detectar sus defectos y proceder a tomar las medidas respectivas de solución y evitar así que los mismos lleguen al consumidor. En esta etapa, calidad significa atacar los efectos y no la causa; se encuentra un enfoque netamente correctivo, porque los responsables son únicamente los inspectores de calidad, que soportan sus decisiones en inspecciones visuales y en la utilización de algunos instrumentos de medición para realizar comprobaciones de producto contra unos estándares fijados para éste.

En 1924 el matemático Walter Shewhart diseñó una gráfica de estadísticas para controlar las variables del producto, dando así inicio oficial a la era del control estadístico de calidad, lo cual proporcionó un método para controlar la calidad en medios de producción en serie a unos costos más económicos que los anteriores. El objetivo de este nuevo método era mejorar, en términos de costo-beneficio, las líneas de producción, aplicando la estadística de manera eficiente para elevar la productividad y disminuir los errores (Shewhart, 1931). Cabe anotar que además de su preocupación por la estadística aplicada al control de calidad, Shewhart también se preocupó por el rol administrativo de la calidad, diseñando el famoso ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar), bautizado más adelante por los japoneses como el ciclo Deming, el cual es la base de los sistemas de gestión de calidad existentes en la actualidad. Al estallar la Segunda Guerra Mundial, el control estadístico de calidad se convirtió de manera paulatina en un arma secreta de la industria. Así, los estudios industriales sobre cómo elevar la calidad basándose en el nuevo método estadístico propuesto condujeron a los norteamericanos a liderar la segunda etapa del desarrollo de la calidad, conocida como aseguramiento de la calidad.

El periodo comprendido entre la terminación de la Segunda Guerra Mundial y el fin de la década del setenta, aportó el mayor porcentaje de la fundamentación teórica y conceptual de la calidad que conocemos hoy. Posteriormente a esta década, y como consecuencia de los nuevos esquemas económicos mundiales, se presenta una tercera etapa en el desarrollo de la Calidad. Aparece en el escenario mundial “El Proceso de Calidad Total”. Esta cuarta etapa, en la cual se encuentra la calidad actualmente es conocida como mejora continua de la calidad total. La competencia empieza a ser cada vez más fuerte, los mercados se globalizan y la industria occidental, y particularmente la estadounidense, comienza a perder el liderazgo en sectores donde durante décadas había disfrutado de una posición ventajosa (automóviles, acero, semiconductores, ordenadores, etc.).

Desde el punto de vista conceptual, se pueden identificar claramente cuatro etapas del desarrollo de la calidad: control de calidad, aseguramiento de la calidad, proceso de calidad total y mejora continua de la calidad total.

Gráfico N°1 Evolución conceptual de la calidad



Fuente: Elaboración propia de los autores

Internacionalmente, las organizaciones están implementando el modelo de gestión de calidad basado en procesos, el cual enuncia que para que una organización funcione eficazmente tiene que establecer y gestionar diversas actividades relacionadas entre sí. Se denomina “enfoque basado en procesos” porque aplica un sistema de procesos dentro de la organización, la identificación e interacción de éstos, así como su gestión para producir los resultados deseados.

El gráfico 2 ilustra las relaciones-vínculos entre los procesos que contienen los capítulos 4 a 8 de la Norma NTC-ISO 9001:2008, donde los clientes cumplen un rol relevante para definir los requisitos como entradas. El seguimiento de la satisfacción del cliente requiere una evaluación de la percepción de éste acerca de si la organización ha cumplido cumple o no sus requisitos.

Gráfico N°2 Modelo de un sistema de gestión de calidad basado en procesos



Fuente: ISO 9001:2015

La definición de calidad en el cuidado de la salud reúne aspectos adicionales a la calidad técnica de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, reuniendo habilidades de la manera de responder preguntas a los pacientes de forma rápida y entendible, o fomentar los procedimientos médicos de tal forma que no atemorizen a los pacientes al momento de recibir la noticia sobre su estado de salud actual. (2)

En la actualidad la satisfacción de los usuarios es utilizada para realizar evaluaciones por medio de las intervenciones donde toman participación los médicos y servicios sanitarios, pues esta evaluación brinda información acerca de la calidad percibida por los clientes en calidad de estructura, procesos y resultados obtenidos. Se dificulta dar una definición en base a lo que significa calidad, hay que considerar que las dimensiones que toman en cuenta los usuarios para dar una definición exacta o aproximada a la realidad de la misma; se centra en la eficiencia, accesibilidad, relaciones interpersonales, seguimiento y comodidad ofrecida en el establecimiento de su agrado.

6.7. GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITALARIA

En base a la investigación exhaustiva por parte de Naranjo y Andrade (2016) concluyeron que cuando las estrategias están orientadas a los usuarios se puede conseguir la mejora en la atención a los pacientes; estos pueden sentirse satisfechos con los servicios receptados, siempre y cuando los procesos dentro de la institución estén alineados en forma que beneficien a las personas que acuden al centro, sino se propone un enfoque en base al comportamiento del consumidor no se pueden lograr beneficios a largo plazo. Según Rojas al buscar una explicación sobre la gestión de calidad hospitalaria, partiendo de la percepción del cliente o usuario; se puede definir como la orientación de la organización hacia el usuario cuando los hospitales realizan esfuerzos internos adecuados para que el cliente, usuario o paciente logre sentirse de la mejor manera.

6.8. PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LOS USUARIOS

La calidad de los servicios de salud debe ser medida desde el punto de vista del cliente. Según Chávez, Rojas, Bravo y Guzmán un modelo muy conocido para determinar el nivel de calidad de los servicios es el modelo SERVQUAL, este mide la brecha entre expectativas y percepciones de los clientes con respecto a los servicios evaluados. Para poder construir un puente donde se obtenga una percepción positiva del usuario hay que brindar un trato digno; de tal manera, que no sólo la persona se sienta a gusto con la atención que experimenta; sino que, también gocen de este beneficio los familiares. Se hace referencia a que una atención enfocada al usuario logrará que se cumplan los objetivos dentro de cualquier organización. Para poder conseguir una reestructuración como esta, hay que realizar una reingeniería en base a los procesos, se tiene que cambiar la forma de pensar por parte de los centros de salud; la salud no sólo se tiene que medir en base a productividad y tecnología, sino que se tiene que redirigir esta medición desde el punto de vista de la satisfacción del usuario.

6.9. ATENCIÓN ENFOCADA EN EL USUARIO

Cuando existe una gestión interna orientada al usuario se debe otorgar la mayor prioridad a los mismos para obtener un alto nivel de satisfacción; con respecto a los servicios que se entreguen. Con todo esto se busca elevar los estándares de calidad del establecimiento en base al pensamiento y percepción de los pacientes. El cambio debe dirigirse hacia una transformación de la actitud y enfoque de los trabajadores, aceptando toda referencia, queja e inquietudes de los clientes.

Chávez et al. señalaron que cuando en un establecimiento de salud se toma en consideración las tres variables, como son las referencias, quejas e inquietudes se puede llegar a corregir errores de los cuales el personal interno del establecimiento no pudo haberse dado cuenta. Los usuarios externos, en este caso los pacientes tienen una visión diferente con respecto a la visión que tienen los colaboradores de los hospitales. El tomar en cuenta variables como referencias, quejas e inquietudes de los pacientes, sirve de una gran manera para el mejoramiento activo de los procesos dentro de una institución de salud u otra organización.

La cultura organizacional dentro de un hospital es importante, para que los procesos internos puedan ser desarrollados de una forma correcta los colaboradores deben de estar identificados con los objetivos que el hospital desea alcanzar. Si una institución logra cerrar brechas entre el mismo hospital y el personal administrativo, doctores y demás trabajadores existirá una mejor gestión y se conseguirán resultados positivos. Muy aparte de constar de una cultura orientada al logro profesional, se tiene que formar una cultura enfocada a los usuarios y pacientes; una vez, que se logre conseguir potenciar una cultura interna se podrá obtener personas satisfechas por medio del servicio de atención que se brinde.

6.10. METODOLOGÍA SERVQUAL

Según investigaciones anteriores se puede constatar que la aplicación del modelo SERVQUAL es el más utilizado para evaluar la calidad de los servicios públicos. Según el modelo SERVQUAL creado por Parasuraman, Valarie, Zeithaml y Berry existen cinco dimensiones de la calidad, las cuales son presentadas a continuación (**ANEXO N°4**):

- **Tangibles:** Se refiere a la estructura interna de un establecimiento o institución, todo lo que los usuarios pueden visualizar. En este punto se hace referencia a la perspectiva que tiene el cliente en base a la visualización una vez que ingresa al establecimiento, con respecto a la infraestructura del inmueble, la presentación del personal, la forma en como receptan la información, si es clara o no, el estado en el cual están los equipos.
- **Fiabilidad o presentación del servicio:** Habilidad para generar el desarrollo del servicio de una excelente forma, tal como se prometió en primera instancia. En este punto los usuarios pueden darse cuenta sobre la habilidad que tienen los médicos profesionales al momento de la cita médica, la forma en el cual reciben la información sobre su salud, y la confianza que ellos puedan transmitir; inclusive, la manera en la cual despejan sus dudas.
- **Capacidad de respuesta:** Cuando los colaboradores del servicio tienen el deseo de ayudar a los usuarios de forma rápida y concisa. Se toma muy en cuenta la percepción que tienen los usuarios con base al servicio que reciben desde su llegada al hospital, estos percibirán la forma del servicio brindado por parte del personal y su rapidez para resolver los problemas.
- **Seguridad:** La manera en la que el personal refleja confianza para los usuarios. En este punto se hace referencia a la seguridad que transmite cada colaborador que labora en el hospital, se toma muy

en cuenta desde el trato del personal de seguridad al momento de ingresar el usuario al establecimiento, así como el profesionalismo del personal administrativo.

- Calidez o empatía: Se refiere a la atención personal que se le ofrece a cada usuario; de tal manera, que el colaborador pueda comprender lo que necesita el cliente en determinado momento. Además, es la principal fuente para generar buenas referencias sobre el servicio brindado de un hospital o institución de salud. Dentro del hospital debe existir un ambiente de comprensión y de entendimiento al cliente, se deberá garantizar la calidez con la cual los colaboradores tratan a los usuarios.

La metodología del modelo de calidad de servicio SERVQUAL está planteada con el objetivo de que mediante la implementación del modelo se logre identificar las necesidades que tienen los usuarios, Este modelo permite la determinación de cinco brechas estipuladas en base a la relación de expectativas y percepciones del usuario con respecto al servicio; a continuación, se detallan estas brechas según Parasuraman:

- Brecha que aparece entre los servicios que el establecimiento espera ofrecer, y el servicio recibido por los usuarios. Siempre un establecimiento trata de brindar un servicio de calidad, pero no siempre el servicio brindado satisface las expectativas de los clientes, afectando sus percepciones.
- Brecha que se refleja entre el servicio que los colaboradores pretenden brindar contra las condiciones del mismo. Existe todo tipo de servicio dentro de un hospital, pero no está demás destacar que no todos los servicios que los colaboradores ofrecen tienen alta flexibilidad, todo servicio está expuesto a limitantes; por lo tanto, hay que buscar la manera para que esos servicios puedan satisfacer a los usuarios.

- Brecha entre las especificaciones del servicio recibido y lo que ofrece como respuesta el usuario en base a lo receptado. Existe una causa y efecto entre las especificaciones de algún servicio en particular con la recepción del mismo por parte de los usuarios.
- Brecha sobre lo que el usuario percibe en comparación con la expectativa que se le había generado. Existen momentos en los cuales los usuarios tienen sus niveles de expectativas altos, pero esos niveles caen rotundamente al momento de percibir un mal servicio; partiendo de esto, la calidad de servicio baja cuando el cliente no obtiene lo que esperaba recibir en determinado momento.
- Brecha en relación con el servicio recibido y el servicio de expectativa. Se habla de los niveles de expectativas, todo usuario o cliente de alguna determinada industria tiene expectativas acerca de un producto o un servicio. Un cliente o usuario siempre esperará el máximo nivel de calidad de un producto o servicio, pero cuando lo percibido es lo opuesto, sus niveles de confianza y satisfacción bajan.

Las brechas dos, tres y cuatro están vinculadas con el personal que forma parte de los establecimientos de salud; siendo estas, las que tienen influencia sobre la brecha número cinco. La brecha uno y cinco están relacionadas con los usuarios. Cuando se toma en consideración las brechas en una situación donde existen usuarios satisfechos como insatisfechos se habla de generar un acercamiento de cada brecha llegando hasta el límite de poder cerrarlas, cuando se logra cerrar o mantener cerradas las brechas se tiene como resultado la satisfacción del cliente sobre la calidad del servicio recibido.

6.11. SATISFACCIÓN DEL USUARIO HOSPITALARIO

Según Sánchez la satisfacción se presenta en todo momento, esta variable se origina de acuerdo al entorno en donde el usuario está recibiendo el

servicio, la percepción determinará que la persona desarrolle una sensación satisfactoria o no con respecto al proveedor del servicio de salud. Existen varios intermediarios que permiten que se produzca la percepción y por consiguiente que se desarrolle la satisfacción. Aquellos intermediarios pueden ser lo visual como lo es la apariencia de la estructura del hospital o consultorio, las actitudes que pueden demostrar los médicos, personal administrativo; incluso, los de limpieza y de seguridad.

Se habla de la satisfacción como un punto inconstante dentro del entorno de un cliente o usuario; es decir, que para que una persona pueda sentirse satisfecha debe vivir experiencias que provocan un efecto positivo que garantice que la persona pueda generar buenas referencias acerca de la atención que recibió en un hospital determinado. Dentro de una sala de espera muy aparte de la escasa calidad de atención que se brinde, el tiempo es un factor que puede generar insatisfacción en una persona, los tiempos largos de espera y sin respuesta alguna permitirán que algún familiar o persona cercana al paciente pueda reflejar su descontento o disgusto acerca del servicio. Una institución o centro de salud hospitalario que no disponga de una correcta gestión y control interno tendrá problemas cuando exista una aglomeración de personas en sus instalaciones, la medición es que a mayor exceso de usuarios incrementan los tiempos de para y disminuyen los niveles de satisfacción.

6.12. TALENTO HUMANO EN LA CALIDAD DEL SERVICIO HOSPITALARIO

Según Bonifaz el departamento de Recursos Humanos o talento humano es un área que funciona en diferentes instituciones dedicadas a la salud. Esta área de trabajo tiene que disponer de una visión diferente; de acuerdo, a la organización en donde opera; sin más preámbulos, dentro de un hospital el enfoque es totalmente distinto, el talento humano (los colaboradores) tienen objetivos, y visión diferente en comparación con los trabajadores de una empresa de productos de distinta índole; por lo tanto, este departamento

presenta una gran importancia; ya que, su participación y funcionamiento permite que la situación interna de un hospital pueda mostrarse organizada y también brinda la posibilidad de realizar esfuerzos y estrategias para contar con empleados, en este caso doctores y personal administrativo capacitados para realizar las actividades correctas con respecto al alcance de objetivos. La capacitación es una actividad que tiene características de una clase educativa, orientada al logro profesional y a la obtención de conocimientos que ayuden a lograr que un hospital pueda alcanzar sus objetivos, esta acción también apoya a que los colaboradores puedan resaltar sus capacidades y habilidades. La capacitación es planificada por el personal de Recursos Humanos y tiene como finalidad cambiar la cultura interna del personal y su actitud.

6.13. SERVICIO DE EMERGENCIA

Constituye parte fundamental en todos los hospitales, clínicas y otros establecimientos de salud, pues son el primer contacto para los pacientes en situaciones de riesgo. Con el paso de los años éstos servicios vienen experimentando aumento en la demanda de atención, conduciendo a una saturación de las guardias, lo que se traduce en tiempos de espera prolongados e inaceptables desde el punto de vista de la calidad del servicio; esto es un problema en muchos países a nivel mundial. (3)

Además, es un área en el cual el funcionamiento adecuado y eficaz, no solo depende del personal calificado y experimentado sino también, del responsable que toman las decisiones para la optimización de capital humano y priorización de recursos. Es importante señalar que es un área con niveles de presión altos lo cual disminuiría la eficacia de los procesos que se realizan en dicho ambiente. En este sentido el personal debe estar preparado para cualquier eventualidad que puedan presentarse y así tomar las decisiones adecuadas y oportunas.

La creciente demanda ha puesto en marcha la necesidad de implementar métodos para clasificar y ordenar a los pacientes que llegan a solicitar una atención, con mayor rapidez y precisión, es así que hoy en día muchos hospitales usan sistemas de triaje estructurado en sus servicios de emergencia, el objetivo básico de ésta implementación es controlar su riesgo ante una eventual espera para ser atendido; es decir lograr que se pueda atender en forma rápida y eficaz cualquier paciente en una situación de emergencia médica.

6.14. TRIAJE HOSPITALARIO

El término triaje procede del verbo francés *trier*, vocablo que aparece en el siglo XII y que significa “separar”. En la lengua española no existe la palabra triaje como tal, existe el término *tria*; acción y efecto de triar o triarse, que en vocablos sencillos se traduce como priorización, clasificación o selección. El profesional de salud encargado del triaje, realiza el control de las funciones vitales del paciente y determina la prioridad del daño del mismo, a fin de derivarlo al área correspondiente de acuerdo al protocolo de triaje”. Por lo tanto, podemos decir que el triaje es un proceso que identifica y clasifica a los pacientes en niveles de prioridad; el cual es realizado por un profesional de salud calificado, quien determina la gravedad del paciente según su valoración clínica, derivándolo al área correspondiente para su tratamiento oportuno.

En el mismo sentido para fortalecer esta definición el autor Nicolás José y sus colaboradores definen que la clasificación y priorización de pacientes puede realizarse de una forma estructurada o no estructurada. El triaje estructurado hace referencia a la disponibilidad de una escala de triaje válida, útil, relevante y reproducible, y de una estructura física, profesional y tecnológica en los servicios que permitan su realización, según un modelo de calidad evaluable. Sus objetivos finales son: identificar rápidamente los pacientes en situaciones de peligro inminente vital, con objeto de priorizar

su asistencia y disminuir el riesgo, determinar el área de tratamiento más adecuada, permitir una evaluación continua, gracias a reevaluaciones periódicas, proporcionar información que permita conocer y comparar la casuística de emergencia, con la finalidad de optimizar recursos, mejorar la gestión y eficiencia.

Hoy en día existen varios modelos de sistemas de triaje que van desde los 3 a los 5 niveles de clasificación siendo estos últimos (MTS- Manchester, ATS –Australia, CTAS –Canadá, etc.) considerados los más fiables por su mayor discriminación. Según el autor Sanizo Zevallos refiere que los niveles de prioridad del triaje, son una forma en que se estructura la atención al paciente, dependiendo de la gravedad de su patología y del estado general que presente, previa valoración de signos y síntomas. Además, el nivel de prioridad determina la rapidez con que se actúa sobre el paciente y el orden en que éstos serán atendidos.

Así tenemos los siguientes niveles de prioridades de triaje:

Prioridad I (inmediata y /o < 5 minutos): Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata en la Sala de Reanimación.

Prioridad II (10minutos): Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias.

Prioridad III (<20 minutos): Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes.

Prioridad IV (<30 minutos): Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en Consulta Externa.

El tiempo promedio de espera para ser atendido, según casos de prioridad; permitirá evaluar la calidad y oportunidad del servicio que se brinda, a través de la cuantificación del tiempo, desde la recepción hasta la atención

del paciente. Por lo tanto, podemos decir que el tiempo de espera se define como el tiempo que transcurre desde la llegada del paciente hasta el momento que es atendido por un profesional médico calificado. La hora de triaje y la hora de atención, el cual se define según el autor García Gonzales como “el tiempo expresado en minutos comprendido desde que el paciente es clasificado en triaje hasta la hora que recibe atención por parte del personal facultativo”, los cuales son:

Hora de Triaje: Hora en la que se realiza una clasificación por parte del personal de salud responsable de triaje.

Hora de Atención: Hora registrada en la historia clínica en la que se realiza la atención por parte del personal médico.

Se tendrá en cuenta los estándares del tiempo de espera para cada nivel de prioridad, establecidos en la norma técnica de salud de los servicios de emergencia; expresado de la siguiente manera:

Adecuado: si el tiempo de atención cumple con los estándares determinados por la norma técnica en cada nivel de prioridad.

Inadecuado: si el tiempo de atención es mayor que los estándares determinados por la norma técnica en cada nivel de prioridad.

Otro enfoque de las funciones que se realizan durante el triaje se destaca el enfoque de mejora continua. el cual pretende darle a la actividad de triaje un modelo de proceso, donde hay elementos de entrada que son los pacientes que aún no son clasificados en los niveles de prioridad, elementos de salida que son los pacientes que ya están clasificados y los componentes que ayudan a que este proceso sea eficaz y eficiente. La ventaja de este enfoque es que permite fortalecer y mantiene los puntos óptimos del proceso e identificar a través de la trazabilidad los puntos débiles de dicho proceso, estableciéndose de este modo un sistema de mejora continua (4)

6.14.1 MODELOS DE TRIAJE

Existen hasta la actualidad cinco modelos de triaje estructurado:

1. La Australian Triage Scale (ATS)
2. La Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS)
3. El Manchester Triage System (MTS)
4. El Emergency Severity Index (ESI)
5. El Sistema Español de Triage (SET) adoptado por la Sociedad Española de Medicina de Emergencias (SEMES) a partir del Model Andorrà de Triage: MAT

6.14.2 PRINCIPIOS DEL TRIAJE

Según la OPS en su Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de Urgencias los principios fundamentales que caracterizan a un sistema de triaje estructurado y moderno son 5:

- Sistema de triaje de 5 niveles de priorización, normalizado y dotado de un programa informático de gestión del triaje, que permita el registro de la clasificación, el control de todos los pacientes dentro y fuera del servicio y el control de tiempos de actuación (“Timelines”).
- Modelo integrador de los aspectos más relevantes de los modelos actuales de triaje de 5 categorías, a los que ha de aportar aspectos de revisión y adaptación al entorno sanitario donde se aplique.

- Modelo de calidad, con objetivos operativos, propuestos como indicadores de calidad del triaje, fiable, válido, útil, relevante y aplicable.

- Sistema de triaje médico y de enfermería no excluyente, integrado en una dinámica de servicio donde se prioriza la urgencia del paciente, sobre cualquier otro planteamiento estructural o profesional, dentro de un modelo de especialización de urgencias.

- Modelo dotado de un programa informático de ayuda a la decisión clínica en el triaje, evaluado y validado, con ayuda continua y con registro anamnésico del triaje.

- Sistema integrado en un modelo de mejora continua de la calidad, con monitorización de indicadores de calidad del triaje, que defina un estándar de motivos de consulta a urgencias y que permita entre otros, evaluar la casuística del servicio.

- Poder integrar en un modelo global de historia clínica electrónica, integradora de la actividad médica y de enfermería, estandarizada y acorde con estándares de calidad, que permita un total control de la gestión clínica y administrativa del cuarto de urgencias.

- Proponer adaptaciones estructurales y de personal en el cuarto de urgencias, acordes con las necesidades de calidad del sistema de triaje y formación específica para el personal de triaje.

- Sistema de triaje estructurado holístico, de aplicación tanto en el terreno de la urgencia hospitalaria como extrahospitalaria, aplicable tanto a niños como a adultos, y con independencia del tipo de hospital, dispositivo o centro de asistencia.

6.14.3 OBJETIVOS DEL TRIAJE

Los objetivos del sistema de triaje en Emergencia apuntan hacia la identificación oportuna, rápida de los pacientes en situación de riesgo vital, intenta disminuir la congestión de pacientes asegurando el otorgamiento de la prioridad adecuada destinándolo al área más adecuada para tratar el caso. Como ya se ha señalado no es la intención establecer diagnósticos sino otorgar la prioridad de atención. Un aspecto importante es tener como objetivo la información a los pacientes y sus familiares sobre el estado general del paciente y de los tiempos probables de espera.

Entre sus ventajas el triaje proporciona al paciente información sobre su estado de salud y tiempo aproximado de espera priorizando su atención de acuerdo a su gravedad clínica. Asimismo, orienta los flujos de paciente en función a su gravedad permitiendo la reordenación de los recursos de emergencia en función de la demanda.

Entre sus funciones son determinar la situación de riesgo vital del paciente, mediante sistema de prioridades de atención, determinando el área más adecuada para tratar al paciente informando a los pacientes y familiares de las primeras acciones a realizar según su prioridad de atención y el tiempo de espera probable.

6.14.4 INDICADORES DE CALIDAD DEL TRIAJE

La clasificación de un triaje estructurado permite tener índices de calidad. Algunos de ellos son el tiempo de espera para ser atendido en el triaje el que debe ser, en general, menor de 10 minutos. También es índice medible la proporción de pacientes que dejan el hospital sin ser atendidos por un médico y que, en general, debe ser menor del 2%. Se ha planteado indicadores de calidad para el triaje hospitalario los cuales serían:

1. El índice de pacientes perdidos sin ser visitados por el médico que sería un Índice de Calidad de satisfacción, riesgo y adecuación. El estándar establecido se sitúa en 2% del total de pacientes que acuden a urgencias, lo subdividen en:

a. Índice de pacientes perdidos sin ser clasificados que es el porcentaje de pacientes que deciden dejar el servicio de urgencias después de ser registrados administrativamente y antes de ser clasificados, sobre el total de pacientes registrados.

b. Índice de pacientes clasificados y perdidos sin ser visitados por el médico que es el porcentaje de pacientes clasificados que deciden dejar el servicio de urgencias antes de ser visitados por el médico, sobre el total de pacientes clasificados.

2. El tiempo desde la llegada del paciente al servicio de urgencias hasta el momento que se inicia la clasificación. Se recomienda que este tiempo sea de 10 minutos, este índice no tiene un estándar establecido, es difícil de calcular salvo haya un sistema electrónico y automático de registro de llegada.

3. El tiempo de duración de la clasificación (tiempo de duración del triaje), se recomienda que sea 5 minutos.

4. El tiempo de espera para ser visitado, se establece que al menos un 90% de los pacientes tienen que ser visitados por el equipo médico en 2 horas desde su clasificación y el 100% en 4 horas. Los diversos tipos de modelos de triaje, deben tener fiabilidad y reproducibilidad altas. La fiabilidad es un término estadístico que evalúa el grado de uniformidad interevaluador e intraevaluador. Ya sea que dos personas distintas o la

misma persona realicen el triaje obtendrían el mismo resultado.

6.15. CALIDAD DE SERVICIO

La Calidad de servicio ha sido definida de diversas maneras entre las cuales históricamente se tienen las siguientes:

Huerta Medina plantea que La calidad de servicio se define como la identificación y satisfacción de las necesidades de los clientes, se podría decir que la calidad esta descrita como una forma de actitud, vinculada pero no igual a la satisfacción, ésta resulta de la comparación de las expectativas con el desempeño.

Via Puente plantea “La calidad de servicio puede definirse como la diferencia del servicio previsto y finalmente el percibido, anota el problema de la no existencia o vacíos dentro de una atención, por lo cual la percepción es la medida que más se ajusta al análisis. Las percepciones son las creencias que tienen los consumidores sobre el servicio recibido”.

Redhead García plantea el concepto de calidad de servicio en un entorno de salud es muy complejo, porque conlleva un alto riesgo, sin embargo, Wan, lo define como la diferencia entre el servicio previsto o esperado y el percibido atendido. Además, indica que la calidad se divide en dos tipos: calidad técnica referida a la exactitud de los procedimientos, al profesionalismo y competencias del personal las cuales incluyen habilidades clínicas y la calidad funcional, que se refiere a la forma en que el servicio se entrega, es decir las instalaciones, limpieza y actitud del personal. (6)

Luego de mencionar las diversas formas de definir calidad de servicio, es importante mencionar las características que esta variable tiene dentro del sector salud, teniendo en cuenta la normativa del Organización Mundial de la Salud (OMS), una atención sanitaria de buena calidad se caracteriza por lo siguiente:

- ✓ Alto grado de competencia profesional.
- ✓ Eficiencia en la utilización de los recursos.
- ✓ Garantía de riesgo mínimo para los pacientes.
- ✓ Garantía de efecto favorable sobre la Salud.

Cuando uno desea ofertar un servicio de alta calidad sanitaria, éste debe reunir las siguientes características: ser eficaz, eficiente, seguro, adecuado a la demanda, disponible, accesible, tener una continuidad temporal y espacial, condiciones todas que deben estar acompañadas de una organización responsable con elementos tangibles de calidad, con factor humano competente en lo operacional y relacional, que se encuentre satisfecho con su trabajo para que su único fin sea el satisfacer las necesidades de los pacientes Varo.

Distintos autores han dado su punto de vista y establecieron sus propias teorías sobre calidad de servicio, por ello se describen algunas de ellas y posteriormente se mencionan las dimensiones de esta variable. Debe mencionarse, además que en tanto una teoría no pueda ser desvirtuada como falsa o errónea, ella permanece inmutable en el tiempo.

- Teoría de Calidad y Servicio de Karl Albrecht y Jan Carlzon Esta teoría se centra en vender al cliente lo que realmente desea comprar. Partiendo de este concepto Albrecht desarrolla siete puntos que miden la calidad de servicio:

1. Capacidad de respuesta
2. Atención
3. Comunicación fluida, entendible y a tiempo
4. Accesibilidad para quitar la incertidumbre
5. Amabilidad en la atención y en el trato

6. Credibilidad expresada en ellos

7. Comprensión en las necesidades y expectativas del cliente.

Esta teoría se resume en un “triángulo del servicio” que comprende un adecuado sistema, personal con buena predisposición y una estrategia de servicio orientada a las necesidades y como eje principal está el cliente.

- Teoría de Desconfirmación de Expectativas de Oliver Esta teoría se basó en una investigación empírica sobre calidad percibida y satisfacción del consumidor, comprobándose en varias ocasiones que las expectativas funcionan como predictor de la valoración del cliente sobre el servicio recibido. Podríamos decir que, la satisfacción del consumidor es la consecuencia de lo recibido en base a las expectativas que el cliente tiene.

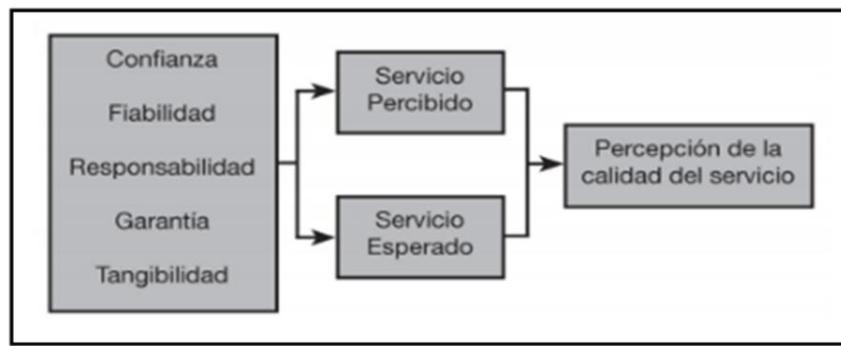
- Teoría de las brechas o Gaps de Valarie A. Zeithaml Esta teoría plantea la existencia de 5 brechas divididas en dos grupos: brechas del cliente y brechas de la empresa o proveedor del servicio; la brecha de los clientes es la expectativa que el cliente tiene de los servicios, basada en experiencias pasadas y la percepción del servicio que se genera una vez experimentado el servicio.

La brecha de la empresa se subdivide en 4 fracciones:

1. No saber lo que el cliente espera.
2. No seleccionar ni el diseño ni estándares del servicio adecuado.
3. No entregar el servicio con los estándares del servicio ya definidos por la empresa.
4. No igualar el desempeño del servicio con las promesas hechas previamente.

En base a la teoría de las brechas o gaps Parasuraman, Zeithaml y Berry definen el Modelo Servqual, modelo que busca cuantificar la calidad de servicio. Este instrumento permite medir la expectativa y la precepción de un cliente apoyándose en los comentarios hechos por los clientes dentro de una investigación. Inicialmente establecieron 10 determinantes de la calidad de servicio, posteriormente determinaron que las 10 dimensiones no son necesariamente independientes una de las otras así que realizaron estudios estadísticos encontrando correlaciones entre las dimensiones iniciales que a su vez permitieron reducirlas a 5 dimensiones: empatía o confianza, fiabilidad, seguridad o responsabilidad, capacidad de respuesta o garantía y elementos de tangibilidad. En el gráfico se muestra el Modelo Servqual del autor Parasuraman.

Gráfico N°3 Modelo Servqual



Fuente: Parasuraman, 1985

El *modelo SERVPERF* en la evaluación del servicio Cronin y Taylor mediante una serie de estudios empíricos realizados en distintas organizaciones de servicios, llegaron a la conclusión de que el modelo SERVQUAL de calidad de servicio, propuesto por Zeithaml, Parasuraman y Berry no era el más adecuado para evaluar la calidad del servicio, ya que este evaluaba a su vez las expectativas y la percepción del servicio, cuya diferencia significarían las distancias entre lo que espera recibir el cliente y lo que finalmente recibe, por lo que Investigaron la capacidad de medición de una escala más concisa que la anterior basada exclusivamente en el desempeño, es decir, medir solamente la satisfacción del

servicio o lo que se conoce como la percepción del servicio producto de la experiencia obtenida, retomando los mismos ítems propuestos por el modelo Servqual, cuya escala fue denominada modelo SERVPERF. Hay que precisar que la escala SERVPERF se fundamenta únicamente en las percepciones, eliminando las expectativas y reduciendo entonces a la mitad las preguntas planteadas originalmente del modelo SERVQUAL. El modelo emplea únicamente las 22 afirmaciones referentes a las percepciones sobre el desempeño percibido del modelo SERVQUAL. El razonamiento que fundamenta el SERVPERF está relacionado con los problemas de interpretación del concepto de expectativa, en su variabilidad en el transcurso de la prestación del servicio, y en su redundancia respecto a las percepciones (7).

6.16. DIMENSIONES DE LA CALIDAD

Valarie A. Zeithaml, citado por Mendocilla Sotomayor, K. P. plantea que la teoría de las Brechas proporciona un instrumento para medir la satisfacción percibida de usuario externo de salud; herramienta que consta de 22 ítems que se concretan en 5 dimensiones que se pueden percibir en un servicio: fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y elementos tangibles.

1. Fiabilidad. - Se entiende que el servicio que se presta debe ser de un modo cuidadoso y fiable, es decir el usuario externo debe sentirse confiado por atenderse en ese centro porque siente que es seguro.
2. Capacidad de Respuesta. – Capacidad de brindar una atención oportuna, sobre todo, porque se trata de un área de emergencia, donde en ocasiones la vida de un usuario externo está en riesgo.
3. Seguridad. - El centro de salud debe mostrar mediante los médicos, personal asistencial y administrativo la habilidad de concitar credibilidad y confianza, es decir que maneja, controla y conoce el trabajo que realiza.

4. Empatía. - El recurso humano que interviene en el proceso de atención es importante que demuestre una alta intensidad de comprender los sentimientos y emociones del usuario externo generando una participación afectiva.

5. Elementos Tangibles. – Se entiende referidos a la apariencia de las instalaciones físicas, equipos médicos, recurso humano y materiales utilizados en el proceso de atención en el centro de Salud.

Por otro lado, “el proceso de medición de la calidad del servicio implica que dadas sus características se establezcan diferentes dimensiones de evaluación que permitan un juicio global de ella. Estas dimensiones son elementos de comparación que utilizan los sujetos para evaluar los distintos objetos” (Bou, 1997, pág. 251). El establecer dimensiones o características diferenciadas ayudó a distintos autores a esquematizar el concepto de Calidad de servicio, éstas fueron definidas a partir de atributos o características que estos percibieron.

Otro modelo de calidad de atención medica es el de Donabedian, que establece las siguientes dimensiones:

1. Estructura. - Se evalúa la cantidad y calidad de personal, equipos e instrumentos, instalaciones físicas, normas, procedimientos y sistemas de información.

2. Proceso. - En este punto se evalúa acción del personal y de los pacientes, precisión, oportunidad, proceso de comunicación y ampliación de procedimiento.

3. Resultados. - Se evalúa cumplimiento de indicadores, gastos efectuados, acreditación institucional, mejoramiento de salud del paciente, conocimiento que tiene el paciente sobre el servicio, satisfacción de los usuarios con la atención recibida.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1. DEFINICION DE VARIABLES

7.1.1. Tipo de estudio:

El presente estudio es de tipo descriptivo, transversal, prospectivo y observacional.

7.1.2. Universo

La población asignada al Centro Integral de Salud de Chasquipampa es 20.928 habitantes.

7.1.3. Población

La población de la investigación está constituida por los Usuarios que asisten al servicio de emergencias del Centro Integral de Salud de Chasquipampa.

7.1.4. Muestra

Usuarios del servicio de emergencia del Centro Integral de Salud de Chasquipampa atendidos en el periodo restrictivo por la pandemia.

7.1.5. Tipo de muestreo

Muestreo intencionado según la demanda del servicio de emergencias del Centro Integral de Salud de Chasquipampa.

7.1.6. Tamaño de muestra

Son 59 usuarios del servicio de emergencias del Centro Integral de Salud de Chasquipampa.

7.1.7. Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Usuarios que acuden al servicio de emergencias en época de pandemia.
- Usuarios mayores de 18 años.
- Usuarios entre 13 y 17 años acompañados por sus padres ó apoderados.

Criterios de exclusión:

- Usuarios que asisten a otro servicio del Centro de Salud de Chasquipampa.
- Usuarios mayores de 18 años que no dan su consentimiento para realizarles las encuestas.
- Padres ó apoderados de usuarios en edad comprendida entre 13 y 17 años que no dan su consentimiento para realizarles las encuestas.
- Usuarios pediátricos o menores de 13 años.

7.1.8. Operacionalización de variables

7.1.8.1. Variables de descripción de características sociodemográficas del grupo de estudio

<i>Variables</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Valor final</i>	<i>Tipo de variable</i>
Edad	Edad	Años 26 a 50	Continua Media, mediana
Sexo	Sexo	Mujer Varón	Nominal
Procedencia	Organizaciones territoriales (comunidades, brechas, colonias, etc) Área municipal habitantes mayor a 5.000.	Rural Urbana	Nominal
Nivel socioeconómico	Menor 2.000Bs 2.001 – 7.000Bs Mayor 7.001Bs	Bajo Medio Alto	Ordinal
Nivel educativo	No realizó estudios. Cumplió la educación primaria. Cumplió la educación secundaria. Realizó estudios universitarios nivel técnico.	Ninguno Primario Secundario Técnico	Ordinal
Estado civil	Cédula de identidad	Soltero Casado Viudo	Nominal
Ocupación	No cuenta con título de bachiller.	Ama de casa	Nominal

	Cuenta con contrato laboral. No cuenta con contrato laboral.	Empleado Desempleado	
--	---	-------------------------	--

Tabla Nº1 de variables
Fuente: propia

7.1.8.2. Variables de descripción de características relacionadas con la atención de salud en el grupo de estudio

Variables	Indicadores	Valor final	Tipo de variable
Servicio	Presenta cuadro clínico emergencia, urgencia mayor o menor. Cuadro clínico debe ser atendido por grupo de profesionales multidisciplinario. Presenta cuadro clínico no urgencia.	Emergencia Internación Consulta externa	Nominal
Ubicación previa	Dirección en cédula de identidad. Boleta de transferencia, recetario, boleta de estudio complementario.	Vivienda Otro establecimiento de salud	Nominal
Seguro de salud	Carnet de asegurado	Si No	Nominal
Consultas previas al servicio	Boleta de reprogramación	1 2 3 ó más	Discreta
Expectativas de la atención	Cuestionario Servqual	Mala Regular Buena	Ordinal
Percepción de la atención	Cuestionario Servqual	Mala Regular Buena	Ordinal
Recomendaría la institución	Cuestionario	Si No	Nominal

Tabla Nº2 de variables
Fuente: propia

7.1.8.3. Variables de descripción de características en los tiempos de atención en el grupo de estudio

Variabes	Indicadores	Valor final	Tipo de variable
Tiempo de espera	Triaje Hospitalario	Menos de 30 min Entre 30 y 60 min Más de 60 min	Discreta
Cubículo de atención	Número de cubículo	Si No	Nominal
Tiempo de valoración inicial	Triaje Hospitalario	Menos de 30 min Entre 30 y 60 min Más de 60 min	Discreta
Tiempo de permanencia	Triaje Hospitalario	Hasta 60 min Hasta 120 min Hasta 180 min Más de 180 min	Discreta
Internación	Hoja de Internación	Si No	Nominal
Transferencia	Boleta de transferencia	Si No	Nominal

Tabla Nº3 de variables
Fuente: propia

7.1.8.4. Variables de evaluación de las propiedades psicométricas de reproducibilidad y validez de las expectativas y percepciones de la calidad del servicio según Servqual

Variabes	Indicadores	Valor final	Tipo de variable
Calidad de atención	Tangibilidad Confiabilidad Capacidad de respuesta Seguridad Empatía	Satisfecho Insatisfecho	Nominal

Tabla Nº4 de variables
Fuente: propia

7.1.9. Fiabilidad y validez del cuestionario

La validez nos demostrará al grado en que el instrumento en este trabajo de investigación llamado cuestionario medirá lo que se pretende medir; la confianza que se va a obtener de los datos estará relacionada con la

coherencia o consistencia interna y la precisión de las medidas recopiladas, es la confiabilidad del instrumento llamado cuestionario.

7.1.10. Recolección de la información

Las encuestas de Servqual y los tiempos de atención fueron instaladas en el mes de octubre del presente año, las mismas fueron realizadas por mi persona.

Como instrumento de recolección se usaron dos encuestas de Servqual, una inicial realizada antes de ingresar al servicio de emergencias, en la cual se preguntaron datos generales: sociodemográficos como la edad, sexo, procedencia, estrato socioeconómico, número de años de estudio aprobados, estado civil y ocupación, variables de la atención como tipo de servicio, ubicación previa al ingreso, seguro de salud, consultas en el último año en el servicio, y concepto previo de la calidad de la institución y los 22 ítems de las expectativas del Servqual; la segunda encuesta realizada al salir del servicio de emergencias, incluyó los 22 ítems de percepción al momento del egreso del servicio.

En cuanto a la encuesta de los tiempos de atención del triaje hospitalario fue realizada en el servicio de emergencias después de haber recibido la atención. En adición, se preguntó cómo consideraba, en general, la atención recibida en la institución y si recomendaría la institución.

Para terminar la recolección de datos se hizo seguimiento a los usuarios para verificar los tiempos de atención desde su llegada al centro y la finalización de su atención. Cabe recalcar que no se obtuvieron encuestas rechazadas ni incompletas.

7.1.11. Descripción de la escala SERVQUAL

Es una escala de evaluación de la calidad que puede adaptarse a múltiples empresas de servicios, con buena validez y confiabilidad. Para el sector salud fue adaptada y validada en 1992, en español se validó en México y Perú encontrando un alfa de Cronbach de 0,74 y 0,98, respectivamente. Esta escala mide las cinco dimensiones de calidad propuestas por Parasuraman et al. *Tangibilidad* (instalaciones, equipo, personal y material de comunicación), *Fiabilidad* (ejecutar el servicio prometido), *Capacidad de respuesta* (disposición de ayuda), *Seguridad* (conocimiento y capacidad de inspirar confianza) y *Empatía* (cuidado y atención individualizada) que genera puntajes entre cero y siete, con 44 ítems, 22 de expectativas y 22 de percepción. La calidad está dada por la diferencia entre las expectativas y la percepción global y por dimensión. Se acepta que un servicio es de calidad cuando la percepción iguala o supera las expectativas, por tanto, la diferencia es igual o mayor a cero. **(Anexo N°4)**

7.2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tabla N°1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																										
ACTIVIDADES	MES (semanas)																									
	Agosto						Septiembre					Octubre					Noviembre					Diciembre				
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Planificación de las actividades	■	■	■	■	■	■																				
Visita a Dirección del C.S Ch.							■																			
Recolección de datos												■	■	■	■	■										
Análisis e interpretación																	■	■	■	■	■					
Conclusión y Recomendaciones																						■	■	■		
Presentación																									■	

Fuente: propia

7.3. PRESUPUESTO

Tabla N°2

PRESUPUESTO			
ACTIVIDADES	HORAS (mano de obra)	COSTO (mano de obra)	COSTO (material)
Planificación de las actividades	10	0.00	280.00
Visita a Dirección del C.S Ch.	3	0.00	50.00
Recolección de datos	100	0.00	250.00
Análisis e interpretación	200	0.00	280.00
Conclusión y Recomendaciones	120	0.00	280.00
Presentación	4	0.00	50.00
SUBTOTAL	437	0.00	1.190

Fuente: propia

VIII. RESULTADOS

La edad media fue $42,6 \pm 19,7$ años, el 50% de los pacientes registró una edad menor a 40, con rango intercuartil entre 25,0 y 53,0 y rango entre 13 y 90 años. La media de los años de estudio aprobados fue $5,9 \pm 4,7$ con mediana de 5,0 rango intercuartil de 1 a 11 y rango entre 0 y 20. La mayor proporción de pacientes tenía entre 26 y 50 años (42,4%), eran mujeres (67,8%), con residencia en la zona urbana (81,4%), de nivel socioeconómico bajo (45,8%), con bajos niveles de escolaridad (38%), casados (50,8%) y amas de casa (47,5%) (**Tabla N°1 de resultados**).

La mayor proporción de pacientes consultaron para el servicio de emergencias (54,3%), previa a la atención en el centro se encontraban en sus viviendas (49,2%), no cuentan con seguro social a corto plazo (72,9%), con una consulta previa en el servicio (69,9%), con regular valoración de la calidad del servicio (83,1%) y recomendaría a la institución (86,4%) (**Tabla N°2 de resultados**).

La mayor proporción de los pacientes esperaron más de 60 minutos (49,2%), fueron atendidos en cubículo (88,2%), el tiempo de valoración inicial fue entre 30 y 60 minutos (44%), el tiempo de permanencia fue hasta 180 minutos (42,3%), no necesitó internación el (42%) y no necesitaron ser transferidos a un mayor nivel de complejidad el (99,1%) (**Tabla N°3 de resultados**).

En reproducibilidad se evaluó fiabilidad con el Alfa de Cronbach, en la validez se determinó la predictiva con base en el porcentaje de la varianza. La escala presentó una excelente reproducibilidad en sus diferentes dimensiones y en el resultado global, tanto en las expectativas como en las percepciones. En la medida que la fiabilidad fue excelente (α de Cronbach mayor a 0,70 en cada dimensión) indicándonos que el cuestionario es fiable

en esta investigación por la precisión en la medición, la validez predictiva fue buena debido a que el porcentaje de la varianza de cada dimensión se explicó en más de 50% por los ítems que la conforman, indicando que midió las variables que pretendió medir. (**Tabla N°4 de resultados**)

En cuanto al análisis de normalidad en el presente trabajo tiene como objetivo analizar cuánto difiere la distribución de los datos observados respecto a lo esperado si procediesen de una distribución normal con la misma media y desviación típica. Para ello se analiza si las variables varían sistemáticamente con respecto a los valores homónimos de la otra; en el caso de que la variable de *expectativa y/o percepción* sea menor la variable de *calidad de atención* será igualmente menor y de esa manera se confirma la relación entre variables. En cuanto al análisis de regresión de la misma manera se puede observar que el “efecto” *calidad de atención* va a ser mayor si la “causa” *expectativa y/o percepción* son mayores.

IX. CONCLUSIONES

Tras haber realizado la encuesta a 59 usuarios se ha obtenido las siguientes conclusiones:

- La calidad de los servicios de salud (diferencia entre la expectativa la percepción) no presentó asociación estadística con la edad, el estrato socioeconómico, la escolaridad, el número de consultas previas en el servicio, ni con el sexo, ni la procedencia urbana o rural, ni el seguro social a corto plazo, el estado civil, la ocupación, ni la ubicación previa.
- Existen factores asociados a la utilización de los servicios de salud el nivel socioeconómico bajo y el nivel de escolaridad bajo, atributos que preponderaron en la caracterización demográfica de la población de este estudio. Estas condiciones de vulnerabilidad económica y social, están asociadas a una mayor morbilidad y mortalidad, por lo que el acceso a los servicios de salud, evidenciado en este estudio en el alto número de consultas previas al servicio, podría representar, equidad en el acceso a los servicios de salud.
- La implementación del triaje estructurado ha de permitir mejorar la seguridad de los pacientes e identificar rápidamente a quienes padecen una enfermedad que pone en peligro su vida, con el objetivo de priorizar su asistencia, para disminuir su riesgo.
- La disponibilidad de un sistema de triaje de cinco niveles es válido, útil, fiable, relevante y aplicable con una estructura física y tecnológica en el servicio de emergencias será una medida fundamental para aumentar la satisfacción de los usuarios que sean atendidos en la sala de emergencias.
- Se ha demostrado que la aplicación del sistema de triaje estructurado el recurso humano está altamente sensibilizado a dar prioridad de atención al usuario clasificado, se utiliza el material médico apropiadamente al caso clínico seleccionado, de esta

manera se hace uso correcto de los recursos financieros y el más valioso recurso, el tiempo es óptimamente utilizado.

X. RECOMENDACIONES

- La dirección del centro de salud de Chasquipampa a través del comité técnico administrativo implementará el manual de triaje estructurado.
- Se deberá reajustar el presupuesto del plan operativo anual para adecuar el sistema integral de atención del triaje estructurado.
- El sistema será utilizado por médicos y licenciados de enfermería donde se deberá hacer un registro validado, una clasificación, una derivación y un control de atención a cada paciente que ingrese al servicio de emergencias.
- Se elaborará la historia clínica digitalizada donde se integre la actividad médica y de enfermería, acorde a los estándares de calidad que permita controlar la gestión clínica y administrativa del servicio.
- Se deberá realizar monitorización continua de los indicadores de calidad del triaje donde se podrá evaluar la casuística del servicio y tomar decisiones certeras de mejora por parte de dirección.
- Adaptar la señalética, infraestructura y equipamiento del servicio para brindar atención eficiente, segura y cómoda al usuario externo en compañía de sus familiares.
- Aplicar semestralmente el cuestionario de la escala de Servqual para el mejoramiento continuo de la calidad.
- El equipo de salud está obligado a capacitarse y actualizarse continuamente en la atención al usuario, considerando que tienen en sus manos el don más preciado del hombre, la vida.
- La dirección del Centro de Salud deberá realizar la evaluación correspondiente para solicitar la acreditación institucional a la instancia correspondiente departamental.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cubillos Rodríguez MC, Rozo Rodríguez D. El concepto de calidad: Historia, evolución e importancia para la competitividad. Rev Univ La Salle [Internet]. 2009;0(48):80–99. Available from: <https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1170&context=ruls>
2. Evaluación de la calidad de la atención en relación con la satisfacción de los usuarios de los servicios de emergencia. Univ Católica Santiago Guayaquil [Internet]. 2018;91. Available from: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/9976>
3. Osorio, Rosita., Palacios, Gladys., Pérez, Karina., Trejo M. Universidad peruana cayetano heredia facultad de enfermería. 2016;27. Available from: [http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/641/Relación entre los niveles de prioridad del triaje y tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia – ESSALUD%2C Lima%2C Perú 2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/641/Relación%20entre%20los%20niveles%20de%20prioridad%20del%20traje%20y%20tiempo%20de%20espera%20en%20la%20atención%20de%20pacientes%20de%20emergencia%20-%20ESSALUD%2C%20Lima%2C%20Perú%202016.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
4. Guerra J. Prioridad De Atención Según Triaje Y Tiempo De Espera En Pacientes Del Servicio De Emergencia En Un Hospital Público De Lima, Octubre - Diciembre 2018. Univ Peru Cayetano Hered [Internet]. 2018;53. Available from: [file:///H:/Nueva carpeta \(2\)/Prioridad_GuerraPerales_Jackeline.pdf](file:///H:/Nueva%20carpeta%20(2)/Prioridad_GuerraPerales_Jackeline.pdf)
5. Revisión ADE. El Triage Hospitalario En Los Servicios De Emergencia. Rev la Fac Med Humana. 2019;19(1):1–5.
6. Meneses Canzio C. Carrera de Administración SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN EMERGENCIA DE HOSPITALES PÚBLICOS DE LIMA ESTE , 2018 Asesor : Julia Teresa Velarde Sussoni De Gil. 2019;158. Available from: http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/USIL/8822/1/2019_Canzio-Meneses.pdf
7. Vizcaino A de J, Viscaino MV del P, Vargas BJA. Evaluación del servicio de urgencias en un hospital público a través del modelo Servperf. Innovación y Tecnol. 2016;10:530–43.
8. Domres B, Koch M, Manger A, Becker HD. Ethics and triage. Prehospital Disaster Med 2001; 16(1): 53-8; 2001; 26(6): 58-60, 6671. 2. Thomas SH, Harrison,T, Weswl SK, Thomas DP. Helicopter emergency medical services roles in disaster operations. Prehosp Emerg Care 2000; 4(4): 338-44.
9. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Respuesta a la Influenza Pandémica (H1N1) 2009 en las Américas: Lecciones y desafíos. Miami, Florida, 15–17 de septiembre de 2009. Informe de una reunión Disponible En

[http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=7661&Itemid=.](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=7661&Itemid=)
Se ingresó el 20 de septiembre de 2010.

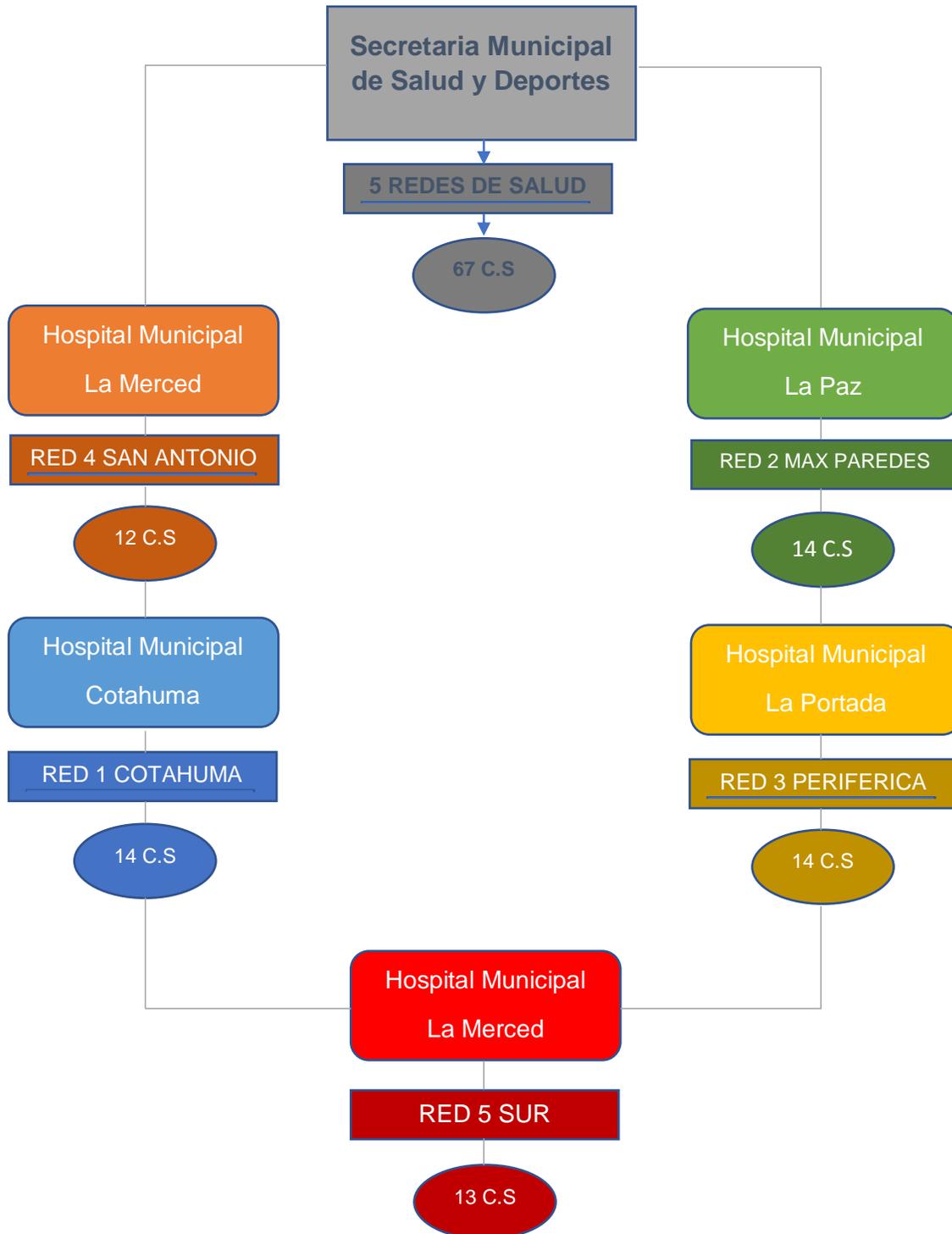
10. Directrices de planificación de mediano y largo plazo hacia la agenda patriótica 2025, Bolivia; 2014, p.3-4

11. Plan de Desarrollo Económico y Social en el marco del desarrollo integral para vivir bien 2016-2020, Bolivia; p.96-97

12. Bases para la organización y funcionamiento del proyecto nacional de calidad en salud PRONACS, Bolivia; 2008, p.21-24 <https://smarterworkspaces.kyocera.es/blog/analisis-viabilidad-de-un-proyecto/>

XII. ANEXOS

12.1 ANEXO 1 - ESTRUCTURA DE LA RED DE SALUD DEL MUNICIPIO PACEÑO



12.2 ANEXO 2 - RED 5 SUR

RED 5 SUR			
CENTRO DE SALUD	ZONA	DIRECCIÓN	DÍAS Y HORARIOS DE ATENCIÓN
C.S ALTO OBRAJES	Alto Obrajes	Av. Del Maestro Alto Obrajes	De lunes a viernes de hrs. 08:00 a 20:00
C.S. ACHUMANI	Achumani	Av. José Manuel Chinchilla Esq. Calle 15 Z. Achumani	De lunes a viernes de hrs. 08:00 a 20:00
C.S. COTA COTA	Los Rosales	Z/Los Rozales Casa Comunal	De lunes a viernes de hrs. 08:00 a 20:00
C.S. BOLOGNIA	Irpavi	Av. Caballero Esq. Calle 5, Detrás Mercado Irpavi	De lunes a viernes de hrs. 08:00 a 20:00
C.S. ALTO IRPAVI	Alto Irpavi	Calle 2 No. 10 Sector Peña Azul, Alto Irpavi	De lunes a viernes de hrs. 08:00 a 14:00
C.S. MALLASILLA	Mallasilla	Mallasilla	De lunes a viernes de hrs. 08:00 a 14:00
C.S. ALTO SEGUENCOMA	Alto Seguencoma	Plaza Cívica Parada Minibus 237 A. Seguencoma	De lunes a viernes de hrs. 08:00 a 14:00
C.S. BAJO LLOJETA	Bajo Llojeta	Av. Los Sargentos Lado Reten Policial	De lunes a viernes de hrs. 08:00 a 14:00
C.S.I. BELLA VISTA	Bella Vista	C/Prolongación No 20 Bella Vista	De lunes a viernes de hrs. 08:00 a 20:00
C.S.I. CHASQUIPAMPA	Chasquipampa	C/51 Y C/9 No 80, Chasquipampa	De lunes a Domingo las 24 horas
C.S. OBRAJES	Obrajes	C/16 Y C/ Ormachea, Obrajes	De lunes a viernes de hrs. 08:00 a 20:00
C.S. MALLASA	Mallasa	Plaza 2 De febrero, Mallasa	De lunes a viernes de hrs. 08:00 a 20:00
C.S. COF. OBRAJES	Obrajes	C/6, Obrajes (Penitenciaría De Mujeres)	De lunes a viernes de hrs. 08:00 a 14:00

12.3 ANEXO 3 - ESTRUCTURA DEL CENTRO DE SALUD INTEGRAL CHASQUIPAMPA

REQUISITOS

CENTRO DE SALUD INTEGRAL

AREA TERRITORAL	Territorio de la red municipal	
POBLACIÓN	10.000 a 50.000 habitantes	
ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA	No mayor a 2 horas en movilidad al establecimiento de salud de referencia	
SUPERFICIE DEL TERRENO	2500.000m ²	
INFRAESTRUCTURA	De acuerdo a ambientes y funciones definidas	
EQUIPAMIENTO E INSUMOS	Debe contar con el servicio	
AGUA POTABLE	Debe contar con el servicio	
ALCANTARILLADO	De acuerdo a disponibilidad	
ENERGÍA ELÉCTRICA	Debe contar con el servicio	
UBICACIÓN	Lugar sin contaminación acústica y ambiental	
BIOSEGURIDAD	Manejo de normas de bioseguridad vigente	
EQUIPO DE SALUD	PROFESIONALES	Médicos, licenciados en enfermería, odontólogo, bioquímico y farmacéutico
	MEDICOS TRADICIONALES	Médico tradicional, partero
	TECNICOS	Auxiliar de enfermería, técnico de farmacia, técnico de rayos x
	OTROS TECNICOS DE ACUERDO PERFIL EPIDEMIOLOGICO	Técnicos de salud: rociador, control de vectores
	ADMINISTRATIVOS	Auxiliar administrativo, portero, manual, cocinera, lavandera, chófer

12.4 ANEXO 4 - ESCALA SERVQUAL

ESCALA SERVQUAL

	EXPECTATIVAS	PERCEPCIONES
1	Los pacientes sean atendidos inmediatamente a su llegada a emergencia, sin importar su condición socioeconómica, cultural o religiosa	Ud. o su familiar fue atendido inmediatamente a su llegada a emergencia, sin importar su condición socioeconómica, cultural o religiosa
2	Que la atención en emergencia se realice considerando la gravedad del problema de salud del paciente	Su atención en emergencia se realizó considerando la gravedad de su problema de salud
3	Que su atención en emergencia esté a cargo del médico	Su atención en emergencia estuvo a cargo del médico
4	Que el médico mantenga suficiente comunicación con Ud. o sus familiares para explicarles el seguimiento de su problema de salud.	El médico mantuvo suficiente comunicación con Ud. o sus familiares para explicarles el seguimiento de su problema de salud
5	Que la farmacia de emergencia cuente con medicamentos que recetará el médico	La farmacia de emergencia contó con los medicamentos que recetó el médico
6	Que la atención en caja o el módulo de admisión sea rápida	La atención en caja o el módulo de admisión fue rápida
7	Que la atención para tomarse análisis de laboratorio sea rápida	La atención para tomarse análisis de laboratorio fue rápida
8	Que la atención para tomarse exámenes radiográficos sea rápida	La atención para tomarse exámenes radiográficos fue rápida
9	Que la atención en farmacia de emergencia sea rápida	La atención en farmacia de emergencia fue rápida
10	Que el médico le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud	El médico le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud
11	Que durante su atención en emergencia se respete su privacidad	Durante su atención en emergencia se respetó su privacidad
12	Que el médico realice una evaluación completa por el problema de salud por el cual es atendido	El médico realizó una evaluación completa por el problema de salud por el cual fue atendido
13	Que el problema de salud por el cual será atendido se resuelva o mejore	El problema de salud por el cual fue atendido se resolvió o mejoró
14	Que el personal de emergencia le escuche atentamente y trate con amabilidad, respeto y paciencia	El personal de emergencia le escuchó atentamente y trató con amabilidad, respeto y paciencia
15	Que el personal de emergencia le muestre interés en solucionar cualquier dificultad que se presente durante su atención	El personal de la emergencia le mostró interés en solucionar cualquier dificultad que se presentó durante su atención
16	Que el médico le explique a Ud. o a sus familiares con palabras fáciles de entender el problema de salud o resultado de la atención	El médico le explicó a Ud. o a sus familiares en palabras fáciles de entender el problema de salud o resultado de la atención
17	Que el médico le explique a Ud. o a sus familiares con palabras fáciles de entender los procedimientos o análisis que le realizarán	El médico le explicó a Ud. a sus familiares con palabras fáciles de entender los procedimientos o análisis que le realizaron
18	Que el médico le explique a Ud. o a sus familiares con palabras fáciles de entender el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos	El médico le explicó a Ud. o a sus familiares en palabras fáciles de entender el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos
19	Que la señalización de Emergencia (carteles, letreros y flechas) sean adecuados para orientar a los pacientes y acompañantes	Las señalización de Emergencia (carteles, letreros y flechas) le parecen adecuados para orientar a los pacientes y acompañantes
20	Que la Emergencia cuente con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes	El servicio de emergencia contó con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes
21	Que la emergencia cuente con equipos y materiales necesarios para su atención	El servicio de emergencia contó con equipos y materiales necesarios para su atención
22	Que los ambientes del servicio de emergencia sean limpios, cómodos y acogedores	Los ambientes del servicio de emergencia estuvieron limpios, cómodos y acogedores

12.5 ANEXO 5 - UBICACIÓN DEL CENTRO DE SALUD DE CHASQUIPAMPA

UBICACIÓN CENTRO DE SALUD CHASQUIPAMPA – RED 5 SUR



12.6 ANEXO 6 - TABLA DE DESCRIPCIÓN DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL GRUPO DE ESTUDIO

<i>VARIABLES Y NIVELES</i>		N	%
<i>GRUPO ETARIO</i>	Adolescentes	15	25,4
	26 a 50 años	25	42,4
	Mayor a 50 años	19	32,2
<i>SEXO</i>	Mujer	40	67,8
	Varón	19	32,2
<i>PROCEDENCIA</i>	Urbano	48	81,4
	Rural	11	18,6
<i>NIVEL SOCIOECONOMICO</i>	Bajo	27	45,8
	Medio	24	40,7
	Alto	8	13,5
<i>NIVEL EDUCATIVO</i>	Ninguno	10	17,2
	Primaria	23	38
	Secundaria	22	37,9
	Técnico	4	6,9
<i>ESTADO CIVIL</i>	Soltero	23	39
	Casado	30	50,8
	Viudo	6	10,2
<i>OCUPACION</i>	Ama de casa	28	47,5
	Empleado	15	25,4
	Desempleado	16	27,1

12.7 ANEXO 7 - TABLA DE DESCRIPCIÓN DE CARÁCTERÍSTICAS RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN DE SALUD EN EL GRUPO DE ESTUDIO

<i>VARIABLES Y NIVELES</i>		N	%
<i>SERVICIO</i>	Emergencias	32	54,3
	Internación	11	18,6
	Consulta Externa	16	27,1
<i>UBICACIÓN PREVIA</i>	Vivienda	29	49,2
	Otro establecimiento de salud	21	35,5
	Otro servicio	9	15,3
<i>SEGURO DE SALUD</i>	Si	16	27,1
	No	43	72,9
<i>CONSULTAS PREVIAS AL SEVICIO (2020)</i>	1	41	69,9
	2	10	16,5
	3 ó más	8	13,6
<i>EXPECTATIVA DE LA ATENCION</i>	Mala	8	13,6
	Regular	10	16,9
	Buena	41	69,5
<i>PERCEPCION DE LA ATENCION</i>	Mala	0	0
	Regular	49	83,1
	Buena	10	16,9
<i>RECOMENDARIA LA INSTITUCION</i>	Si	51	86,4
	No	8	13,6

12.8 ANEXO 8 - TABLA DE DESCRIPCIÓN DE CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS A LOS TIEMPOS DE ATENCIÓN EN EL GRUPO DE ESTUDIO

VARIABLES Y NIVELES		N	%
<i>TIEMPO DE ESPERA</i>	Menos de 30 min	11	18,6
	Entre 30 y 60 min	19	32,2
	Mayor a 60 min	29	49,2
<i>CUBICULO DE ATENCION</i>	Si	52	88,2
	No	7	11,8
<i>TIEMPO DE VALORACION INICIAL</i>	Menos de 30 min	11	18,6
	Entre 30 y 60 min	26	44
	Mayor a 60 min	22	37,4
<i>TIEMPO DE PERMANENCIA</i>	Hasta 60 min	6	10,3
	Hasta 120 min	17	28,8
	Hasta 180 min	25	42,3
	Más 180 min	11	18,6
<i>INTERNACION</i>	Si	17	28,9
	No	42	71,1
<i>TRANSFERENCIA</i>	Si	5	0,9
	No	54	99,1

12.9 ANEXO 9 - TABLA DE EVALUACIÓN DE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE REPRODUCIBILIDAD Y VALIDEZ DE LAS EXPECTATIVAS Y PERCEPCIONES DE LA CALIDAD DEL SERVICIO SEGÚN SERVQUAL

DIMENSIONES	FIABILIDAD	VALIDEZ
	Crombach	%varianza
EXPECTATIVAS		
TANGIBILIDAD	0,712	51
CONFIABILIDAD	0,811	58
CAPACIDAD DE RESPUESTA	0,871	74
SEGURIDAD	0,91	82
EMPATÍA	0,934	79
GLOBAL	0,947	56
PERCEPCIONES		
TANGIBILIDAD	0,876	75
CONFIABILIDAD	0,848	64
CAPACIDAD DE RESPUESTA	0,824	69
SEGURIDAD	0,841	72
EMPATÍA	0,912	76
GLOBAL	0,963	59