



**UNIVERSIDAD CATOLICA ANDRES BELLO  
DIRECCION DE POSTGRADO**

**ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN  
SALUD PROPUESTA DE TRABAJO DE GRADO**

**“EVALUACION DE LA CALIDAD ASISTENCIAL MEDIANTE LA  
APLICACIÓN DE INDICADORES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA  
PEDIATRICA DE LA POLICLINICA METROPOLITANA”**

Presentado a la Universidad Católica Andrés Bello,

Por:

**SOLEDY MARGARITA CHAVEZ SOTO**

Como requisito parcial para optar al grado de:

**ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN  
SALUD**

Profesor Tutor:

**Alfredo Salas**

**Caracas, Abril de 2009**

## CONTENIDO

1.	EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	6
1.1.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	6
1.2.	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	9
1.2.1.	OBJETIVO GENERAL:.....	9
1.2.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS: .....	9
1.3.	JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....	10
1.4.	FACTIBILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN .....	12
2.	MARCO ORGANIZACIONAL .....	12
2.1.	RESEÑA INSTITUCIONAL .....	12
2.2.	MAPA DE UBICACIÓN GEOGRÁFICA.....	14
2.3.	MISION.....	15
2.4.	VISION .....	15
2.5.	VALORES DE LA ORGANIZACIÓN .....	15
2.6.	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIATRICA.....	16
2.7.	ORGANIGRAMA GENERAL .....	17
2.7.1.	Dirección General .....	18
3.	MARCO TEÓRICO.....	19
3.1.	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	19
3.2.	BASES TEÓRICAS.....	21
3.2.1.	Calidad en los Servicios de Salud .....	21
3.2.2.	Antecedentes históricos de la Garantía de Calidad en Salud.....	25
3.2.3.	Sistemas de Garantía de Calidad.....	28
3.2.4.	Indicadores de Calidad .....	29
3.2.5.	Análisis de los Indicadores.....	32
4.	MARCO METODOLOGICO .....	33

4.1.	Tipo y Diseño de Investigación .....	33
4.2.	Población y Muestra.....	35
4.2.1.	POBLACIÓN.....	35
4.2.2.	MUESTRA .....	35
4.3.	Variables e Indicadores de la Investigación.....	38
4.3.1.	Variables.....	38
4.3.2.	Indicadores Básicos de Calidad .....	38
4.3.2.1.	Tipos de indicadores .....	38
4.3.2.1.1.	Indicadores de Actividad .....	39
4.3.2.1.2.	Indicadores de Calidad .....	40
4.3.2.1.3.	Tiempo Medio de Permanencia en Emergencia.....	41
4.3.2.1.4.	Grado de Cumplimiento de la Historia Clínica.....	42
4.3.2.1.5.	Número de Pacientes de Alta con Diagnóstico .....	43
4.3.2.2.	Proporción de Ingresos.....	43
4.3.2.3.	Tasa de Retorno a Emergencia .....	44
4.3.2.4.	Tasa de Mortalidad en Emergencia .....	45
4.3.3.	Recolección de la Información .....	45
4.3.4.	Procesamiento de la Investigación .....	47
5.	ANÁLISIS Y RESULTADOS .....	48
5.1.	RESULTADOS DE LA ENCUESTA .....	58

**UNIVERSIDAD CATOLICA ANDRES BELLO**  
**DIRECCION DE POSTGRADO**  
**ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN**  
**SALUD PROPUESTA DE TRABAJO DE GRADO**

**“EVALUACION DE LA CALIDAD ASISTENCIAL MEDIANTE LA**  
**APLICACIÓN DE INDICADORES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA**  
**PEDIATRICA DE LA POLICLINICA METROPOLITANA”**

**Autor: Soledy Chávez**

**Tutor: Alfredo Salas**

**Fecha: Abril 2009**

**RESUMEN**

El propósito general de esta investigación fue evaluar la calidad en la actividad asistencial de la Emergencia Pediátrica de la Policlínica Metropolitana, tanto la calidad científico-técnica de los procedimientos que empleamos en el tratamiento de los pacientes, como la calidad percibida por los pacientes, como la satisfacción y expectativas del usuario, para lo cual se estableció un sistema de Evaluación de las actuaciones medico- asistenciales, con indicadores de procesos y de resultados, tomados del modelo desarrollado por Donabedian (México ) y mejorados por Galán (Colombia), demostrado con anterioridad sus ventajas para valorar y cuantificar la calidad de la atención en Instituciones hospitalarias y Servicios de Salud.

Este estudio no experimental, de tipo evaluativo (según Balestrini), de diseño de campo, en la que se realizó una Evaluación de la calidad de la asistencia en el Servicio de Emergencia Pediátrica de la Policlínica Metropolitana, mediante la aplicación de indicadores de calidad, tanto de procesos como de resultados.

Se analizó una muestra de 100 pacientes que acudieron a consulta de Emergencia Pediátrica, determinándose como indicadores de procesos: motivo de consulta, el tiempo de espera de atención al ingreso por el médico pediatra, la calidad de la historia clínica realizada por el personal médico residente, el tiempo de permanencia en el Servicio de Emergencia Pediátrica, el número de reingresos en las primeras 72 horas, y el número de pacientes en los que se decidió su hospitalización al centro Clínico. Como indicadores de resultados: la tasa de mortalidad en el Servicio de

Emergencia y satisfacción al cliente, el cual se evaluó por medio de una Encuesta de satisfacción al usuario.

Esto nos dio como resultados, que el Servicio de Emergencia Pediátrica de la Policlínica Metropolitana, prestó un servicio de Calidad con respecto a la mayoría de los indicadores evaluados, a excepción del tiempo de permanencia que se observó muy elevado de hasta más de 6 horas, en las que el paciente pediátrico y sobre todo sus familiares permanecieron dentro del área en espera de los resultados de Exámenes paraclínicos y del egreso.

A pesar de esto el usuario se sintió satisfecho del Servicio recibido, con un alto grado de confianza pudiendo recomendar a otras personas el uso del mismo.

Estos resultados nos pueden ayudar a implantar un proceso de Evaluación Continua de garantías de calidad, no solamente en otro servicio dentro de ésta Institución, sino obteniendo herramientas valiosas para comparar otras Instituciones prestatarias del Servicio de Salud, obteniendo así indicadores de calidad homogéneos y medibles, altamente necesarios en estos tiempos en los que el usuario se hace cada vez más exigente y demanda servicios de altísima calidad total.

Descriptores: Calidad Asistencial, Indicadores de calidad, Servicios de Emergencia

## **1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los Servicios de Emergencia son unidades diseñadas para proporcionar un tratamiento médico altamente profesionalizado, con disponibilidad inmediata de recursos especiales a pacientes que requieran o necesiten cuidados urgentes, a cualquier hora del día o de la noche. Ningún otro servicio ha evolucionado tan intensamente en los últimos 20 años. Se han realizado mejoras estructurales en cuanto a espacio y dotación, cambios organizativos, aumento y especialización de las plantillas, presentando una gran accesibilidad (económica, administrativa, física y temporal) y alto grado de eficacia y calidad asistencial que progresivamente les ha proporcionado un amplio nivel de aceptación y prestigio en la población general.

Todo esto se traduce en una mejora indiscutible de la oferta, tanto en calidad como en cantidad, y un aumento progresivo y constante de la demanda, que explica que en forma cíclica aparezcan los mismos problemas de saturación, aglomeración, esperas excesivamente prolongadas para la asistencia inicial y la realización de pruebas diagnósticas, etc.

Los Servicios de Emergencia se crearon para prestar cuidados y tratamientos iniciales tan solo a enfermos con patologías agudas, pero en la realidad es muy diferente. En la actualidad dichos servicios se ven masificados, y en ocasiones colapsados, convirtiendo en un reto el poder garantizar una atención accesible, aceptable y de calidad. Esta situación se repite en distintos ámbitos y países en los que las raíces de los problemas pudieran ser diferentes, pero con los mismos efectos.

De esto se deduce que la calidad de la asistencia es un requisito fundamental en la prestación de los Servicios de Salud en cualquier país, lo cual conlleva a la necesidad de implantar un sistema de garantía de calidad, que pueda ser evaluado regularmente, para lograr mejoras progresivas en dicha calidad.

En los últimos años algunos países desarrollados, como Canadá y España han venido trabajando con indicadores de calidad y su monitorización en la atención y asistencia de pacientes que ingresan en sus Servicios de Emergencias, con algo de dificultad, ya que además de que utilizan una cantidad diversa de indicadores, el exceso de la demanda y la variabilidad de los Centros Hospitalarios ha hecho difícil la tarea de homologarlos, pero por otro lado ha sido de gran beneficio en la mejoría lograda en una asistencia mas social y equitativa, ya que les permite en un tiempo real y continuo evaluar y mejorar en aquellas áreas en las que surgen problemas y rechazos por parte de los usuarios o pacientes. En países más cercanos a nuestro medio como México y Colombia, en las que han involucrado la calidad como uno de los pilares fundamentales de su Servicio de Salud, autores como, Donabedian (1984) y Ricardo Galán (1997), cuyo modelo categorizado como uno de los más amplio en salud, en cuanto a áreas de evaluación y posibilidades de inferir sobre los atributos de la calidad, analizando la atención, la demanda, la oferta, el proceso, los resultados y el impacto, han sido demostradas con anterioridad las ventajas de su modelo para evaluar la calidad de la atención en instituciones hospitalarias y servicios de salud.

En Venezuela, la monitorización de indicadores de calidad, se ha iniciado en los últimos años principalmente en Instituciones Privadas prestatarias de servicios de salud, sobre todo por la formación de gerentes modernos y la globalización que han logrado que se comparta una serie de importantes

informaciones donde se ha ido aplicando de una manera exitosa, pero de forma algo tímida, o poco convencional y que, por la complejidad del área y por la cultura organizacional que depende en su mayor grado del recurso humano, algo escaso y de rotación aumentada, se ha hecho más difícil su instauración.

Por eso, en vista de que en el Servicio de Emergencia Pediátrica de la Policlínica Metropolitana, acuden diariamente una alta cantidad de pacientes inclusive referidos de diferentes ciudades del país, y cuya demanda seguirá creciendo, trayendo consigo la presencia de problemas de hacinamiento, reingresos de pacientes, dificultades en la evaluación y manejo de los mismos por parte del personal médico-asistencial, que pudieran generar errores o demoras en la atención de pacientes críticos, trayendo inclusive repercusiones médico-legales, muy bien establecidos en la Ley del Ejercicio de la Medicina, donde se establece la obligatoriedad de los Servicios de Emergencias, tanto Privados como Públicos, de prestar la atención adecuada a cualquier paciente con patologías agudas y más aún si está en riesgo la vida (Artículo 26 y 27 de la ley del Ejercicio Medicina) y el Código de Deontología Médica, que establece el deber primordial del médico de asegurar la atención de los pacientes graves o condiciones de urgencias ( Artículo 1,3,5 y 15 ).

En vista de la vigencia aun de las situaciones actuales de nuestros Servicios de Emergencias, en la que puede observarse, como aumenta la demanda día a día, y como se acrecienta los problemas de falta de insumos y recursos en las instituciones públicas de salud. Se observa una transferencia de usuarios hacia las Instituciones privadas que congestionan los Servicios de Emergencias, lo cual hace plantearnos una serie de interrogantes que determinan la calidad de atención en la asistencia prestada, a pesar de que en la actualidad, se cuenta con tecnología de punta y excelentes profesionales altamente calificados, etc.

De allí las interrogantes: ¿Se está prestando en La Emergencia Pediátrica de la Policlínica Metropolitana un servicio de calidad adecuado, personalizado y con criterios de urgencias? ¿Se está llevando a cabo un adecuado sistema de garantía de calidad en los servicios de Emergencia con una evaluación sostenida y regular en el tiempo, que permita hacer correctivos a tiempo?.

Esto lleva a plantearnos lo siguiente:

¿El Servicio de Emergencia Pediátrica de la Policlínica Metropolitana presta asistencia de calidad en la atención y tratamientos de pacientes que consultan a dicho Centro?.

## **1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.2.1. OBJETIVO GENERAL:**

Evaluar la calidad asistencial mediante la aplicación de indicadores desarrollados por Donabedian y Galán, en el Servicio de Emergencia Pediátrica de la Policlínica Metropolitana.

### **1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- ✓ Describir las actividades que se llevan a cabo en la atención del Servicio de Emergencia Pediátrica de la Policlínica Metropolitana.
- ✓ Aplicar Indicadores de Calidad de Procesos y Resultados en la asistencia del Servicio de Emergencia Pediátrica de la Policlínica Metropolitana.

- ✓ Proponer la aplicación de indicadores de calidad asistencial en el Servicio de Emergencia Pediátrica dirigido a mejorar los resultados de las actividades ó procesos que se le ofrecen al usuario.

### **1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

En vista de que en los últimos años se ha observado un incremento en el número de pacientes que ingresan a los Servicios de Emergencia, del área Metropolitana, siendo el Servicio de Emergencia de la Policlínica Metropolitana uno de los de alta demanda, esto trae consigo además un aumento de las quejas por parte del usuario, aumento en los tiempos de espera, problemas en las actividades medico asistenciales; y muchas veces repercusiones desde el punto de vista médico legales, se cree conveniente acercar a los profesionales que trabajan en el Servicio de Emergencia hacia un enfoque de calidad en el aspecto científico técnico de los medios que se emplean en el tratamiento o asistencia de pacientes con problemas agudos, así como la calidad percibida por el usuario. Siendo necesario realizar una evaluación continua de indicadores de calidad para mejorar la calidad de la atención, garantizando parámetros mínimos de calidad en la atención de salud, como punto de partida en el proceso de mejoramiento continuo de los servicios de salud y mantener en el tiempo( con la monitorización del mismo) el mejoramiento constante de la calidad en el Servicio de Emergencia, estimulando a los profesionales de la salud a buscar nuevas líneas de acción que permitan a la postre cumplir con el objetivo más importante de una institución de salud el cual es brindar un servicio de excelencia que mejore la calidad de vida de nuestros pacientes, promoviendo así el desarrollo de una cultura de calidad entre las personas y entidades que conformen un sistema de salud general para toda la comunidad, fomentando la sana competencia entre los prestadores de servicios de salud. Dado que en la ciencia médica, los

principios incuestionables de hoy, dejaran de serlo mañana y habrá que aplicar nuevas tecnología y nuevas terapéutica que harán que replanteemos el sistema.

No obstante, como este estudio está basado en Modelos realizados anteriormente, que se han aplicado en algunos Centros Hospitalarios en España y Colombia, con resultados alentadores , aunque no del todo definitivo por la complejidad del área y la diversidad de Centros Hospitalarios, creemos que este estudio contribuiría a apoyar lo que otros estudios revelan de la necesidad de la evaluación continua de indicadores de calidad en los Servicios de Emergencia , para que nos ayude no solo al control de la gestión de dichos servicios que son de alta complejidad, sino que además puede ser una buena herramienta para monitorizar si estamos haciendo bien las cosas, ya sea mejorándolas si fallamos en el cumplimiento de las metas ó manteniéndolas si prestamos un servicio de calidad.

Por otro lado, los resultados de esta investigación ayudaría a diseñar y formular políticas y programas de calidad a nivel Institucional, logrando un conjunto de directrices y objetivos, que nos permitan organizar un cambio y transformar en buena la deficiente calidad de la producción de los servicios de salud.

Todo lo anterior llevaría a replantear la calidad en términos de cultura de la calidad, importante en estos tiempos, ya que el mejoramiento de la calidad no se puede lograr sin la participación decidida de la gente, siendo resultado de todo un proceso de motivación y organización, formando un equipo humano altamente motivado y con esfuerzo constante superando las dificultades, corrigiendo errores y recuperando la confianza del usuario o paciente.

#### **1.4. FACTIBILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN**

Para ello se contó con la colaboración de todo el personal que integra el equipo del Servicio de Emergencia, ya que hablar de calidad de un servicio es involucrar a todo el personal de la Institución, ya que este debe ser un valor compartido que forme parte de la cultura de la empresa, y en el que la gente pueda creer de verdad, para hacerle de su conocimiento el protocolo a seguir en la evaluación y monitoreo de los indicadores de calidad y el consentimiento de los usuarios para la realización de encuestas de satisfacción del servicio recibido.

## **2. MARCO ORGANIZACIONAL**

### **2.1. RESEÑA INSTITUCIONAL**

La Policlínica Metropolitana es uno de los Centros Hospitalarios Privado del área Metropolitana más completos y mejor dotados del país. Tanto su organización como su estructura arquitectónica permiten ofrecer una eficaz atención médica, garantizando al enfermo su pronta recuperación y reincorporación a las actividades diarias.

Es una institución creada por un grupo de médicos hace más de 30 años, la cual ha ido creciendo progresivamente hasta llegar a ser un Centro prestatario de Servicios Médicos con todas la Especialidades y servicios de apoyo como Imaginología, Laboratorio, Hospitalización, Quirófanos, Unidades de Terapia Intensivas ( adultos y Niños), Ambulatorio, y un Servicio de Emergencias dotados con un completo equipo de especialistas en el área de salud asociado a un nivel de actualización médica dirigida a la docencia y tecnología de punta. La gran demanda a nivel nacional ha permitido un gran crecimiento tanto en instalaciones como de recursos humanos, contando con un Servicio

de Emergencias, uno de los más amplios de la Ciudad, que permite albergar más de 20 pacientes pediátricos y más de 40 pacientes adultos, con áreas de observación, sala de yeso, nebulizaciones, cirugía menor, etc., tratándose de adecuarse al crecimiento demográfico y exigencias por parte de los usuarios, convirtiéndose en la actualidad un Centro Médico de referencia nacional.

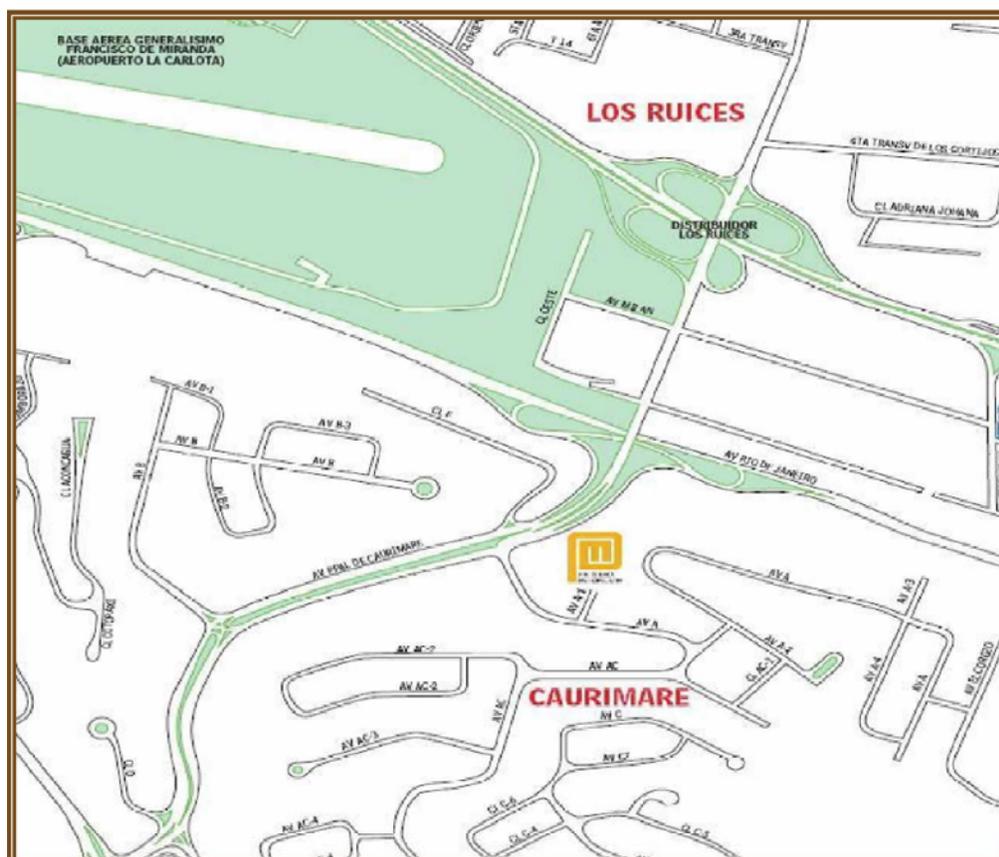
El Servicio de Emergencia Pediátrica de la Policlínica Metropolitana, cuenta con una área amplia, que comprende el Área de Triage: donde son evaluados y examinados los pacientes pediátricos comprendidos entre edades 0-12 años, un Área de Nebulización y tratamientos, para los pacientes que tienen estadía breve y un Área de Observación, con 6 cubículos individuales, separados, acondicionados y dotados de monitores, bombas de Infusión, camillas, que pueden ser transportadas fácilmente a otros servicios , si así es requerido, donde es ubicado el paciente si amerita tratamientos y observación más prolongados. En caso de decidirse su Hospitalización, permanecen en dicha área en espera de la parte Administrativa y de su ubicación definitiva con evaluación continua y tratamientos médicos. Además cuenta con un staff de 2 Adjuntos Pediatras de Emergencia, 2 Médicos Residentes, y personal de Enfermería Profesional y auxiliar para el cumplimiento de tratamientos médicos, así como personal de camilleros, para transportar a los pacientes a Servicios Auxiliares, y personal de camarera y limpieza, las 24 horas del día.

Además cuenta con un Sistema Tecnológico, que abarca, tanto la parte Administrativa del paciente como la conexión directa de Sistemas de Infolab para el Laboratorio, donde se reciben los resultados de cada paciente y conexión con Radiología, donde se puede visualizar directamente imágenes digitalizadas de cada paciente, así como Historias Clínicas de formato dentro del mismo sistema computarizado, que sirve de herramienta tecnológica para

la evaluación más rápida de cada paciente, durante su estadía en el Servicio de Emergencia Pediátrica.

## 2.2. MAPA DE UBICACIÓN GEOGRÁFICA

Policlínica Metropolitana, está ubicada al Este de la Ciudad de Caracas, en la calle A-1 en la Urb. de Caurimare del Municipio Baruta. Es de fácil acceso por la Autopista Francisco Fajardo, saliendo por el Distribuidor de los Ruices vía el Cafetal, igualmente por la Av. Principal de Caurimare, interceptándola desde la Av. Raúl Leoni (Boulevard del Cafetal) o desde la Av. Rio de Janeiro.



### **2.3. MISION**

Prestar a la comunidad Servicios Integrales de Salud, de investigación y docencia, con excelentes niveles de calidad, profesionales calificados y tecnología de punta.

### **2.4. VISION**

Ser la Corporación de Atención Integral en Salud de Referencia Nacional e Internacional.

### **2.5. VALORES DE LA ORGANIZACIÓN**

- ✓ Responsabilidad: Cumplimiento de los objetivos de la organización, basados en principios éticos y las mejores prácticas en materia de salud, así como el seguimiento de las normas y procedimientos establecidos.
- ✓ Honestidad: Comportamiento íntegro y consecuente con los compromisos asumidos, tanto en nuestras relaciones personales como de trabajo.
- ✓ Respeto: Ofrecimiento de un servicio de salud integral hacia nuestros clientes, como personas únicas con necesidades particulares, garantizando los derechos del paciente y su familia, así como también la consideración y debida tolerancia con los demás miembros de la organización.
- ✓ Experiencia y calidad: Mejoramiento continuo para elevar la calidad de vida de nuestros clientes, ofreciendo un mejor servicio de salud integral, con la mejor gente y tecnología de punta.
- ✓ Cultura de Servicio: Incremento del grado de comprensión y compromiso con la visión, misión y valores de la institución, así como la búsqueda de

soluciones a nuestros clientes que nos permitan brindar propuestas efectivas para responder a sus necesidades.

## **2.6. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIATRICA**

El Servicio de Emergencia Pediátrica de la Policlínica Metropolitana, depende directamente del Jefe Coordinador de la Emergencia, la cual se encuentra anexa a la Emergencia de Adulto, pero con instalaciones totalmente independientes, con reporte directo al Director Médico, el cual reporta a una Junta Directiva. Está formada por un staff de 12 accionistas Especialistas en Pediatría y 12 Pediatras Adjuntos de la Emergencia que permanecen en el área y se encargan de la evaluación de cada paciente pediátrico que ingresa por la Emergencia durante las 24 horas y los 365 días del año, acompañado con un equipo de 2 residentes para cada guardia y un equipo entrenado de enfermeras especializadas en el área de Emergencia Pediátrica, servicios de camilleros y un personal administrativo que se encarga de la parte del ingreso y egreso del paciente como el seguimiento de costos y suministros que generen durante su estadía en el área de Emergencia.

Este Servicio, se encuentra funcionando desde hace más de diez años, el cual ha sido ampliado en los últimos años dotado de una tecnología de punta, totalmente digitalizado, con monitores de última generación el cual permite la vigilancia y confort del usuario acompañada de una alta precisión.

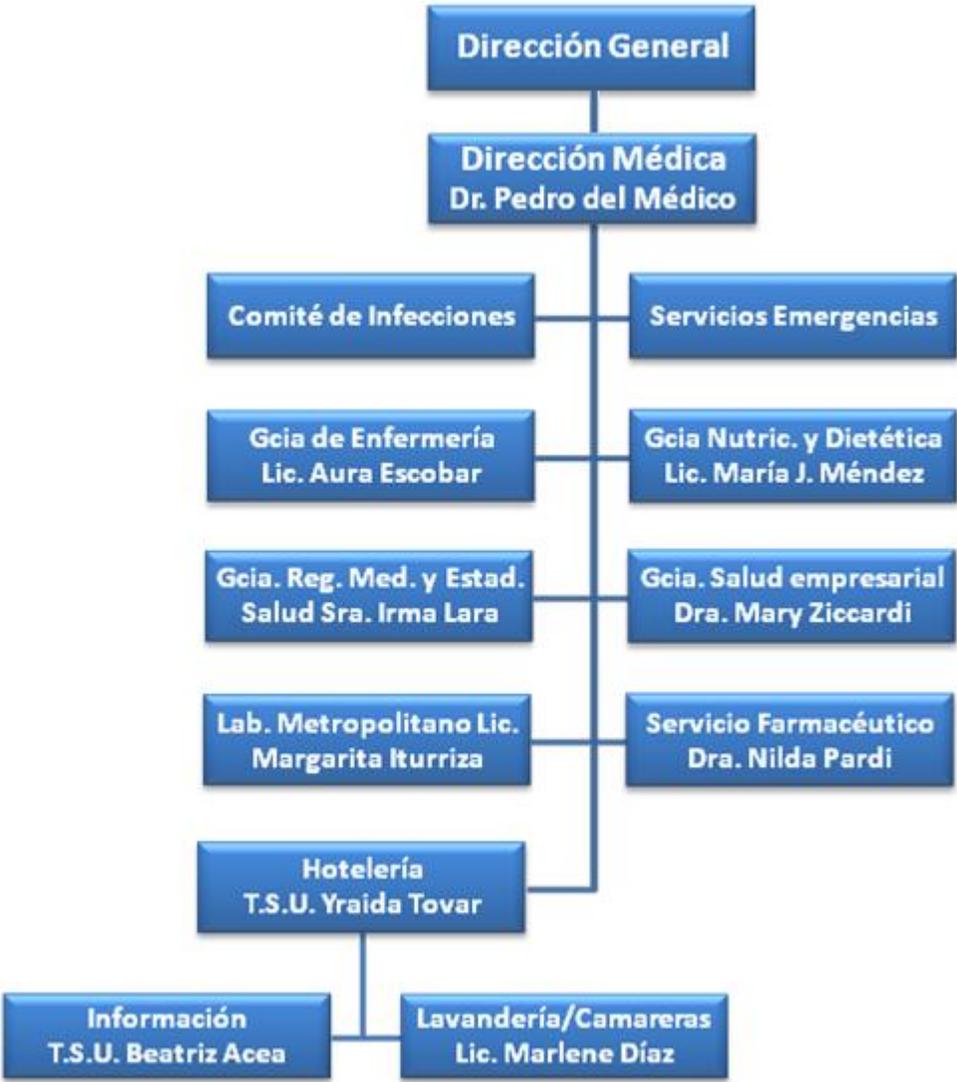
Considerada una de las Emergencia Pediátricas mejor dotadas del área Metropolitana y del país, a diario presenta una alta demanda, que ha permitido la asistencia creciente de un buen número de pacientes a diario, que hace que sus servicios a menudo se sobresaturen, con las consecuentes quejas de sus usuarios, sobre todo por el tiempo que deben permanecer dentro de sus

instalaciones, muchas veces permaneciendo de pie o sentados en una silla o butaca para recibir tratamiento endovenoso, ya que muchas veces las camillas de observación están ocupadas por pacientes hospitalizados y que están esperando por habitación, las cuales no están disponibles, obteniéndose como resultado la permanencia de varios días en el área de Emergencia de pacientes hospitalizados que ameritan tratamientos y cuidados por personal de enfermería frecuentemente, enlenteciendo aún más la atención de los pacientes que llegan por alguna urgencia al Servicio de Emergencia Pediátrica.

## 2.7. ORGANIGRAMA GENERAL



**2.7.1. DIRECCIÓN GENERAL**



### **3. MARCO TEÓRICO**

Una vez definido el planteamiento del problema y precisados sus objetivos generales y específicos que determinan los fines de esta investigación, es necesario establecer los aspectos teóricos que sustentaron el estudio, y que dieron un marco conceptual firme que ayudó a interpretar una serie de conceptos que han sido mejorados por profesionales que introducidos en la problemática asistencial en instituciones de salud han ayudado a valorizar la importancia fundamental de lo que es la calidad en la asistencia sanitaria en las Emergencias hospitalarias y sus repercusiones en el estado de salud del usuario y demás participantes o autores de este servicio prestado en la mayoría de los Centros de Salud. Siendo su cometido el situar esta investigación dentro de un número de conocimientos comprobados en diferente geografías y de solidez confiable, para delimitar los conceptos necesarios para lograr entender la problemática planteada en este estudio y así poder situarse dentro de parámetros conceptuales que sustentaron y complementaron el estudio.

#### **3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

Se realizaron consultas a diferentes autores que enfocaron temas relacionados a la calidad asistencial en Servicios de salud.

En un estudio realizado por las Dras. Maribel Lizarzabal García, Marianela Añez y Gisela Romero, en el año 2004, en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Maracaibo, titulado: Satisfacción del usuario como indicador de calidad en el Servicio de Gastroenterología, de tipo descriptivo-exploratorio, con una muestra de 165 pacientes de la consulta externa, a quienes se les aplicó una encuesta tipo Lickert. Agrupándose los resultados de acuerdo a los indicadores de medición. Con un consenso de calidad de atención médica que resultó excelente, donde

no se objetivaron áreas de problemas. Concluyendo que el grado de satisfacción de los pacientes influye en la utilización de los Servicios y en el grado de conformidad de los pacientes sobre el tratamiento recibido, influyendo esto en el estado de salud del usuario.

En un estudio realizado por Briceño Lavarca, en el año 2005, en la Universidad Nacional Experimental de la Fuerza Armada. Centro de Investigación y Postgrado, Especialización en Gerencia Pública, titulado: Calidad del Servicio prestado a los pacientes que acuden a la Emergencia de Adultos del Hospital Pérez de León de Petare, Caracas, de tipo exploratorio, descriptivo, basado en diseño de campo no experimental, con muestra de 14 pacientes de manera aleatoria. Siendo las variables, la situación actual del servicio en relación a la calidad, posicionamiento estratégico, estrategias todas con sus respectivos indicadores. Se utilizó un cuestionario, donde los resultados permitieron determinar que el referido hospital adolece de una serie de deficiencias, las cuales representan debilidades y amenazas que obstaculizan el desarrollo normal y eficiente de las actividades que allí se ejecutan, teniendo ello una incidencia directa de la calidad del servicio prestado.

En un estudio realizado, por Piedad Roldan, nutric.2 y colab. en el año 2001, en un Proyecto de Investigación en la Universidad de Manizales, Colombia, titulado: Calidad en la atención en Salud, basado en el concepto de calidad desde el enfoque Donabedian y COPRI propuesto por Galán, se realizó un estudio descriptivo exploratorio en 6 hospitales públicos para evaluar la calidad de los Servicios de Nutrición, Fisioterapia y Fonoaudiología, pocas veces evaluado. Con resultados preocupantes al encontrar la calidad de la atención entre insatisfactoria y precaria. Se utilizaron las herramientas del modelo COPRI, para la medición del contexto,

la demanda, la oferta, los procesos, los resultados y la satisfacción en 6 instituciones públicas, siendo una de las causas que se repite es el que se le delegue a los estudiantes practicantes las responsabilidades de la prestación del servicio, con implicaciones legales. Una de las limitantes observadas fue los sistemas de información inadecuados, inoportunos y desactualizados que influyen definitivamente en indicadores poco confiables.

En un estudio realizado por García Fernández, en el año 2000, en el Complejo Universitario de Albacete, España, titulado: Calidad en el Servicio de Emergencia, de tipo observacional, descriptivo y transversal, donde se evaluó la actividad del Servicio de Emergencia, bajo indicadores de tiempos de espera, con una muestra de 218 pacientes, de los cuales 98 ( 44.9%) tuvieron demora, siendo en mayor proporción los pacientes que: fueron evaluados por médicos residentes, se les pidieron prueba de RX, canalización de vía venosa, realización de pruebas complementarias y administración de medicamentos en menor medida. Concluyendo que la demora en la atención médica puede afectar negativamente a pacientes con procesos graves disminuyendo la eficacia y calidad de la asistencia.

## **3.2. BASES TEÓRICAS**

### **3.2.1. CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD**

Cuando hablamos de calidad creemos que se trata de algo costoso, lujoso, novedoso o sofisticado. Pensamos en magníficas instalaciones hospitalarias con equipos de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y última generación. Este es un concepto erróneo. La calidad excelente se logra cuando se tienen en cuenta normas, procedimientos y técnicas que satisfagan las necesidades y expectativas del cliente, usuario o paciente.

Por lo tanto, podemos decir que la percepción del cliente es la que determina la excelencia del servicio.

Desde hace algunos años el termino calidad asistencial esta de moda, ya que en todas partes oímos hablar de calidad asistencial. Esto es en parte por una exigencia ciudadana. La idea principal está en satisfacer al cliente, pero además, con el objetivo de proporcionarle un producto similar.

En el terreno sanitario esto se traduce en que ya no es suficiente curar al enfermo con la técnica adecuada y con un trato humano correcto, sino que además, el enfermo debe quedar satisfecho con la atención recibida. Todo esto explica el porqué de la importancia de la calidad como una variable estratégica en cualquier plan de gestión de un hospital, un servicio o unidad funcional.

El concepto de calidad, en el ámbito sanitario también ha evolucionado. La OMS (1985), define la calidad de la asistencia sanitaria como asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria optima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso.

Desde el punto de vista de los profesionales de la salud, definen la calidad asistencial en relación con la calidad técnica, el cual considera que la alta calidad es hacer bien lo que es adecuado para sus pacientes. Sin que haya perdido ni un ápice de su valor esta definición, en los últimos años han surgido otras perspectivas diferentes que deben ser tomadas en cuenta, como

la de considerarla, una propiedad compleja, que puede ser sometida a un análisis sistemático y a una evaluación aceptable, que lejos de ser perfecta, es suficiente, para los propósitos prácticos de generar información que permita la toma de decisiones, dirigidas a proporcionar una atención de buena calidad para los usuarios de cualquier institución prestadora de servicio de salud.

Es por ello que, Donabedian juzga a la calidad de la atención médica como "la aplicación la ciencia y la tecnología de manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar los riesgos". Para este autor el grado de "calidad" es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre peligros y bondades.

Para evaluar la calidad de la atención es importante, asimismo, tener en cuenta los atributos que caracterizan una buena atención de la salud. Los distintos autores y trabajadores del tema han identificado las cualidades que se definen a continuación:

- ✓ **Oportunidad:** Corresponde a la satisfacción de las necesidades de salud en el momento requerido, utilizando los recursos apropiados de acuerdo con las características y severidad de cada caso.
- ✓ **Continuidad:** Se refiere a la aplicación, en secuencia lógica, de las acciones que corresponden a cada una de las etapas del proceso de la atención, bajo la responsabilidad de un quipo de salud.
- ✓ **Suficiencia e Integridad:** Provisión suficiente y oportuna de los recursos requeridos para atender las necesidades de salud en forma integral, en sus aspectos de promoción, prevención, curación, recuperación y rehabilitación.

- ✓ **Racionabilidad lógico-científica:** Utilización del saber médico y la tecnología disponible para atender los problemas de salud, aplicando los criterios de los enfoques lógico y óptimo mencionados anteriormente.
- ✓ **Satisfacción del usuario y del Proveedor:** Complacencia del usuario con la atención recibida, con los prestadores de los servicios y con los resultados de la atención. Asimismo, la satisfacción de los proveedores con las condiciones laborales y el medio ambiente en el cual se desempeñan.
- ✓ **Efectividad:** Es el grado máximo de mejoramiento de la salud que es posible alcanzar con la mejor atención disponible.
- ✓ **Eficiencia:** Es la capacidad de reducir al máximo los costos de la atención sin reducir significativamente el grado de mejoramiento de la salud.
- ✓ **Optimización:** Es el balance entre los costos y los beneficios de la atención en salud.
- ✓ **Aceptabilidad:** Es la conformidad de la atención global con los deseos y expectativas de los pacientes y sus familiares. Incluye aspectos relativos a la accesibilidad, relación médico-paciente, amenidades y conformidad con los efectos y los costos del tratamiento.
- ✓ **Legitimidad:** Es la conformidad con los principios éticos, valores, normas, regulaciones y leyes que rigen la comunidad.
- ✓ **Equidad:** Es la conformidad con los principios que rigen la justa distribución del cuidado de la salud y sus beneficios entre todos los miembros de la población.

Los indicadores que se proponen para la evaluación de la calidad de la atención se relacionan, directa o indirectamente, con la gran mayoría de los atributos descritos.

### **3.2.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD**

Aunque en los últimos años el concepto de calidad se ha puesto de moda, este no es tan reciente puesto que mucho antes de que se incorporara la calidad en los procesos de producción industrial, los profesionales de la salud pusieron en marcha metodologías para evaluar la calidad e introducir procesos de mejoramiento continuo.

Las prácticas actuales para mejorar la calidad en salud tienen varios orígenes:

- ✓ El método científico utilizado por los profesionales de la salud para determinar eficiencia de medicamentos, evaluación de técnicas de diagnóstico y evaluación del éxito en las decisiones quirúrgicas. Los profesionales de la salud están capacitados para elaborar hipótesis y probarlas; de allí que el mejoramiento de la calidad es parte de la misma formación profesional.
- ✓ Modelos que surgieron de la actividad institucional. La Gestión de calidad total (G.C.T.), o el Mejoramiento Continuo de Calidad (M.C.C.), son ejemplos de modelos industriales. Los médicos en Norteamérica comenzaron a utilizar estos modelos en los años 80 y se continúan desarrollando cada vez más.

Los primeros reportes sobre la calidad se remontan a mediados del siglo pasado cuando se pusieron en marcha controles de calidad en la atención de anestésicos en la Gran Bretaña.

Abraham Flexner (ingeniero industrial), quien se ocupó de programas académicos de medicina, fijó estándares para el currículo de las facultades de Medicina, estandarizó normas y procedimientos, introdujo también el concepto de la idoneidad del recurso humano para garantizar la calidad de los servicios. “Recurso humano de calidad produce servicios de calidad”. (1910).

En 1912 la Sociedad de Cirujanos de Los Estados Unidos de América, haciendo eco de lo que hizo Flexner, organiza el primer programa de estandarización de hospitales basado en cinco conceptos:

- ✓ Estándares para mejorar la historia clínica, obliga a seguir pautas organizadas del proceso lógico de atención. Normalización de la historia clínica.
- ✓ Calificación e idoneidad del recurso humano.
- ✓ Normalización de pautas de tratamiento.
- ✓ Auditoria Medica. audit. Medico. El Peer Review. Análisis semejante entre pares, son criterios definidos por las sociedades científicas de los diferentes gremios en USA y por la Joint Commission quien la maneja en la actualidad.
- ✓ La practica medica es de medios no de resultados. Aspecto que ha venido cambiando y al respecto encontramos como actualmente se le exige a los ginecobstetras garantizar resultados en el recién nacido. En cirugía estética y en ortodoncia también se exigen buenos resultados.

En 1916 Codman propone para USA el primer programa nacional de normalización hospitalaria.

En 1951, se crea en Norteamérica la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales.

En las décadas de los 60, El Seguro Social Mexicano inicia programas de evaluación de calidad en salud.

En España se inician esfuerzos para la acreditación de hospitales en el año 1965.

En Canadá, en 1983, el gobierno le exige a los hospitales poner en marcha programas de garantía de calidad.

En 1985 se crea la Sociedad Internacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Tal como se puede observar, la garantía de calidad de la atención y servicios de salud ha sido un tema especial importante en el mundo, debido a las innumerables ventajas que ofrece tanto al usuario como a las entidades prestadoras de servicios de salud.

Sin embargo, en nuestro país, su implantación y desarrollo ha sido muy lento y escaso, debido a una falta de reglamentación sobre todo de entidades públicas dependientes del estado. No así, en otros países latinoamericanos, como Colombia, en el que se ha reglamentado a partir de 1993, como Decreto

Ley, un modelo de garantía total y mejoramiento continuo obligatorio en sus Servicios dependientes del estado y prestatarios de la salud.

La gestión de calidad en el futuro hará un gran énfasis en los indicadores, mediciones y análisis de datos comparativos, que permitan tener bases de datos nacionales, donde los profesionales puedan tener información sobre su desempeño y relacionarlos con el de otros.

El proceso de calidad en el futuro también incluirá, la reingeniería, tal como ha sucedido en la industria. Los hospitales serán sometidos a procesos para repensar sobre su organización y funcionamiento en una actividad más creadora, buscando siempre nuevas formas de hacer las cosas.

El amplio horizonte que tiene la garantía de calidad en los Servicios de Salud, permitirá una difusión mayor de iniciativas de mejoramientos particulares, posibilitando así una ampliación del conocimiento sobre la calidad y por lo tanto, elevando sus estándares.

### **3.2.3. SISTEMAS DE GARANTÍA DE CALIDAD**

Para evaluar la calidad en materia de salud, es necesario tener en cuenta sus componentes: contexto, demanda, oferta, proceso, resultado o producto e impacto o efecto:

- ✓ **Contexto:** Incluye fenómenos, circunstancias y elementos que constituyen el entorno o ambiente del sistema de salud. Incorpora políticas internacionales, nacionales, gubernamentales, e institucionales. Incluye circunstancias de orden político, económico y social que afectan la prestación de un servicio.

- ✓ **Demanda:** Se analizan las características de los usuarios en cuanto a aspectos demográficos, educativos, económicos, etc.
- ✓ **Oferta o estructura:** Estudia la organización y funcionamiento de las instituciones de salud, así como los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros, incluidos los sistemas de información vigentes.
- ✓ **Proceso:** Determina paso a paso los diferentes momentos de la prestación del servicio de salud.
- ✓ **Resultado o producto:** Evalúa cualitativamente y cuantitativamente el conjunto de actividades realizadas en un periodo determinado en el tiempo.
- ✓ **Impacto o efecto:** Evalúa aspectos como: modificación del riesgo a enfermar, incapacitarse o morir, cumplimiento de programas, actividades o tareas previstas por el sector salud y los cambios de actitud de los usuarios hacia los servicios.

Este modelo incorpora indicadores de estructura, proceso y resultado, como herramienta del control de gestión que es un elemento fundamental para garantizar la calidad en los servicios de salud.

#### **3.2.4. INDICADORES DE CALIDAD**

Según se presentó en unas conferencias en la ONU, en Mayo de 1999, los Indicadores “son herramientas para clarificar y definir en forma más precisa objetivos e impactos, son medidas verificables de cambio o resultados, diseñadas para contar con un estándar, contra el cual evaluar, estimar o demostrar el progreso, con respecto a metas establecidas, facilitan el reparto de insumos, produciendo productos y alcanzando objetivos”.

García Servén, define los indicadores como “expresiones verbales o escritas que permiten medir la magnitud de cualquier situación observada”.

Es una variable objetiva, bien definida, utilizada para controlar la calidad y/o propiedad de un aspecto de la atención médica.

Es una herramienta de mejoramiento de calidad, que se usa para vigilar esa calidad, para observar los comportamientos de la estructura, proceso y resultados, importantes para la dirección, gestión del área clínica y de apoyo.

Características de un Buen Indicador:

- ✓ Ser pertinente, es decir, guardar correspondencia con los objetivos y la naturaleza de la unidad de información, así como las condiciones del contexto (Medio social) en donde se gestiona.
- ✓ Ser específicos, es decir, estar vinculados con los fenómenos económicos, sociales, culturales o de otra naturaleza sobre los que pretende actuar, por lo anterior, se debe contar con objetivos y metas claros, para poder evaluar qué tan cerca o lejos nos encontramos de los mismos y proceder a la toma de decisiones pertinentes. Deben mostrarse especificando la meta y objetivo a que se vinculan y/o a la política a la que se pretende dar seguimiento.
- ✓ Ser explícitos, de tal forma que su nombre sea suficiente para entender si se trata de un valor absoluto o relativo, de una tasa, una razón, un índice, etc., así como a qué grupo de población, sector económico o producto se refieren y si la información es global o está desagregada por sexo, edad, años o región geográfica.

- ✓ Ser oportunos, es decir, estar disponibles en el momento en que se requiera y para varios años, con el fin de que se pueda observar el comportamiento del fenómeno a través del tiempo, así como para diferentes regiones y/o unidades administrativas.
- ✓ Ser representativo, de fácil comprensión para los miembros de la comunidad, de forma que no haya duda o confusión acerca de su significado, y debe ser aceptado, por lo general, como expresión del fenómeno a ser medido.
- ✓ Debe ser confiable, exacto en cuanto a su metodología de cálculo y consistente, permitiendo expresar el mismo mensaje o producir la misma conclusión si la medición es llevada a cabo con diferentes herramientas, por distintas personas, en similares circunstancias.
- ✓ Que la recolección de la información permita construir el mismo indicador de la misma manera y bajo condiciones similares, año tras año, de modo que las comparaciones sean válidas.
- ✓ Técnicamente debe ser sólido, es decir, válido, confiable comparable, así como factible, en términos de que su medición tenga un costo razonable.
- ✓ Ser sensible a cambios de la variable en el tiempo; es decir, debe cambiar efectiva y en forma persistente a lo largo del período de análisis.

En conclusión podemos decir que un Indicador sirve para:

- ✓ Para evaluar la gestión.
- ✓ Identificar oportunidades de mejoramiento.
- ✓ Adecuar a la realidad los objetivos, metas y estrategias.

- ✓ Sensibilizar a las personas que toman decisiones y a quienes son objeto de las mismas, acerca de las bondades de los programas.
- ✓ Tomar medidas preventivas en el tiempo.

### **3.2.5. ANÁLISIS DE LOS INDICADORES**

La calidad de la atención médica es un problema muy complejo, que se origina por la interacción de numerosos factores relacionados con las seis áreas del modelo de evaluación propuesto. En efecto, el paciente que resulta de un contexto y de una necesidad de atención médica, recibe los recursos que ofrece el hospital a través de un procedimiento de atención. De la interacción de la oferta y los procesos surgen unos resultados o productos que se traducen, finalmente, en un impacto. Desde un punto de vista práctico, la calidad se puede evaluar al final de la cadena antes mencionada, utilizando los indicadores de impacto, que miden los cambios en los riesgos de enfermar y morir, la satisfacción de los usuarios y proveedores y el costo-efecto de la atención. Si los indicadores muestran cambios significativos en el tiempo, es posible asumir que la institución está brindando una atención de buena calidad, presunción que se puede confirmar analizando los indicadores de las cinco áreas precedentes, los cuales mostrarán que los atributos de la calidad se logran en las distintas dependencias y servicios (oportunidad, continuidad, suficiencia, racionalidad lógico-científica, eficiencia, etc.). Si el resultado es adverso para la calidad, los indicadores permitirán identificar los vacíos en cada una de las áreas de evaluación, información de vital importancia para la toma de decisiones. Estos planteamientos anteriores no solo están en la capacidad de evaluar la calidad de la atención, sino también de explicar el comportamiento de los factores que intervienen en el resultado de la evaluación, orientando, de esta manera, la toma de decisiones para el mejoramiento continuo de la calidad.

#### **4. MARCO METODOLOGICO**

Para esta investigación una vez delimitado el área a estudiar y planteado claramente el problema de investigación, referido al nivel de calidad asistencial del Servicio de Emergencia La Policlínica Metropolitana, se hizo necesario el seguir una metodología para así convalidar los métodos e instrumentos que se utilizaron en esta investigación, al igual que los resultados puedan ser confiables, medibles y de cierta validez.

En consecuencia, se evaluaron una serie de actividades y procedimientos de asistencia médica desde que el paciente o usuario ingresa al Servicio de Emergencia Pediátrica y es atendido en una área de alta complejidad, donde los autores principales son el paciente, el personal médico- asistencial y administrativo, con una relación directa y en la que interactúan constantemente en la Unidad de estudio, o Servicio de Emergencia Pediátrica de la Policlínica Metropolitana.

##### **4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Este estudio se enmarcó en la modalidad denominada “Evaluativa” que según Balestrini (2006), consiste en “la investigación evaluativa se propone describir y comprender, las relaciones significativas entre las variables; así como el establecimiento de la secuencia causal en la situación o hecho estudiado” (p.7).

El estudio propuesto se adecua a la investigación de tipo no experimental evaluativa, en función de sus objetivos, orientado hacia una necesidad de la Organización. Según Sabino (2006), el diseño de la investigación, consiste en “proporcionar un modelo de verificación que permita contrastar hechos con

teorías, y su forma es la de una estrategia o plan general que determina las operaciones necesarias para hacerlo” (p.91).

Esta investigación se orientó hacia la incorporación de un Diseño de campo contemporáneo transaccional, donde se evaluó la calidad de la asistencia en el Servicio de Emergencia Pediátrica de la Policlínica Metropolitana, bajo el modelo desarrollado por Donabedian y mejorado por Galán, donde se analiza el contexto en el cual se presta la atención, la demanda, la oferta, el proceso, los resultados y el Impacto, con el fin de obtener mediante los resultados, una evaluación que debiera de realizarse bajo parámetros de estándares requeridos según la ley, pero que nos permitirá, ante situaciones diversas, valorar como se están haciendo las actividades con respecto a la calidad en nuestro servicio en la Emergencia, para así una vez describir y comprender las variables y sus relaciones, establecer una situación causal, por cuanto permite no solo observar, sino recolectar los datos directamente de la realidad objeto de estudio, en su ambiente cotidiano, para posteriormente analizar e interpretar los resultados de estas indagaciones.

En esta Investigación, se evaluaron un grupo de pacientes que ingresaron al Servicio de Emergencia Pediátrica en condiciones críticas o padecimientos moderados y leves, los cuales fueron seleccionados en Noviembre y Diciembre de 2008, con una muestra de 100 pacientes pediátricos comprendidos entre 0 a 12 años de edad, donde se le aplicaron una serie de indicadores de calidad en la atención durante el proceso de atención médica. Para lo cual se determinaron: el motivo de consulta, el tiempo de ingreso, y el tiempo que demoró para ser evaluado por el médico de emergencia, posteriormente, el tiempo de permanencia en el área hasta su egreso del servicio.

Además se evaluaron los reportes físicos de las historias clínicas, así como el número de pacientes que consultaron al servicio de Emergencia, el número de pacientes que se hospitalizaron, el número de pacientes que egresaron y el número de pacientes que fallecieron en el área de Emergencia. Se evaluaron el número de casos centinela, siendo estos casos los que mientras esperan en el área, sin que el médico y el personal se den cuenta, presentaron alguna complicación grave, que no se le había diagnosticado. Por último se realizó una encuesta de satisfacción del servicio, la cual se repartió a los padres de los pacientes con respecto a la calidad de la atención recibida.

## **4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

### **4.2.1. POBLACIÓN**

Balestrini (2006), expresa que población es... “Un conjunto finito o infinito de personas, casos o elementos que presentan características comunes” (p.137). O “cualquier conjunto de elementos de los que se quiere conocer o investigar algunas de sus características” en el caso que nos ocupa, son los pacientes que acuden a la Emergencia Pediátrica de la Policlínica Metropolitana solicitando una asistencia a una Urgencia, en edades comprendidas de 0 a 12 años, en el periodo de Noviembre-Diciembre del 2008.

### **4.2.2. MUESTRA**

Sabino (2006), dice “Una muestra, en un sentido amplio, no es más que eso, una parte del todo que llamamos universo y que sirva para representarlo” (p.122). Y la muestra, según Ballestrini, “es una parte de la población, o sea, un numero de individuos seleccionados científicamente, cada uno de los cuales es un elemento del universo, garantizando que sea representativa,

precisa, con el mínimo de sesgos posible”. Se tomaron la cantidad de 100 pacientes pediátricos, que acudieron al Servicio de Emergencia Pediátrica de la Policlínica Metropolitana.

Definido el universo de estudio de manera precisa y homogénea, a los fines de obtener una muestra estadística, lo más representativa posible, se aplicó un muestreo aleatorio, según Hernández y otros (1991) “Las unidades de Análisis o los elementos muestrales se eligen siempre aleatoriamente para asegurarnos que cada elemento tenga la misma probabilidad de ser elegido” (p.216).

Para hallar el tamaño de la muestra, se aplicó la siguiente formula estadística, según Hernández Sampieri y otros (1999):

$$N = \frac{n'}{1 + n'/N}$$

$n'$  = tamaño de la muestra sin ajustar

$n$  = tamaño de la muestra.

$P$  = es la proporción de la población en estudio que cumple con una característica de interés y es conocida.

$$n' = \frac{s^2}{v^2} = \text{tamaño provisional de la muestra} = \frac{\text{Varianza de la muestra}}{\text{Varianza de la población.}}$$

$$S^2 = p(1-p) = .9(1-.9) = 0.09$$

$$V = (.015)^2 = .000225$$

$$n' = \frac{0.9}{0.00225} = 400$$

$$n = \frac{n'}{1 + n/N}$$

n = es la muestra

N = es la población

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES		
Definición Nominal	Definición Real	Definición Operacional de Indicadores
<p><b><u>Calidad Asistencial</u></b> Visto como normas, procedimientos y técnicas que espera recibir en su atención el paciente ó usuario.</p>	<p><u>Calidad asistencial De Procesos</u></p> <p><u>Calidad asistencial de Resultados</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero de consultas de Emergencia Pediátrica</li> <li>- Tiempo medio de primera asistencia</li> <li>- Tiempo medio de permanencia en la Emergencia</li> <li>- Grado de cumplimiento de la historia clínica</li> <li>- No. de pacientes de alta con Diagnostico</li> <li>- Proporciones de ingresos</li> <li>- Tasa de retorno a Emergencia Pediátrica</li> <li>- Proporción de egresos</li> <li>- Tasa de mortalidad Infantil en emergencia</li> <li>- Acontecimiento Centinela</li> <li>- Encuesta de satisfacción</li> </ul>

### **4.3. VARIABLES E INDICADORES DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **4.3.1. VARIABLES**

La variable a estudiar es la calidad, vista como las normas, procedimientos y técnicas que espera recibir en su atención el usuario del servicio. La calidad que vamos a estudiar, dentro de la atención recibida por el usuario son:

- ✓ Calidad asistencial de Procesos: la cual determina paso a paso una serie de actividades en diferentes momentos, en las que participan el personal médico- asistencial, que proporciona en conjunto el servicio ofrecido al usuario, y que determina cómo se hacen los procedimientos.
- ✓ Calidad asistencial de resultados: Es la que evalúa, cualitativamente y cuantitativamente, el conjunto de actividades, en su totalidad, que da por respuesta el resultado de la atención obtenida.

#### **4.3.2. INDICADORES BÁSICOS DE CALIDAD**

Se presentan un conjunto de indicadores, que pretende establecer un sistema común, homogéneo y fiable de información en el Servicio de Emergencia. Estos reflejan de un modo claro y significativo, el perfil básico de la mayoría de los Servicios de Emergencia.

##### **4.3.2.1. TIPOS DE INDICADORES**

Dependiendo de lo que nos interesa medir, los indicadores pueden ser de 2 tipos: de demanda, también conocidos como de cantidad, y de calidad de las actividades, dentro de los cuales nos vamos a centrar en 2 aspectos: indicadores de procesos (los que evalúan la calidad de los procesos asistenciales, es decir, como se hacen las cosas) e indicadores de resultados

(que miden el resultado final de las actividades asistenciales o sanitarias, independientemente del modo como estas se hayan hecho).

Se establecen tres grupos de indicadores:

- ✓ **Indicadores de Actividad:** Son aquellos que miden la cantidad de solicitudes de asistencia que se presentan en el Servicio de Emergencia. Tienen un valor informativo para evaluar el uso de recursos asistenciales y su gestión, además de permitir una comparación de la actividad del centro con otros servicios de Emergencias de otros Centros.
- ✓ **Indicadores de calidad de proceso:** son aquellos que miden aspectos cualitativos del proceso de asistencia de la Emergencia. Estos indicadores miden el funcionamiento del servicio de Emergencia 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 Emergencia.

#### **4.3.2.1.1. INDICADORES DE ACTIVIDAD**

- ✓ Número de Consultas de Emergencia
  - Descripción: Describe el número total de consultas de emergencia realizadas en un periodo determinado. Se entiende por asistencia en emergencia aquella atención que consume recursos asistenciales.
  - Fundamento: Indicador puramente descriptivo de la cantidad total de trabajo asistencial realizado en el Servicio de Emergencia,

independientemente de la población bajo cobertura o de los recursos disponibles. Sirve para estimar costos y, en combinación de otros indicadores, para evaluar la adecuación de recursos.

- Formula:  $\text{No. Total de consultas de emergencias} / \text{en un periodo de tiempo determinado}$ .

#### **4.3.2.1.2. INDICADORES DE CALIDAD**

##### ✓ Tiempo Medio de Primera Asistencia Médica

- Descripción: Mide el tiempo medio medido en minutos que tardan los pacientes en recibir la primera asistencia por un médico desde que accede al Servicio de Emergencia (definido por la hora registrada de llegada).
- Fundamento: Uno de los aspectos clave en la calidad de la atención de Emergencia, tanto desde el punto de vista clínico como del de la calidad percibida por los usuarios, es la rapidez con la que un médico atiende y evalúa al paciente cuando este acude por un problema que considere urgente. Este indicador permite conocer la rapidez (o lentitud) con la que se comienza a prestar atención por un médico, y por tanto la eficacia y eficiencia de la organización del proceso para evitar que las patologías graves no se vean afectadas negativamente por demoras en la asistencia inicial.
- Criterios de exclusión: Se excluirán aquellos casos en los que la consulta sea anulada o interrumpida, y aquellos casos en los que el usuario desista de consultar y se ausente.

- Formula: Sumatoria del tiempo de la 1era asistencia de cada uno de los de pacientes en un periodo de tiempo determinado/ número total de pacientes atendidos en dicho periodo de tiempo

#### **4.3.2.1.3. TIEMPO MEDIO DE PERMANENCIA EN EMERGENCIA**

- ✓ Descripción: Tiempo total que permanece el paciente en el Servicio de Emergencia desde que llega hasta que abandona el mismo, sea por alta, por ingreso, por fallecimiento, por traslado a observación o por traslado a otro centro.
- ✓ Fundamento: Como dijimos anteriormente, una característica fundamental de la atención en Emergencia es la rapidez, por lo que el paciente que es atendido debe serlo sin 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 puede significar que existen déficit de coordinación, circuitos inadecuados, servicios de soporte insuficiente, etc.
- ✓ Formula: Sumatoria de los tiempos de permanencia de los pacientes atendidos en un periodo de tiempo/ número total de pacientes atendidos en dicho periodo.

Otros Propuestos: % de pacientes que permanecen más de 3 horas en Emergencia.

% de pacientes que permanecen más de 6 horas en Emergencia.

#### **4.3.2.1.4. GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA**

- ✓ **Fundamento:** El registro correcto y completo de la documentación clínica generada en el proceso asistencial es un aspecto básico de la calidad de la asistencia: sin dicha documentación no es posible evaluar la calidad de los actos médicos y su idoneidad o adecuación al problema de salud del paciente. Además la historia es el instrumento mediante el cual se comunica la información clínica a otros profesionales que puedan tener responsabilidad asistencial sobre el paciente y permite el seguimiento clínico del mismo, de modo que un acto médico no puede considerarse completo y de calidad sin una historia bien documentada y registrada de acuerdo a unas pautas comunes establecidas en cada centro.
  
- ✓ **Descripción:** Proporción de historias clínicas que han sido cumplidas de manera legible, en al menos los siguientes ítems:
  - Identificación del paciente: Nombre, apellidos, sexo, edad y procedencia.
  - Identificación del médico tratante o responsable.
  - Hora de inicio de la asistencia médica.
  - Fecha.
  - Motivo de la consulta.
  - Examen físico.
  - Pruebas complementarias solicitadas.
  - Impresión Diagnóstica (aunque sea provisional, debido a la emergencia).

- Tratamiento prescrito y administrado durante la permanencia en la Emergencia.
- ✓ Formula: Numero de historias clínicas correctamente cumplidas X 100/ número total de historias clínicas analizadas.
- ✓ Estándar: debe tender a 100.

#### **4.3.2.1.5. NÚMERO DE PACIENTES DE ALTA CON DIAGNOSTICO**

- ✓ Descripción: Mide la cantidad de informes de alta con diagnostico final.
- ✓ Fundamento: La enorme variabilidad de la práctica clínica tiene una expresión particularmente importante en el hecho diagnostico. Siendo este elemento de la historia un objetivo fundamental del médico en su práctica, de una importancia capital tanto desde la perspectiva clínica, como desde la perspectiva investigadora, evaluativo como de la simplificación y homogenización de los diagnósticos ya universalizados y avalados por la OMS, siendo una herramienta importante para la evaluación de los servicios de Emergencia, así como un elemento principal de la calidad asistencial.
- ✓ Formula: Numero de pacientes con informe de egreso y diagnostico X 100/ número total de altas en el periodo evaluado.
- ✓ Estándar: debe tender a 100.

#### **4.3.2.2. PROPORCIÓN DE INGRESOS**

- ✓ Descripción: mide la cantidad de pacientes que han requerido ingreso hospitalario respecto del total de pacientes atendidos en la Emergencia.

- ✓ Fundamento: Da información indirecta sobre la gravedad de las Emergencias atendidas, así como sobre la capacidad resolutive del servicio de emergencia.
- ✓ Formula:  $\text{Numero de pacientes ingresados por emergencia} \times 100 / \text{número total de emergencias atendidas en un periodo determinado}$ .

#### **4.3.2.3. TASA DE RETORNO A EMERGENCIA**

- ✓ Descripción: Mide la cantidad de pacientes que, tras ser atendidos en Emergencia y ser dados de alta, regresa al mismo en las 1eras. 72 horas siguientes (3 días) por cualquier causa. Indirectamente da una medida de la calidad técnica de las soluciones dadas por el servicio de Emergencia. Si bien, en sentido estricto deberían tenerse en cuenta únicamente los que vuelven por el mismo motivo, resulta muy difícil, cuando no imposible, considerar si es o no el mismo motivo el que hace regresar.
- ✓ Fundamento: Aunque es normal que una proporción de pacientes, aun habiendo sido correctamente atendidos y tratados, tengan una evolución desfavorable y precisen de nuevo la asistencia en la emergencia, no es menos cierto que cuando la calidad técnica de la misma no es la optima ( por diversas razones que no viene al caso enumerar), es más probable que algunos pacientes no reciban el diagnostico o el tratamiento adecuado, o no hayan sido detectados todos los problemas de salud, y precisen por ello de una nueva atención en la Emergencia. Por este motivo es pertinente medir y monitorizar en el tiempo este indicador como reflejo indirecto de la efectividad real y definitiva y de la calidad de la asistencia.

- ✓ Formula: Numero de pacientes que regresan a la emergencia en las 72 horas siguientes en un determinado periodo/ número total de pacientes atendidos en la emergencia en dicho periodo/por mil.

#### **4.3.2.4. TASA DE MORTALIDAD EN EMERGENCIA**

- ✓ Descripción: Mide la proporción de pacientes que fallecen en el servicio de emergencia 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 emergencia y sus dependencias (incluyendo los desplazamientos a las para pruebas diagnosticas, tales como Radiología, Ecosonograma, Resonancia, etc.). Así como los traslados internos.
- ✓ Fundamento: Mide indirectamente la capacidad y eficacia del servicio de emergencia para resolver los casos más críticos con rapidez, sea solucionando el problema con sus medios o derivando al paciente a otro servicio adecuado o a otro centro.
- ✓ Formula: Numero de pacientes fallecidos en la Emergencia en un periodo de tiempo X 100/ número total de pacientes atendidos en un periodo de tiempo determinado.

#### **4.3.3. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Para la recolección de la Información necesaria se acudió a la ayuda del Servicio de Registros Médicos de la Policlínica Metropolitana, Servicio en el cual se procede diariamente a recabar la Información de todos los pacientes pediátricos, que acuden al Servicio de Emergencia Pediátrica de la Policlínica

Metropolitana, y son registrados con un Numero de Código de la Historia de Emergencia, donde se guardan datos sobre la historia del ingreso, reingresos, los estudios y procedimientos realizados en el área de Emergencia. Para esta investigación se revisó el histórico de las Consultas de Emergencia Pediátrica desde el año 2004 hasta el año 2008, evaluándose el porcentaje de Ingresos, Egresos y Hospitalizados de cada año por meses.

Posteriormente, se procedió a tomar una muestra representativa de 100 pacientes pediátricos que acudieron al área de Emergencia Pediátrica de la Policlínica Metropolitana, en el mes de Noviembre y Diciembre de 2008, donde se tomó el tiempo de cada paciente desde el ingreso hasta el momento de ser atendido por el Pediatra de Guardia, el Tiempo de Permanencia del paciente dentro del área de Emergencia hasta el egreso y resolución de su caso. Se revisaron las 100 Historias Clínicas realizadas por el residente de Guardia, donde fue evaluado el grado de cumplimiento de la misma, con sus respectivos Datos y Procedencia del mismo, Motivo de Consulta, Enfermedad Actual, Examen Físico de Ingreso, Diagnostico Probable de Ingreso, Exámenes de Laboratorio Complementarios, Estudios Radiológicos y Topográficos pedidos, Tratamiento indicado al paciente y Diagnostico de Egreso.

Se procedió a realizar una Encuesta breve y sencilla a cada uno de los Padres o Representantes de los Pacientes Pediátricos que acudieron a la Emergencia de la Policlínica Metropolitana, facilitándosele la Encuesta de 2 hojas en papel con lápiz para que la llenara durante su estadía en el área de Emergencia, mientras duraba la espera de la atención y los resultados de Exámenes Paraclínicos. Esta información la suministraba el encuestado, en forma escrita, en ausencia del entrevistador (Jaquelin Hurtado, 2007).

Esta Encuesta, se realizó con el fin de medir y evaluar el grado de satisfacción de la calidad del servicio esperado y recibido.

Se Recolectaron un total de 50 Encuestas, donde se captaron, midieron y registraron, las respuestas de cada uno de los participantes o encuestados.

Para que los datos recolectados tengan valor se hace necesario introducir un conjunto de operaciones en esta fase de análisis e interpretación de datos, con el propósito de organizarlos, e intentar dar respuesta a los objetivos planteados en este estudio.

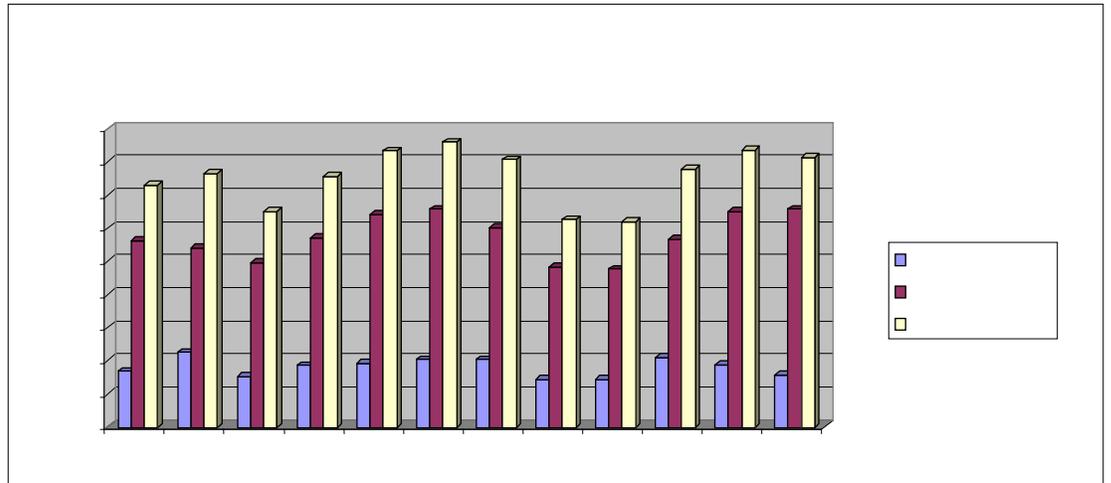
#### **4.3.4. PROCESAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN**

Una vez ubicada nuestra Unidad de estudio, Servicio de Emergencia Pediátrica de la Policlínica Metropolitana, se procedió a tomar la muestra de 100 pacientes pediátricos que acuden al Servicio por presentar patologías agudas de urgencia y se procedió a registrarlos, para lo cual se tomaran datos personales, procedencia y motivo por el cual consultaron; se les midieron los tiempos de atención, registro de historia clínica, tiempo de permanencia, tiempo de egreso, el numero de complicaciones, el número de pacientes que reingresaron en las primeras 72 horas y el número de pacientes que se hospitalizaron. Aplicándosele los indicadores antes mencionados. Posteriormente se aplicó una encuesta de satisfacción del usuario.

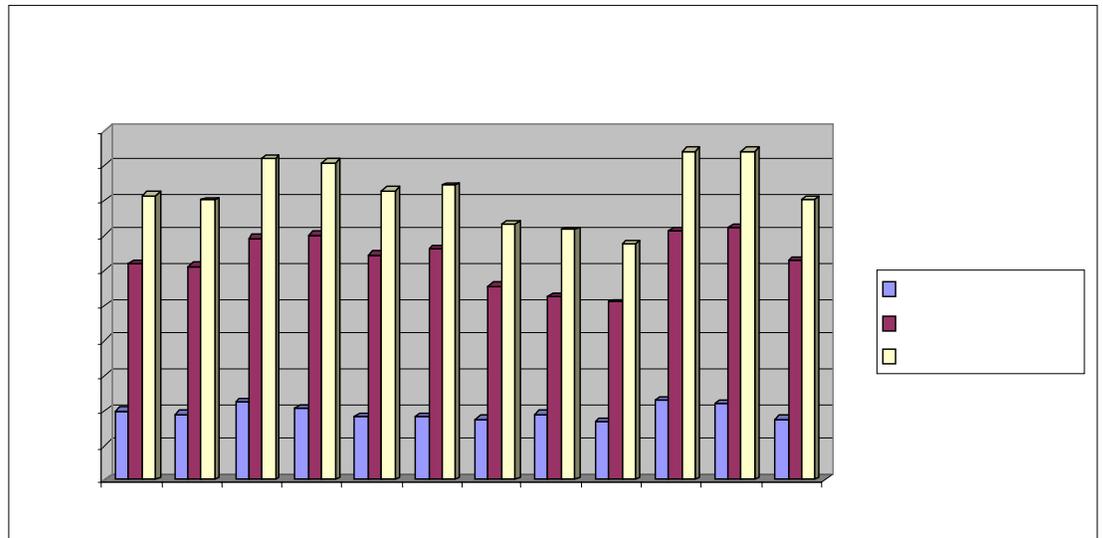
Obteniéndose de esta manera una evaluación cuantitativa de la calidad de los procedimientos y resultados registrados en los tiempos de atención, permanencia, calidad en la Historia Clínica, y complicaciones durante su estadía en el servicio.

## 5. ANALISIS Y RESULTADOS

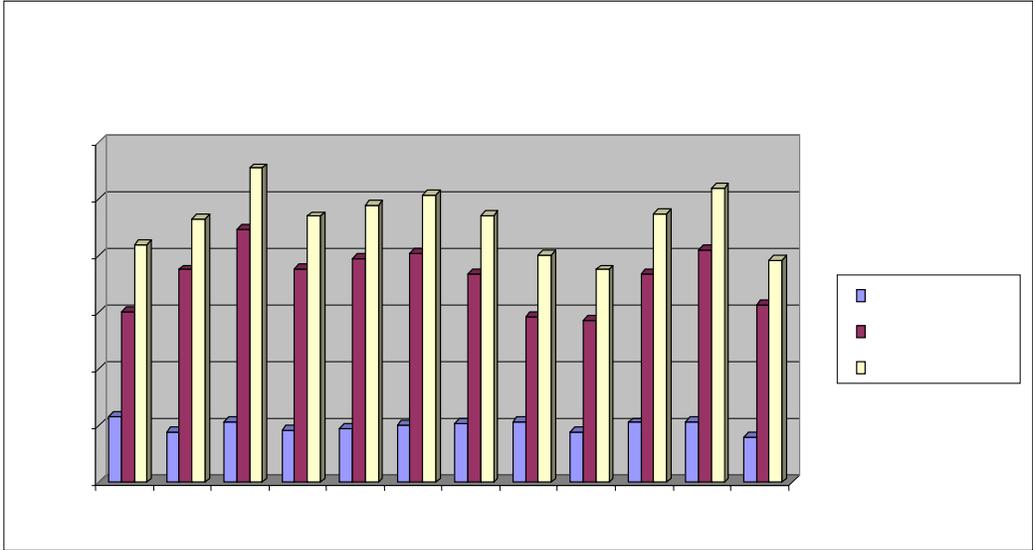
Se revisaron las Estadísticas de los pacientes pediátricos que consultaron a la Emergencia de la Policlínica Metropolitana desde el año 2004 hasta el año 2008, determinándose el número de Consultas de Emergencias por mes, el número de Ingresos y el número de Egresos, obteniéndose los siguientes resultados:



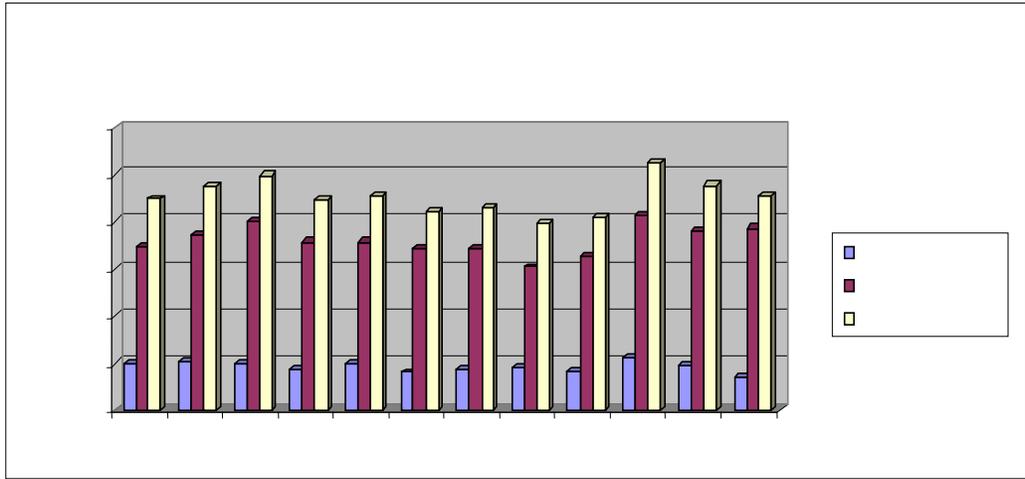
**Grafico No.1**



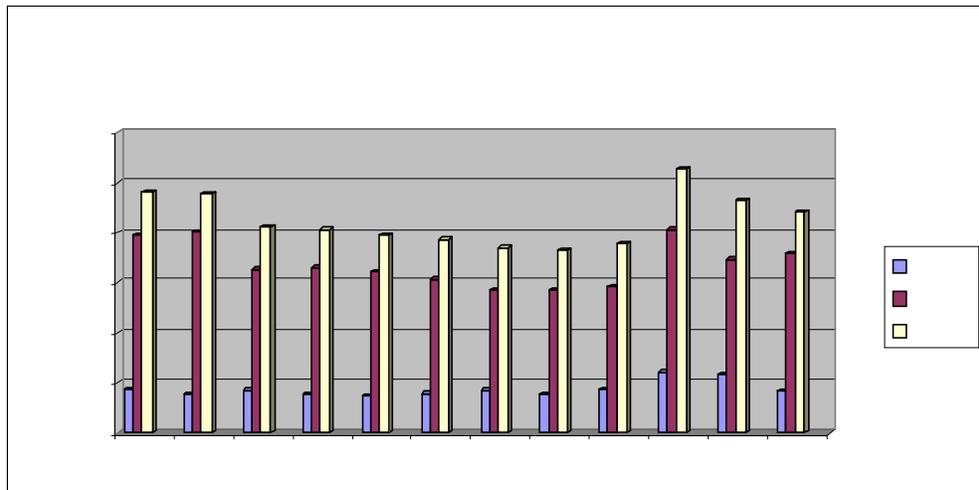
**Grafico No.2**



**Grafico No.3**



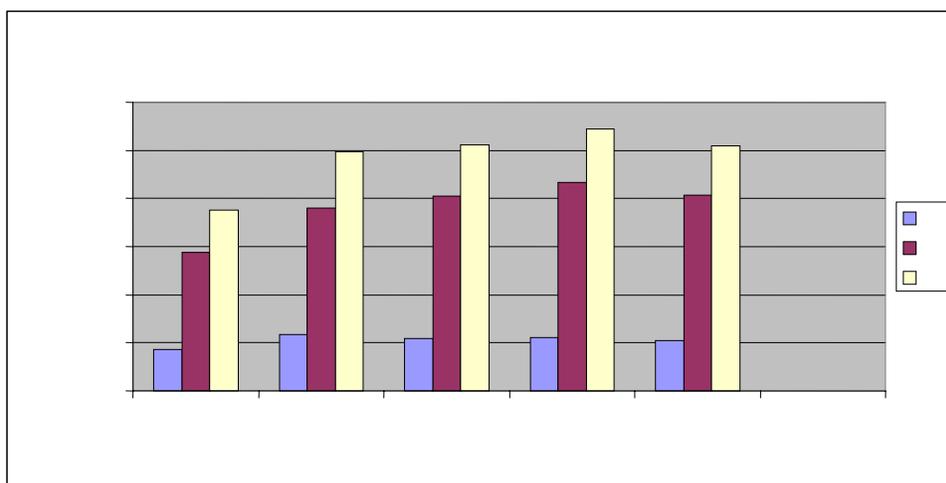
**Grafico No.4**



**Grafico No.5**

Se puede observar que el número de Consultas de pacientes pediátricos que consultan a la Emergencia ha ido creciendo progresiva y gradualmente. Representando del total de las consultas mensuales, los egresos ó pacientes que egresan de la Emergencia con un Diagnostico y tratamiento ambulatorio en un 75% en comparación con los pacientes que deben quedarse hospitalizados para recibir tratamientos endovenosos en un 25 %, esta relación de pacientes mensuales prácticamente se repite en la misma proporción mensual, con un comportamiento cíclico de la demanda y que, en los meses de Julio-Agosto y Septiembre hay un descenso leve y constante que se mantiene casi igual durante los 5 años, probablemente debido al asueto libre obligatorio de las vacaciones escolares, que coincide durante estos meses y que hace que el paciente pediátrico consulte menos a la Emergencia Pediátrica, o se desplace a otras áreas del país. Esto representa un índice de excelencia y efectividad, en el manejo de los pacientes que consultan, ya que de todos los pacientes que acuden mensualmente al Servicio de Emergencia Pediátrica, un porcentaje mayor ( 75% ) resuelve su cuadro clínico de Emergencia y puede egresar a su casa con tratamiento ambulatorio, esto nos habla de la optimización del recurso/cama.

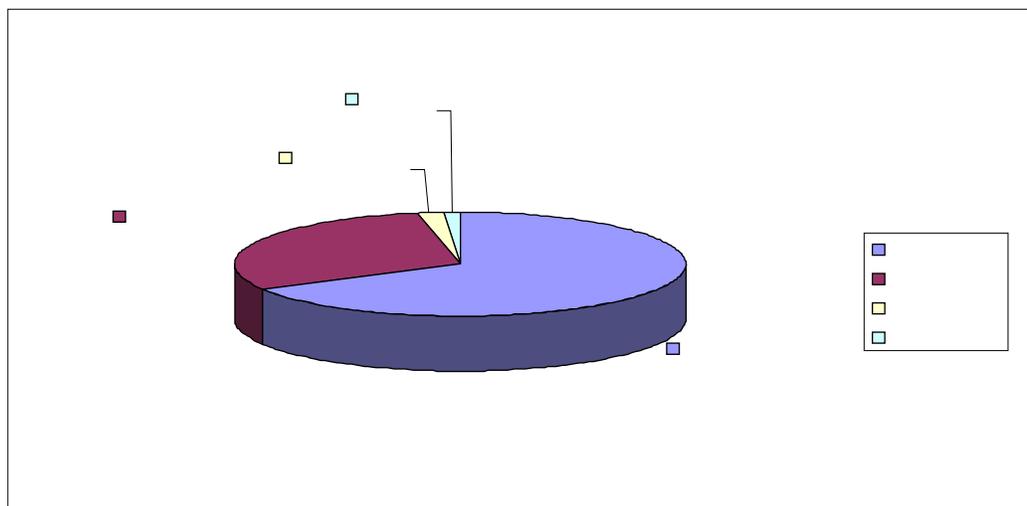
Si observamos el Histórico, del comportamiento de los pacientes totales por año, observamos que en los últimos 5 años, se ve el crecimiento progresivo de la consultas Pediátricas, probablemente por un aumento de la demanda y desplazamiento del sector público al sector privado por colapso del Sistema Publico de Salud; con un descenso pequeño en el último año (2008), de un 6% , probablemente debido al número de pacientes, que por el aumento de la demanda y por falta de camas disponibles, y ocupación de las camillas de Emergencia de observación, por pacientes Hospitalizados, deciden trasladarse a otros Centros de salud, produciendo una saturación del Servicio y estancamiento del mismo, con aumento de la permanencia.



**Grafico No.6**

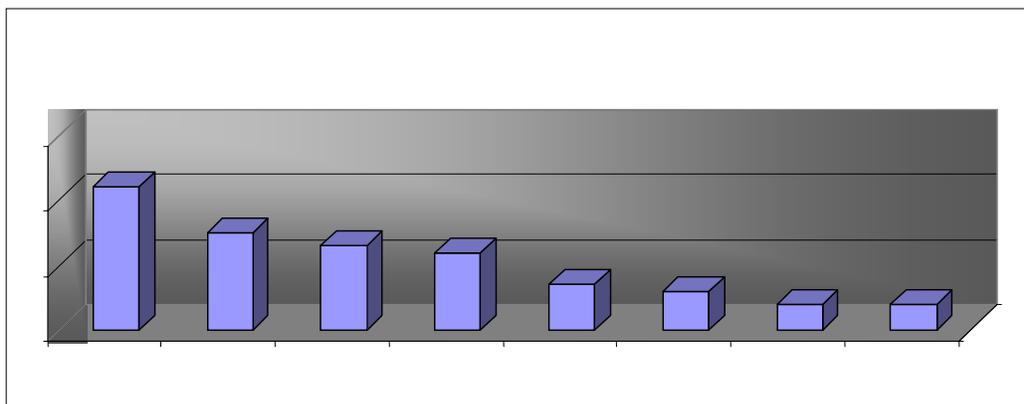
Con respecto a la Demanda, se puede observar que la mayoría de los pacientes que acuden al Servicio de Emergencia de la Policlínica Metropolitana, proceden del Estado Miranda en un 67%, por su ubicación cercana y fácil acceso, pero también hay un número importante de pacientes procedentes del Distrito Capital en un 30%, probablemente por falta de Centros del Sector público operativos y por el crecimiento de la población, que hace que se desplacen del sector oeste al este en busca de atención

médica. También se puede observar una cantidad pequeña de pacientes procedentes de la provincia (2-3%), que es la denominada Demanda extraurbana, la cual si persiste su crecimiento pudiera hablarse de un Centro de Referencia Nacional.



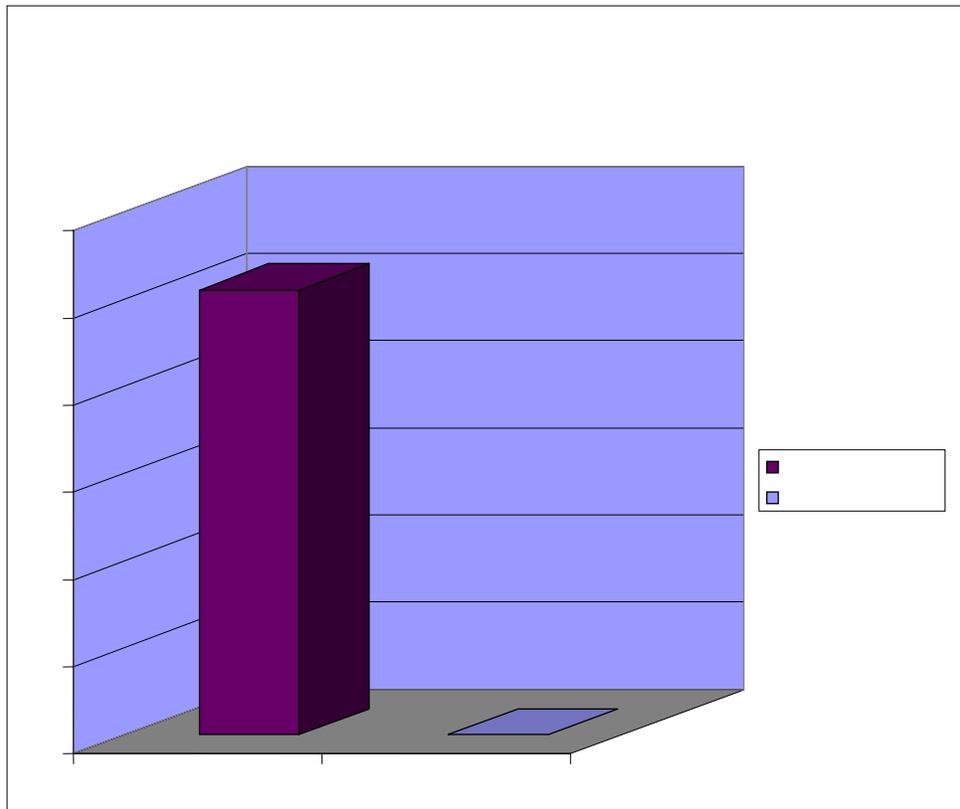
**Grafico No.7**

Entre las causas más frecuentes de consultas se encuentran en primer lugar Las Infecciones Respiratorias, seguida de los Traumatismos, Hiperreactividad Bronquial, Diarreas, Otitis, Gastritis y Laringotraqueitis Agudas. Este indicador es sumamente importante para la optimización de recursos y racionalización del gasto. Así como para la creación de protocolos de manejo y tratamiento de patologías más frecuentes para dar así una respuesta efectiva sobre las complicaciones que pudieran presentarse.



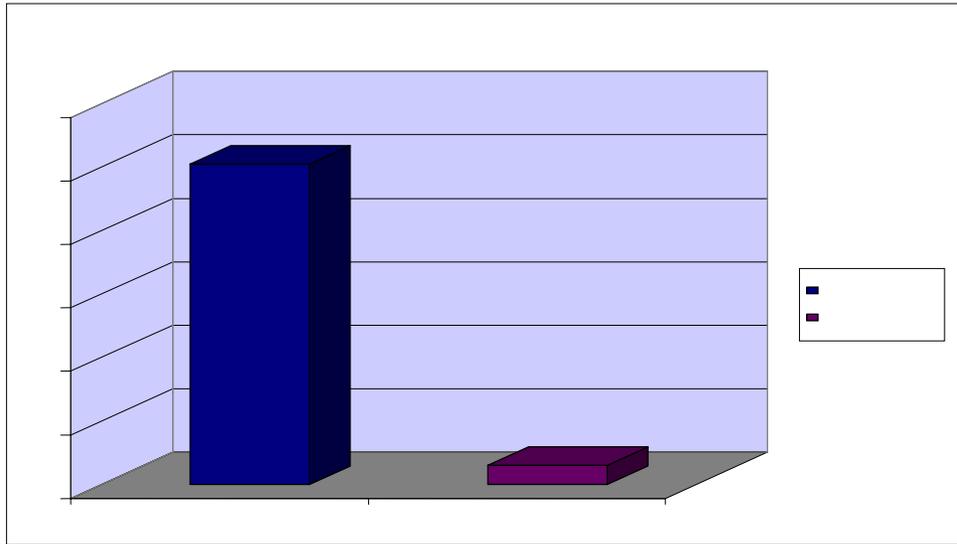
**Grafico No.8**

Con respecto a la calidad de la Historia Clínica y porcentaje de Cumplimiento, fueron evaluadas en su físico cada una de las 100 historias de la muestra, observando los criterios necesarios para definirla como adecuada calidad de la Historia Clínica, tales como: el motivo de consulta, Enfermedad actual, Examen Físico, tratamientos, Diagnostico de Egreso, etc. Resultando la totalidad de las mismas con criterios adecuados de calidad, en un 100 %, probablemente, en vista de que la misma se realiza en computadoras, con formato tecnológico, prácticamente obligando al residente la realización completa de la misma.



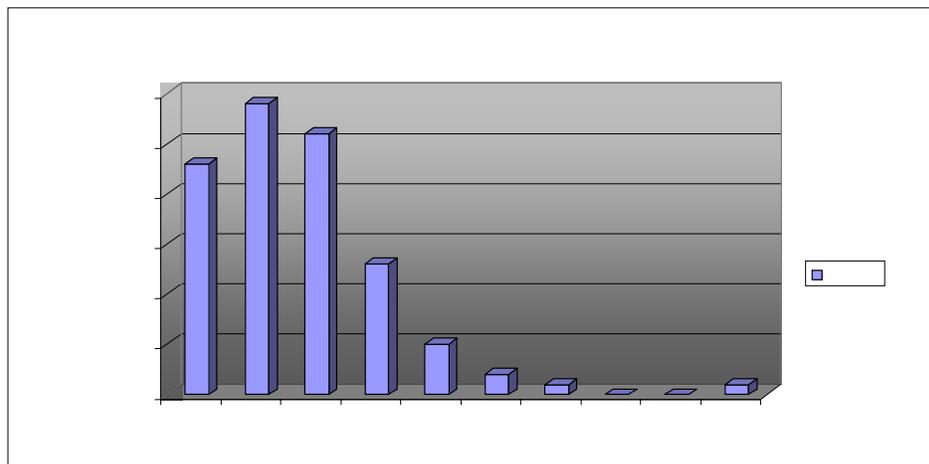
**Grafico No.9**

De los 100 pacientes evaluados, se pudo observar que el porcentaje de reingresos ó pacientes que acuden de nuevo a la Emergencia, porque no se les resolvió el problema y tuvo que regresar en un lapso menor a las 72 horas fue de un 6%, esto significa que la mayoría de los pacientes, en un 94%, si se les resolvió el problema por el cual acudieron a la Emergencia. La pequeña cantidad de pacientes que reingresan son dejados hospitalizados para realizarles estudios Paraclínicos y recibir tratamientos Parenterales ó Endovenosos.



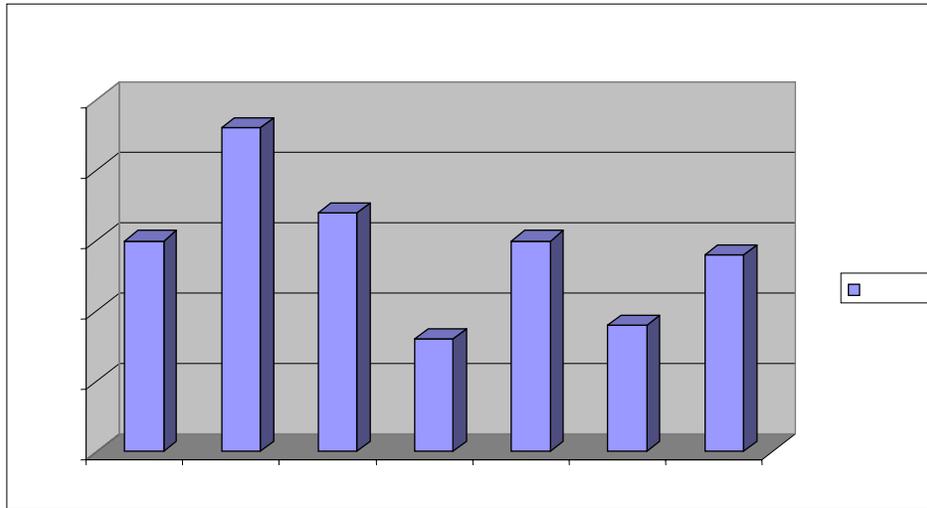
**Grafico No.10**

Con respecto al Tiempo de Atención Medica, que fue el tiempo desde que el paciente llegó al área de Emergencia hasta que fue atendido por el pediatra de Guardia, se puede observar que el 80% de los pacientes tuvo un tiempo de atención entre 5 y 15 minutos, que está dentro de los parámetros normales internacionales, que son 15 minutos, esto significa que a los pacientes que ingresan con alguna patología médica, se les atiende inmediatamente, con criterios de urgencia con respecto a pacientes que su cuadro clínico pueda esperar.



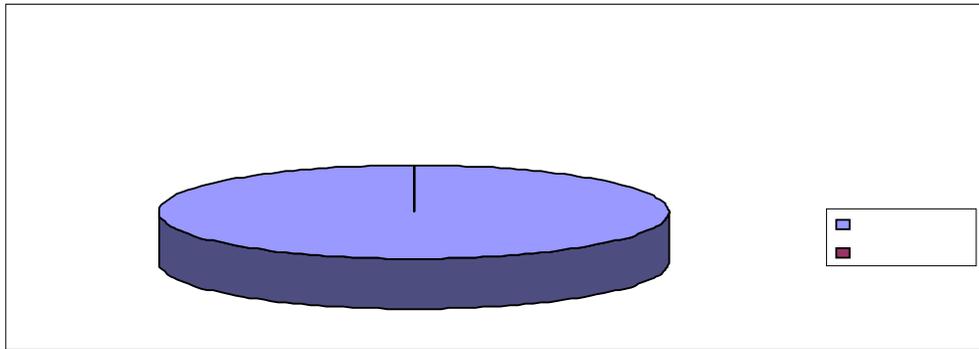
### Grafico No.11

Con respecto al tiempo de espera o de Permanencia en la Emergencia, se puede observar que la mayoría de los pacientes permanecen de 3 a 6 horas y más, probablemente debido a los tiempos de espera de los Servicios de apoyo: Laboratorio y RX, el aumento de la demanda, la falta de personal por alta rotación del personal de enfermería y paramédicos, y el aumento de pacientes hospitalizados en el área de observación y nebulización, debido a la poca disponibilidad de camas en Hospitalización.



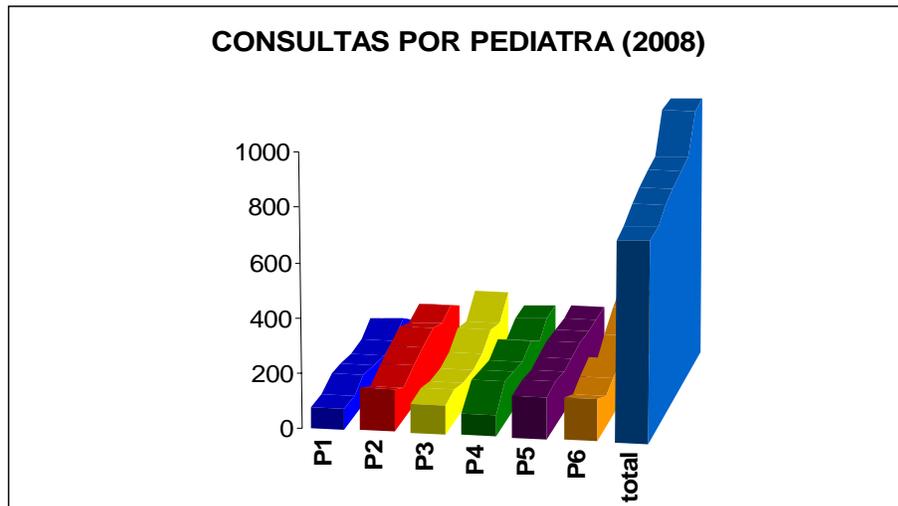
### Grafico No.12

Con respecto a la Tasa de Mortalidad, de la muestra estudiada, se obtuvo que la misma fue de 0%, no encontrando reporte de defunciones en el período mencionado, significando un excelente indicador de efectividad.



**Grafico No.13**

Fue evaluada la productividad de cada pediatra durante el año 2008, evidenciándose que la misma fue igual para cada uno de los médicos, en cuanto al número de pacientes evaluados por cada uno.



**Grafico No.14**

## 5.1. RESULTADOS DE LA ENCUESTA

Existe un alto grado de satisfacción del Servicio de Emergencia Pediátrica, en un 88,2 % probablemente porque el usuario se siente rápidamente atendido, debido a los cortos tiempos de atención médica, y que a un alto porcentaje se egresa con tratamiento ambulatorio.

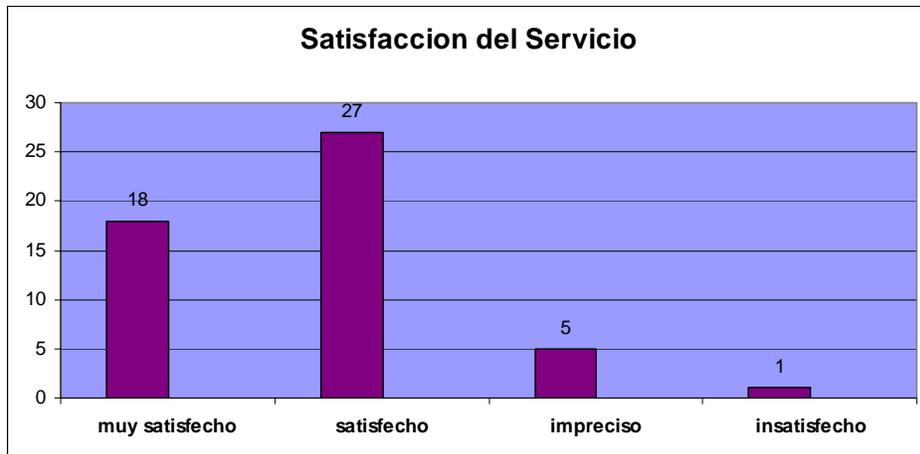


Grafico No.15

Con respecto a los trámites administrativos, la mayoría de los pacientes (88%) reportó que los mismos eran fáciles de realizar.

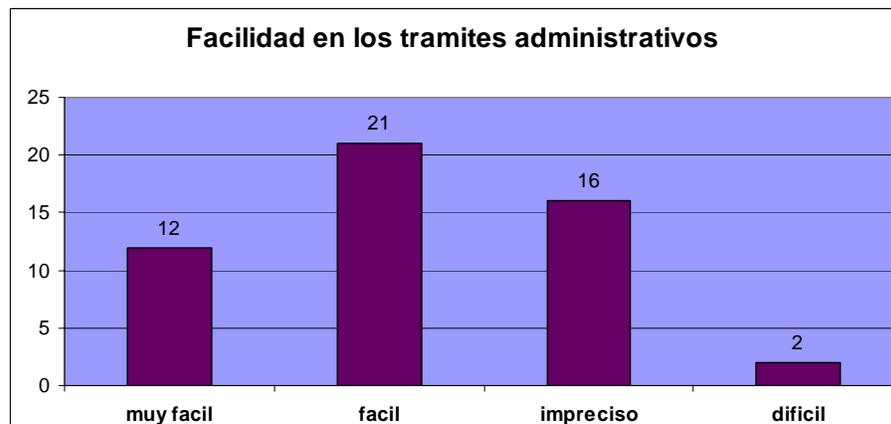
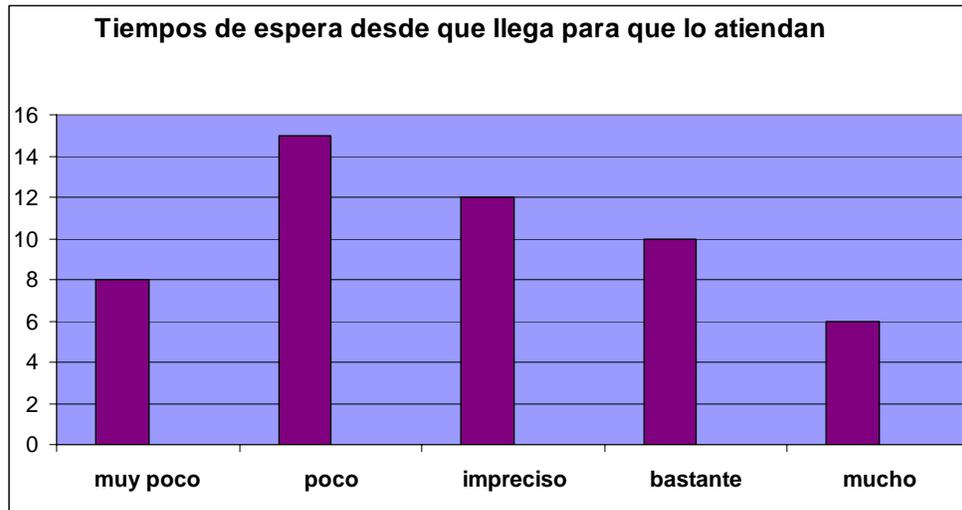


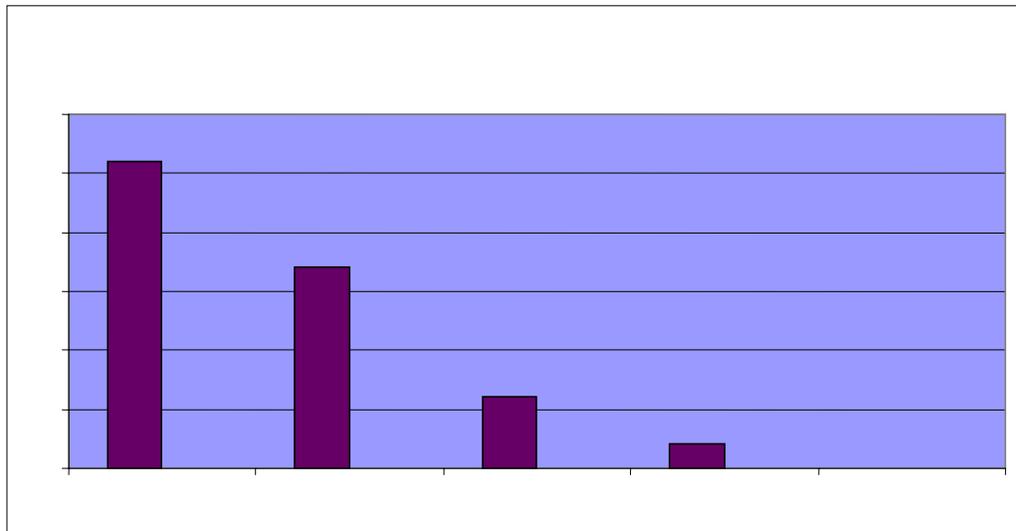
Grafico No.16

Con respecto a los tiempos de espera, el 70% de los encuestados respondió que el tiempo de espera para que lo atiendan es poco, solo el 31,37% reportó que era mucho el tiempo de espera en el área de Emergencia.



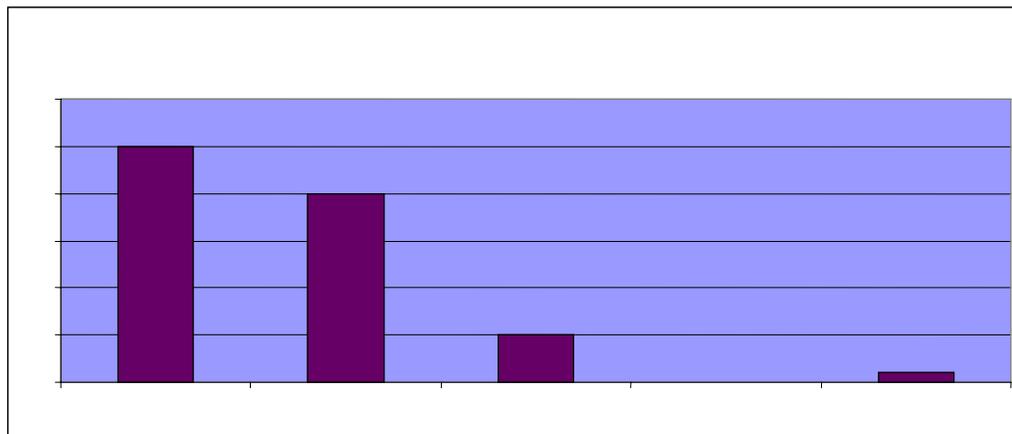
**Grafico No.17**

Con respecto a la Comodidad de las Instalaciones, el 84,3 % de los encuestados respondió que eran bastante adecuadas.



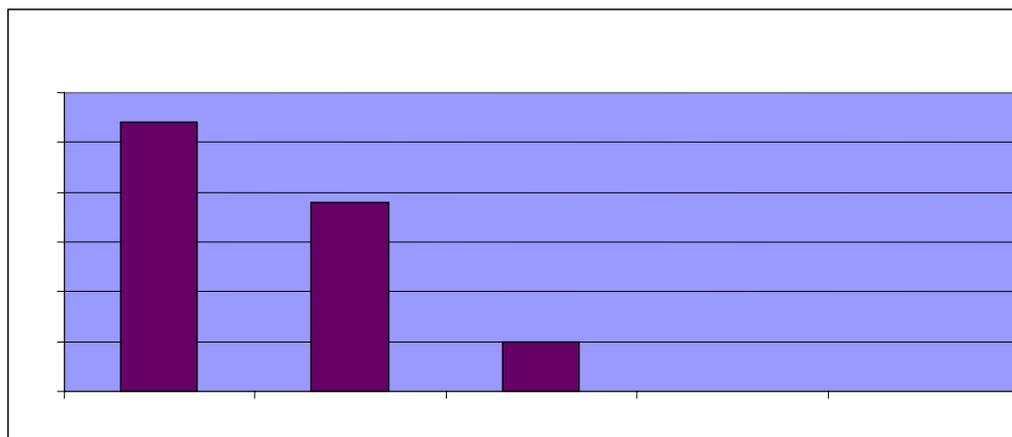
**Grafico No.18**

Con respecto al Grado de confianza que tiene el usuario del Servicio de Emergencia, el 88,2 % de los encuestados respondió tener una alta confianza en el Servicio médico recibido.



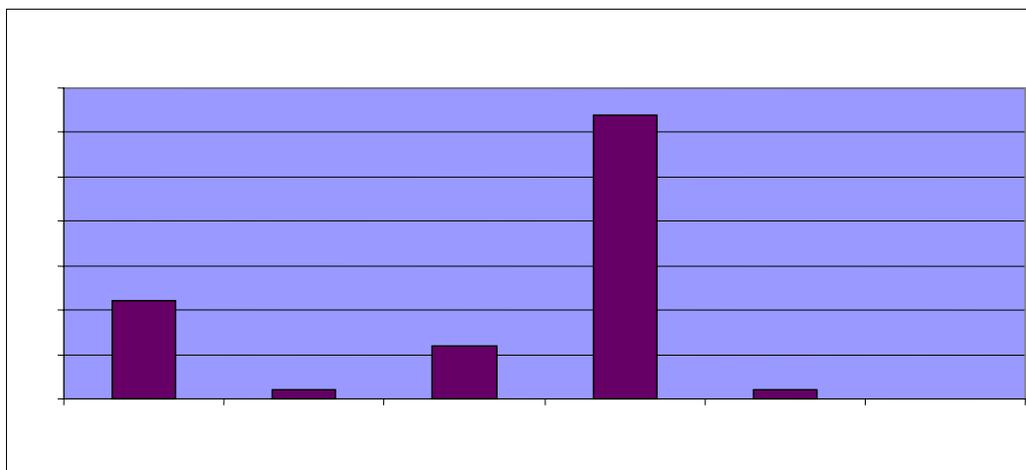
**Grafico No.19**

Con respecto a la Información sobre el tratamiento recibido y atención de enfermería el 90% de los encuestados respondió que era adecuada la Información.



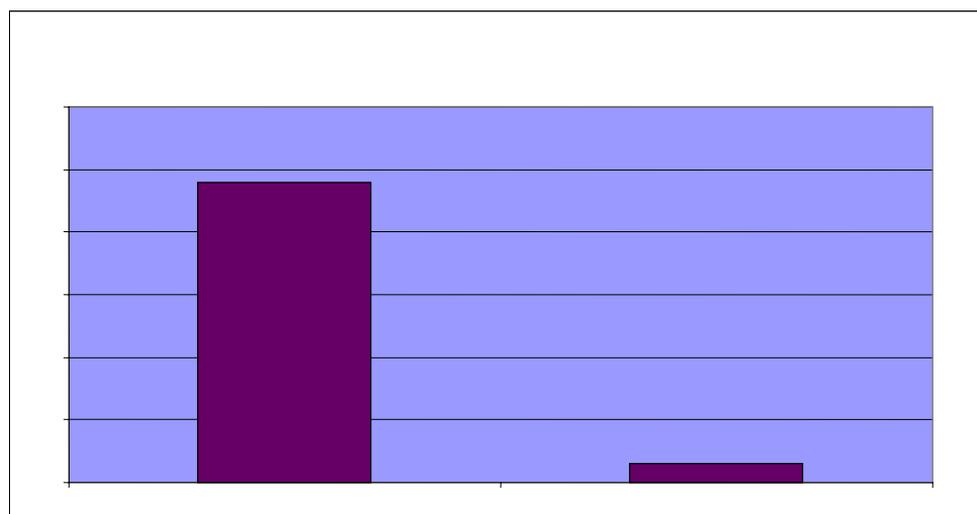
**Grafico No.20**

Cuando se le pregunta al usuario, ¿Qué mejoraría usted de este Centro?, el 62 % de los encuestados respondió Reducir los tiempos de espera, y un 12% mejoría en las Instalaciones.



**Gráfico No.21**

Y por último cuando se le preguntó que si recomendaría a un familiar ó amigo este Servicio, el 94 % respondió que si lo haría.



**Gráfico No.22**

Esto representa un alto grado de confianza y satisfacción por parte del usuario ó cliente.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- ✓ El Servicio de Emergencia de la Policlínica Metropolitana, presta un servicio de Calidad con respecto a la mayoría de los indicadores evaluados, a excepción del tiempo de permanencia que se observa muy elevado de hasta más de 6 horas, en las que el paciente pediátrico y sobre todo los familiares deben permanecer dentro del área en espera de los resultados de Exámenes paraclínicos y del egreso.
- ✓ A pesar de esto el usuario ó cliente se siente satisfecho del Servicio que recibe y alto grado de confianza pudiendo recomendar a otras personas el uso del mismo.
- ✓ Se debe involucrar y motivar a todo el personal del Servicio de Emergencia en la participación en equipo en cuanto a la calidad total del Servicio prestado, educación continua y motivación y así, enfocarlo hacia la satisfacción del usuario ó cliente.
- ✓ Se debe informar a todo el equipo médico-asistencial sobre la monitorización y evaluación continua de Indicadores de calidad, con el fin de mejorar aquellas áreas en que se esté fallando y recuperar así la confianza del usuario.
- ✓ Se recomienda la formación de un equipo de calidad en el Servicio de Emergencia Pediátrica, que evalúe, controle y rectifique la aplicación continua de Indicadores de calidad de la asistencia médica, para que realice anualmente una evaluación, para encontrar soluciones posibles a los problemas concretos detectados, priorizarlos y darles la oportunidad de utilizar plenamente su caudal de experiencia para mejorar y transformar las tareas, lográndose así, que se pueda comparar inclusive con otros Servicios u otras Instituciones similares.

- ✓ Se recomienda la evaluación y monitorización de los Servicios de apoyo: Laboratorio y Radiología, con la finalidad de tratar de mejorar ó acortar el tiempo de permanencia y así acortar el del usuario.
- ✓ La evaluación es un medio para conocer la realidad, y si ésta no satisface lo que importa es intentar mejorarla. El énfasis actual para asegurar la calidad es instaurar el ciclo “evaluar-mejorar” en forma continuada.
- ✓ Se debe involucrar a toda la Institución, ya que se necesita el Diseño de un Sistema Permanente de Evaluación-Mejoramiento que utilice múltiples técnicas, apuntalados por decisiones Institucionales que se comprometan con la calidad.
- ✓ Considerar los problemas como oportunidades para perfeccionar los desempeños individuales o Institucionales.
- ✓ Habrá calidad Total, si cada Unidad de producción interna o Servicio de Salud entrega a las restantes un producto ó Servicio de Calidad. Si los profesionales no reciben buenos Servicios de Laboratorio, Rayos X, productos de farmacia, etc., no podrán concretar un acto ó procedimiento de calidad. Por ello para mejorar la calidad no es prioritario el cambio de Sistema sino de las conductas.

## CONSIDERACIONES ETICAS Y LEGALES

- ✓ En nuestro país, según la Constitución de la Republica Bolivariana, establece:

Artículo 83: La Salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, quien lo garantizará como parte del derecho a la vida...

Artículo 117: Todas las persona tendrán derecho a disponer de bienes y Servicios de Calidad, así como a una información adecuada y no engañosa sobre el contenido y características de los productos y servicios que consumen, a la libertad de elección y a un trato equitativo y digno.

La ley establecerá los mecanismos necesarios para garantizar esos derechos, las normas de control de calidad y cantidad de bienes y servicios, los procedimientos de defensa del publico consumidor, el resarcimiento de los daños ocasionados y las sanciones correspondientes por la violación de estos derechos.

- ✓ Ley del Ejercicio de Medicina, donde se establece la obligatoriedad de los Servicio de Emergencia, ya sean públicos o privados de prestar la atención adecuada de cualquier paciente que llegue con patologías agudas o urgentes y más aun si está en riesgo la vida (Articulo 26 y 27), y según el Código de Deontología Médica, que establece la preservación de la salud y la integridad de las personas como deber primordial del médico, y no hará distinciones por razones de raza, religión, nacionalidad o posición social, debiéndose asegurar la atención de los pacientes graves o en condiciones de urgencia ( Articulo 1,3,5, y 15).
- ✓ La LOPNA, en su artículo 41: Derecho a la Salud y a Servicios de Salud. Todos los niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Asimismo tienen derecho a Servicios de Salud, de carácter

gratuito y de la más alta calidad, especialmente para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones de salud.

- ✓ Es necesario no solo asistir al paciente o usuario sino hacerlo con una óptima calidad, ya que en el pasar de los años hemos podido ver como la relación médico-paciente ha cambiado de una relación paternalista a una relación de total independencia del paciente que además de que exige sus derechos en cuanto a su asistencia se refiere, tiene también participación y decisión directa en lo que respecta a su salud. Por lo tanto se hace más necesaria la vigilancia de la calidad asistencial en nuestros servicios de emergencia y salud, para evitar problemas de tipo médico-legales que cada día se observa como incrementan dichas demandas y en la exigencia por parte del usuario para obtener un servicio de calidad, que además, según la Constitución de La República Bolivariana de Venezuela le da por derecho.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Angel, P. M. (1999). Gestión de Calidad, España, Grupo Editor Alfa Omega Macombo.

Azpiagam, J., García C. L, Jiménez, M. y colab. (2001). Calidad en los Servicios de Urgencias. Indicadores de Calidad, España, Grupo de Trabajo SEMES (Soc. Española de Medicina de Urgencias y Emergencias). <http://www.semes.org/revista/vol/131/60-65.pdf>.

Balestrini, M. (2006). Como se elabora el Proyecto de Investigación, Caracas, BL Consultores Asociados.

Braulio, M. G. (2004). Auditoria Medica para la garantía de calidad en Salud, Bogota, Ecoediciones.

Código Deontología Médica. (1985). Asamblea de la Federación Médica, Caracas.

Donabedian, A. (1984). La Calidad en la Atención Medica: definición y métodos de evaluación, México, Prensa Medica Mexicana.

Donabedian, A. (1990). Garantía y Monitoreo de la Calidad de la Atención Medica. Perspectivas en salud, México, Instituto Nacional de Salud Publica.

Galán, M., Malagon L, y Pontón I. (1997). Auditoria en Salud, Bogota, Editorial Medica Panamericana.

Hurtado, Jaquelyn. (2007). El Proyecto de Investigación, Metodología de la Investigación Holística, Caracas, Quinta Edición, Sypal, Caracas.

Klazinga, K. Stronks, D et al.( 2001). Indicadores. Reflexiones sobre el desarrollo y uso de indicadores en la atención sanitaria. International Journal for quality in HealthCare, volume 13, 6, 505.  
<http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/13/6/505.pdf>

Ley del Ejercicio de la Medicina. (1982). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, Caracas.

Malagon-Londoño, Galán Morera y Pontón Laverde. (2005). Administración Hospitalaria, Colombia, 2ª. Edición, Editorial Médica Panamericana.

Sabino, C. (2006). Como hacer una Tesis. Caracas, Corporación Marca, S.A.

Santalla, Z. (2006). Guía para la elaboración formal de reportes de investigación, Caracas, Universidad Católica Andrés Bello.

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### ENCUESTA

Buenas tardes, se está llevando a cabo un estudio sobre la opinión que tienen los usuarios de este Centro con la Atención del Servicio de Emergencia Pediátrica. La entrevista es completamente anónima. No existen respuestas buenas o malas. Nos interesa ante todo saber su opinión. Le agradecemos de antemano su colaboración.

Procedencia:

1.- ¿Cómo se encuentra Ud. de satisfecho/a con el Servicio que recibe en este Centro?

- Muy satisfecho ..... 5
- Satisfecho ..... 4
- Ni satisfecho ni insatisfecho ..... 3
- Insatisfecho ..... 1
- NS ..... 8

2. - ¿Cómo de fácil le resulta resolver los asuntos de trámites y de papeles en este centro?

- Muy fácil ..... 5
- Fáci ..... 4
- Ni fácil ni difícil ..... 3
- Difícil ..... 2
- NS ..... 8

3.- ¿Qué opinión tiene Ud. sobre el tiempo que tiene que esperar desde que llega para que le atiendan?

- Muy poco ..... 5
- Poco ..... 4
- Ni mucho ni poco ..... 3
- Bastante ..... 2
- Mucho ..... 1
- NS ..... 9

4.- ¿Cómo valora la comodidad del Edificio y de las instalaciones de este Servicio de Emergencia Pediátrica?

- Muy bien ..... 5
- Bien ..... 4
- Ni bien ni mal ..... 3
- Mal ..... 2
- Muy mal ..... 1
- NS ..... 8

5.-Cómo valora Ud. los siguientes aspecto de la Sala de Espera de Pediatría?

	<b>Muy Bien</b>	<b>Bien</b>	<b>Ni bien ni mal</b>	<b>Mal</b>	<b>Muy mal</b>	<b>NS</b>
Espacio	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>8</b>
Limpieza	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>8</b>
Ventilación	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>8</b>
Comodidad de los asientos	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>8</b>

6.- ¿Qué grado de confianza tiene Ud. en la asistencia que le prestan en este centro?

- Mucha ..... 5
- Bastante ..... 4
- Ni mucha ni poca ..... 3
- Poca ..... 2
- Ninguna ..... 1
- NS ..... 9

7.- ¿Como considera Ud. la información que le dan sobre los tratamientos que le ponen?

- Mucha ..... 5
- Bastante ..... 4
- Ni mucha ni poca ..... 3
- Poca ..... 2
- Ninguna ..... 1
- NS ..... 9

8.- ¿Que mejoraría Ud. de este centro en primer lugar?

- Nada ..... 0
- Todo ..... 60
- Instalaciones ..... 10
- Reducir el tiempo de espera ..... 32
- Más médicos ..... 41
- Información ..... 23
- NS ..... 99

9.- ¿Recomendaría Ud. a un familiar ó amigo este centro?

- Si ..... 1
- No ..... 2
- NS ..... 8

## **ANEXO 2**

### **GLOSARIO DE CALIDAD EN SALUD**

#### **ACCESIBILIDAD**

Posibilidad de ser atendidos por los Servicios. Hay por lo menos tres tipos: 1) material (distancia, transporte, horarios), 2) económicas ( costo de viaje, de los honorarios) y 3) sociales ó culturales ( barreras por pautas culturales, del idioma, etc.).

#### **ACEPTABILIDAD**

Conformidad de pacientes y familiares con las expectativas que tenían sobre la atención médica solicitada y obtenida.

#### **ACREDITACIÓN**

Procedimiento de evaluación de los Recursos Institucionales, voluntario, periódico y reservado que tiende a garantizar la calidad de acuerdo con estándares mínimos, básicos, ó más elaborados y exigentes.

#### **ANALISIS DEL PROCESO Y RESULTADO**

Combinación de los enfoques de proceso y resultados para una misma condición ó enfermedad específica. Proceso se refiere a lo que hacen los médicos desde el punto de vista técnico y de interrelación con los pacientes. Resultados son las consecuencias de esa atención en la salud de los pacientes atendidos con alcances inmediatos ó alejados.

## **ANALISIS ESTADISTICO**

Recurre al uso de información general secundaria recogida mediante censos, registros y encuestas, en el campo demográfico, sanitario, educacional, económico, etc. La información puede ser también primaria, ó sea recogida para los fines de un estudio específico, mediante formularios diseñados al efecto, según el requerimiento de los respectivos indicadores. Se utilizan las técnicas de análisis e interpretación de la estadística, la demografía y la epidemiología.

## **ATENCIÓN PRIMARIA**

Atención médica general ó básica focalizada en los cuidados preventivos y en los tratamientos de problemas y enfermedades habituales. Acciones brindadas a los pacientes ambulatorios en el primer contacto.

## **ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS)**

Es fundamentalmente asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables con su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar.

## **CALIDAD DE LA ESTRUCTURA, DEL PROCESO Y DE LOS RESULTADOS**

La calidad puede ser apreciada desde tres niveles básicos. La estructura es definida como el agregado de todos los recursos involucrados en la producción de los Servicios de Salud. Se incluyen los aspectos físicos (estructura física, equipos), el personal (calificación, capacitación ), materiales, reglas, manuales, estándares y recursos financieros, entre otros. El Procesos representa las distintas actividades involucradas en la producción de la atención médica. Los Resultados son los productos finales del proceso de atención en los Servicios de Salud. Pueden ser

reconocidos, por ejemplo, en la reducción de las tasas de mortalidad ó en el aumento de la sobrevivida.

### **CERTIFICACIÓN**

Término usado habitualmente vinculado a los Recursos Humanos, que constituyendo el aval dado al mismo por alguna Institución que avala que dicho profesional está capacitado en determinada especialidad ó práctica. Habitualmente a cargo de organismos gubernamentales y no gubernamentales (Ej. Academia Nacional de Medicina, Colegios de Médicos, etc.).

### **CIRCULOS DE CALIDAD**

Este concepto, y práctica, han sido desarrollados por Ishikawa y significa la constitución de grupos ó equipos encargados de la tarea de mejorar la calidad a nivel de Servicios, Departamentos ó Unidades de Trabajo de la Organización. Fue sustituido por el paradigma de la Calidad Total, bajo el cual se espera que cada uno y todos los participantes de la organización estén involucrados en el proceso de calidad.

### **COSTOS DE LA NO-CALIDAD**

Consiste en evaluar los costos incurridos por hacer mal las cosas. Ejemplo, los costos de la Infección Hospitalaria, de hospitalizaciones innecesarias y prolongadas, etc.

### **EFECTIVIDAD**

Según Avedis Donabedian: conseguir mejoras en la salud mejorando el impacto de la morbilidad sobre una población definida. Consiste en la medición del grado en que una forma eficaz de intervención puede aplicarse ó ponerse a disposición de todos los miembros en grupo definido que podría resultar beneficiado.

## **EFICIENCIA**

Consiste en la medición del grado en que se puede alcanzar un nivel determinado de efectividad con un costo mínimo de personal, de recursos y fondos. Es la relación costo/beneficio por la que se obtiene la mejor al menor costo calidad al menor costo posible. Expresa los resultados finales obtenidos en relación con los costos en términos de dinero, recursos y tiempo.

## **EFICACIA**

Es la capacidad de la ciencia y la tecnología para lograr un resultado favorable en casos individuales, con independencia de los recursos ó insumos necesarios.

## **EQUIDAD**

Distribución de los recursos en función de las necesidades de los grupos.

## **ENCUESTAS POR MUESTREO REPRESENTATIVO**

A los usuarios de los establecimientos permite conocer con mayor rigor metodológico, aspectos como participación en actividades, percepciones, utilización de Servicios, opiniones y satisfacción de la gente respecto a la oferta de Servicio.

## **FLUJOGRAMA**

Representación visual de los procesos lógicos. Es una herramienta gráfica que revela los distintos pasos d un determinado proceso. Se analiza y grafica mediante un conjunto de símbolos todos los pasos del proceso observado.

## **INDICADOR**

Es una expresión matemática, generalmente un cociente del tipo tasa, proporción ó razón. Cuando los hechos incluidos en los dos términos del cociente son de diferentes

naturaleza, hablamos de razones, ej. La razón consulta/egresos. Cuando el numerador está incluido en el denominador, hablamos de proporción, ej., la proporción de RX con signos patológicos/ total de RX tomadas. Cuando el numerador contabiliza hechos de riesgo ( muerte, enfermedad, accidente), en relación a un denominador conformado por la población expuesta a ese riesgo durante un periodo determinado, hablamos de tasa, ej., tasa de hospitalizados/ total de pacientes.

### **MONITOREO**

Es una actividad de evaluación sistemática de procesos y resultados así como de las normas destinadas a controlar desviaciones respecto de estándares establecidos.

### **SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS**

Bienestar de los pacientes frente al nivel técnico de la atención, las características de la interacción social con el personal de salud y las condiciones del espacio l que se le brinda la atención.

### **USUARIO**

Los usuarios ó clientes son definidos con relación a un determinado proceso. Son los que reciben el producto ó servicio resultante de un proceso. Pueden ser usuarios internos ó externos.

### ANEXO 3

## APLICACIÓN DE DIAGRAMA DE PROCESOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA DE LA POLICLÍNICA METROPOLITANA

