

Evaluación del Nivel de Satisfacción de los Pacientes frente a la Atención que Reciben en
el Servicio de Urgencias de la Clínica Zayma en la Ciudad de Montería, en el primer
trimestre de 2020

Esly Estela Martínez Bayer

Dayana Patricia Mora Pineda

María Rosa Cardozo

Corporación Universitaria del Caribe – CECAR
Escuela de Posgrado y Educación Continua
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativa
Especialización de Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud
Sincelejo
2020

Evaluación del Nivel de Satisfacción de los Pacientes frente a la Atención que Reciben en
el Servicio de Urgencias de la Clínica Zayma en la Ciudad de Montería, en el primer
trimestre de 2020

Esly Estela Martínez Bayer
Dayana Patricia Mora Pineda
María Rosa Cardozo

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud

Director
German Javier Arrieta Bernate
Magíster en Microbiología

Corporación Universitaria del Caribe – CECAR
Escuela de Posgrado y Educación Continua
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativa
Especialización de Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud
Sincelejo
2020



EVALUACION DEL NIVEL DE SATISFACION DE LOS PACIENTES FRENTE A LA ATENCIÓN QUE RECIBEN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS



1

Nota de Aceptación

4.6

Aprobado

Director

Evaluador 1

Evaluador 2

Sincelejo, Sucre, 19 de Mayo de 2020.

Tabla de Contenido

Resumen.....	4
Abstract.....	5
Introducción.....	6
1. Planteamiento del Problema.....	7
1.1 Descripción del Problema.....	7
2. Objetivos.....	9
2.1 General.....	9
2.2 Específicos.....	9
3. Justificación.....	10
3.1 Delimitación.....	10
3.1.1 Espacial.....	10
3.1.2 Temporal.....	11
4. Marco Referencia.....	12
4.1 Marco Teórico.....	12
4.2 Marco Conceptual.....	19
4.2.1 Accesibilidad.....	19
4.2.2 Atención de salud.....	20
4.2.3 Calidad de la atención de salud.....	20
4.2.4 Calidad.....	20
4.2.5 Continuidad.....	20

4.2.6 Eficiencia	21
4.2.7 Prevención.....	21
4.2.8 Satisfacción	21
4.2.9 Seguridad	21
4.3 Marco Legal	21
4.3.1 Constitución Política de Colombia	21
4.3.2 Código Sanitario Nacional (Título VII de la Ley 9ª de 1979)	22
4.3.3 Ley 100 de 1993.....	22
4.3.4 Decreto Número 1011 de 2006 del Ministerio de la Protección Social.....	22
5. Metodología	28
5.1 Tipo de Estudio.....	28
5.2 Método	28
5.3 Técnicas de Recolección de Información	28
5.4 Población.....	28
5.5 Muestra	29
5.6 Descripción de las Variables (Cualitativas o Cuantitativas).....	30
5.7 Instrumento	32
5.7.1 Variable Dependiente.....	32
5.7.2 Categorías de la Variable	32
Resultados	36
Capítulo I. Nivel de percepción que tienen los usuarios con respecto a la calidad en la atención que reciben en el servicio de urgencia de la clínica zayma en la Ciudad de Montería	36

Análisis de los resultados.....	52
Capítulo II. Análisis de los Resultados Referentes al Nivel de Satisfacción de los Pacientes Frente a la Calidad de la Atención Prestada en el Servicio de Urgencias de la Clínica Zayma en la Ciudad de Montería.....	53
Capítulo III. Indicadores de Aplicación de la Calidad del Servicio de Urgencias de la Clínica Zayma en la Ciudad de Montería.....	57
Conclusiones.....	66
Referencias Bibliográficas.....	68
Anexos.....	72

Resumen

La clínica Zayma de la Ciudad de Montería en el departamento de Córdoba, se presentan insatisfacciones en el servicio de urgencias de atención salud, y todo ello, ha contribuido a que se potencialice y se agudice la problemática, tal hecho, puede incidir en la calidad del cuidado y seguridad del paciente y llegar a afectar el desempeño laboral de los profesionales de la salud.

En atención a la anterior problemática, el presente proyecto de investigación, tiene como objetivo, el evaluar aquellos niveles de satisfacción de los pacientes atendidos en la dependencia de urgencias, por lo tanto, es importante que se diagnostique, acerca de la causalidad de tales factores, y de igual manera, se realicen sugerencias, en función de preservar la salud mental de los profesionales y conforme a ello, se logre un mejor cuidado y seguridad de los pacientes. En el desarrollo del primer capítulo, se muestran los resultados de una encuesta, en función de identificar, el nivel de percepción que tienen los usuarios frente al servicio prestado en la unidad de urgencias. En el segundo capítulo, se analizan los factores referentes al nivel de satisfacción de los pacientes en la atención prestada en el servicio, y por último, en el tercer capítulo, se presentan una serie evaluaciones de indicadores que garanticen un apropiado mejoramiento en el servicio.

En cuanto a lo metodológico, la investigación es de tipo descriptivo, y en la obtención de información primaria, se realizaron dos encuestas, una para identificar la percepción de los profesionales de la salud con respecto a la sobrecarga laboral en la entidad de salud y la otra encuesta, dirigida a los pacientes, con objeto de valorar los factores críticos que afectan la sobrecarga en el trabajo y de aquellos que lo minimizan.

Palabras clave: pacientes, satisfacción, seguridad, salud, urgencias, salud, eficacia.

Abstract

The Zayma Clinic of the City of Monteria in the department of Cordoba, there are dissatisfactions in the emergency health care service, and all this has contributed to the potential and exacerbate the problem, this fact may affect the quality of care and patient safety and even affect the work performance of health professionals.

In attention to the previous problem, the present project of investigation, has like objective, to evaluate those levels of satisfaction of the patients taken care of in the dependency of urgencies, therefore, it is important that it is diagnosed, about the causality of such factors, and of equal way, suggestions are made, in function to preserve the mental health of the professionals and according to it, a better care and security of the patients is obtained. In the development of the first chapter, the results of a survey are shown in order to identify the level of perception that users have of the service provided in the emergency department. In the second chapter, the factors referring to the level of satisfaction of the patients in the care provided in the service are analyzed, and finally, in the third chapter, a series of evaluations of indicators that guarantee an appropriate improvement in the service are presented.

As for the methodological aspect, the research is of a descriptive type, and in obtaining primary information, two surveys were carried out, one to identify the perception of health professionals with respect to the work overload in the health entity and the other survey, directed to patients, with the purpose of evaluating the critical factors that affect the work overload and those that minimize it.

Keywords: patients, satisfaction, safety, health, emergencies, health, efficacy.

Introducción

En Colombia, la atención de salud está consagrada en el Decreto 1011 de 2006, el cual se define, como todos aquellos servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población. En línea con lo anterior, la Circular 30 de 2006 de la Superintendencia Nacional de Salud, establece, que las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS, debe implementar programas de auditoría en función de mejorar la calidad de la atención de salud, y dicho proceso implica, la evaluación propia del proceso de atención de salud, y con respecto, a la satisfacción de los usuarios en función de sus derechos y de la calidad de los servicios recibidos.

En relación a la evaluación de la calidad de la atención del usuario, se deben considerar aspectos tales como: la percepción de los mismos con respecto al servicio de salud recibido, acerca del conjunto de conceptos y actitudes asociados con la atención recibida, y la información sobre la calidad del servicio que beneficia no solo a los usuarios sino también, a la entidad prestadora de los servicios de salud.

El objetivo central de la presente investigación, es el que se logre identificar cual es la percepción que tienen los usuarios frente a la calidad de la atención que reciben en la sección de urgencia de la clínica Zayma en la ciudad de Montería. El aporte de este proyecto para la institución es entregar una información válida que apoye el mejoramiento continuo de la calidad del servicio de urgencia.

En el desarrollo del estudio, se aplicarán los instrumentos metodológicos necesarios en el propósito de identificar el nivel de satisfacción de los usuarios que ingresan al servicio de urgencias de la clínica, y en concomitancia con la aplicación de los principios de habilitación en dicho servicio (Accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad), y su articulación al proceso de atención del usuario.

1. Planteamiento del Problema

1.1 Descripción del Problema

La satisfacción de los usuarios, es un proceso importante dentro del conjunto de acciones de mejora de las IPS, y ello implica, que las instituciones de salud deben adaptarse a las necesidades de sus pacientes ya sea en cuanto a la calidad y eficiencia como al servicio prestado por el personal asistencial en el área de urgencia.

En Colombia, la calidad de los servicios de salud, se han fundamentado en tres aspectos claves como son: la estructura, el proceso y los resultados, y dentro de esos procesos toma relevancia, las diferencias entre las expectativas de los ciudadanos y la percepción real del servicio (Niedz, 2018; Vinagre y Neves, 2008).). En relación a los servicios de los usuarios en las entidades de salud en el país, se ha vuelto común que estos opinen, que hay una atención deshumanizada, que se caracteriza por el maltrato, la extralimitación y el abuso que comete el personal administrativo y, en algunos casos, hasta el personal médico contra los enfermos (Gómez, 2013). En el caso de las salas de emergencia, en muchas entidades se presentan demoras al momento de prestar el servicio a los usuarios sin ninguna justificación, y por tanto, se pone en riesgo la salud y la vida de éstos.

Otros problemas concomitantes en el servicio de urgencias en las clínicas u hospitales, son la infraestructura hospitalaria limitada para atender la alta demanda de pacientes que ingresan por el área de admisiones, servicios ambulatorios y por urgencias a los diferentes servicios de apoyo diagnóstico, procedimientos quirúrgicos, consulta y programas especiales, entre otros (Velandia, 2011). También se presentan problemas particulares en el traslado de pacientes de urgencias a hospitalización, debido a la no disponibilidad de camas en piso, autorizaciones o en la demora de la tramitación de documentos internos dentro de la entidad de salud.

Siguiendo con los servicios de urgencias, estos deben ser evaluados en cuanto a la calidad de la asistencia que se hace en estos servicios (Felisart, et al., 2001). La calidad en el servicio de urgencias es fácilmente percibida por los usuarios y los familiares, y en el cual, la entidad de salud debe tratar de transmitir la sensación de que los usuarios están seguros, de que la organización funciona bien, de que el trato del personal médico-asistencial es adecuado y que la información se ofrece es pertinente en cada momento del proceso asistencial. Sin embargo, es común que en algunos hospitales y clínicas de la ciudad de Montería, se observe una deficiencia en la calidad en la atención del servicio de urgencias, y ello se evidencia en factores, como el difícil acceso para los usuarios y sus familiares, en recibir un servicio de salud en condiciones de pertinencia, seguridad y de manera oportuna. De igual forma, es notorio en dichas entidades, la falta de una atención más humana y más digna en el tratamiento de los pacientes en el área de urgencias.

Para el caso particular de la clínica en la ciudad, se pone de manifiesto, que a pesar de que esta entidad de salud presenta un servicio de calidad aceptable a sus usuarios y/o pacientes, aún no hace una evaluación adecuada de sus procesos de atención en el servicio, en donde se pueda identificar las fallas en lo asistencial, para luego con base en el diagnóstico obtenido, el poder aplicar las medidas preventivas y correctivas necesarias, y con ello, lograr la mejora en la prestación de un servicio de calidad superior a los usuarios y familiares.

En respuesta a lo anterior, se hace necesario el desarrollo de programas de mejoramiento del servicio de salud en las IPS, y ello implica el aplicar conceptos y técnicas de calidad total en dicha atención a los usuarios (Neto, 2000).

1.2 Formulación de Problema

¿Cuál el nivel de satisfacción de los usuarios frente a la atención que reciben en la sección de urgencias de la clínica Zayma en la ciudad de Montería, en el primer trimestre del 2020?

2. Objetivos

2.1 General

Determinar el nivel de satisfacción de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias de la clínica Zayma en la ciudad de Montería.

2.2 Específicos

- Conocer el nivel de percepción que tienen los usuarios con respecto a la calidad en la atención que reciben en el servicio de urgencias de la clínica Zayma en la ciudad de Montería.
- Analizar los factores referentes al nivel de satisfacción de los pacientes frente a la calidad de la atención prestada en el servicio de urgencias de la clínica Zayma en la ciudad de Montería.
- Evaluar mediante los indicadores de calidad los aspectos relacionados con la accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad, continuidad en el servicio de urgencias de la clínica Zayma en la ciudad de Montería.

3. Justificación

La atención en salud, es parte de los compromisos de las entidades de salud en función de garantizar una atención con calidad y seguridad en el paciente y su familia, y todo ello, en línea con lo establecido en la normatividad colombiana en materia de salud. En cuanto a la satisfacción del usuario, este aspecto es importante dentro de las evaluaciones de la atención en salud y su alta calidad, y en ese sentido, la satisfacción del usuario debe ser uno de los atributos de la calidad (Donavedian, 1993 y Williams, 1994). De allí, la pertinencia, de que los procesos de servicio de salud sean evaluados y en donde se puedan identificar, los elementos críticos que puedan mejorarse para obtener un servicio de salud de calidad, confiable y más humanizado en las IPS.

En concordancia con lo anterior, el presente proyecto, nos orientó a conocer la percepción de los usuarios y evaluar la satisfacción de los pacientes con respecto a la atención del personal asistencial del área de urgencias; y para ello, se sugiere, realizar encuestas a los usuarios frente a la calidad de la atención brindada por el personal médico –asistencial del servicio de urgencias de una clínica en la ciudad de Montería en el primer trimestre del 2020. Los resultados del diagnóstico, deben servir de fundamento, para sugerir acciones encaminadas a brindar una calidad de atención en salud de forma humanizada y a satisfacer de mejora manera la demanda de los usuarios con respecto a los servicios de urgencia de la entidad.

3.1 Delimitación

3.1.1 Espacial

La investigación se desarrolla en una clínica, ubicada en la ciudad de Montería, departamento de Córdoba, en el primer trimestre del 2020.

3.1.2 Temporal

El estudio se realiza en el periodo correspondiente al primer trimestre del año 2020. Este se considera pertinente para la realización de las actividades investigativas y la obtención de resultados significativos.

4. Marco de Referencia

4.1 Marco Teórico

En el presente marco teórico, se hace un abordaje conceptual sobre términos como: salud, la satisfacción, calidad, urgencias, usuario entre otros.

La Corte Constitucional, ha definido la salud de la siguiente manera:

Es un estado variable, susceptible de afectaciones múltiples, que inciden en mayor o menor medida en la vida del individuo. La ‘salud’, por tanto, no es una condición de la persona que se tiene o no se tiene. Se trata de una cuestión de grado, que ha de ser valorada específicamente en cada caso. Así pues, la salud no sólo consiste en la ‘ausencia de afecciones y enfermedades’ en una persona. Siguiendo a la OMS, la jurisprudencia constitucional ha señalado que la salud es ‘un estado completo de bienestar físico, mental y social’ dentro del nivel posible de salud para una persona. (...) En términos del bloque de constitucionalidad, el derecho a la salud comprende el derecho al nivel más alto de salud posible dentro de cada Estado, el cual se alcanza de manera progresiva. No obstante, la jurisprudencia también ha reconocido que la noción de salud no es unívoca y absoluta. En un estado social y democrático de derecho que se reconoce a sí mismo como pluriétnico y multicultural, la noción constitucional de salud es sensible a las diferencias tanto sociales como ambientales que existan entre los diferentes grupos de personas que viven en Colombia (Corte Constitucional, Sala Segunda de Revisión, Sentencia T-760 de 2008).

También, la Constitución Política estableció que la salud en Colombia es un servicio público inherente a la finalidad social del Estado tal como lo expone en sus artículos 49 y 365, el cual establece:

Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.”

Artículo 365. Los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado. Es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional. Los servicios públicos estarán sometidos al régimen jurídico que fije la ley, podrán ser prestados por el Estado, directa o indirectamente, por comunidades organizadas, o por particulares. En todo caso, el Estado mantendrá la regulación, el control y la vigilancia de dichos servicios.

En línea con lo anterior, la atención de la salud, es un servicio público por parte del Estado que debe ser prestado de manera eficiente a todas las personas que habitan en el territorio nacional y cuya organización, dirección y reglamentación está a su cargo.

La satisfacción al cliente es un concepto central dentro de la esfera de la mercadotecnia, de allí que muchos estudios previos la satisfacción es considerada como un antecedente de las intenciones de compra del cliente (Taylor y Baker, 1994; Rust y Oliver, 1994; Seto, 2003). El

paradigma de la desconfirmación proporciona la base teórica para establecer esta relación entre calidad y satisfacción (Churchil y Surprenant, 1982; Oliver, 1999; Oliver y Desarbo, 1988).

Según este paradigma, la satisfacción es el resultado de un proceso de comparación de manera que cuando el servicio percibido iguala o supera las expectativas del mismo el servicio se considera conforme. Este concepto de satisfacción se ha trasladado a las instituciones de salud, y se ha convertido en un componente principal de la gestión de la calidad. En consideración a lo ya expuesto, la satisfacción del paciente es entendida como una componente de la calidad de los servicios de salud que refleja la habilidad del personal médico - asistencial para identificar las necesidades y expectativas de sus pacientes (Moret, et al., 2007).

La satisfacción y su evaluación son elementos importantes a la hora de analizar la gestión de los servicios de salud (Crow y otros, 2002). Estos dos factores forman también parte del proceso de prevención y como tal permite identificar las disfunciones existentes en las entidades, así como contribuir al impulso de la mejora de la calidad. Crow y otros (2002), afirman que existe una relación entre la satisfacción del paciente y los resultados clínicos, de forma que un elevado grado de satisfacción permite una mejor relación entre el paciente y el profesional de la salud. La selección de los servicios de salud, por parte de los clientes, es un indicador objetivo en la satisfacción de dichos servicios. Si bien, no se debe olvidar, que los servicios de salud son multidimensionales y muchos de los medios empleados para medir la satisfacción muestran las preferencias relativas de los consumidores ante diferentes atributos (Crow y otros, 2002).

En los distintos conceptos de satisfacción, existen tres componentes comunes que son: a) La satisfacción del consumidor es una respuesta, un juicio emocional o cognitivo; b) La respuesta se refiere a un foco específico y c) La respuesta se encuentra ligada a un momento específico, como, por ejemplo, antes de la adquisición de un bien, tras su adquisición o después de la experiencia del servicio.

Otro elemento clave para la comprensión de la percepción del servicio ante los usuarios, es la imagen, por ello, una buena imagen del servicio induce a que éste tenga una buena percepción del mismo, siendo de este modo más probable su lealtad a la entidad que lo presta. El concepto de calidad dentro de un servicio de urgencias, implica tantos criterios objetivos hasta criterios subjetivos, lo cual hace que en la calidad de dicho servicio deban tenerse en cuenta dos aspectos: a) la calidad técnica (es el resultado, y se refiere a lo que recibe el paciente), y b) la calidad funcional (relacionada con el proceso, es decir, cómo lo recibe). Estas dos dimensiones básicas pueden estar condicionadas por la imagen corporativa y/o local del servicio, que puede influir en la calidad percibida, ya que, por ejemplo, si el servicio de urgencias tiene una imagen favorable probablemente se le perdonarán los errores menores, si bien si dichos errores se producen con frecuencia su imagen se deteriora, y puede pasar a una situación en que cualquier error tendrá un efecto mayor de lo que sería de otra manera.

En relación al término calidad de la atención médica, Donabedian (1984), expone que la calidad es una propiedad de, y un juicio sobre, alguna unidad definible de la atención, la cual se puede dividir por lo menos en dos partes: técnica e interpersonal. La calidad está inmersa dentro del tratamiento que proporciona un médico, o cualquier otro profesional, a un episodio de enfermedad claramente definido en un paciente dado. Según Donabedian (1984), la calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas, de manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ello sus riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios.

En el año de 1980, Donabedian propuso una definición de calidad asistencial que concebía que: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes (Donabedian, 1980). Luego, en el año 1989, la International Organization for Standardization (ISO) definió que: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado" (ISO,

1989). Sin embargo, se debe considerar que el término calidad es relativo, todo depende de que ámbito se aplica y de qué forma alguien la percibe. La calidad la identifica un usuario o paciente con relación a aspectos tales como: la amabilidad y disponibilidad de tiempo del prestador, las características físicas del sitio en donde recibe la atención, el tiempo que transcurre entre el momento en que solicita el servicio y efectivamente lo recibe, y los resultados y las complicaciones del proceso.

En cuanto al concepto de urgencias, la Constitución Política de Colombia en el artículo 1 del Decreto 1761 de 1990, dictamina que urgencia, es la alteración de la integridad física y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiera de la protección inmediata de servicios de salud con los recursos existentes, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas (Ministerio de Salud, 1990). De igual manera en el artículo 2º del Decreto de 1761 se establece que el servicio de atención de urgencias comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una urgencia, desde el momento y lugar de ocurrencia, durante el traslado y su permanencia en las entidades del sector salud autorizadas para prestar estos servicios (Ministerio de Salud, 1990).

En cuanto a los tipos de urgencia se mencionan los siguientes:

- La urgencia vital, cuando la vida del paciente corre riesgo o bien la posibilidad de que se produzca una secuela funcional de gravedad.
- La urgencia percibida, que es aquella que no es vital, es decir, no pone en riesgo la vida del paciente. - La urgencia relativa, que tiene que ver con los casos en que los especialistas son los que determinan si se trata o no de una urgencia que precisa una atención con carácter preferente (Morales, 2015, p.32).

Y según la Organización Mundial de la Salud, urgencia sanitaria es:

La aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”. De donde los elementos esenciales que identificarían una urgencia sanitaria serían la aparición imprevista de un problema de salud, y la necesidad inminente de atenderlo (Morales, 2015, p.32).

Estos tipos de asistencia a su vez dependen de situaciones que se pueden clasificar del siguiente modo:

a) Situaciones que precisan atención de urgencia hospitalaria:

- Situaciones que de forma evidente exigen una actitud terapéutica inmediata:
- Parada cardiorrespiratoria.
- Taponamiento cardiaco.
- Rotura de un gran vaso sanguíneo.
- Hemorragia intraabdominal.
- Dificultad grande para respirar.
- Traumatismo importante (habrá hemorragia visible o pérdida de consciencia).

b) Fuera de los casos anteriores, el resto pueden esperar unos segundos o minutos, sin que por ello empeore significativamente el pronóstico, mientras se establece el diagnóstico.

c) Situaciones con peligro vital si no se diagnostica precozmente:

- Apendicitis.
- Intoxicaciones.
- Desorientación en tiempo o espacio o no reconocimiento a familiares, etc.

En lo que respecta a los usuarios, dicho término, hace mención a la persona que utiliza algún tipo de objeto o que es destinataria de un servicio, ya sea privado, en sentido general, un usuario, es un conjunto de permisos y de recursos o dispositivos a los cuales se tiene acceso, es decir, un usuario puede ser tanto una persona como una máquina, un programa o público.

Con relación al concepto “satisfacción del usuario”, ello implica, una experiencia racional o cognitiva, derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del producto o servicio; está subordinada a numerosos factores como las expectativas, valores morales, culturales, necesidades personales y a la propia organización sanitaria. Estos elementos condicionan que la satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona en diferentes circunstancias. El objetivo de los servicios de salud, es satisfacer las necesidades de sus usuarios, y el análisis de la satisfacción es un instrumento de medida de la calidad de la atención de salud.

Según Delbanco & Daley (1996), la satisfacción del usuario puede influir en:

- El hecho que el usuario procure o no procure atención.
- El lugar al cual acuda para recibir atención.
- El hecho de que esté dispuesto a pagar por los servicios.
- El hecho de que el usuario siga o no siga las instrucciones del prestador de servicios.
- El hecho de que el usuario regrese o no regrese al prestador de servicios.
- El hecho de que el usuario recomiende o no recomiende los servicios a los demás.

Según Cantú (1997), la calidad de servicio o satisfacción del usuario es más difícil de medir, no se puede almacenar, es complicada de inspeccionar, no se puede anticipar un resultado, no tiene vida, solo duración muy corta, se ofrecen bajo demanda, depende mucho de las personas de menores sueldos; todo esto hace que la calidad de un servicio sea juzgada por el cliente en el instante en que lo está recibiendo, lo que Calzan, popularizó como "los momentos de la verdad".

Los momentos de la verdad ocurren durante la interacción personal entre el que proporciona el servicio y quien lo recibe.

Al respecto, Cantú (1996), considera que los principales factores que determinan la satisfacción del usuario son el comportamiento, actitud y habilidad del empleado en proporcionar el servicio, el tiempo de espera y el utilizado para ofrecer el servicio; y, los errores involuntarios cometidos durante la prestación del mismo.

Thompson y otros (1995), refieren que la satisfacción del usuario depende no solo de la calidad de los servicios sino también de sus expectativas. El usuario está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas. Si las expectativas del usuario son bajas o si el usuario tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes.

4.2 Marco Conceptual

A continuación, se describe el concepto de algunos términos que se relacionan con el tema objeto de estudio.

4.2.1 Accesibilidad

Se trata de medir la posibilidad que tiene un cliente externo de obtener los servicios que necesita, en el momento y lugar donde los necesita (oportunidad), en suficiente cantidad y a un coste razonable (Padilla y Pájaro, 2014).

4.2.2 Atención de salud

Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población (Padilla y Pájaro, 2014).

4.2.3 Calidad de la atención de salud

Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios (Padilla y Pájaro, 2014).

4.2.4 Calidad

Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.

4.2.5 Continuidad

Es la medida en que la atención o acción sanitaria se suministra de una forma continua y coordinada (Padilla y Pájaro, 2014).

4.2.6 Eficiencia

Relaciona el resultado de una práctica o acción en condiciones reales (rendimiento) con el costo que produjo dicho resultado (Padilla y Pájaro, 2014).

4.2.7 Prevención

Es el enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y la prestación de los servicios de salud (Padilla y Pájaro, 2014).

4.2.8 Satisfacción

Se define como la medida en que la atención sanitaria ofertada en el servicio llena las expectativas e intereses de los usuarios y proveedores (Padilla y Pájaro, 2014).

4.2.9 Seguridad

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (Padilla y Pájaro, 2014).

4.3 Marco Legal

A continuación, se mencionan algunos artículos, Leyes y Decretos relacionados con el tema de la calidad en la atención en salud.

4.3.1 Constitución Política de Colombia

La constitución política establece la seguridad social como un derecho irrenunciable de los habitantes del territorio nacional, así como un servicio público obligatorio, cuya organización debe hacerse conforme a los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia. Estos principios son el fundamento para la determinación de la misión de la ESE HUC y su área de Urgencias.

4.3.2 Código Sanitario Nacional (Título VII de la Ley 9ª de 1979)

En este título se determinan los procesos para la vigilancia y control epidemiológico, estableciendo la forma en que debe fluir la información en caso de enfermedades de especial relevancia epidemiológica. Además, se describen los entes encargados del análisis de la información y la divulgación de la misma.

4.3.3 Ley 100 de 1993

A través de esta ley se creó el sistema de seguridad social integral buscando proteger los derechos irrenunciables de las personas a una vida acorde con la dignidad humana. El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, fue reglamentado con el decreto 2309 de 2002, (derogado por el art 57, Decreto Nacional 1011 de 2006) en el que se dispone:

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. (Ministerio de la Protección Social, 2006).

4.3.4 Decreto Número 1011 de 2006 del Ministerio de la Protección Social

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud de Sistema General de Seguridad Social en Salud, como el conjunto de instituciones,

normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. El Decreto 1011 de 2006 define la calidad de la atención en salud como:

La provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios (Ministerio de la Protección Social, 2006).

En el ámbito de Ley, las primeras consideraciones acerca del tema de la calidad y su relación con los usuarios, se menciona lo siguiente:

- Calidad e información a usuarios (artículo 199 ley 100). Este aparte, que se encuentra en el artículo 199 como: “El Ministerio de Salud definirá normas de calidad y satisfacción del usuario, pudiendo establecer medidas como tiempos máximos de espera por servicios y métodos de registro en listas de espera, de acuerdo con las patologías y necesidades de atención del paciente” y en su párrafo: “El Ministerio de Salud solicitará la información que estime necesaria con el objeto de establecer sistemas homogéneos de registro y análisis que permitan periódicamente la evaluación de la calidad del servicio y la satisfacción del usuario”, plantea unos retos metodológicos importantes.

- La calidad y el derecho del usuario (artículos 216 y 231 ley 100). Bajo este título se encuentran dos menciones, que, aunque no definen elementos directamente relacionados con la calidad, potencialmente se constituyen en una herramienta de control social. El primero de ellos (mencionado en el artículo 216, numeral 4) hace un nexo entre la caducidad de los contratos de administración del régimen subsidiado por un potencial incumplimiento de normas de calidad (las que posiblemente le corresponde definir al Estado y cuya discusión está planteada en los apartes

anteriores). El segundo punto es la capacidad de control del ciudadano frente al sistema de salud con el fin de garantizar calidad (artículo 231).

- **Calidad y un sistema de garantía de calidad (artículo 227 Ley 100).** El artículo 227 dice: “Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica de obligatorio desarrollo en las entidades promotoras de salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público.

- **Decreto número 2174 de noviembre 28 de 1996.** Esta norma comienza por definir un campo de aplicación, el cual cobija a todas las personas naturales y jurídicas que integran el Sistema general de seguridad social en salud. Adicionalmente, define la atención en salud, refiriéndose tanto a los servicios propios del aseguramiento y administración de recursos que desarrollan las entidades promotoras de salud como a los de prestación de servicios de salud en todas sus fases y las características de la calidad de la atención en salud, las cuales están dadas por el conjunto de características técnico-científicas, humanas, financieras y materiales que debe tener la seguridad social en salud, bajo la responsabilidad de las personas e instituciones que integran el sistema y la correcta utilización de los servicios por parte de los usuarios.

- **Decreto 2309 de octubre 15 de 2002.** Este decreto, tal como ya se mencionó, es producto de la etapa de reglamentación del proyecto de garantía de calidad y, en últimas, plantea los preceptos básicos de cada uno de los componentes desarrollados en dicho proyecto. Se debe entender que este decreto deroga completamente a su antecesor, aunque retoma algunos conceptos planteados por este último, dejando a su vez algunos temas de trascendencia por fuera, como es el caso del sistema de evaluación de tecnología biomédica. Al igual que el 2174, el 2309 define una serie de características básicas del sistema, como son su campo de aplicación, el cual cobija a las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades

adaptadas, las empresas de medicina prepagada y las entidades departamentales, distritales y municipales de salud.

Frente al tema de atención en salud, se recoge lo definido por el Decreto 2174 de 1996 e incluye una sobre lo que constituye la calidad de la atención de salud, que la establece como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario. Por otra parte, define el Sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, entendido como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

De igual forma, el decreto se centra en cuatro componentes del Sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud. En estricto orden de aparición en la norma, estos componentes son:

- a) ***Sistema único de habilitación.*** Definido como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera, y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema; las cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.

- b) ***Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.*** Entendido como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema único de habilitación. Los procesos de auditoría serán obligatorios para las entidades

departamentales, distritales y municipales de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.

- c) **Sistema único de acreditación.** Definido como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada que voluntariamente decidan acogerse a este proceso. d. Sistema de información para la calidad: el cual será implantado por parte del Ministerio, con el fin de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y, al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema.

- **Decreto 1011 de abril 3 de 2006.** Este decreto, que deroga al 2309, se debe entender en unas circunstancias coyunturales. Lo primero es que no cambia radicalmente la estructura del Sistema obligatorio de garantía de calidad, ya que mantiene intactos sus componentes y la gran mayoría de sus herramientas y métodos.

También, se mencionan otras normas que guardan relación con el tema objeto de estudio:

- ✓ Ley 9/79 Código sanitario
- ✓ Ley 10/90 Descentralización
- ✓ Ley 60/90 Sistema nacional de salud.
- ✓ Constitución Política de 1991
- ✓ Ley 100/93 art 186,153(fundamento del servicio público en salud) art 227

-
- ✓ Ley 715/01 Sistema general de participación (atención de urgencia)
 - ✓ Ley 1122/06 art 2(evaluación de resultados) y art 25(regulación de la prestación)
 - ✓ Ley 1438/11(Humanización deberes y derechos penúltimo artículo)
 - ✓ Nuevo modelo atención en salud.
 - ✓ Decreto 2003 habilitación, Sistema de información de calidad res1446/06 decreto 1011
 - ✓ Res 1445/06 acreditación PAMEC

5. Metodología

5.1 Tipo de Estudio

El tipo de estudio es de carácter descriptivo, debido a que se plantea la identificación de cuál es el nivel de satisfacción de los pacientes frente a la atención que reciben en la sección de urgencias de la clínica Zayma en la ciudad de Montería. La presente investigación está inmersa dentro del paradigma cualitativo debido a que los datos obtenidos tratan de evidenciar la percepción del usuario frente al servicio de salud que recibe.

5.2 Método

El método es de tipo descriptivo - analítico, y va desde la recolección de datos mediante la revisión documental disponible, así como la realización de encuestas, en el objeto de identificar el fenómeno en estudio y su posterior análisis.

5.3 Técnicas de Recolección de Información

En la presente investigación las fuentes primarias están referidas a la realización de una encuesta en la entidad objeto de estudio, y las secundarias, implica la exploración de artículos científicos de revistas indexadas, libros, tesis doctorales, manuales corporativos, entre otros.

5.4 Población

La población referencial son los usuarios de la clínica Zayma objeto de estudio en la ciudad de Montería.

5.5 Muestra

La muestra es selectiva debido a la naturaleza de la investigación, en el cual, el sujeto investigador elige las unidades de muestreo, acorde con un criterio ya preestablecido, y en función de satisfacer el objetivo del estudio.

En el caso de la encuesta a los pacientes se seleccionaron de forma selectiva a 30 personas que han recibido los servicios de urgencias en la clínica en la ciudad de Montería.

5.6 Descripción de las Variables (Cualitativas o Cuantitativas)

A continuación, se describen las variables aplicadas al estudio:

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍA	INDICADOR
EDAD	Denota el tiempo en que una persona ha vivido, a contar desde su nacimiento.	Cuantitativo	Intervalo	18-30 años	Sí, no
				+ 30 años	Sí, no
SEXO	Condición de tipo orgánica que diferencia al hombre de una mujer.	Cualitativo	Nominal	Genero	Hombre, mujer
ESTRATO SOCIOECONOMICO	El estrato social del usuario	Cualitativo	Nominal		1,2,3,4,5
SERVICIO	Es el tipo de servicio de salud que recibe el usuario	Cualitativo	Nominal	Usuario	1,2,3,4,5,6,7
				Paciente	1,2,3,4,5,6,7
ATENCIÓN EN SALUD	Percepción del usuario frente al servicio que se le ofrece	Cualitativo	Nominal	Comunicación	Verbal Escrito

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS
PACIENTES



SATISFACCIÓN DEL USUARIO	Es el nivel de satisfacción de los usuarios que reciben las intervenciones requeridas mediante una secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico.	Cualitativo	Nominal	Usuario	Bien Regular Deficiente
				Paciente	

5.7 Instrumento

El instrumento que será utilizado, es el cuestionario CARE Q, o escala de satisfacción del cuidado, el cual fue diseñado por la enfermera Patricia Larson en 1998 (Ver formato en el anexo 1).

5.7.1 Variable Dependiente

Nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de Urgencias frente a la atención médico - asistencial.

5.7.2 Categorías de la Variable

Está integrada por 46 preguntas divididas en las siguientes subescalas del comportamiento de la enfermera:

- **Accesibilidad (5 preguntas).** Se refiere a la oportunidad que tienen los pacientes de recibir los cuidados dados por el personal médico - asistencial de forma oportuna.

- **Explica y facilita (5 preguntas).** Hace referencia a las actividades que realiza el personal médico - asistencial para dar a conocer aspectos que para el paciente son desconocidos o difíciles de entender relacionados con su enfermedad, tratamiento o recuperación, brindándole la información requerida en forma clara, haciendo fácil o posible la ejecución de los cuidados para su bienestar o recuperación.

- **Conforta (9 preguntas).** Son los cuidados que ofrece el personal médico – asistencial, y cuyo fin de brindar comodidad y confort al paciente que se encuentra en el servicio de urgencias.

- **Se anticipa (10 preguntas).** Se refiere a la planeación que hacen los médicos, las enfermeras y enfermeros con antelación, en base a las necesidades del paciente con el fin de prevenir complicaciones.

• **Mantiene relación de confianza (9 preguntas).** Son las acciones que ofrecen el personal médico - asistencial para tener una buena relación con el paciente, ofreciendo cercanía, seguridad y respeto.

• **Monitorea y hace seguimiento (8 preguntas).** Es la supervisión que hace el personal médico - asistencial a sus pacientes para garantizar la calidad del cuidado, teniendo en cuenta que debe conocer a cada paciente, tener un dominio de lo científico-técnico y de los procedimientos que realiza para su recuperación. Esto incluye las actividades que se hacen para enseñar a su grupo de médico – asistencial, la forma como se deben realizar dichos procedimientos, observando y valorando que todo se haga bien y a tiempo.

La medición del cuestionario consta de cuatro valores:

1. Nunca
2. A veces
3. Casi siempre
4. Siempre

Para establecer el nivel de satisfacción se tuvieron en cuenta los siguientes valores:

Tabla 1*Categorías escala CARE-Q*

CATEGORÍAS CARE Q	Nº preg.	Valor máximo.	Valor inicial	Bajo	Medio	Alto
ACCESIBILIDAD	5	20	5	10	15	20
EXPLICA Y FACILITA	5	20	5	10	15	20
CONFORTA	9	36	9	18	27	36
SE ANTICIPA	10	40	10	20	30	40
MANTIENE	9	36	9	18	27	36
RELACIÓN DE CONFIANZA						
MONITOREA Y HACE SEGUIMIENTO	8	32	8	16	24	32
	46	184	46	92	138	184

Cada categoría tiene un determinado número de preguntas y cada una de ellas tiene cuatro posibles respuestas.

El valor mínimo que puede obtener cada respuesta es 1 y el valor máximo es de 4, de acuerdo a los valores que se asignan a cada respuesta como se muestra antes de la tabla. Se hizo un balance entre el valor total de las respuestas de cada categoría si a cada una de ellas un solo paciente contestara 1 o nunca y el valor total de las respuestas si un solo paciente contestara 4 o siempre. Una vez establecidos estos valores se dividen en tres, entre el valor mínimo y el valor máximo para determinar el nivel bajo, el medio y el alto como se muestra en la tabla. Para determinar el valor de cada categoría se suman el total de las respuestas de cada uno de los ítems que evalúan la categoría y se multiplican por el valor asignado a cada una. Finalmente, de acuerdo al nivel de satisfacción que cada paciente haya obtenido en cada uno de los ítems, se tabulan en la matriz de Excel para determinar en cuál nivel de satisfacción se encuentran.

Ejemplo: Accesibilidad: Número de ítems: 5 Valor mínimo si a las cinco preguntas un paciente contestara 1: 5 Valor máximo si a las cinco preguntas un paciente contestara 4: 20 El rango mínimo es de 5 y el rango máximo es de 20. Se divide en tres entre el valor mínimo y el valor máximo y se determina cual es el nivel bajo, medio y alto.

Resultados

Capítulo I. Nivel de percepción que tienen los usuarios con respecto a la calidad en la atención que reciben en el servicio de urgencia de la clínica zayma en la Ciudad de Montería

A continuación se muestran los resultados obtenidos después de aplicado el cuestionario CARE-Q en la sección de urgencia de la clínica Zayma en la Ciudad de Montería durante octubre - Noviembre del año 2019.

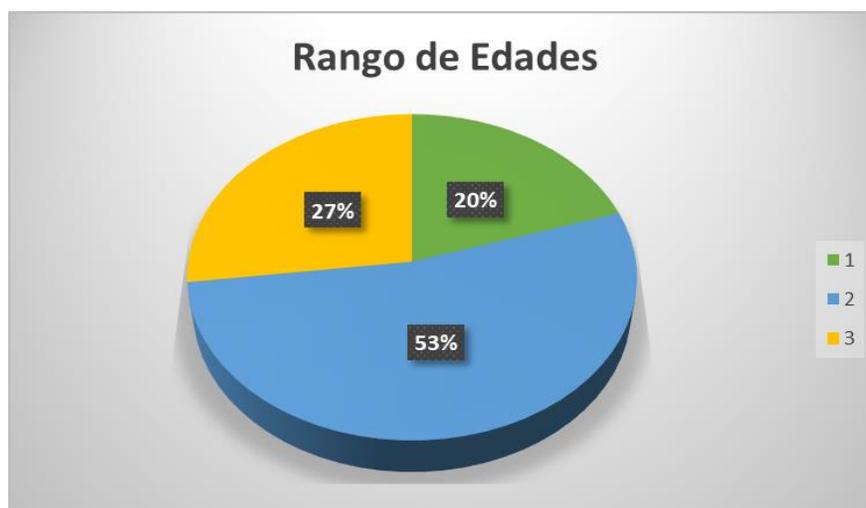
1. Características Sociodemográficas de los Pacientes que Contestaron la Encuesta

Edad

Tabla 2.

Pacientes según la edad

Edad	Número	%
Menor que 30	6	20 %
Entre 30-60	16	53 %
Mayor que 60	8	27 %
Total	30	100 %

Figura 1*Distribución de pacientes según la edad*

Fuente: Elaboración propia.

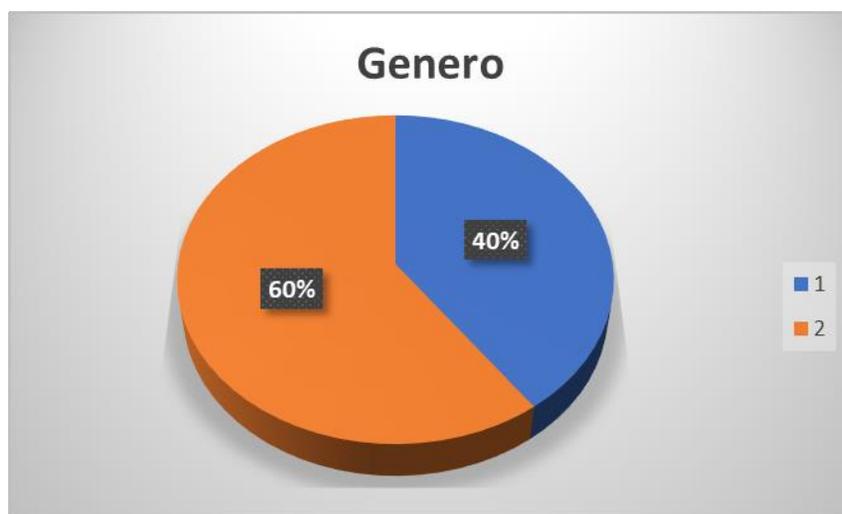
La figura 1, evidencia, que el rango de edad de los pacientes encuestados en el servicio de urgencias de la Clínica oscila principalmente entre los 30 a 60 años de edad con un 53 %, seguido de pacientes mayores de 60 años con un 27% y los menores de 30 años con un 20% respectivamente.

Género**Tabla 3.***Distribución de pacientes según el género*

Género	Número	%
Femenino	12	40 %
Masculino	18	60 %
Total	30	100 %

Figura 2

Distribución de pacientes según su género.



Fuente: elaboración Propia.

De los treinta (30) pacientes encuestados en el servicio de urgencias, 12 son mujeres con un 40% y 18 son hombres con un 60% respectivamente.

Nivel de Escolaridad

Tabla 3

Distribución de pacientes según el nivel de escolaridad.

Escolaridad	Número	%
Secundaria	22	73 %
Universidad	8	27 %
Total	30	100 %

Figura 3

Distribución de pacientes según el nivel de escolaridad



Fuente: Elaboración propia

Del total de la población encuestada el 73% tienen un nivel de escolaridad secundario, seguidos del 27% con un nivel de escolaridad superior.

2. Nivel de Satisfacción de los pacientes frente a la atención de Enfermería Accesibilidad

Tabla 4

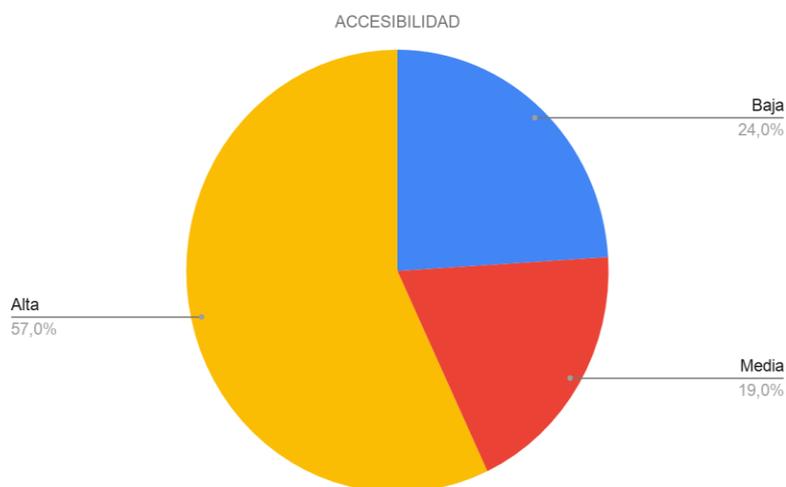
Nivel de Satisfacción de los pacientes según la accesibilidad

Accesibilidad	1	2	3	4	5
La enfermera se aproxima a usted para ofrecerle medidas que alivien el dolor o para realizarle procedimientos.	4	6	7	11	2
La enfermera le da los medicamentos y realiza los procedimientos a tiempo.	0	5	6	16	3
La enfermera lo visita en su habitación con frecuencia para verificar su estado de salud.	4	3	5	15	3
La enfermera responde rápidamente a su llamado.	2	6	8	15	1
La enfermera le pide que la llame si usted se siente mal.	6	2	5	3	14
Total	16	22	31	60	33

Nivel de satisfacción Accesibilidad	No.	%
Baja	38	24 %
Media	31	19 %
Alta	93	57 %
Total	162	100 %

Figura 5.

Nivel de Satisfacción de los pacientes según la accesibilidad



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la accesibilidad el 57% de los pacientes encuestados manifiestan un nivel de satisfacción alto, el 19 % un Nivel de Satisfacción medio, y el 24 % un Nivel de Satisfacción bajo. La mayoría de los pacientes encuestados manifiestan, que la enfermera es oportuna al momento de aplicar los medicamentos, y está pendiente de la atención del paciente, y es pronta la visita de la enfermera a la habitación cuando este la requiere, por tanto, se puede inferir, que existe amplia accesibilidad en el servicio ofrecido.

Explica y Facilita

Tabla 5

Nivel de Satisfacción de los pacientes según explica y facilita

Explica y Facilita	1	2	3	4	5
La enfermera le informa sobre los grupos de ayuda para el control y seguimiento de su enfermedad.	1	2	5	14	8
La enfermera le da información clara y precisa sobre su situación de salud.	2	2	4	16	6
La enfermera le enseña cómo cuidarse a usted mismo.	6	3	6	9	6
La enfermera le sugiere preguntas que usted puede formularle a su doctor cuando lo necesite.	2	6	7	14	1
La enfermera es honesta con usted en cuanto a su condición médica.	3	2	5	18	2
Total	14	15	27	71	23

Explica y Facilita	No.	%
Baja	29	19 %
Media	27	18 %
Alta	94	63 %
Total	150	100 %

Figura 6

Nivel de Satisfacción de los pacientes según explica y facilita



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la categoría explica y facilita el 63 % de los pacientes encuestados opinan, que haya un nivel alto de satisfacción, el 18% presenta un nivel de satisfacción medio, y solo un 19% tiene un nivel de satisfacción bajo. En línea con los resultados obtenidos, se evidencia que la enfermera informa acerca de los grupos de ayuda, acerca de la situación de salud, y de la importancia del autocuidado por parte del paciente. De igual manera, la enfermera brinda orientación al paciente, acerca de las preguntas que debe hacerle al médico, y con honestidad, explica al paciente acerca de la atención médica que recibe.

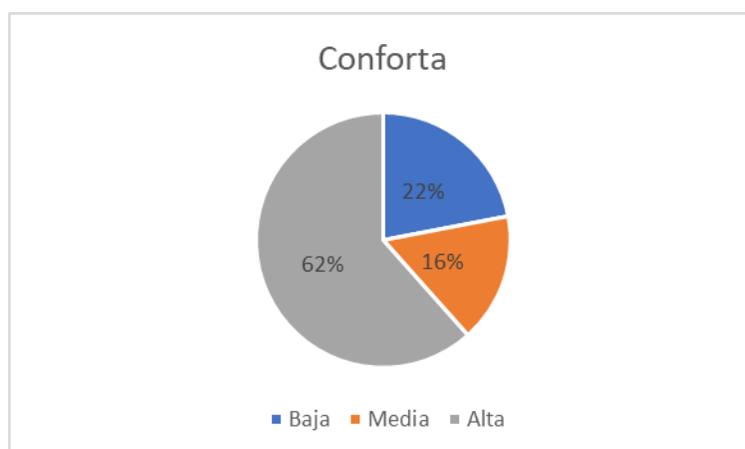
Conforta**Tabla 6***Nivel de Satisfacción de los pacientes según Conforta*

Conforta	1	2	3	4	5
La enfermera se esfuerza para que usted pueda descansar cómodamente.	4	3	5	6	2
La enfermera lo motiva a identificar los elementos positivos de su tratamiento.	3	4	6	12	5
La enfermera es amable con usted a pesar de tener situaciones difíciles.	1	2	3	22	2
La enfermera es alegre.	0	1	10	14	5
La enfermera se sienta con usted para entablar una conversación.	2	7	4	13	4
La enfermera establece contacto físico cuando usted necesita consuelo.	8	3	2	4	3
La enfermera lo escucha con atención.	0	0	4	24	2
La enfermera habla con usted amablemente.	0	2	3	21	4
La enfermera involucra a su familia en su cuidado.	12	3	4	10	1
Total	30	25	41	126	28

Conforta	No.	%
Baja	55	22 %
Media	41	16 %
Alta	154	62 %
Total	250	100 %

Figura 7

Nivel de Satisfacción de los pacientes según Conforta



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la categoría conforta el 62% de los personas encuestadas manifiestan un nivel de satisfacción alta, el 22% tienen un nivel de satisfacción media, y el 16% tienen un nivel de satisfacción baja. Estos resultados evidencian que el cuerpo de enfermería mantiene una buena atención al paciente, siendo amable con él, mostrarle alegría, buena conversación y se interesa por sus inquietudes. En el caso del involucramiento de la familia entro del proceso de atención, si se muestra muy débil, y quizás ello, obedezca a que existe mucha tensión en los familiares debido a las circunstancias, para que se pueda dar una buena fluidez entre las enfermeras y las personas cercanas al paciente.

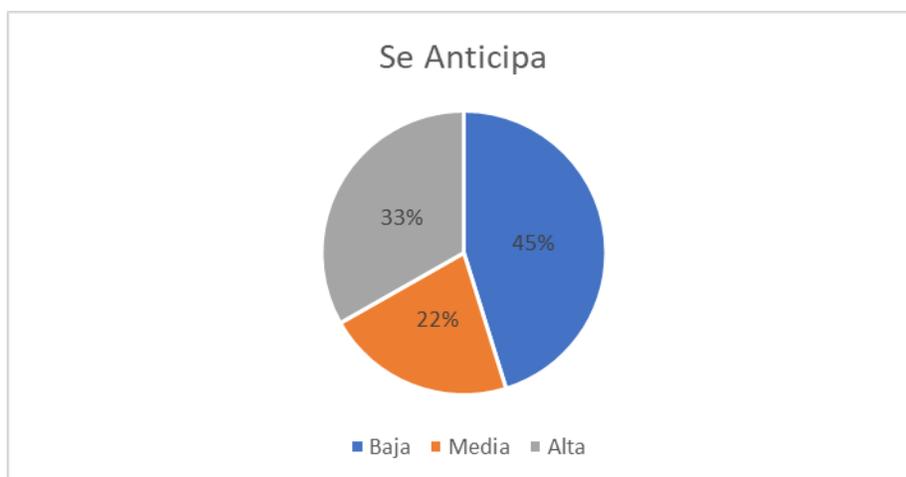
Se anticipa**Tabla 7***Nivel de Satisfacción de los pacientes según se anticipa*

Se anticipa	1	2	3	4	5
La enfermera le presta mayor atención a usted en las horas de la noche.	6	6	5	11	3
La enfermera busca la oportunidad más adecuada para hablar con usted y su familia sobre su situación de salud.	20	5	3	2	1
Cuando se siente agobiado por su enfermedad la enfermera acuerda con usted un nuevo plan de intervención.	18	6	4	1	1
La enfermera está pendiente de sus necesidades para prevenir posibles alteraciones en su estado de salud.	6	8	12	3	1
La enfermera comprende que esta experiencia es difícil para usted y le presta especial atención durante este tiempo.	1	3	10	12	4
Cuando la enfermera esta con usted realizándole algún procedimiento se concentra única y exclusivamente en usted.	0	0	2	16	2
La enfermera continúa interesada en usted aunque haya pasado por una crisis o fase crítica.	0	3	10	12	5
La enfermera le ayuda a establecer metas razonables.	12	6	8	2	2
La enfermera busca la mejor oportunidad para hablarle sobre los cambios en su situación de salud.	12	3	7	3	5
La enfermera concilia con usted antes de iniciar un procedimiento o intervención.	14	3	2	6	5
Total	89	43	63	68	29

Se anticipa	No.	%
Baja	132	45 %
Media	63	22 %
Alta	97	33 %
Total	292	100 %

Figura 8

Nivel de Satisfacción de los pacientes según se Anticipa



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la categoría se anticipa el 45% de los pacientes encuestados, dan a conocer un nivel de satisfacción bajo, el 33% tienen un nivel de satisfacción alto y el 22% tienen un nivel de satisfacción bajo. Sin dudas, estos resultados, reflejan aspectos negativos en cuanto a la prevención del servicio que se le ofrece a los pacientes, y en razón a que la calidad de un servicio de salud, incluye que el personal asistencial esté pendiente de las necesidades

inmediatas o de las posibles alteraciones a futuro que puedan desmejorar el estado de salud de los usuarios del servicio.

En la Clínica Zayma, se hace necesario, los planes de contingencia por parte de las enfermeras y de los demás colaboradores, en función de prevenir posibles complicaciones, y con ello vaya afectarse la satisfacción de los pacientes durante la estancia en la entidad. Este aspecto, denominado Se anticipa, es congruente con el hecho de que el cuerpo de enfermería, realice acciones de prevención y que se eviten más adelante, alteraciones en el estado de salud de quienes reciben el servicio asistencial.

Mantiene Relación de Confianza

Tabla 8

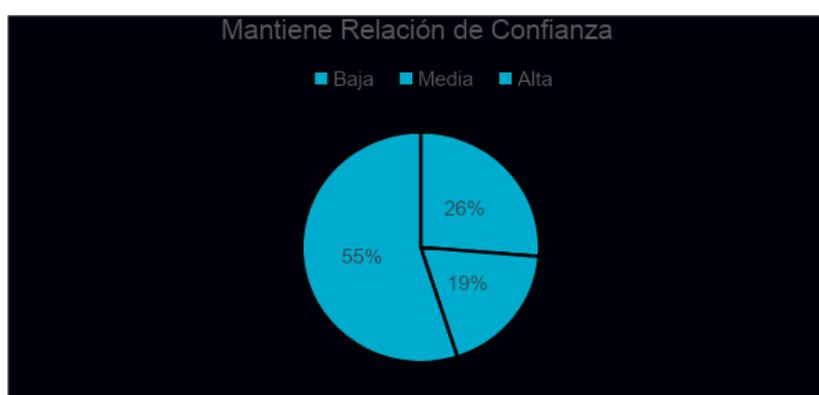
Nivel de Satisfacción de los pacientes según Mantiene Relación de Confianza

Mantiene Relación de Confianza	1	2	3	4	5
La enfermera le ayuda a aclarar sus dudas en relación a su situación.	10	2	4	8	6
La enfermera acepta que es usted quien mejor se conoce, y lo incluye siempre que es posible en la planificación y manejo de su cuidado.	1	7	12	6	4
La enfermera lo anima para que le formule preguntas de su médico relacionadas con su situación de salud.	14	5	8	2	1
La enfermera lo pone a usted en primer lugar, sin importar que pasa a su alrededor.	13	7	5	3	2
La enfermera es amistosa y agradable con sus familiares y allegados.	0	2	4	21	3
La enfermera mantiene un acercamiento respetuoso con usted.	0	0	4	12	14
La enfermera lo identifica y lo trata como una persona individual.	0	2	6	14	8
La enfermera se identifica y se presenta ante usted.	0	0	2	12	16
Total	38	25	45	78	54

Mantiene Relación de Confianza	No.	%
Baja	63	26 %
Media	45	19 %
Alta	132	55 %
Total	240	100 %

Figura 9

Nivel de Satisfacción de los pacientes según Mantiene Relación de Confianza



Fuente: Elaboración propia

En lo que respecta a Mantiene Relación de Confianza el 55% de los pacientes encuestados presentan un nivel de satisfacción alto, y un 19 % tienen un nivel de satisfacción medio y el 26% tienen un nivel de satisfacción bajo. Los resultados evidencian que la mayoría de los encuestados opinan que existe una relación de confianza y amabilidad de los pacientes con el cuerpo de enfermería, y en donde prevalece factores de cercanía, seguridad y respeto. Sin embargo, existe una valoración muy baja para el caso de un mayor interés por parte de las enfermeras en cuanto a las inquietudes de estos pacientes en materia de formulación de pregunta sobre el estado de salud de estos. Este último aspecto, se puede mejorar si hay mayor flujo de comunicación entre los pacientes y el personal médico-asistencial.

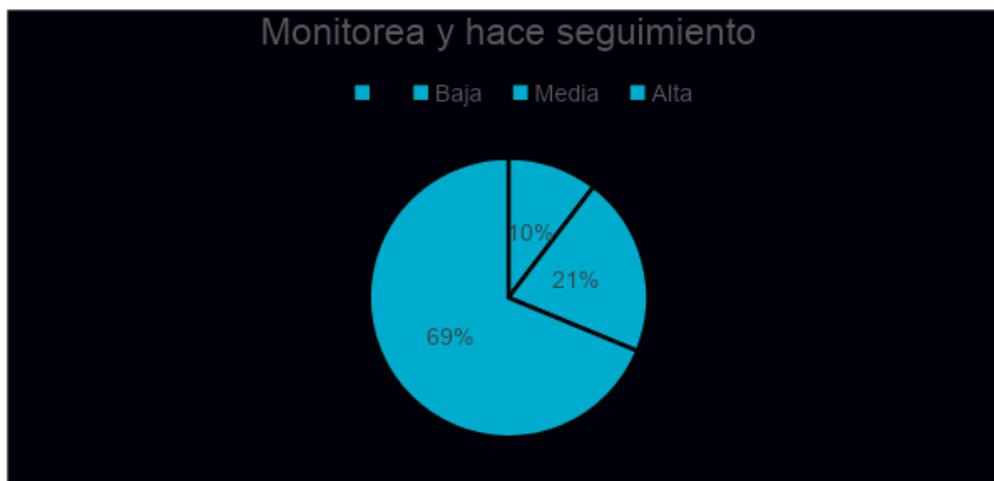
Monitorea y hace seguimiento**Tabla 9***Nivel de Satisfacción de los pacientes según Monitorea y hace seguimiento*

Monitorea y hace seguimiento	1	2	3	4	5
El uniforme y carné que porta la enfermera la caracteriza como tal.	1	1	3	4	21
La enfermera se asegura de la hora establecida para los procedimientos especiales y verifica su cumplimiento.	0	0	4	10	16
La enfermera es organizada en la realización de su trabajo.	1	3	11	7	8
La enfermera realiza los procedimientos con seguridad.	0	1	3	16	10
La enfermera está calmada.	3	4	6	14	3
La enfermera le proporciona buen cuidado físico.	1	0	4	16	9
La enfermera se asegura que sus familiares y allegados sepan cómo cuidarlo a usted.	5	3	10	8	4
La enfermera se identifica cuando es necesario llamar al médico.	0	2	9	10	9
Total	11	14	50	85	80

Monitorea y hace seguimiento	No.	%
Baja	25	10 %
Media	50	21 %
Alta	165	69 %
Total	240	100 %

Figura 10

Nivel de Satisfacción de los pacientes según Monitorea y hace seguimiento



Fuente: Elaboración propia

El ítem Monitorea y hace Seguimiento, indica que el 69 % de los pacientes encuestados manifiestan un nivel de satisfacción alto, el 21% tienen un nivel de satisfacción medio y el 10% presenta un nivel de satisfacción bajo. Los resultados muestran una alta valoración por el servicio que ofrecen las enfermeras denotando responsabilidad y compromiso en su trabajo.

Análisis de los resultados

Se concluye, que los resultados del análisis individual de las categorías que comprende el Cuestionario CARE-Q (accesibilidad, Explica y facilita, Conforta, se Anticipa, Mantiene Relación de Confianza y Monitorea y Hace Seguimiento), el factor Monitorea y hace seguimiento obtiene el mayor Nivel de satisfacción (69 0%) y en contraposición se encuentra la categoría Se anticipa, la cual obtuvo el nivel de Satisfacción más bajo con un 45 %. En ese sentido, el cuestionario CARE-Q, evidencia, que la principal falencia del personal de enfermería que labora en el servicio de urgencias es la falta de anticipación o planeación, que permita que se prevengan eventos adversos que pongan en riesgo la salud y la vida de los pacientes en la sesión de urgencias en la Clínica Zayma, y con ello, el que se ofrezca mayor seguridad al paciente.

En línea general, los hallazgos obtenido en la encuesta, muestran, que la atención de enfermería es buena, sin embargo, se requiere mayor observancia en los factores comunicacionales entre pacientes y el cuerpo de enfermería, y en función de que se mejoren los procedimientos encaminados a que se satisfagan en mayor grado de las necesidades del paciente, y configurándose como un ser biosicosocial y espiritual.

Capítulo II. Análisis de los Resultados Referentes al Nivel de Satisfacción de los Pacientes Frente a la Calidad de la Atención Prestada en el Servicio de Urgencias de la Clínica Zayma en la Ciudad de Montería

Introducción

En el siguiente capítulo, se hace un análisis de los resultados obtenidos en el capítulo II: Análisis de los Resultados Referentes al Nivel de Satisfacción de los Pacientes Frente a la Calidad de la Atención Prestada en el Servicio de Urgencias de la Clínica Zayma en la Ciudad de Montería. En el capítulo anterior y en el cual, se hace un análisis de los factores referentes al nivel de satisfacción de los pacientes frente a la calidad de la atención prestada en el servicio de urgencias de la Clínica Zayma en la ciudad de Montería. A continuación, se analizan cada una de las categorías de los resultados del cuestionario CARE-Q.

Análisis de los factores referentes al nivel de satisfacción de los pacientes frente a la calidad en el servicio de urgencia de la Clínica Zayma.

Accesibilidad

El nivel de satisfacción de accesibilidad presenta un porcentaje alto en los resultados del cuestionario CARE-Q, lo cual indica, que el cuerpo de enfermería de la Clínica Zayma, si se comunica de manera permanente con el paciente, y de que esta pueda ser atendido de manera pronta, y ello, es parte de la responsabilidad y el compromiso de las enfermeras, de que estén muy atentas al llamado de los pacientes, para hacer un seguimiento estricto a la condición de éstos y ofrecer las condiciones necesarias para que fluya una buena comunicación y expresen que sienten. Sin dudas, los pacientes perciben la buena atención, que para este caso de análisis,

implica que haya fácil accesibilidad, debido a que ello a su vez, denota una calidad superior del servicio que se ofrece en la Clínica.

Explica y Facilita

Existe un nivel alto de satisfacción con respecto al hecho de que el cuerpo de enfermería sabe explicar al paciente acerca de su condición de salud, por tanto, es un punto favorable dentro del conjunto de situaciones positivas que el paciente percibe sobre el servicio recibido. Para el personal asistencial en la Clínica Zayma, el que la enfermera le facilite informe, sobre los grupos de ayuda para el control y seguimiento de su enfermedad, ello se convierte, en una atención de calidad, porque no solo se le hace orientación al paciente acerca de cuáles son los procedimientos que más le benefician, sino también, de que se produce una percepción favorable del paciente, sobre la honestidad por parte de las personas que le ofrecen un buen servicio. Sin dudas, la comunicación enfermera-paciente es un aspecto central en el tratamiento en salud dentro de la Clínica, y como parte del cumplimiento de las normas de calidad, y todo ello, en procura de un buen servicio y de que haya mayor claridad en cuanto a la atención que ofrece la enfermera, tanto al usuario como a su familia.

Conforta

La amabilidad, es un aspecto central en el atención a los pacientes, y es un factor que se percibe con facilidad, y a su vez, facilita la buena comunicación entre paciente y el personal asistencial, sin embargo, no hay que desconocer, que en muchos casos, la demasiada carga de trabajo en las enfermeras, es una factor que hace que éstas en ciertos momentos, se muestren un poco tensionadas y no estén tan disponibles a estar sonriendo de manera constante frente al paciente.

Por otra parte, los resultados corroboran que existe un ambiente confortable para la estadía de los pacientes en la Clínica Zayma, y ello es favorable para su pronta recuperación.

Se anticipa

El cuidado de enfermería tiene contenido, la evaluación de las necesidades de los pacientes, y de que haya una disminución de los riesgos para la salud del mismo. Lo anterior es parte de lo que comúnmente se denomina seguridad en salud, que implica, no solo el establecer procedimientos adecuados en el presente, sino también, formular posibles acciones preventivas en materia de cuidado en salud.

La comunicación, sigue siendo un aspecto esencial, en materia de anticipación y del establecimiento de planes de contingencias hacia la buena atención de los pacientes. Se requiere, que las enfermeras le dediquen un tiempo prudente a los pacientes para que estos aclaren sus dudas con relación a su situación de salud y del servicio que reciben. Se debe tener en cuenta, que para el caso de la atención de urgencia, implica no solo una atención inicial que se le brinda al paciente de forma inmediata, sino también, una labor de acompañamiento y de prevención de posibles riesgos que pongan en peligro la vida o la integridad en salud de los que están ubicados en las distintos espacios de urgencia en la clínica.

El personal médico-asistencial de la Clínica Zayma, debe mostrar su capacidad de ofrecer una atención oportuna en base a las necesidades del paciente y ello, también hace necesario, que la enfermera prevea con antelación la forma correcta de dar respuesta a las diferentes demandas del servicio ofrecido, y con mayor significancia, dentro de un servicio de urgencias, y en el cual, se tiene muy claro, que cada paciente se diferencia de los otros, y por ende debe brindar un cuidado individual teniendo en cuenta la opinión de cada uno de ellos.

Cuando se hace referencia, a lograr anticipar, es también significar, que la enfermera debe ser más eficaz en la planeación que esta debe realizar con anterioridad, acorde con las necesidades de los pacientes y con el fin de prevenir futuras complicaciones en salud.

Mantiene Relación de Confianza

La encuesta, refleja de manera significativa, que existe un trato amistoso por parte de las enfermeras hacia los pacientes y sus familiares, y ello, permite un ambiente de confianza en lugar de temor, y a la vez, es un factor de motivación al paciente, acerca del respeto y valoración hacia el profesional de la salud, de que este se interese, no sólo por realizar el tratamiento, sino también por conocer sus preocupaciones, disminuir su ansiedad y ofrecer una servicio que respete las condiciones actuales de cada paciente en la Clínica Zayma,

Monitorea y hace Seguimiento

Es de importancia que las enfermeras desarrollen su trabajo con dedicación y seguridad, y por parte de los pacientes, que estos reconozcan la labor que desempeñan el cuerpo de enfermería. En general se puede inferir, que el personal de enfermería del servicio de urgencias de la Clínica Zayma, desarrolla una buena labor, debido al interés, porque se mantengan un buen cuidado físico de los pacientes y de realizar el seguimiento en cumplimiento de dicho propósito.

Capítulo III. Indicadores de Aplicación de la Calidad del Servicio de Urgencias de la Clínica Zayma en la Ciudad de Montería

En el presente capítulo, se describen los indicadores de aplicación de la calidad del servicio de urgencias de La Clínica Zayma en la ciudad de Montería.

Indicadores de calidad del servicio de salud

Dependiendo del concepto que interese medir, los indicadores pueden ser de dos tipos: de demanda (por ejemplo, número de pacientes atendidos por cada mil habitantes y año) también conocidos, como de cantidad, y de calidad de las actividades (por ejemplo, tiempo medio de demora en la atención a los pacientes).

Dentro de los de calidad, nos hemos centrado en dos aspectos: indicadores de proceso (aquellos que evalúan la calidad de los procesos asistenciales, es decir, cómo se hacen las cosas) e indicadores de resultado (los que miden el resultado final de las actividades sanitarias, independientemente del modo como éstas hayan sido hechas). Se establecen por tanto tres grupos de indicadores:

- **Indicadores de actividad.** Son aquellos que miden la cantidad de solicitudes de asistencia que se presentan en el servicio de urgencias. Tienen un valor informativo para evaluar el uso de los recursos asistenciales y su gestión, además de permitir una comparación de la actividad del centro con otros servicios de urgencias de otros centros.

- **Indicadores de calidad de proceso.** Son aquellos que miden aspectos cualitativos del proceso de asistencia de la urgencia. Estos indicadores miden el funcionamiento del servicio de urgencias desde el punto de vista organizativo y de la calidad de los procesos.

- **Indicadores de resultado.** Son aquellos que miden los resultados finales de las actividades asistenciales. Informan por tanto de la calidad y capacidad técnica y resolutive del servicio de urgencias.

Tabla 10*Indicadores de actividad*

	Denominación	Descripción	Fundamento	Expresión	Fórmula
Número de consultas urgentes	Número de consultas urgentes	Describe el número total de consultas de asistencia sanitaria realizadas en un período de tiempo determinado. Se entiende por asistencia sanitaria en urgencias aquella atención que consume recursos asistenciales. Incluye las consultas informativas o administrativas que, aunque no reciben asistencia, consumen tiempo y recursos asistenciales y suponen carga de trabajo para los mismos	Indicador puramente descriptivo de la cantidad total de trabajo asistencial realizado en un SUH, independientemente de la población bajo cobertura o de los recursos disponibles. Sirve para estimar costes y, en combinación con otros indicadores, para evaluar la adecuación de recursos	Número	Nº de casos que cumplen el requisito en un período de tiempo dado
Frecuentación relativa anual	Frecuentación anual	Mide la cantidad de asistencias urgentes realizadas en relación con la población bajo cobertura del centro. Se define como "población cubierta" la del censo de población en el área geográfica de cobertura del centro hospitalario.	Fundamento: Permite identificar zonas o centros con mayor o menor demanda en relación a otros hospitales. También permite comparar dicha actividad con una media de hospitales de determinado grupo, o con un estándar. Facilita en caso de desviaciones significativas la investigación de factores causales (por ejemplo, carencias de recursos, déficit informativo, adhesión a un servicio, etc.). Al suprimir el sesgo de la estacionalidad es útil para planificar la gestión y los recursos asistenciales, así como para evaluar a posteriori la misma. En combinación con otros indicadores permite evaluar la adecuación de los recursos.	Expresión: Se expresa en forma de ratio por cada agregado de 100.000 habitantes (Nº de consultas /100.000 habitantes/año). Eventualmente puede ser útil medirlo para períodos de tiempo menores (mes, trimestre, etc.).	Numerador: Número total de consultas en el período estudiado. Denominador: Población censada / 100.000.

Tabla 11*Indicadores de Calidad*

	Denominación	Descripción	Fundamento	Expresión	Fórmula
	Tiempo medio de permanencia en urgencias	Tiempo total que permanece el paciente en el SUH desde que llega hasta que abandona el mismo, sea por alta, por ingreso, por fallecimiento, por traslado a una unidad de observación o por traslado a otro centro.	Una característica fundamental de la atención urgente es la rapidez. El paciente que es visto en el SUH debe ser atendido sin grandes dilaciones con el objetivo de identificar en poco tiempo su problema y buscarle la solución más adecuada en el contexto real en que se presenta. Un tiempo de estancia prolongado en el SUH puede significar que existen déficits de coordinación, circuitos inadecuados, servicios de soporte insuficientes, etc. En este caso, cada hospital debería establecer sus indicadores internos para averiguar las causas del incremento de la permanencia	Minutos de permanencia media.	Numerador: Sumatorio de los tiempos de permanencia de todos los pacientes atendidos en un determinado período de tiempo y que no tengan criterios de exclusión. Denominador: Número total de pacientes atendidos en dicho período sin criterios de exclusión. Se proponen además los indicadores de tiempo de permanencia que ya se vienen utilizando en los hospitales del Insalud y que están incluidos en el set de monitorización: - Porcentaje de pacientes que permanecen más de

					3 horas en el Servicio de Urgencias. - Porcentaje de pacientes que permanecen más de 6 horas en el Servicio de Urgencias.
Grado de cumplimentación de la historia clínica	Grado de cumplimentación de la historia clínica	Mide el hecho de que el paciente y sus familiares han sido informados acerca de: la identificación del médico responsable, motivo de consulta (impresión inicial, procedimientos y técnicas a realizar, circuitos en el SUH, diagnóstico y plan terapéutico, si existe y procede	Al hecho positivo y suficiente de tratarse de un derecho de los pacientes reconocido en las leyes, se añade la evidencia constatada de que una buena información mejora la relación terapéutica médico-paciente y alivia la angustia de los familiares, además de evitar reclamaciones como consecuencia de una insuficiente comprensión de la naturaleza y alcance de los problemas y de los cuidados procurados		Medición: Se recomienda medir los siguientes puntos: <ul style="list-style-type: none"> Existencia de un Plan de información del Servicio de Urgencias, basado en las líneas generales de la Guía Hospitalaria sobre la Información a Pacientes y Familiares. Se medirá por variable dicotómica

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS
PACIENTES



					<p>(existencia del plan de información documentado: sí/no). •</p> <p>Existencia de información previa sobre el funcionamiento del servicio de urgencias. Se aconseja disponer de folletos en la sala de espera y reforzarlo con información escrita en las salas de espera u oral por parte de admisiones en la llegada. Se medirá por variable dicotómica (presencia de información previa: sí/no). •</p> <p>El resto de los</p>
--	--	--	--	--	---

					aspectos relacionados con la información podrán medirse a partir de las preguntas que sobre este aspecto incluye "El informe del usuario", la nueva EPH que va a ser implantada en los hospitales del Insalud
	Tasa de retorno a urgencias	Mide la cantidad de pacientes que, tras ser atendidos en SUH y ser dados de alta, regresa él mismo en las 72 horas siguientes (3 días) por cualquier causa. Indirectamente da una medida de la calidad técnica de las soluciones dadas por el SUH. Si bien, en sentido estricto deberían tenerse en cuenta únicamente los que vuelven por el mismo motivo, resulta muy difícil, cuando no	Aunque es normal que una proporción de pacientes, aún habiendo sido correctamente atendidos y tratados, tengan una evolución desfavorable y precisen de nuevo la asistencia por el SUH, no es menos cierto que cuando la calidad técnica de la misma no es la óptima (por diversas razones que no viene al caso enumerar ni debatir en este documento), es más probable que algunos pacientes no	En forma de tasa o ratio por cada 1.000 asistencias.	Numerador: Número de pacientes que retornan al SUH en las 72 horas siguientes en un determinado período de tiempo. Denominador: Número total de pacientes atendidos en el SUH en dicho

		imposible, considerar si es o no el mismo motivo el que hace retornar. En este sentido, una complicación o un síntoma nuevo sobrevenido en el curso de un problema no bien resuelto podrían falsear la bondad del dato. Por este motivo es preferible incluir los retornos por cualquier causa, dado que el sesgo introducido es menor y menos relevante.	reciban el diagnóstico o el tratamiento adecuado, o no hayan sido detectados todos los problemas de salud, y precisen por ello de una nueva atención. Por este motivo parece pertinente medir y monitorizar en el tiempo este indicador como reflejo indirecto de la efectividad real y definitiva del SUH y da la calidad de su asistencia.		período dividido por mil.
	Tasa de mortalidad en urgencias	Mide la proporción de pacientes que fallecen en el SUH habiendo accedido con vida al mismo. Se excluyen los que, ingresando cadáver, no reciben ninguna maniobra de reanimación ni otros actos terapéuticos. Incluye a todos los fallecidos por cualquier causa durante su permanencia en el Servicio de Urgencias y sus dependencias (incluyendo los desplazamientos a salas para pruebas diagnósticas tales como Radiología, etc.).	Mide indirectamente la capacidad y eficacia del SUH para resolver los casos más críticos con rapidez, seasolucionando el problema con sus medios o derivando al paciente al servicio, unidad o centro adecuado a la gravedad del caso.	En forma de tasa o ratio por cada 1.000 asistencias.	Numerador: Número de pacientes fallecidos en el SUH en un período de tiempo definido multiplicado por 100. Denominador: Número total de pacientes atendidos en el SUH en el mismo período de tiempo.

		Así como durante los traslados internos			
--	--	--	--	--	--

Fuente: SEMES- Insalud (2001).

En el anexo 2, se describen los distintos Indicadores de Calidad en Urgencias según Resolución 1446 de 2006 en Colombia.

Conclusiones

La presente investigación estuvo referida a establecer el nivel de satisfacción con el cuidado de enfermería en los pacientes que asisten al servicio de urgencias en la Clínica Zayma en la ciudad de Montería, y mediante la aplicación del cuestionario CARE-Q, en donde se obtuvo como resultado general, que existe un buen nivel de satisfacción en dicha entidad, y a la vez, ello se interpreta como un buen servicio y un buen desempeño del personal de enfermería.

Los términos accesibilidad, información, confort, anticipación confianza y seguimiento toman relevancia, en el desarrollo de la investigación, debido a que son elementos necesarios para el buen desarrollo de las actividades de cuidados a los pacientes. La accesibilidad, se interpreta, como aquellas acciones necesarias por parte del personal asistencial, para poder ofrecer una atención oportuna, ágil y con calidad, teniendo en cuenta las necesidades y expectativas del paciente y sus familiares. La información está referida al ítem explica y explica y facilita, en donde se establece una comunicación sincera y transparente con el paciente con el objeto de que este se mantenga bien informado acerca de su situación de salud.

Para el caso del Confort, no solo el personal de enfermería de la Clínica, debe brindar un trato amable y amistoso a los pacientes, sino que también, los directivos de dicha entidad, deban brindar todos aquellos elementos físicos y logísticos, que hagan en conjunto, que el paciente ese mantenga cómodo y seguro durante el tratamiento de su enfermedad. El concepto “Anticipación” se remite a que las enfermeras, en el cuidado de los usuarios en el servicio de urgencia, planifiquen sus actividades y puedan lograr prevenir acerca de la ocurrencia de eventos adversos que pongan en riesgo la salud y la vida de los pacientes.

La categoría “Confianza”, indica que haya un trato respetuoso y abierto hacia los pacientes, y ello implica, además, que haya comunicación, empatía y comprensión para el buen desarrollo del servicio de cuidado en la sección de urgencia de la Clínica. Es bueno significar, que en la

evaluación de la satisfacción de los pacientes, toma relevancia los cuidados en salud y la educación continua del personal asistencial, debido a que ello, se convierte en estrategia válida para asegurar el cumplimiento de objetivos de calidad.

Por último la categoría “Seguimiento”, está referido a que siempre haya un acompañamiento individualizado hacia el paciente, y ello implica también, que haya una buena comunicación entre las dos partes, para la mejora del nivel de satisfacción de los pacientes y que se logren los indicadores de calidad del servicio propuestos por la entidad de salud.

Referencias Bibliográficas

Cantú H. (1997). *Desarrollo de una cultura de calidad*. McGraw Hill. México.

Corte Constitucional (2018). *Sentencia T- 760 del 31 de julio de 2008*. Sala Segunda de Revisión.
Magistrado Ponente: Manuel José Cepeda Espinosa.

Crow, R., Gage H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2002). *The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature*. Health Technology Assessment NHS R&D HTA Programme, 6(32).

Churchill, G.A. Jr., Y Surprenant, C. (1982). *An Investigation into the Determinants of Customer Satisfaction*. Journal of Marketing Research, 19 (November), pp. 491-504.

Donabedian, A. (1993). *Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad*. Revista de Salud Pública de México; 35(3):238-247. 2.

Donabedian, A. (1984). *La Calidad de la atención Médica*. Ed. La Prensa Médica Mexicana, S.A. México D.F.

Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. En: *Explorations in quality assessment and monitoring*. Vol. 1. Health Administration Press. Ann Arbor. Michigan.

Delbanco, T.L. And Daley, J. (1996). *Through the patient's eyes: Strategies toward more successful contraception*. Obstetrics and Gynecology 88(3 Suppl.): 41S-47S.

Felisart, J., Requena, J., Roqueta, F., Saura, R. M^a, Suñol, R., & Tomás, S. (2001). *Su Indicadors per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció snaitària*. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Barcelon.

Gómez, L. (2013, 03 02). *¿De qué se quejan más los usuarios del servicio de salud?* Ed. El Tiempo, p. 2. <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12629806>

International Organization for Standarization –ISO (1989). Quality: terms and definitions.

Kerguelén Botero, A (2008). *Calidad en salud en Colombia: Los principios*. Ministerio de la Protección Social Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS.

Morales, E (2015). *La falla del servicio médico asistencial de urgencias en los Hospitales y Clínicas de Colombia: Un quebrantamiento permanente al principio bioético de no maleficencia*. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá D.C.

Ministerio de Salud, Colombia (1990). <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/DECRETO%201761%20DE%201990.pdf>.

Moret, L., Nguyen, J., Pillet, N., Falissard, B., Lombrail, P., & Gasquet, I. (2007). *Improvement of psychometric properties of a scale measuring inpatient satisfaction with care: a better response rate and a reduction of the ceiling effect*. BMC Health Services Research, 7, p. 197

Neto, Q. (2000). *Qualidade Total e Administração Hospitalar: Explorando Disfunções Conceituais*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Niedz, B. (2018). *Correlates of Hospitalized Patients' Perceptions of Service Quality*. Research in Nursing & Health, 21, pp. 339-349.1988.
- Oliver, R. (1999). *Whence Consumer Loyalty. (Special Issue)*. Journal of Marketing, 63, pp. 33-44
- Oliver, R. Y Desarbo, W. S. (1998). *Response Determinants in Satisfaction Judgments*. Journal of Consumer Research, Vol. 14, No. 4 (Mar., 1988), pp. 495-507.
- Padilla, N Y Pájaro S (2014). *Gerenciamiento de la calidad y satisfacción al cliente en el área de urgencias del Hospital Universitario del Caribe durante el primer trimestre de 2013*. (Tesis de Especialización en gestión Gerencial) Universidad de Cartagena. Cartagena de Indias D. T. Y C.
- Rust, R. Y Oliver, R. L. (1994). *Service Quality: New Directions in Theory and Practice*. London.
- SEMES- Insalud (2001). *Calidad en los servicios de urgencias. Indicadores de calidad*. Grupos de trabajo Grupo de Trabajo. Emergencias 2001; 13:60-65.
- Setó, D. (2003). *La Influencia de la Calidad de Servicio, la Imagen, la Satisfacción y la Confianza en la Fidelidad del Cliente*. Revista Española de Investigación de Marketing (ESIC), Vol.7, N°1, pp.27-55. SINGHThompson A. And Sunol R. (1995). Expectations as determinants of patient satisfaction: Concepts, theory and evidence, International Journal for Quality in Health Care 7(2): 127-141.
- Taylor, S. y Baker, T. (1994). *An Assessment of the Relationship Between Service Quality and Customer Satisfaction in the Formation of Consumers' Purchase Intentions*. Journal of Retailing, Vol.70, pp.163-17.

Velandia, M. (2011). *La Seguridad de los Pacientes de Urgencias en un Ambiente de Congestión.*

Revista de actualizaciones en enfermería, 14(3).<https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-143/laseguridaddelospacientes/>.

Vinagre, M. H. y Neves, J. G. (2008). The influence of service quality and patients' emotions on satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 21, No 1, pp. 87-10.

Williams B. (1994). Patient satisfaction: ¿a valid concept? *Social Science & Medicine*; 38.

Anexos

Anexo 1. Formato de Encuesta

DIMENSIONES -ITEMS	1	2	3	4	5
ACCESIBILIDAD					
1 La enfermera se aproxima a usted para ofrecerle medidas que alivien el dolor para realizarle procedimientos.					
2 La enfermera le da los medicamentos y realiza los procedimientos a tiempo.					
3 La enfermera lo visita con frecuencia para verificar su estado de salud.					
4 La enfermera responde rápidamente a su llamado.					
5 La enfermera le pide que la llame si usted se siente mal.					
EXPLICA Y FACILITA					
6 La enfermera le informa sobre los grupos de ayuda para el control y seguimiento de su enfermedad.					
7 La enfermera le da información clara y precisa sobre su situación actual.					

8 La enfermera le enseña cómo cuidarse a usted mismo.					
9 La enfermera le sugiere preguntas que usted puede formularle a su doctor cuando lo necesite.					
10 La enfermera es honesta con usted en cuanto a su condición médica.					
CONFORTA					
11 La enfermera se esfuerza para que usted pueda descansar cómodamente.					
12 La enfermera lo motiva a identificar los elementos positivos de su tratamiento					
13 La enfermera es amable con usted a pesar de tener situaciones difíciles.					
14 La enfermera es alegre.					
15 La enfermera se sienta con usted para entablar una conversación.					
16 La enfermera establece contacto físico cuando usted necesita consuelo.					
17 La enfermera lo escucha con atención.					
18 La enfermera habla con usted amablemente.					
19 La enfermera involucra a su familia en su cuidado.					
SE ANTICIPA					

20 La enfermera le presta mayor atención en las horas de la noche.					
21 La enfermera busca la oportunidad más adecuada para hablar con usted y su familia sobre su situación de salud.					
22 Cuando se siente agobiado por su enfermedad la enfermera acuerda con usted un nuevo plan de intervención.					
23 La enfermera está pendiente de sus necesidades para prevenir posibles alteraciones en su estado de salud.					
24 La enfermera comprende que esta experiencia es difícil para usted y le presta especial atención durante este tiempo.					
25 Cuando la enfermera esta con usted realizándole algún procedimiento se concentra única y exclusivamente en usted.					
26 La enfermera continúa interesada en usted aunque haya pasado por una crisis o fase crítica.					
27 La enfermera le ayuda a establecer metas razonables.					

28 La enfermera busca la mejor oportunidad para hablarle sobre los cambios en su situación de salud.					
29 La enfermera concilia con usted antes de iniciar un procedimiento o intervención.					
MANTIENE RELACIÓN DE CONFIANZA					
30 La enfermera le ayuda a aclarar sus dudas en relación a su situación.					
31 La enfermera acepta que es usted quien mejor se conoce, y lo incluye siempre en lo posible en la planificación y manejo de su cuidado.					
32 La enfermera lo anima para que le formule preguntas de su médico relacionado con su situación de salud.					
33 La enfermera lo pone a usted en primer lugar, sin importar que pase a su alrededor.					
34 La enfermera es amistosa y agradable con sus familiares y allegados.					

35 La enfermera le permite expresar totalmente sus sentimientos sobre su enfermedad y tratamiento.					
36 La enfermera mantiene un acercamiento respetuoso con usted.					
37 La enfermera lo identifica y lo trata a usted como una persona individual.					
38 La enfermera se identifica y se presenta ante usted.					
MONITOREA Y HACE SEGUIMIENTO					
39 El uniforme y carnet que porta la enfermera la caracteriza como tal.					
40 La enfermera se asegura de la hora establecida para los procedimientos especiales y verifica su cumplimiento					
41 La enfermera es organizada en la realización de su trabajo					
42 La enfermera realiza los procedimientos con seguridad.					
43 La enfermera es calmada.					
44 La enfermera le proporciona buen cuidado físico					

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS
PACIENTES

45 La enfermera se asegura que sus familiares y allegados sepan cómo cuidarlo a usted.					
46 La enfermera identifica cuando es necesario llamar al médico.					
TOTAL					

Anexo 2. Indicadores de Calidad en Urgencias según Resolución 1446 de 2006

Indicador oportunidad en la atención en consulta de urgencias

Nombre	Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias
Código	
Justificación	<p>La oportunidad de la atención en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios ambulatorios y su resolutivez es vital para la seguridad y efectividad de la atención en salud a los usuarios. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la disminución de la mortalidad, la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes al proceso patológico que origina la demanda de atención y disminuye la congestión en los servicios de urgencias. El tiempo de respuesta en los prestadores es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento, puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores</p> <p>Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a un determinado proveedor de</p>

	<p>servicios de salud y para la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar además un trazador indirecto de la capacidad resolutive de los procesos de atención y de la suficiencia de la oferta en el primer nivel. La monitorización por parte de las instituciones de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incremente la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios</p>
Dominio	<p>1. Accesibilidad/Oportunidad</p> <p>Subdominio: Oportunidad</p>

Definición Operacional

Numerador	<p>Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el</p>
-----------	--

	cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico.
Denominador	Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias
Unidad de medición	Minutos
Factor	1
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador

Variables

	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Libro/Registro de Atención en Urgencias	Libro/Registro de Atención en Urgencias
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral	
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	

Vigilancia y control	Ente territorial -Superintendencia Nacional de Salud
----------------------	--

Análisis

En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.

Tabla 12

Indicador oportunidad en la realización de cirugía programada en IPS

Nombre	Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias
Código	
Justificación	<p>La oportunidad en la respuesta a la necesidad de realización de procedimientos quirúrgicos tiene impacto sobre la capacidad resolutive de los casos por su detección y atención temprana disminuyendo los riesgos de incapacidad en tiempo y severidad y secuelas, sí como impactan positivamente en la contención de costos de no calidad originados en la no atención oportuna.</p> <p>El tiempo de respuesta en los prestadores puede resultar útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que genera su población, orientando decisiones de mejoramiento. Igualmente es útil para el usuario en su decisión de elegir IPS en la cual desea ser atendido</p>
Dominio	<p>1.Accesibilidad/Oportunidad</p> <p>Subdominio: Oportunidad</p>

Definición operacional

Numerador	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la Cirugía programada y el momento en el cual es realizada la cirugía.
Denominador	Número de cirugías programadas realizadas en el período
Unidad de medición	Días
Factor	1
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal.

Variables

	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Libro/Registro de control de Cirugías	Libro/Registro de control de Cirugías
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	

Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS
Vigilancia y control	Ente territorial -Superintendencia Nacional de Salud

Análisis

En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.

Tabla 13*Indicador, tasa de reingreso de pacientes hospitalizados*

Nombre	Tasa de Reingreso de pacientes hospitalizados
Código	
Justificación	El reingreso de los pacientes a los servicios de hospitalización se presenta con frecuencia como consecuencia de un deficiente abordaje y solución del problema que generó la consulta o fallas en la calidad de la información dada al usuario sobre la evolución del evento médico que la generó. Por esta razón, este indicador puede constituirse como un signo de alarma sobre la calidad de los servicios prestados.
Dominio	2. Calidad Técnica Subdominio: Efectividad de la atención

Definición Operacional

Numerador	Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 20 días por la misma causa en el período.
-----------	--

	Se excluyen:-Reingresos a los servicios de urgencias
Denominador	Número total de egresos vivos en el período
Unidad de medición	Relación porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor.

Variables

	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Registro de Ingreso de Pacientes Hospitalizados	Registro de Ingreso de Pacientes Hospitalizados
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral	
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	

Vigilancia y control	Ente territorial -Superintendencia Nacional de Salud
----------------------	--

Análisis

En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.

Tabla 14

Indicador, tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas

Nombre	Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas
Código	
Justificación	La tasa de mortalidad hospitalaria es un indicador que ha sido utilizado dentro de los sistemas de salud para evaluar resultados relacionados con la atención en salud brindada durante la hospitalización del paciente y detectar problemas de calidad en la atención. Se encuentra directamente relacionado con características como el nivel de complejidad, niveles socio culturales y perfil epidemiológico de la población usuaria y por esta razón requiere de ajustes de riesgo sensibles.
Dominio	3. Seguridad del paciente

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Número total de pacientes hospitalizados que fallecen después de 48 horas del ingreso
-----------	---

Denominador	Número total de pacientes hospitalizados
Unidad de medición	Tasa por mil
Factor	1000
Fórmula de cálculo	Divide numerador entre el denominador y se multiplica por 1000.

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Registros de Egreso Hospitalario	Registros de Egreso Hospitalario
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral	
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control	Ente territorial -Superintendencia Nacional de Salud	

Análisis

En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.

Tabla 15*Indicador, tasa de infección intrahospitalaria*

Nombre	Tasa de infección intrahospitalaria
Código	
Justificación	<p>Se define como la incidencia de infecciones que aparecen dentro del ámbito hospitalario o asistencial, como complicación de un proceso de atención ambulatorio o con internación. A través de él puede monitorizarse la eficiencia de los procesos de asepsia y antisepsia utilizados para el control de microorganismos patógenos en el personal asistencial, las áreas físicas, los equipos y materiales de la institución. Su incidencia es importante en la medida en que puede indicar fallas en los procesos asistenciales y su utilización como medida de la calidad en las instituciones prestadoras de servicios de salud es universal. Puede ser utilizada en forma particular por servicios, procedimientos, periodos de tiempo u otras variables.</p>
Dominio	3. Seguridad del paciente

--	--

Definición Operacional

Numerador	Número de pacientes con infección nosocomial
Denominador	Número total de pacientes hospitalizados
Unidad de medición	Relación porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor.

Variables

	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Registro de infecciones nosocomiales	Registro de hospitalización
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Continua	

Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS
Vigilancia y control	Ente territorial -Superintendencia Nacional de Salud

Análisis

En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.

Tabla 16

Indicador, proporción de vigilancia de eventos adversos

Nombre	Proporción de vigilancia de eventos adversos
Código	
Justificación	<p>La seguridad paciente está recibiendo atención cada vez mayor en los sistemas de atención en salud. Un indicador importante de la seguridad paciente es el índice de Eventos Adversos en los pacientes atendidos. Los Eventos Adversos son lesiones o complicaciones involuntarias que son causadas con mayor probabilidad por la atención en salud, que por la enfermedad subyacente del paciente, y que conducen a la muerte, la inhabilidad a la hora del alta o a la hospitalización prolongada. Muchos de estos eventos pueden ser prevenibles. Existe evidencia que demuestra la asociación entre la calidad de la atención y la ocurrencia de eventos adversos. La monitorización de este indicador debe impactar en la eficiencia y efectividad clínica.</p>
Dominio	3. Seguridad del paciente

Definición Operacional

Numerador	Número total de eventos adversos detectados y gestionados
Denominador	Número total de eventos adversos detectados
Unidad de medición	Relación porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor. El resultado se presenta con una cifra decimal.

Variables

	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Libro / registro de vigilancia de eventos adversos	Libro / registro de vigilancia de eventos adversos
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Continua	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral	

Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS
Vigilancia y control	Ente territorial -Superintendencia Nacional de Salud

Análisis

En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.

Tabla 17

Indicador, Oportunidad en la realización de cirugía programada en EABP

Nombre	Oportunidad en la realización de cirugía programada en EABP
Código	
Justificación	<p>La oportunidad en la respuesta a la necesidad de realización de procedimientos quirúrgicos tiene impacto sobre la capacidad resolutive de los casos por su detección y atención temprana disminuyendo los riesgos de incapacidad en tiempo y severidad y secuelas, sí como impactan positivamente en la contención de costos de no calidad originados en la no atención oportuna.</p> <p>El tiempo de respuesta en los prestadores puede resultar útil para medir la suficiencia de la red de la EAPB para atender la demanda de servicios que genera su óblación, orientando decisiones de mejoramiento y la evaluación de la relación contractual con las entidades promotoras de salud.</p>
Dominio	<p>1.Accesibilidad/Oportunidad</p> <p>Subdominio: Oportunidad</p>

Definición Operacional

Numerador	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la Cirugía programada y el momento en el cuales realizada la cirugía
Denominador	Número de cirugías programadas realizadas en el período
Unidad de medición	<u>Días</u>
Factor	1
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal.

Variables

	Numerador	Denominador
Origen de la información	EAPB	EAPB
Fuente primaria	Libro/Registro de control de Cirugías	Libro/Registro de control de Cirugías
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Continua	

Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	EAPB
Vigilancia y control	Ente territorial -Superintendencia Nacional de Salud

Análisis

En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad. Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoria del Sistema de Información para la Calidad.

Tabla 18*Indicador, proporción de muertes en UCI*

Nombre	Proporción de muertes en UCI
Código	
Justificación	<p>Las unidades de cuidados intensivos constituyen aproximadamente el 10% de las camas de los hospitales de atención aguda. El número de admisiones a la unidad de cuidados intensivos anuales en los Estados Unidos se estima en 4,4 millones de pacientes. Debido al envejecimiento de la población y la agudeza cada vez mayor de enfermedad del paciente hospitalizado, se espera que crezcan tanto el número total de atención de pacientes críticos y su parte proporcional de los ingresos hospitalarios en general.</p> <p>Las unidades de cuidados intensivos tienen, en promedio, las tasas de mortalidad entre el 12 y el 17%. En total, aproximadamente 500.000 pacientes de la UCI mueren anualmente en los Estados Unidos. Debido a los altos costos de las UCI, mejorar la calidad de atención y las estrategias de utilización de gestión son esenciales. El conocimiento del</p>

	<p>riesgo que corre un paciente en el día de ingreso en la UCI podría proporcionar una base empírica para mejorar la calidad y las actividades. Las estimaciones en el curso de la terapia, podrían ser útil en la investigación del momento óptimo para la dada de alta o la hora de decidir cuánto tiempo debe continuar la terapia.</p>
Dominio	3. Seguridad del Paciente

Definición Operacional

Numerador	Número de pacientes manejado en UCI con equipo médico cerrado, cuyo desenlace final es la muerte, en el período
Denominador	Número total de pacientes que son hospitalizados en UCI con equipo médico cerrado, en el período
Unidad de medición	Relación Porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal.

Variables

	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Historia Clínica	Libro de registro UC
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	

Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS
Vigilancia y control	Ente territorial -Superintendencia Nacional de Salud

Análisis

En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.

Tabla 19*Índice global de infección intrahospitalaria*

Nombre	Índice global de infección intrahospitalaria
Código	
Justificación	<p>Se define como la incidencia de infecciones que aparecen dentro del ámbito hospitalario o asistencial, como complicación de un proceso de atención ambulatorio o con internación. A través de él puede monitorizarse la eficiencia de los procesos de asepsia y antisepsia utilizados para el control de microorganismos patógenos en el personal asistencial, las áreas físicas, los equipos y materiales de la institución. Su incidencia es importante en la medida en que puede indicar fallas en los procesos asistenciales y su utilización como medida de la calidad en las instituciones prestadoras de servicios de salud es universal. Puede ser utilizada en forma particular por servicios, procedimientos, periodos de tiempo u otras variables.</p> <p>Una infección hospitalaria o nosocomial es un proceso contraído en un centro hospitalario. La infección adquirida en el</p>

	<p>medio hospitalario es aquella que se manifiesta durante o después de 48 horas de la internación y que no estaba presente ni incubándose en el momento del ingreso. En ciertas circunstancias una infección adquirida en el hospital puede ponerse de manifiesto luego del alta del paciente. Según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, una media del 8,7% de los pacientes de un hospital presentan infecciones nosocomiales. Esta eventualidad resulta cada vez más significativa debido a su elevada frecuencia, consecuencias fatales y alto costo de tratamiento. Ningún hospital del mundo está exento de esta situación y, por supuesto, es mucho más seria en los países subdesarrollados.</p>
Dominio	3. Seguridad del Paciente

Definición Operacional

Numerador	Número total de pacientes con infección nosocomial
Denominador	Total de pacientes hospitalizados
Unidad de medición	Tasa
Factor	1.000

Fórmula de cálculo	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor. El resultado se presenta con una cifra decimal.
--------------------	---

Variables

	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	RIPS Comité de vigilancia intrahospitalaria: Registro de infecciones nosocomiales.	RIPS.
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control	Ente territorial -Superintendencia Nacional de Salud	

Análisis

Las infecciones nosocomiales (IN) son episodios de morbilidad y representan un problema de extraordinaria gravedad por su importancia clínica y epidemiológica porque condicionan altas tasas de morbilidad, mortalidad, inciden en los años de vida potencialmente perdidos de la población, incrementan los días de hospitalización y elevan los costos de atención. Hoy el mundo muestra que entre 5 y 10% de los enfermos que se hospitalizan, desarrollan por lo menos un episodio de infección durante su estancia en un centro hospitalario, cifra referida en estudio realizado en los EE. UU., por la National Nosocomial Infection Surveillance (NNIS).

La prevención y el control de las IIH es un elemento esencial de la seguridad del paciente, y es la responsabilidad de todos los que cuidan de los pacientes (Cruikshank & Ferguson, 2008). IIH puede ser graves o incluso amenazar la vida de los afectados. Los agentes infecciosos en constante evolución presentan nuevos retos en el ámbito de la atención de la salud. Estos desafíos incluyen el aumento de número de pacientes inmuno-comprometidos, los procedimientos médicos cada vez más complejos y la creciente prevalencia de microorganismos resistentes a los antimicrobianos. La necesidad de modificar continuamente y mejorar los procedimientos para reducir las IIH es importante para hacer frente a estos retos (Doha 2004)...

Tabla 20*Tasa de infección de sitio operatorio (ISO) en IPS*

Nombre	Tasa de infección de sitio operatorio (ISO) en IPS
Código	
Justificación	Las infecciones de sitio operatorio (ISO), son todas aquellas que se originan por gérmenes bacterianos y/o por los hongos como consecuencia de un acto quirúrgico, presentándose la patología infecciosa en el periodo inmediato o mediato a la intervención. El riesgo de infección postquirúrgica, comporta un aumento en el tiempo de estancia hospitalaria. Sin olvidar las consecuencias en forma de morbimortalidad. Sólo la aplicación de las medidas preventivas permitiría una reducción de las mismas.
Dominio	3. Seguridad del Paciente

Definición Operacional

Numerador	Todas las infecciones de sitio operatorio detectadas durante el seguimiento en el postquirúrgico en el período.
Denominador	Total de procedimientos quirúrgicos realizados en el período
Unidad de medición	Tasa
Factor	100
Fórmula de cálculo	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor. *Calcular separadamente por procedimiento(s) quirúrgico(s).

Variables

	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	(Comité de infecciones)	(Comité de infecciones)
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	

Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS
Vigilancia y control	Ente territorial -Superintendencia Nacional de Salud

Análisis

Cada institución realizará semestralmente una medición de prevalencia de punto de todas las Infecciones de sitio operatorio. Con base en los procedimientos quirúrgicos más frecuentes.

Tabla 21*Tasa de fallas en la identificación del paciente quirúrgico*

Nombre	Tasa de fallas en la identificación del paciente quirúrgico
Código	
Justificación	Las organizaciones de salud que llevan a cabo, al menos 100 intervenciones quirúrgicas del mismo tipo al año, puede evaluar la seguridad del paciente mediante información sobre la frecuencia de fallas en la identificación del paciente quirúrgico. Un mayor volumen de procedimientos producirá una tasa estadísticamente más confiable. La medición de tasas de los fallos, pueden identificar los problemas relacionados con los factores de prevención para la documentación y la acción correcta.
Dominio	3. Seguridad del Paciente

Definición operacional

Numerador	Numero de fallos en la identificación del paciente quirúrgico en el periodo.
-----------	--

Denominador	Total de intervenciones quirúrgicas en el periodo
Unidad de medición	Tasa
Factor	1.000
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador, se multiplica por el factor y el resultado se presenta con una cifra decimal.

Variables

	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Historia Clínica	Historia Clínica
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	

Vigilancia y control	
----------------------	--

Análisis

En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.

Tabla 22

Proporción de procedimientos quirúrgicos en los que se dejó un cuerpo extraño

Nombre	Proporción de procedimientos quirúrgicos en los que se dejó un cuerpo extraño.
Código	
Justificación	Los cuerpos extraños son poco frecuente, pero siempre son embarazosos e involucran consecuencias médicas y legales potencialmente peligrosas. Ante una evolución posoperatoria atípica debería considerarse esta posibilidad, razón por la cual, se debe cuantificar este evento, la proporción de procedimientos quirúrgicos durante los que accidentalmente se dejaron cuerpos extraños.
Dominio	3. Seguridad del Paciente

Definición Operacional

Numerador	Número de procedimientos quirúrgicos en los que accidentalmente se dejaron cuerpos extraños.
Denominador	Total de procedimientos quirúrgicos realizados

Unidad de medición	Proporción
Factor	100
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal.

Variables

	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Registro de cirugías	Registro de cirugías
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral	
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control	Ente Territorial-Superintendencia de Salud	

Análisis

La recolección sistemática de datos, permitirá que cada institución pueda determinar al interior de sus servicios, los límites inferiores y superiores dentro de los cuales debe considerarse un comportamiento endémico de esta situación.