

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE

FACULTAD DE MEDICINA



**FACULTAD
DE MEDICINA**
Universidad Nacional
del Nordeste



Universidad Nacional del Nordeste

**ESTRATEGIA PARA DISMINUIR LA SATURACIÓN
DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS DE UN HOSPITAL
PUBLICO PEDIÁTRICO: ESTRATEGIA DE MEJORA.
2004-2019**

Mirta Graciela Pedemonte

Médico Cirujano. Especialista en Pediatría

Director: Dr. Roberto R. Hirsch

Para la obtención del Título de Doctor de la Universidad Nacional del Nordeste en
Medicina

Corrientes, Argentina 2022

ÍNDICE

ÍNDICE	2
LISTADO DE SIGLAS	4
RESUMEN	6
ABSTRACT	9
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	12
1.1. Introducción	13
1.2. Objetivos del Estudio	16
1.2.1. Objetivo General.	16
1.2.2. Objetivos Específicos	17
1.2.3 Hipótesis de la Investigación	17
CAPÍTULO II: GENERALIDADES	18
2.1. Generalidades. Conceptualización.....	18
2.1.1. Calidad Hospitalaria	18
2.1.2. Control y Garantía de la Calidad.....	19
2.1.3. Clientes y Usuarios	20
2.1.4. Satisfacción del Cliente.....	21
2.1.5. Productos y Servicios.....	23
2.1.6. Parámetros de Buen Uso	26
2.1.7. Satisfacción de Necesidades	28
CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO.....	31
3.1Calidad en la Atención Médica	31
3.1.1.Modelos de Calidad Aplicables a la Esfera Sanitaria	40
3.1.1.1. Modelo Joint Commission (JCAHO)	40
3.1.1.2. Modelo europeo de EFQM	41
3.1.1.3. Normas de Gestión de Calidad UNE EN ISO 9001.....	42
4.1.1.4. Principios de la Gestión de calidad	44
3.1.1.5. .La Normalización.....	46
3.1.2. Satisfacción en un Servicio Hospitalario: Modelo conceptual Cognitivo-Afectivo	47
3.1.2.1. Modelo Conceptual Cognitivo – Afectivo de la Satisfacción	49
3.2. Organización y Servicios.....	51
3.2.1. Comunicación Intrahospitalaria	54
3.2.2. Procesos Intangibles de los miembros de la organización (habilidades, valores y actitudes)	61
3.3. Gestión Hospitalaria	72
3.3.1. Control y Mejora de la Calidad	72
3.3.2. El Médico en su Trabajo Hospitalario	79

3.3.2.1. Diferente Desempeño Laboral del Médico	85
3.3.2.2. Ámbito hospitalario y trabajo medico.....	90
3.3.3. El Paciente como Usuario del Hospital	91
3.3.3.1. Los Pacientes Tienen Derechos	94
CAPÍTULO IV: ANTECEDENTES	97
4.1. Estado del Arte	97
5.1. Metodología de la Investigación.....	102
5.1.1. Descripción de los Métodos Empleados	102
Descripción del área de estudio: describir brevemente ambos servicios.	104
En este trabajo se consideran tres unidades de análisis:	104
En este trabajo se plantea una unidad de observación:	104
5.1.2. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos	108
5.1.3. Sistema de Citas y Referencias Bibliográficas Empleadas	109
CAPÍTULO VI: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	110
6.1.-Descripción general.....	110
6.2. Apreciación de los médicos de emergencias sobre la creación del servicio de demanda espontánea.	115
6.3. Satisfacción de los padres que llevan a sus hijos a la emergencia pediátrica.	116
6.4. Análisis Inferencial	118
CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES	121
ANEXOS.....	109
Anexo1 Croquis hospital Juan Pablo II.....	109
Anexo 2 Consentimiento Dirección de Docencia e Investigación.....	110
Anexo 3 Consentimiento de Profesionales.....	111
Anexo 4 Consentimiento de Padres.....	112
Anexo 5 Tabla de recolección de Datos informaticos.....	113
Anexo 6 Entrevista a Profesionales.....	114
Anexo 7 Encuesta de satisfacción de padres.....	115
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	130

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

TABLA 1. LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL PLAN DE ACCIÓN	27
TABLA 2. FUNCIONES JCAHO.....	34
FIGURA 1. PROCESOS FACILITADORES.....	42
TABLA 3. ELEMENTO DE LA NORMA UNE EN ISO 9001	35
TABLA 4. PALANCAS DE CAMBIO.....	51
TABLA 5. PARÁMETROS DE CREACIÓN DE MARCA	55
TABLA 6. APTITUDES LABORABLES.....	61
TABLA 7. ACTITUDES LABORABLES.....	69
TABLA 8. INDICADORES DE CALIDAD TÉCNICA Y CALIDAD PERCIBIDA	65
TABLA 9. TIPOS DE NECESIDADES	73
FIGURA 2. CUALIDADES DE UN LÍDER	88
TABLA 10. RELACIÓN DE JURISDICCIÓN PROVINCIAL	85
TABLA 11. DERECHOS DE LOS PACIENTES	86
TABLA 12. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	95
TABLA 13. NÚMERO DE CONSULTAS DEL SERVICIO DE URGENCIA HOSPITALARIA (SUH).....	110
TABLA 14. NÚMERO DE CONSULTAS DEL SERVICIO DE DEMANDA ESPONTÁNEA (ADE).....	111
TABLA 15. HIPERFRECUENTADORES DEL SERVICIO DE URGENCIA HOSPITALARIA (SUH).....	111
TABLA 16. HIPERFRECUENTADORES DEL SERVICIO DE DEMANDA ESPONTÁNEA (ADE).....	112
Tabla 17. Hiperfrecuentadores del Servicio de Urgencia Hospitalaria (SUH)	101
Tabla 18. Hiperfrecuentadores del Servicio de Demanda Espontánea (ADE).....	102
TABLA 19. PATOLOGÍAS DEL SERVICIO DE URGENCIA HOSPITALARIA (SUH).....	114
TABLA 20. PATOLOGÍAS DEL SERVICIO DE DEMANDA ESPONTÁNEA (ADE).....	115
TABLA 21. DATOS DE LA ENCUESTA A LOS PADRES.....	116
TABLA 22. PERCEPCIÓN DE LOS PADRES RESPECTO A LA ATENCIÓN RECIBIDA.....	117
TABLA 23. PRUEBA SHAPIRO-WILK PARA LA VARIABLE NÚMERO DE CONSULTAS (SUH Y AE).....	118
TABLA 24. PRUEBA U DE MANN-WHITNEY DE MUESTRAS INDEPENDIENTES DE LAS VARIABLES.....	119
TABLA 25. RANGOS DE LA PRUEBA U DE MANN-WHITNEY PARA LAS VARIABLES SUH Y ADE.....	120

LISTADO DE SIGLAS

ADE = Atención de la Demanda Espontánea

AMA = Asociación de Medicina Americana

AMM = Asociación Médica Mundial

ANOVA = Análisis de Varianza para Comparar Múltiples Medidas

ASQC = Sociedad Americana para el Control de Calidad

CCyC = Código Civil Comercial

CONAMED = Comisión Nacional de Arbitraje Médico

CVAI = Índice de Asimetría de la Bóveda Craneal

CVL = Calidad de Vida Laboral

DL = Declaración de Lisboa

EFQM = European Foundation for Quality Management

EN = Comité Europeo de Normalización

EPPSS = Establecimiento Público Prestador del Servicio de Salud

EPPSS = Establecimientos Públicos Prestadores del Servicio de Salud

IEC = Comisión Electrotécnica Internacional

ISO = Organización Internacional de Normalización

ITU = Infección Del Tracto Urinario

JCAHO = Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

MM = Métodos Mixtos

MRCESP = Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública

NGP = Nueva Gerencia Pública

ODS = Objetivo de Desarrollo Sustentable

OMS = Organización Mundial de la salud

OPS = Organización Panamericana de la Salud

PBI = Producto Interno Bruto

PHVA = Planear, Hacer, Verificar y Actuar

RSC = Responsabilidad Social Corporativa

s/e/a = Salud /Enfermedad/Atención

SOM = Servicio de Orientación Médica

SS = Servicio de Salud

SS = Sistema de Salud

SUH = Servicios de Urgencias Hospitalarias

UNE = Normas Españolas

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El hospital es una parte integral de la organización médica social cuya función es la de proporcionar a la población atención médica completa, tanto preventiva como curativa. Es también un centro de preparación, adiestramiento y de investigación biopsicosocial.

El correcto funcionamiento del “Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH)”, constituye una problemática que presentan diferentes instituciones de salud pública siendo actualmente motivo de discusión y evaluación, a nivel mundial. Las consultas en el Servicio de emergencias pediátricas han aumentado enormemente en los últimos años. Los procesos banales constituyen los motivos de consulta más frecuentes que saturan las urgencias, obstaculizan la atención del niño críticamente enfermo y solo sirven para tranquilizar a los padres, más que para sanar al hijo.

Los SUH son sometidos constantemente a un exceso de presión asistencial que contribuyen a su masificación, sobre todo en los hospitales públicos, por la alta demanda que va creciendo en forma progresiva; la obligación de atender patologías no urgentes, personal insuficiente y factores estacionales que hacen que el servicio sea saturado.

A los hospitales públicos pediátricos de Argentina acuden diariamente niños con diferentes dolencias y patologías, las que se clasifican, dependiendo de su severidad, en: “urgencias sin riesgo vital o emergencia con riesgo vital.

El desarrollo de este trabajo de investigación está orientado al estudio de estrategias para disminuir la saturación del servicio de emergencias del Hospital Público Pediátrico “Juan Pablo II” ubicado en la ciudad de Corrientes en Argentina; ante esta situación, debido a la creciente demanda de atención en la emergencias en el Hospital de Niños Juan Pablo II, siguiendo la línea de un sistema de salud con estamentos previos a la atención centralizada, el uso inadecuado de los servicios de urgencias hospitalarias se ha convertido en un problema que debe ser resuelto a través de un abordaje multidisciplinario y sistémico que evite la acumulación de pacientes en el servicio. Tiene como objetivo “analizar el impacto de la implementación de un servicio de orientación médica con atención a la demanda espontánea para reducir el número de consultas en el servicio de emergencias público pediátrico, en el período 2004 – 2019.

MATERIALES Y MÉTODOS: metodología mixta que combina la perspectiva “cuantitativa y cualitativa”. basada en un diseño cuasi experimental, longitudinal, y descriptivo lo que permite

la evolución de las variables en grupos de sujetos y momentos temporales. Los resultados contribuyen con la mejora de atención de los pacientes y responden a las necesidades de salud que presenta la población infantil, logrando una mayor y mejor operatividad con una estrategia de mejora en el lapso 2004 – 2019 en el servicio de atención de la demanda espontánea y el servicio de urgencias médicas del hospital de niños Juan Pablo II ubicado en la población de Corrientes.

La población seleccionada fue considerada bajo tres unidades de análisis: pacientes que consultaron al SUH, médicos del servicio de emergencias del hospital y padres que consultan con sus niños a la atención hospitalaria de urgencias.

En este trabajo se plantea una unidad de observación: planillas de datos estadísticos extraídos de la base de datos digital de los pacientes seleccionados, entrevistas en profundidad y encuestas de satisfacción.

Siendo la Muestra: pacientes y padres que consultaron y médicos que atendieron el servicio de emergencias durante el periodo 2004 a 2019.

Criterios de inclusión/exclusión:

Inclusión: pacientes de un mes a quince años y once meses de edad, y médicos que han trabajado en el servicio durante el periodo estudiado.

Exclusión: historias clínicas sin registro informáticos, padres que consultan a otros servicios diferentes a los estudiados y médicos que se desempeñan en ambos servicios investigados.

En la investigación se utilizó diferentes herramientas que permitieron la recolección de datos, los mismos se organizan en tres etapas:

La primera etapa: consistió en recoger información estadística sobre los datos de los pacientes que consultaron a los SUH y de demanda espontánea correspondiente fundamentalmente a diagnósticos, fecha y cantidad de consultas del mismo paciente.

En la segunda etapa: se recolectó información mediante una entrevista realizada a profesionales del servicio de emergencias que efectuaron tareas antes y después de la creación del servicio de demanda espontánea.

En la tercera etapa: se procedió a la ejecución de una encuesta de satisfacción a los padres de los pacientes que fueron atendidos en ambos servicios.

RESULTADOS: Las consultas en el Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH), oscilaron en un promedio de 3.000 consultas por año, el promedio más bajo se produjo al inicio del período de estudio en el año 2004, con 3.138,25 pacientes y el promedio más elevado se obtuvo en el año 2016, con una cifra de 4.429,75 pacientes. El número de consultas del servicio aumentó significativamente cada año, con excepción de 2018 y 2019 donde se produjo un descenso; es evidente a través de la relación estadística del número de consultas por año, la presencia de una saturación en cuanto a la atención de pacientes.

Con relación a los pacientes hiperfrecuentadores, en el año 2016 los pacientes alcanzaron una cifra de 21.183 niños de 1 a 3 años que asistieron al SUH. Los pacientes hiperfrecuentadores del Servicio de demanda Espontánea son niños con las mismas edades. Observándose mayor concurrencia en el año 2019.

En cuanto a las patologías que presentaron mayor demanda de consultas tanto en los SUH como en los ADE, se ubica el resfriado seguido de la faringitis aguda.

De las entrevistas a los médicos del servicio de emergencia se obtuvieron los siguientes resultados: los profesionales consideran que las consultas de emergencias pediátricas han disminuido considerablemente en cuanto al número de consultas desde la creación del servicio de Orientación ADE; en los Horarios de funcionamiento del Servicio de Orientación ADE se atienden emergencias en el servicio de Urgencia Hospitalaria (SUH); el Servicio de Orientación ADE facilitó y mejoró la atención en el Servicio de Emergencias, evidenciando una disminución en el número de consultas y una resolución de la mayoría de los problemas tanto diagnósticos como terapéuticos; el servicio funciona de manera excelente en cuanto al triaje del paciente, a la espera de la atención.

Con respecto a entrevista a los padres que llevan a sus hijos a la emergencia pediátrica, se refleja que el 50% de los que asisten a la consulta no poseen obra social y reconocen la gratuidad de la consulta, la mayor parte (75%) procede de las zonas urbanas y se refleja que un 62,5% de los representantes alcanza un nivel de instrucción de secundaria completa. En cuanto a la percepción de los padres respecto a la atención recibida, manifiestan en la totalidad de los encuestados que en el servicio de demanda espontánea se ofrece un buen trato a los pacientes, que durante la

permanencia en la institución el personal le brindo total confianza; le explicó con un lenguaje fácil de entender todo el estudio que realizarían a su hijo/a; les realizaron un examen completo; explicaron claramente los cuidados a seguir en casa; las indicaciones médicas señaladas en la receta están escrita con letra clara y legible; el horario de atención en el servicio es conveniente para los usuarios y esperaron poco tiempo para ser atendidos.

CONCLUSIONES: A partir de la creación del servicio de Demanda Espontánea, el número de consultas en el SUH disminuyó significativamente alcanzando alrededor de 50% en comparación con las consultas de los Servicios de Atención de Demanda Espontánea (ADE). Los pacientes hiperfrecuentadores, son niños de 1 a 3 años de edad de ambos servicios y la frecuencia de consultas fue mayor en el año 2019. Las patologías más frecuentes fueron el resfriado y la faringitis aguda y las menos frecuentes tos e infección del tracto urinario (ITU). Los médicos de emergencias se encontraron satisfechos sobre la creación del servicio de demanda espontánea. Los padres manifestaron aspectos positivos del proceso de atención y de las acciones en salud. El análisis inferencial permitió comprobar la hipótesis planteada donde el servicio de orientación médico destinado a la atención de demanda espontánea ADE, disminuye significativamente las consultas del servicio de emergencia pediátrica, pudiendo mejorar así la calidad de atención.

Palabras Claves: Estrategia, Saturación, Servicios de Emergencias, Urgencias Hospitalarias.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The hospital is an integral part of the social medical organization whose function is to provide the population with comprehensive medical care, both preventive and curative. It is also a center for preparation, training and biopsychosocial research.

The proper functioning of the "Hospital Emergency Service (ED)" is a problem presented by different public health institutions and is currently the subject of discussion and evaluation worldwide. Consultations in the Pediatric Emergency Service have increased enormously in recent years. Banal processes constitute the most frequent reasons for consultation that saturate the emergency room, hinder the care of the critically ill child and only serve to reassure the parents, rather than to heal the child.

EDs are constantly subjected to excessive care pressure that contributes to their overcrowding, especially in public hospitals, due to the high demand that is growing progressively; the obligation to attend non-urgent pathologies, insufficient personnel and seasonal factors that make the service saturated.

Children with different ailments and pathologies attend public pediatric hospitals in Argentina daily, which are classified, depending on their severity, into: "non-life-threatening emergencies or life-threatening emergencies.

The development of this research work is oriented to the study of strategies to reduce the saturation of the emergency service of the Pediatric Public Hospital "Juan Pablo II" located in the city of Corrientes in Argentina; Given this situation, due to the growing demand for emergency care at the Juan Pablo II Children's Hospital, following the line of a health system with levels prior to centralized care, the inappropriate use of hospital emergency services has become a problem that must be solved through a multidisciplinary and systemic approach that avoids the accumulation of patients in the service. Its objective is "to analyze the impact of the implementation of a medical orientation service with attention to spontaneous demand to reduce the number of consultations in the pediatric public emergency service, in the period 2004 - 2019.

MATERIALS AND METHODS: mixed methodology that combines the "quantitative and qualitative" perspective. based on a quasi-experimental, longitudinal, and descriptive design, which allows the evolution of the variables in groups of subjects and moments in time. The results contribute to the improvement of patient care and respond to the health needs of the child population, achieving greater and better operability with an improvement strategy in the period 2004 - 2019 in the spontaneous demand care service. and the medical emergency service of the Juan Pablo II children's hospital located in the town of Corrientes.

The selected population was considered under three units of analysis: patients who consulted the HED, doctors from the hospital emergency service, and parents who consult with their children at the emergency hospital care.

In this work, an observation unit is proposed: statistical data sheets extracted from the digital database of the selected patients, in-depth interviews and satisfaction surveys.

Being the Sample: patients and parents who consulted and doctors who attended the emergency service during the period 2004 to 2019.

Inclusion/exclusion criteria:

Inclusion: patients from one month to fifteen years and eleven months of age, and physicians who have worked in the service during the period studied.

Exclusion: clinical histories without computerized records, parents who consult services other than those studied, and physicians who work in both services investigated.

In the investigation, different tools were used that allowed the collection of data, they are organized in three stages:

The first stage: consisted of collecting statistical information on the data of the patients who consulted the HEDs and of spontaneous demand corresponding fundamentally to diagnoses, date and number of consultations of the same patient.

In the second stage: information was collected through an interview with emergency service professionals who performed tasks before and after the creation of the spontaneous demand service.

In the third stage: a satisfaction survey was carried out on the parents of the patients who were treated in both services.

RESULTS: Consultations in the Hospital Emergency Service (ED) ranged from an average of 3,000 consultations per year, the lowest average occurred at the beginning of the study period in 2004, with 3,138.25 patients, and the highest average was obtained in 2016, with a figure of 4,429.75 patients. The number of service queries increased significantly each year, with the exception of 2018 and 2019, where there was a decrease; It is evident through the statistical relationship of the number of consultations per year, the presence of saturation in terms of patient care.

In relation to hyper-frequent patients, in 2016 patients reached a figure of 21,183 children aged 1 to 3 years who attended the HED. The frequent patients of the Spontaneous Demand Service are children of the same ages. Observing greater attendance in 2019.

As for the pathologies that presented the greatest demand for consultations both in the EDs and in the ADEs, the cold was followed by acute pharyngitis.

The following results were obtained from the interviews with the doctors of the emergency service: the professionals consider that pediatric emergency consultations have decreased considerably in terms of the number of consultations since the creation of the ADE Orientation service; During the operating hours of the ADE Guidance Service, emergencies are attended in the Hospital Emergency Service (SUH); the ADE Guidance Service facilitated and improved care in the Emergency Service, showing a decrease in the number of consultations and a resolution of most diagnostic and therapeutic problems; the service works excellently in terms of patient triage, waiting for care.

Regarding the interview with the parents who take their children to the pediatric emergency, it is reflected that 50% of those who attend the consultation do not have social security and recognize the free consultation, the majority (75%) proceed from urban areas and it is reflected that 62.5% of the representatives reach a complete secondary education level. Regarding the

perception of the parents regarding the care received, they state in all the respondents that in the spontaneous demand service good treatment is offered to patients, that during their stay in the institution the staff gave them total confidence ; explained in easy-to-understand language the entire study that would be carried out on your child; they carried out a complete examination; they clearly explained the care to be followed at home; the medical indications indicated in the prescription are written in clear and legible handwriting; service hours are convenient for users and they waited a short time to be attended.

CONCLUSION: Since the creation of the Spontaneous Demand service, the number of consultations in the ED decreased significantly, reaching around 50% compared to the consultations of the Spontaneous Demand Attention Services (ADE). The frequent patients are children from 1 to 3 years of age from both services and the frequency of consultations was higher in 2019. The most frequent pathologies were cold and acute pharyngitis and the least frequent were cough and urinary tract infection (AND YOU). Emergency physicians were satisfied with the creation of the spontaneous demand service. Parents expressed positive aspects of the care process and health actions. The inferential analysis allowed us to verify the hypothesis that the medical guidance service for spontaneous ADE demand care significantly reduces the consultations of the pediatric emergency service, thus being able to improve the quality of care.

Key Words: Strategy, Saturation, Emergency Services, Hospital Emergencies.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. Introducción

El correcto funcionamiento del “Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH)”, constituye una problemática que presentan diferentes instituciones de salud pública siendo actualmente motivo de discusión y evaluación a nivel mundial, no sólo en países latinoamericanos, sino que se extiende a otros continentes. En los últimos años, debido a la saturación de los “servicios de urgencia hospitalaria” se han constituido los servicios de “medicina de emergencia”, lo que originó un crecimiento en la demanda de los departamentos homólogos.

Algunos indicadores como pacientes que se van sin ser atendidos, una valoración no adecuada de las diferentes dolencias de los usuarios, la prolongación en los tiempos de espera, pueden ser considerados como causas de insatisfacción de los usuarios. El “servicio de urgencias hospitalarias” es un sitio crítico que amerita acciones que contribuyan con una mejora permanente por el vínculo directo que existe con la comunidad y sus necesidades, de allí que sea prioritario brindar óptimas prestaciones y alcanzar la satisfacción que requiere cada paciente. Hoy en día, según lo planteado por (Fabian, 2014), la saturación de los SUH es considerado “como un problema de seguridad del paciente o un problema de salud pública mundial” aplicándose a, cuando la necesidad de atención médica excede los recursos que se disponen en cada uno de los “servicios de urgencias hospitalarias”.

A los hospitales públicos pediátricos de Argentina acuden diariamente niños con diferentes dolencias y patologías, las que se clasifican, dependiendo de su severidad, en: “urgencias sin riesgo vital o emergencia con riesgo vital y por lo tanto esta última amerita atención hospitalaria inmediata” que va a depender de la saturación del servicio. Cabe destacar, que algunas patologías pueden valorarse en el primer nivel de atención y evitar los tiempos prolongados de espera, de allí la importancia de diseñar estrategias que permitan disminuir la saturación de los servicios de urgencia en los hospitales públicos pediátricos, como solución a esta problemática con fundamentos reales que tengan impacto a nivel social e institucional.

La población infantil demanda de los SHU, una atención de calidad, eficiente y eficaz, (Morley C, 2018), refiere que “aquella condición que en opinión del paciente, su familia o cualquiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia sanitaria inmediata”, esta

acepción es admitida por la “Asociación de Medicina Americana (AMA)” y suscrita por la “Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo de Europa”.

Los “servicios de urgencia hospitalaria” tienen como finalidad atender necesidades vinculadas al estado de salud cuando se pone en riesgo la vida de las personas, atención que debe ser inmediata, sin importar sus costos, ya que la prioridad es la expectativa de vida del paciente. Siguiendo el planteamiento de (Restrepo, 2017), con un estudio realizado en 59 países de bajos ingresos en los que el 55.7% de los ingresos hospitalarios se realiza a través de los servicios de urgencias, en tal sentido, los SUH son la puerta de ingreso de los hospitales. La demanda de estos servicios puede ser afectada por factores que comprometen la vida de los pacientes, entre ellos: “un accidente de tránsito, agresiones externas, infartos, otros”, pero también por las condiciones de acceso a otros servicios; los pacientes solicitan la demanda del servicio de urgencias por no encontrar atención oportuna en las consultas médicas.

Las causas de “saturación de un servicio de urgencia hospitalaria”, se atribuyen a múltiples factores, por causas externas e internas, dependiendo de su procedencia: fenómenos externos al servicio o limitaciones propias del mismo; lógicamente al presentarse un desequilibrio entre oferta y demanda, se produce la saturación del servicio, trayendo como consecuencia, esperas muy prolongadas, personas deambulando en áreas comunes, aglomeración de personal con saturación en la utilización de sillas y mesas, pacientes que se retiran sin ser atendidos, que es también causa de estrés en el personal asistencial.

Como se mencionó (Restrepo, 2017), la saturación de los SUH deriva del desequilibrio entre oferta y demanda de servicios de salud, considerando la limitante de los recursos, mayor permanencia de pacientes hospitalizados, menor disponibilidad de camas y mayor saturación en los servicios de urgencias. Según la encuesta del “Departamento de Desarrollo del Banco Mundial 2007”, la escasez de camas es un problema común en la capacidad de atención en los hospitales de países como Colombia, Argentina, Brasil y México.

Un servicio de urgencia hospitalaria debe ser capaz de brindar atención las 24 horas del día y responder ante un evento catastrófico de salud, el gran número de pacientes que ingresan hacen que las guardias en la emergencia sean saturadas y conlleva a largos períodos de espera, disminuyendo la capacidad de proporcionar una adecuada atención. La evidencia científica demuestra que la “saturación o súper población de las guardias es una manifestación local de una enfermedad sistémica”, según lo refiere (Fabian, 2014). Es un problema que debe ser

considerado desde la óptica integral de todo el hospital y no solo como un problema del departamento de urgencias.

Cabe destacar, que la solución a la situación planteada no se logrará con una ampliación del servicio para cubrir la demanda, los recursos requeridos serían infinitos; es por ello que se justifica el diseño de estrategias que conlleven a la disminución porcentual de la saturación en los “servicios de urgencia de hospitales públicos pediátricos de Argentina” a través de un abordaje multidisciplinario y sistémico muy amplio que evite la acumulación de pacientes para emergencias. Los SUH son sometidos constantemente a un exceso de presión asistencial que contribuyen a su masificación, sobre todo en los hospitales públicos, por la alta demanda que va creciendo en forma progresiva; la obligación de atender patologías no urgentes, personal insuficiente y factores estacionales que hacen que el servicio sea saturado.

En relación con el planteamiento anterior, la situación repercute en los médicos, enfermeros y auxiliares del personal de salud, realizando éstos un sobreesfuerzo a veces en condiciones no deseables, para brindar una buena atención. No obstante, el esfuerzo de los profesionales, no debería ser el garante de la excelencia del servicio sino el cumplimiento de una correcta planificación del mismo. Cuando un profesional está sobrecargado con las labores que ejecuta desmejora su capacidad de actuación. El “servicio de urgencias hospitalarias” es uno de los más utilizados, presenta un elevado número de niños que esperan ser atendidos, evaluados y tratados adecuadamente, a pesar de las limitaciones en cuanto a recursos, personal, espacio y equipos que garanticen la seguridad del paciente infantil.

En la actualidad, el uso inadecuado de los SUH se constituye en un problema. Considerando las necesidades de los pacientes, se utilizan los sistemas de “triaje”. Su aplicación es importante, ya que no todos requieren la misma atención sanitaria, dependiendo de una buena valoración del usuario y clasificación lo que facilita la coordinación entre el equipo de enfermería y la organización en el servicio de urgencias. Cabe destacar, que el servicio de enfermería desempeña un rol muy importante respecto al liderazgo de la gestión del servicio de urgencia, logrando disminuir el nivel de tensión, coordinando con el equipo multidisciplinario.

El primer punto de contacto del paciente en los SUH es el triaje. Se trata de un sistema de gestión de los riesgos clínicos para cubrir las necesidades y priorizar un orden de atención sanitaria. Los “servicios de urgencia hospitalaria” actualmente están utilizando los sistemas de clasificación de los pacientes que se adaptan a cada contexto institucional. Esta investigación tiene implicancias

importantes para la labor desempeñada por los profesionales de la salud, debido a que proporciona elementos científicos para la toma de decisiones que contribuyen al mejoramiento de la atención y la seguridad de los pacientes.

Ante estas situaciones, debido a la creciente demanda de atención de emergencias en el Hospital de Niños Juan Pablo II, siguiendo la línea de un sistema de salud con estamentos previos a la atención centralizada, se creó en el año 2009 el Servicio de Orientación Medica (SOM) destinado a la Atención de la Demanda Espontánea (ADE) para consultar por la atención inmediata sirviendo de filtro al servicio de emergencias del mismo Hospital.

Es de interés conocer la relación que existe entre el servicio de demanda espontánea y el servicio de emergencias del Hospital pediátrico público de referencia de la ciudad de Corrientes, analizando las demandas clínicas que ocurren en ambos departamentos. En tal sentido, se formulan las siguientes interrogantes:

¿Cuál es la frecuencia y el tipo de consultas entre los servicios de demanda espontánea y los de emergencias del Hospital de Niños Juan Pablo II antes y después de la creación del servicio del servicio homologo?

¿Cuál es la recepción de la creación del Servicio de demanda espontánea por parte de los profesionales que trabajan en el servicio de emergencias?

¿Cuál fue el nivel de aceptación por parte de los padres, del nuevo sistema de atención de emergencias?

Los resultados encontrados podrían contribuir a la organización de sistemas de salud de otras regiones geográficas y ser aplicados a otros grupos etarios (servicios de adultos o geriátricos, etc.) mejorando así la atención de los pacientes que necesitan una atención inmediata de alta complejidad.

.

1.2. Objetivos del Estudio

1.2.1. Objetivo General.

Analizar el impacto de la implementación de un servicio de orientación médica con atención de la demanda espontánea para reducir el número de consultas en el servicio de emergencias público pediátrico.

1.2.2. Objetivos Específicos

1. Identificar la cantidad de los pacientes hiperfrecuentadores y las patologías no urgentes y estacionales, relacionados con las consultas al Servicio de Urgencia Hospitalaria (SUH) antes y después de la creación del servicio de demanda espontánea.
2. Conocer la apreciación de los médicos de emergencias sobre la creación del servicio de demanda espontánea y la satisfacción de los padres que llevan a sus hijos a la emergencia pediátrica.
3. Establecer el grado de relación que existe entre las consultas al servicio de demanda espontánea y al SUH.

1.2.3 Hipótesis de la Investigación

“El servicio de orientación médica destinado a la atención de la demanda espontánea disminuye el número de consultas al SUH, incrementando la calidad del servicio de emergencias pediátricas”.

CAPÍTULO II: GENERALIDADES

2.1. Generalidades. Conceptualización.

2.1.1. Calidad Hospitalaria

En la actualidad existe un gran número de definiciones que apuntan a la calidad, sin embargo, su origen es latino y se define como: “atributo o propiedad que distingue a las personas, bienes y servicios” (William Tápanes Galvan, 2019); la Sociedad Americana para el Control de Calidad (ASQC) por sus siglas en inglés, la define como: “conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente”. Cualquier organización prestadora de servicios debe considerar el tema de la calidad en cuanto a propósitos y requisitos indispensables para la satisfacción de las necesidades de las personas que reciben ese servicio.

En materia de salud, la calidad implica ofrecer una respuesta a los problemas de salud con efectividad, ello se logra a través de “normas, diagnósticos necesarios, procedimientos y protocolos”, así como también verificar el óptimo estado de los instrumentos a utilizar. Desde la óptica japonesa para lograr un buen control de calidad se requiere la “participación de todos”, incluyendo empleados y jefes; evaluar la calidad es un proceso muy antiguo, es muy conocido el famoso “Código de Hammurabi”, promulgado en Babilonia, donde se regulaba la atención médica con multas por aquellos servicios deficientes, según lo expresado por (William Tápanes Galvan, 2019).

La evolución histórica de la “calidad” data desde la antigüedad. Egipto y China presentan documentos que evidencian las regulaciones existentes para la época; se destaca el Tratado de Hipócrates donde se recogen normas éticas y legales que los médicos hoy día están obligados a cumplir. También, el Tratado de Galeno y los trabajos sobre la anatomía humana de Vesalio (Domínguez, 2011); una gran parte de las acciones de evaluación nacen a mediados del siglo XX, luego surge el “Modelo Profesional de Palmer” el cual estaba centrado en la evaluación de las estructuras de los servicios, posteriormente en la década de los años 60 – 70 se inició el período burocrático donde las reglas de la organización marcaron la pauta.

A mediados de los años 80 se introduce el modelo Industrial en los servicios de salud el paciente se convierte en cliente y deja de ser beneficiario, es así como se implementa una estrategia de

mejora continua de la calidad bajo la premisa de la confluencia de intereses del médico, la organización y el paciente. La historia de la humanidad ha sido rigurosa con los problemas de calidad, a lo largo del tiempo se ha desarrollado la lucha por garantizar que los resultados del trabajo humano respondan a las exigencias de quienes van a consumirlo. De allí, que la calidad es la característica de los productos o servicios para calificarlos como aceptables o buenos, según lo planteado por (García, 2010), en tal sentido, ha evolucionado en la medida en que las sociedades se van desarrollando.

2.1.2. Control y Garantía de la Calidad

En la década de los años 70 aparecen en los Estados Unidos el concepto de “Garantía de calidad”, esta concepción se extendió por Latinoamérica y Centroamérica, luego se introdujo en Europa; garantizar la calidad en salud se refiere a la “evaluación desde fuera de la ejecución”, la valoración de la intervención se realiza por una persona o equipo que evalúa la ejecución del proceso realizado por otros (García, 2010), de este enfoque nacen los Comité de Calidad. Cabe destacar, que la “Garantía de Calidad” como enfoque se ha renovado y aparece un nuevo concepto que es el “Control de Calidad Total”, esto representó un cambio para entender la calidad en condiciones contemporáneas; para Feigenbaum citado por (García, 2010), “la calidad es el componente central del proceso de hacer el producto o servicio e involucra a todas las funciones gerenciales y a sus ejecutores”; en consecuencia, el enfoque de calidad pasa de calidad orientada al cliente, al de actividades orientadas al cliente.

El concepto de calidad total se renueva con la introducción de la acción consecuente de mejora e innovación, de allí nace el nuevo enfoque de “mejoramiento continuo de la calidad”, pero se trabaja como una unidad. En este concepto se maneja la idea de ciclo, que se identifica como “planear, hacer verificar y actuar (PHVA)”, el mejoramiento continuo concebido como ciclo proporciona tres ideas importantes:

- ✓ “La corrección de errores y fallas en el proceso productivo y de servicios”.
- ✓ “La innovación como manera de pasar a etapas superiores de calidad, aventajando lo que hasta ese momento se consideraba como bueno”.
- ✓ “El horizonte desplazable representado por un proceso que no termina”.

La calidad no debe situarse como una actividad independiente, es parte inseparable del trabajo de los “gerentes, supervisores, profesionales, técnicos y empleados de base”, en el caso salud abarca a los pacientes, familiares y comunidad. Al respecto, la autora (García, 2010), refiere:

“El ciclo infinito de mejoramiento continuo integrado al proceso gerencial y que incluye no sólo la corrección orientada a ajustarse a los estándares, sino sobre todo la orientación hacia la innovación y el alcance de niveles superiores de resultados, para lo cual se aportan también herramientas y métodos adecuados. Este enfoque se ajusta totalmente al caso de la salud donde la dinámica del desarrollo científico y tecnológico es muy alta. La gestión por procesos, con la cual se rompe con la rígida estructura por departamentos y servicios para pasar a sistemas de salud verdaderamente integrados que se orientan a disminuir la variabilidad en la práctica clínica cada vez más compleja y especializada, garantizar la continuidad de la asistencia y, sobre todo, lograr que los ciudadanos reciban un servicio personalizado y de calidad que responda a sus necesidades y expectativas” p. 13.

2.1.3. Clientes y Usuarios

A la hora de ofrecer un servicio o producto, es necesario identificar la tipología del usuario, sus motivaciones y las necesidades que lo llevan a solicitar el servicio o producto, también es imprescindible analizar el comportamiento de los diferentes tipos de usuarios. Las instituciones prestadoras de servicio deben conocer la normativa relacionada con los derechos de consumidores y usuarios y su aplicabilidad en diferentes situaciones, tal como lo expresa (Faúndez, 2019). Aquellos individuos que utilizan un servicio o producto se identifican como “Usuarios”, este es un concepto utilizado en diferentes sectores, al respecto (Peiró, 2020), refiere que “usuario es aquel individuo que utiliza de manera habitual un producto o servicio y que siente beneficios y satisfacción al hacerlo, sin importar la marca que hay, solo importan las gratificaciones que obtienen al utilizarlo”.

Un cliente en opinión de (Peiró, 2020), “es aquella persona que de manera habitual compra los productos o servicios de una marca determinada”, se identifica como “Cliente Fiel”, al individuo que no duda en adquirir lo que necesita de una marca, descartando la competencia. En el sector salud se pueden identificar varios tipos de clientes: “clientes usuarios, clientes compradores, clientes prescriptores”; esta tipología de clientes aplica más que todo en la parte privada del sector salud como clínicas, institutos, laboratorios, otros; no obstante, en el sector público también es aplicable. Al respecto, (Peiró, 2020), caracteriza cada tipo de clientes, a saber:

- ✓ “*Clientes usuarios*: son los que utilizan los servicios de una clínica; en definitiva, se trata de pacientes”.

- ✓ “*Cientes compradores*: son aquellos que pagan por los servicios de una clínica; en muchos casos los clientes compradores van a ser también clientes usuarios, pero no en todos. Un caso significativo es el de las clínicas dentales infantiles; aquí el cliente usuario es el niño que recibe el tratamiento dental, pero los clientes compradores son los padres, que son los que pagan”.
- ✓ “*Cientes prescriptores*: suelen ser personas que conocen y han probado los servicios de una clínica y quedan bastante satisfechos con ellos como para promocionarlos entre sus conocidos. Gracias a las redes sociales, cualquier opinión positiva puede ganar una gran visibilidad”.

La atención es una actividad que deriva de los “Establecimiento Públicos Prestadores del Servicio de Salud (EPPSS)”, de allí las relaciones entre “pacientes, usuarios o clientes”. Algunas precisiones sobre estos términos los refiere (Maya, 2017), de allí que: “paciente (necesitado de cuidados); usuario (vocablo preferencial del argot directivo); cliente (término vinculado al mercantilismo)”, es por ello que en opinión del autor mencionado, expresa:

“El intercambio de términos no favorece la atención, ni impulsa al personal de salud a reflexionar y proponer formas de atención más humanas. Aun empleando la nueva terminología que supone reposicionar al usuario, los problemas de fondo permanecen como la falta de recursos o inobservancia del marco normativo por parte del personal de salud. El término usuario no faculta al individuo a elegir dónde quiere atenderse o tomar decisiones sobre la atención recibida. Su experiencia no mejora cuando el Sistema de Salud (SS), le denomina cliente, pero sí lo adscribe al esquema producto-consumo; donde las leyes de mercado regulan la atención y definen el tipo de relación. La salud no se entiende como derecho sino objeto producto del mercado. Esa lógica manda hacerlo atractivo, que responda al mercantilismo. Así, EPPSS y personal de salud se convierten en proveedores de servicios y el sujeto en cliente” p. 101.

Cabe destacar que los términos “usuario y clientes”, otorgan en teoría otro estatus al sujeto que enfermó, se observa que el “sistema de salud (SS)”, cambia de un término a otro sin involucrar al sujeto, en consecuencia, cuando se cambia paciente por usuario se le otorga la capacidad de elegir, el usuario tiene la prerrogativa de seleccionar entre varios productos o servicios, aquí se observa la diferenciación entre los dos conceptos, así lo refiere (Secretaría, 2015).

2.1.4. Satisfacción del Cliente

La evaluación de “servicios de salud es la satisfacción del usuario”, su calidad está cobrando mayor atención cada día, por su relevancia en la visión que éstos puedan dar sobre los servicios recibidos como indicador que revela la mejoría de la organización y la provisión de los servicios

de salud. Según (Lobo A, 2016), el concepto de “satisfacción del usuario se basa en la diferencia entre las expectativas del usuario y la percepción de los servicios que ha recibido de la institución”; de acuerdo con el planteamiento anterior en la satisfacción de los usuarios influyen factores, tales como:

✓ “Factores individuales”:

- “demográficos (edad, sexo, raza, otros)”
- “sociales (estado civil, grupo social, nivel de estudios, dinámica organizacional de la comunidad, redes de participación social, otros)”
- “económicos (nivel de ingresos y gastos)”
- “culturales (etnia, expectativas, concepciones culturales sobre los servicios de salud y el proceso salud-riesgo-enfermedad, otros)”
- “experiencia con el servicio (desenlace del contacto previo entre el usuario y el servicio)”

✓ “Factores familiares-sociales”:

- “experiencias de amigos con el servicio, familiares, de la red social circundante, conducta”.
- “concepción del entorno familiar sobre el proceso salud-enfermedad”.

✓ “Factores del servicio de salud”:

- “de accesibilidad geográfica (distancia al servicio de salud)”.
- “otros dependientes de la propia organización del servicio de salud (comunicación interpersonal, resolución del servicio, tiempo de espera para la atención, eficacia de las acciones, trato y cordialidad del personal, disponibilidad de medicamentos, confort del local, privacidad)”.

Actualmente los “servicio sanitarios” se evalúan a través de la encuesta de satisfacción, instrumento que se aplica a los usuarios por el “Centro de Investigaciones Sociológicas”, según, (Cardona D, 2013), el “hecho que se acepte que la satisfacción del usuario es un resultado importante del trabajo realizado por los profesionales, justifica que ésta se haya incorporado como una medida de calidad. El análisis de la satisfacción también se está utilizando como instrumento para legitimar las diferentes reformas sanitarias, ya que la opinión del usuario puede utilizarse sistemáticamente para mejorar la organización de los servicios”.

La tasa de uso en los cuidados de salud, se asocia con la efectividad de los cuidados y por ende con la satisfacción del usuario, el aspecto relacional influye directamente para satisfacer las expectativas que presenta el usuario; de allí que una buena comunicación, la empatía y la atención directa son variables importantes para influenciar al usuario al momento de percibir el modo de atención recibida, considerando que el usuario requiere cuidados y atención personalizada. Un sentimiento de insatisfacción puede surgir cuando los cuidados prestados no cubren las expectativas de lo esperado por el usuario.



2.1.5. Productos y Servicios

El acceso a la salud está considerado “como un derecho de todas las personas y es un deber de los Estados proveer los servicios para atender a sus ciudadanos”, un buen servicio de salud tiene como meta “la universalización de la atención, la equidad y la integridad de las acciones”, a continuación se presentan conceptualizaciones expresadas por (Sánchez, 2019), el cual refiere: “el resultado de un proceso natural o de una actividad humana está considerado como un producto”. Los bienes de consumo o comerciales se incluyen como productos o mercancía que se pueden vender, todos los bienes tangibles se relacionan como productos.

La “realización de una o varias actividades que conllevan a satisfacer una necesidad, es un servicio”, según (Sánchez, 2019), el transporte, la educación, los restaurantes, los servicios telefónicos, otros, también se ubican como servicios de gran demanda por los usuarios; los servicios son intangibles, la idea es servir o satisfacer la necesidad de otra persona. El producto

se caracteriza por su tangibilidad, se mide en masa o volumen, eso lo diferencia del servicio el cual es intangible y se mide en tiempo y esfuerzo.

El servicio “no transforma objetos en mercancía”, si no que se consume en la medida que se presta, los servicios presentan limitaciones en cuanto a su disponibilidad; el producto se diferencia porque puede ser vendido y cobrado. En algunos casos el producto incluye servicios o viceversa, si se compra un vehículo (producto) y en esa compra se incluye el mantenimiento por dos meses (servicio), en este caso, se denominan “mixtos” (Sánchez, 2019), plantea así las diferentes formas de comercialización desde la óptica conjunta del producto y el servicio simultáneamente.

En el siglo XXI los servicios de salud son tratados bajo un enfoque integral para enfrentar retos complejos, dentro de una lógica de busca de ventajas comparativas en sistema internacional altamente competitivo; caracterizado por “la relación entre salud y el desarrollo económico y social según lo establece (Terán GJ, 2017), de acuerdo, con la “Comisión Europea” (Comisión., 2014.), se entiende la innovación como:

“La introducción de un nuevo o significativamente mejorado producto (bien o servicio), de un proceso, de un método nuevo de comercialización (mercadotecnia) o de un nuevo método organizativo en las prácticas internas de una empresa, la organización del lugar de trabajo o las relaciones exteriores. El sector de los servicios es cada vez más innovador, en especial por la dimensión de su participación en la generación de riquezas de un país: según datos del Banco Mundial, en 2016 el 24 % de las exportaciones a nivel mundial correspondieron a este sector, lo anterior puede ser reflejo de que la innovación en el sector servicios se ha visto limitada por la falta de recursos financieros, la burocracia y la regulación existente, unido a la resistencia de asumir modelos de gestión de la innovación capaces de generar las ventajas competitivas requeridas para la supervivencia y crecimiento de las empresas, incidiendo en muchas ocasiones en el fracaso de los emprendimientos” p. 2, 3.

Investigar e innovar tiene como función “impulsar la competitividad, el crecimiento económico, la creación de empleo, así como mejorar los servicios de salud, educación, otros, (Terán GJ, 2017). El caso de los servicios médicos y sanitarios han sido clasificados como “servicios personales”, la integración de un proceso de investigación, desarrollo e innovación y su relación con las políticas públicas estatales, permite introducir mejoras en los productos, servicios y procesos que las instituciones de salud brindan según lo expresado por (Terán GJ, 2017).

La investigación en el área de salud según lo establece el planteamiento de (Lizán., 2013.), se ha centrado en “el estudio del valor social de los medicamentos y las tecnologías sanitarias, el análisis del valor en los servicios sanitarios, la investigación de las variables percibidas y referidas a los pacientes, como la calidad de vida relacionada con la salud, las preferencias, las

evaluaciones económicas, es decir todo aquello que define como valioso a un determinado producto o servicio a disposición de la mejora de salud de los ciudadanos” p. 4.

Actualmente en el sector salud predomina la innovación tecnológica, orientada a la utilización de nuevas tecnologías para el mejoramiento de productos, servicios y procesos, al respecto (Segredo A, 2015), refiere:

“Debe tomarse en cuenta que el uso de la tecnología entendida no solo como el resultado del conocimiento, sino el resultado de su aplicación en función de los problemas prácticos, en el campo de la salud se ha ido ampliando, llegando a manifestarse la necesidad de estandarizar procesos de evaluación de las tecnologías que se generan y emplean, lo que debe garantizar tanto la seguridad del paciente como la optimización y racionalización del gasto en salud, influyendo en la configuración del clima organizacional positivo de las instituciones” p. 4.

El Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública (MRCESP) propuesto por (Organización, 2010), define las dimensiones que operacionalizan el sector salud, a saber:

- ✓ “La investigación y las tecnologías de la información”.
- ✓ “La capacitación y desarrollo de los recursos humanos”.
- ✓ “La investigación en salud pública”.
- ✓ “La vigilancia, investigación y control de los riesgos”.
- ✓ “Las amenazas para la salud pública”.

La innovación en las organizaciones de “Salud Pública” requiere de una gestión continua y del empleo de procedimientos y técnicas para garantizar un servicio de calidad, en algunos casos requiere metodología de buenas prácticas, en tal sentido (Múñoz I, 2013), reconoce la importancia del “talento humano, los recurso y la políticas públicas”. La formación y desarrollo del talento humano es vital para el óptimo desempeño en la sala de urgencias hospitalarias, sin embargo, esta enfrenta limitaciones como los recursos financieros para el desarrollo y formación del personal, la deficiente acción en seguridad y salud en el trabajo y otros factores psicológicos que en muchas ocasiones les afectan a los trabajadores de la salud. Relacionado con el talento humano se encuentra la formación de la cultura organizacional y cómo está crea espacios para la autorrealización, creatividad e innovación de las personas en la entidad” p. 5, 6.

Siguiendo el planteamiento de (Fernández A, 2017), las condiciones de la demanda de un servicio y la participación del cliente influye en el éxito del proceso de atención, de allí que el nivel organizacional debe estar correctamente gestionado, con énfasis en el “talento humano, la estrategia, la cultura organizacional y la relación con los clientes”.

2.1.6. Parámetros de Buen Uso

La calidad en la prestación de servicios, debe ser prioridad en las organizaciones de salud, en tal sentido, es de gran importancia la perspectiva del usuario relacionada con la percepción y expectativa de los mismos; la “Organización Mundial de la Salud (OMS)”, establece la “calidad en salud, como el servicio que va dirigido a garantizar la vida ser humano, también hace referencia a la responsabilidad compartida entre el Estado y los prestadores del servicio con los usuarios/pacientes”. Es de hacer notar que (Vargas González, Valecillos, & Hernández, 2013), hacen referencia a la OMS para definir la calidad en salud como: “el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimiento del paciente y el servicio médico y lograr el mejor resultado con mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso” p. 665.

La percepción se entiende por un proceso donde una persona o individuo, “es capaz de seleccionar, interpretar y organizar estímulos que le permitan conformar una visión coherente del mundo que lo rodea”; el usuario juzga con base en claves informativas asociadas con el servicio, aspectos cuantificables y verificables, al respecto (Vargas González, Valecillos, & Hernández, 2013), refieren: “Los consumidores de un producto o servicio pueden tener una variedad de imágenes de la organización, bien sean positivas o negativas, como eficiencia, atención retardada, entre otras, que surgen de todas las actividades que realiza la organización y que influyen para que se tenga una determinada percepción; por consiguiente, al evaluar la percepción que tienen los consumidores sobre determinado producto o servicio, se obtienen datos acerca de su satisfacción” p. 666.

En un servicio de salud se consideran “parámetros de calidad y de buen uso” diferentes indicadores cuantificables en cuanto al abordaje de percepción y expectativas de los usuarios por el servicio recibido, los autores mencionados enumeran los siguientes:

- ✓ “Puntualidad y presentación personal”.
- ✓ “Prontitud en la atención, cortesía, amabilidad, respeto, trato humano”.
- ✓ “Diligencia para utilizar medios de diagnóstico”.
- ✓ “Agilidad para identificar el problema, destreza y habilidad para solucionarlo”.
- ✓ “Efectividad en los procedimientos”.
- ✓ “Comunicación con el usuario y su familia”.

- ✓ “Interpretación del estado de ánimo de los usuarios”.
- ✓ “Capacidad profesional, ética, equidad”.
- ✓ “Presentación física de las instalaciones”.
- ✓ “Presentación adecuada de los utensilios y elementos”.
- ✓ “Educación continua a personal del servicio y usuarios”.

Los parámetros de buen uso de la “calidad de los servicios de salud” se originan por la interacción de muchos factores, básicamente resaltan dos componentes: “componente científico técnico y componente referido a la calidad percibida”, este último se basa en:

- ✓ “Relaciones interpersonales (observancia de normas y valores sociales)”.
- ✓ “Entorno donde se desarrolla la prestación del servicio de salud (accesibilidad, condiciones medioambientales, adecuación de instalaciones físicas y equipos, entre otras) los cuales son tangibles y por tanto pueden ser medidos”.

Siguiendo los planteamientos de (Barrios, 2014), la importancia del “concepto calidad, consiste en trabajar que incluya a todos”:

“Profesionales, técnicos, administrativos, auxiliares, residentes y facultativos y realizar el trabajo con una organización que permita la interrelación entre servicios para mejorar la atención al paciente. Es fundamental incentivar la responsabilidad sobre los propios resultados, fomentar y dar a conocer dentro de la organización la importancia de todos, que cada uno cuenta y es determinante en la atención del paciente; de esta manera, la atención se realizará con éxito y se conseguirán mejores resultados” p. 181.

Trabajar con calidad tiende a disminuir la probabilidad de errores y eleva la seguridad de los pacientes, obteniendo eficiencia y satisfacción; también mejorando el trato, se obtienen beneficios personales en el área laboral, todo ello redunda en un circuito de trabajo que produce mejoras continuas, hasta lograr un cambio cultural, para ello es necesario considerar factores planteados por (Rodríguez., 2013.), los cuales se mencionan:

- ✓ *“La calidad con enfoque en el paciente:* debe estar íntegramente centrada en las necesidades del paciente y su familia”.
- ✓ *“Enfoque en la mejora de procesos:* al identificar las necesidades del paciente se podrán dirigir mejor los procesos en virtud de lo que la población requiere; como los procesos son atendidos por más de una persona, hay que comprometer al equipo que participa en cada uno de ellos”.

- ✓ *“La mejora continua siempre como meta: establecer metas a corto, mediano y largo plazos de forma constante y continua, que permitan estar siempre revisando la proactividad de los usuarios internos y producir formas de medición como indicadores, que nos permita visualizar una mejora continua en calidad”.*
- ✓ *“Reconocimiento de los éxitos para consolidar: hay que incentivar, reconocer los éxitos, resaltar cuando se realice una tarea de forma exitosa, dar a conocer y hacer distinguir a quien lo hizo; este sistema lleva a crear una marca propia del centro”.*

2.1.7. Satisfacción de Necesidades

En el campo de la salud “la necesidad” como concepto y modelo teórico ha sido desarrollada para el diseño e implementación de políticas en salud, comprender las necesidades de las prácticas cotidianas de los pacientes, es conocer la ruta o itinerarios para la búsqueda de una atención y por ende la resolución del problema de salud. De acuerdo con (Yepes, Pineda, Jaramillo, & Farías, 2018), se realizan itinerarios terapéuticos, los cuales se mencionan:

- ✓ *“El geográfico: se refiere a los movimientos que realizan los pacientes en busca de una sanación”.*
- ✓ *“El intelectual o cognitivo: se ordena según las necesidades, ya que no hay una secuencia mecánica del síntoma y la consulta”.*
- ✓ *“El histórico: cada sociedad dispone de elementos propios e instituciones”.*

Desde la perspectiva del paciente, el enfermo requiere atención, la cual puede ser en función del diagnóstico presuntivo, para ello debe considerarse la accesibilidad social y económica; la necesidad de consultar es un “proceso sociocultural y biológico que enfrenta a la persona con su propio padecimiento o enfermedad con el sistema de salud”. En la necesidad de atención que requiere el paciente se identifica una trayectoria que cumpliéndola paso a paso contribuye a satisfacer esa necesidad personal de cada sujeto, en tal sentido, (Yepes, Pineda, Jaramillo, & Farías, 2018) identifican:

“Trayectorias que van desde la aparición del sufrimiento o afectación hasta la atención en una institución hospitalaria, a lo largo de estos itinerarios el sujeto construye, desde su sufrimiento y afectación, un síntoma y desde este, con toda la carga de su historia de vida en una cultura determinada, elabora una idea de enfermedad que signa una necesidad y unas expectativas sobre la misma. La necesidad construida lo lleva a una búsqueda por la atención de su situación, la cual considera en estos casos que puede ser resuelta en un hospital. En esta institución el sujeto enfermo se encuentra con el personal de salud y su tradición biomédica, con un discurso sobre el cuerpo y la enfermedad que contrasta con las construcciones propias

del sujeto, lo cual produce un juego de asignación de roles y reelaboración de expectativas que ofrece un nuevo escenario en el que agenciar su necesidad” p. 96.

El producto de la concepción subjetiva de una enfermedad es “la necesidad de atención en salud”, el cuerpo es el lugar donde el dolor y el sufrimiento se manifiestan y se expresan verbal y gestualmente, reflejando la construcción del síntoma, el tiempo es un factor que interviene en la vida del sujeto y juega en la evaluación que se realiza del mismo; en consecuencia, la cultura, el grupo familiar y la medicina convergen para satisfacer la necesidad de atención que requiere el paciente.

Desde la óptica laboral también se presenta la oportunidad de satisfacer las necesidades de crecimiento personal de los trabajadores del sector salud, al respecto (Marín & Placencia., 2017), señalan estrategias de logro, a saber: “eliminación de controles innecesarios, aumento de la responsabilidad, asignación de los empleados a unidades naturales y completas de trabajo (sección, división), conceder más autonomía en las actividades, elaboración de informes periódicos sobre calidad de desempeño, introducción de nuevas e interesantes tareas y asignación a tareas especializadas” p. 50.

Cabe destacar que los factores motivacionales se relacionan directamente con el trabajo, la motivación connota un clima por mejorar; la satisfacción laboral se sustenta en algunas teorías, que explican la satisfacción de necesidades laborales a nivel individual, grupal y organizacional, al respecto (Gamboa, 2010), refiere:

- ✓ “La teoría de los dos factores (Herzberg, Mausner y Synderman), señalan que el ser humano tiene dos categorías diferentes independientes una de la otra; la primera la integran los factores motivacionales o satisfactorios, la segunda se refiere a factores higiénicos o insatisfactorios, estos producen insatisfacción y tienen que ver con el ambiente exterior”.
- ✓ “La teoría de jerarquía de necesidades básicas (Maslow)”, entre las cuales destacan:
 - “Fisiológicas: incluye el hambre, sed, refugio, sexo y otras necesidades físicas”.
 - “Seguridad: incluye la seguridad y protección del daño físico y emocional”.
 - “Social: incluye el afecto, pertenencia, aceptación y amistad”.
 - “Estima: incluye los factores de estima interna como el respeto a uno mismo, la autonomía y el logro, así como también los factores externos de estima como son el estatus, el reconocimiento y la atención”.

- “Autorrealización: el impulso de convertirse en lo que uno es capaz de volverse; incluye el crecimiento, el lograr el potencial individual, el hacer eficaz la satisfacción plena con uno mismo”.
 - ✓ “El comportamiento humano esta direccionado a través de la satisfacción de necesidades (McGregor)”, para motivar al personal se presentan diferentes facetas como son “la naturaleza del trabajo, oportunidades de promoción y relaciones sociales, ser capaz de trabajar independientemente, tener un trabajo interesante y tener la oportunidad de aprender nuevas habilidades, poder tomar sus propias decisiones”.
 - ✓ “La teoría social cognitiva (Bandura)”;
- se refiere al entrenamiento en la resolución de problemas.

Existen factores que pueden incidir en un individuo para que se sienta más o menos satisfecho en su trabajo, desde factores de tipo ambiental hasta psicológico; cuando se desee mejorar el nivel de satisfacción laboral se sugiere considerar algunas de las determinantes propuestas, no hay una mejor que otra si no que de acuerdo con el tipo de institución se utiliza aquella que requiera medir para transformar a sus empleados en individuos satisfecho con su trabajo.

CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO

3.1 Calidad en la Atención Médica

El trabajo sobre satisfacción de los profesionales de la salud tuvo su origen en Estados Unidos, la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios es importante porque un paciente satisfecho se muestra dispuesto a cumplir las recomendaciones médicas. La calidad se entiende como el “alto nivel profesional que usando los recursos con mínimo de riesgo para el paciente, logra un grado de satisfacción, produciendo un impacto final positivo en la salud según la referencia que hace la Organización Mundial de la Salud” (OMS, 2016).

La realidad de la atención médica y la satisfacción de los usuarios mejoran cuando sus opiniones son escuchadas, el acceso y la efectividad a los servicios de salud son componentes importantes de calidad en la atención médica; los motivos específicos que garantizan pueden ser éticos, de seguridad y eficiencia, según la referencia de (Vázquez, Sotomayor, González. et. al, 2018), a pesar de los esfuerzos y aplicación de estrategias y modelos para mejorar la calidad con inversiones cuantiosas, persisten los problemas de calidad tanto en instituciones públicas como privadas.

Percibir deficiencia en la calidad de atención médica origina reclamos y quejas por mala praxis y reclamos adversos, conocer las necesidades de atención médica permite una mayor planificación para satisfacer el servicio médico de un hospital. De acuerdo con lo planteado por la (OPS, 2020), los ministerios de salud de los países de América han respaldado un nuevo plan que busca “mejorar la calidad de la atención médica” en estos países, apoyados en “la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud”, en el año 2019 se plantearon un conjunto de medidas que garantizan a todas las personas un acceso equitativo a servicios de salud oportunos, eficientes, seguros y de calidad, que satisfagan las necesidades de salud de un alto porcentaje de la población,

Al respecto, se contemplan estrategias y un plan de acción para “mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud” para un lapso comprendido entre 2020 – 2025 según (OPS, 2020). Este plan fue aprobado por el “57º Consejo Directivo de la OPS”; a pesar de la existencia de algunas estrategias y resoluciones, el interés está orientado a brindar atención de calidad como elemento esencial de la salud universal; para ello es preciso adoptar un nuevo enfoque,

una estrategia que represente un cambio de paradigma sobre cómo deben abordar los países, la atención de la salud y un avance hacia una atención centrada en las personas y sus comunidades.

La región de América presenta sistemas de salud caracterizado por una gran segmentación que obstaculiza el acceso a servicios de salud con atención de calidad, compromete los recursos y da lugar a un uso ineficiente de los recursos disponibles la (OPS, 2020), considera que aunque los países han logrado avances para mejorar la calidad de la atención, la mortalidad atribuible a esta causa se mantiene elevada. Al respecto, los países miembros de OPS en el año 2007 adoptaron “Políticas y Estrategias Regionales” que garantizan la calidad de atención sanitaria aplicando medidas como:

- ✓ “Formulación de políticas y normas de calidad”.
- ✓ “Establecimiento de direcciones nacionales responsables de la calidad”.
- ✓ “Creación de normas para la concesión de licencias de establecimientos de salud”.

La información sanitaria de la (OPS, 2020), que los países de América envían, evidencian que el 30% de la población de algunos países todavía carecen de acceso a la atención preventiva y al tratamiento; en los países que reciban la atención solo el 39% califican como buena esa calidad. Una atención deficiente pone en riesgo la seguridad del paciente, la mortalidad por esta causa refleja un índice elevado, en el año 2014 según datos de la OPS, se produjo de 47 a 350 defunciones por cada 100.000 personas. Las estadísticas indican que en algunos países podrían evitarse hasta el 40% de las hospitalizaciones, por su relación con problemas de salud que se pueden solucionar en consultorios ambulatorios, lo que implica deficiencia en calidad y eficacia del primer nivel de atención médica.

La financiación pública por medios de la Región destinada a la salud, representa el 4,2% del “Producto Interno Bruto (PIB)”, esta cifra está por debajo del 6% propuesto para mejorar la equidad y eficiencia, este índice tan bajo de presupuesto influye directa e indirectamente en la calidad de los servicios prestados. Es por ello, que la OPS propone el “Plan de Acción” que abarca hasta el 2025 las metas de la salud, este plan tiene la finalidad de garantizar la prestación de servicios de salud integrales sobre la base del contexto, necesidades, puntos débiles y prioridades nacionales, para ello se proponen tres líneas estratégicas de acción según la (OPS, 2020)

- ✓ “Implementar procesos permanentes para mejorar la calidad de la atención a las personas, las familias y las comunidades en la prestación de servicios integrales de salud”.

- ✓ “Fortalecer la rectoría y la gobernanza de los sistemas de salud para desarrollar una cultura de calidad y promover la mejora sostenida de la calidad en la prestación de los servicios integrales de salud”.
- ✓ “Establecer estrategias de financiamiento que promuevan la mejora de la calidad de la atención en la prestación de los servicios de salud integrales”.

Las estrategias del plan de acción representan un cambio en la forma de ver la equidad en la prestación de servicios de salud para la Región de América, el director del “Departamento de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS” expresa que la visión de “un enfoque de sistemas para este tema mejora la experiencia de las personas y también aborda las barreras de acceso que existen en toda la región”. La educación en ciencias de la salud ha crecido progresivamente en la Región de América, la regulación de estos procesos es insuficiente y refleja preocupación sobre la calidad de la formación, la relevancia de los programas académicos y la práctica profesional; el personal de salud dedica su carrera profesional al ámbito de las especialidades hospitalarias, esto afecta la disponibilidad de recursos humanos para trabajar en el primer nivel de atención de la salud (57.o Consejo Directivo de la OPS, 2019).

La “Organización Panamericana de la Salud”, en la estrategia para el acceso universal a la salud reafirma los valores y establece las líneas estratégicas que contribuyen al fundamento sobre el cual los países de la región formulan planes e implementan acciones para fortalecer los sistemas y servicios de salud, todo ello con la finalidad de alcanzar los “Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)”. Las líneas estratégicas para la “mejora de la calidad de la atención en la prestación de servicios integrales de salud”, se enmarcan en el contexto de la “Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018 – 2030”; considerando el contexto regional se presentan las líneas estratégicas con sus respectivos objetivos (57.o Consejo Directivo de la OPS, 2019).

Tabla 1. Líneas Estratégicas del Plan de Acción.

Líneas Estratégicas	Objetivos
“Implementar procesos permanentes para mejorar la calidad de la atención a las personas, las familias y las comunidades en la prestación de servicios integrales de salud”	✓ “Fortalecer la calidad de la atención que se brinda a las personas, las familias y las comunidades”
	✓ “Avanzar en la calidad de los servicios integrales de salud mediante el fortalecimiento del primer nivel de atención”

	✓ “Incrementar las intervenciones dirigidas a monitorear y evaluar la calidad de la atención”
“Fortalecer la rectoría y la gobernanza de los sistemas de salud para desarrollar una cultura de calidad y promover la mejora sostenida en la prestación de servicios integrales de salud”	✓ “Desarrollar capacidades para la implementación de políticas y estrategias para la calidad de la atención en la prestación de servicios integrales de salud”
	✓ “Fortalecer la capacidad regulatoria para mejorar la calidad de los servicios integrales de salud”
“Establecer estrategias de financiamiento que promuevan la mejora de la calidad de la atención en la prestación de servicios integrales de salud”	✓ “Implementar acciones orientadas a proveer la disponibilidad oportuna de los recursos necesarios para la calidad”
	✓ “Implementar acciones orientadas a promover la mejora de la calidad, la equidad y la eficiencia en los servicios de salud”

Fuente: Elaboración propia 2021. Con base en información de (57.o Consejo Directivo de la OPS, 2019). https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=49721-cd57-12-s-estrategia-pda-calidad-atencion&category_slug=cd57-es&Itemid=270&lang=es

Cabe destacar que los objetivos de cada línea estratégica tienen sus indicadores y sus metas para el año 2025, los cuales orientan el marco del monitoreo para la salud universal, a través de una guía metodológica que apoye a los países en la medición de sus líneas de base. El seguimiento y la evaluación del plan de acción cumplen con el marco de legislación de la OPS, al igual que con los procesos de desempeño, seguimiento y evaluación tal como se establece en los logros de meta elaborados por cada país.

Analizando las líneas estratégicas de la tabla.2, se sintetizan las acciones más relevantes de la primera línea estratégica de acción *“Implementar procesos permanentes para mejorar la calidad de la atención a las personas, las familias y las comunidades en la prestación de servicios integrales de salud”*; basada en la (57.o Consejo Directivo de la OPS, 2019), la misma pretende mejorar la calidad y seguridad de las personas en forma individual y colectiva mediante un enfoque sistémico con la debida atención necesidades específicas y diferenciadas de los grupos poblacionales. Esto se logra con una red de servicios de salud organizada y con recursos suficientes, que incluya salud mental, rehabilitación y unidades paliativas.

La calidad técnica del servicio, la experiencia de las personas, familias y comunidades condicionan la confianza en el servicio de salud, estos deben priorizar a las personas en situación de

vulnerabilidad; la primera línea estratégica consolida un sistema de información de calidad, la gestión de reclamos y la realización de encuestas de satisfacción. El nuevo paradigma comprende la atención centrada en las personas, familias y comunidades, seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y acceso equitativo.

La segunda línea estratégica *“Fortalecer la rectoría y la gobernanza de los sistemas de salud para desarrollar una cultura de calidad y promover la mejora sostenida en la prestación de servicios integrales de salud”* basado en la (57.o Consejo Directivo de la OPS, 2019), desarrolla una cultura de calidad en los sistemas de salud, para ello es necesario promover liderazgo e innovación, valores éticos, compromiso institucional mediante la participación proactiva de todos los niveles gerenciales. El paradigma de calidad requiere un desarrollo profesional adecuado de los recursos humanos, los servicios de salud funcionan como redes complejas, la mejora sostenida en la prestación del servicio conlleva la necesidad de aunar esfuerzos y acciones sobre todo el sistema, requiere que la política y estrategias de calidad estén en concordancia con las políticas nacionales de salud de cada país.

Las políticas y estrategias nacionales de calidad deben incorporar mecanismos de coordinación intersectorial para abordar los retos de salud pública, a su vez, los gerentes de los servicios y las instituciones deben disponer suficiente capacidad de gestión para promover acciones transformativas. Para fortalecer el enfoque integrado de mejora de calidad se requiere esfuerzos coordinados, sistemáticos y de actualización e implementación de la legislación relacionada con la salud en los diferentes países; en la rectoría y la gobernanza del sistema de salud se necesita la participación de personas, familias y sociedad civil en general.

La tercera línea estratégica *“Establecer estrategias de financiamiento que promuevan la mejora de la calidad de la atención en la prestación de servicios integrales de salud”* basado en la (57.o Consejo Directivo de la OPS, 2019), hace referencia a las características de las fuentes de financiamiento que tienen efectos directos sobre la calidad de los servicios al respecto, el componente público del gasto en salud pública es de vital importancia sobre la planificación y su repercusión en la equidad y solidaridad de la atención. El pago directo en el momento de la atención tiene efectos adversos sobre la calidad y la equidad y constituye una barrera importante de acceso a los servicios sobre todo en poblaciones de bajos recursos; la (57.o Consejo Directivo de la OPS, 2019), expresa:

“La coexistencia de diversos fondos o segmentos de población en relación con la prestación de la atención de salud, con distintos niveles de recursos y esquemas de cobertura, da lugar a diferencias de calidad para los mismos servicios y, por lo tanto, inequidades en el acceso entre los grupos de población beneficiaria. Por otra parte, la segmentación limita la función de redistribución del riesgo que caracteriza a la utilización de los fondos prepagados y cuanto mayor sea el número de fondos y menor su tamaño, más ineficiente e inequitativa se vuelve la función del aseguramiento en salud. Ambos problemas dan lugar a pérdidas sociales que limitan la calidad de los servicios y que podrían evitarse si se optimiza la función de mancomunación del financiamiento” p.12.

Los países pueden adoptar e impulsar el financiamiento de una red integrada o ajustada a las necesidades de salud de la población en función de cada realidad y contexto, la compra conjunta de medicamentos es uno de los elementos estratégicos que ha tenido éxito en los países o grupos institucionales, ello con el fin de obtener mejores precios y un nivel de calidad adecuado; también el uso de genéricos es otra estrategia utilizada por los países de las Américas que ha sido exitosa y ha mejorado la eficiencia. Se requiere fortalecer los mecanismos de rendición de cuentas y transparencia en todos los niveles con la participación de la sociedad civil. Igualmente se requiere el fortalecimiento del papel de los gerentes de salud en la vigilancia y control del uso de los recursos, entre ellos la financiación tiene impacto sobre la equidad, eficiencia y calidad en la prestación del servicio de salud.

Una vez aprobado el “Plan de Acción” por los Estados miembros de la OPS en el “57º Consejo Directivo”, se resuelve instar a los Estados miembro a actuar en concordancia con el contexto, necesidades, vulnerabilidad y prioridades a que:

- ✓ “Implementen planes de acción nacionales, tomando como marco de referencia los objetivos contenidos en la estrategia y plan de acción, y establezcan mecanismos de monitoreo utilizando los indicadores propuestos”
- ✓ “Establezcan mecanismos formales de participación y diálogo en la elaboración y ejecución de políticas y estrategias nacionales de calidad, así como de transparencia y rendición de cuentas en los servicios de salud”
- ✓ “Identifiquen e implementen procesos permanentes de calidad en los servicios de salud, orientados por la seguridad y los derechos de las personas, promoviendo el empoderamiento de las personas y las comunidades mediante la capacitación, la participación y el acceso a la información”
- ✓ “Establezcan mecanismos formales para fortalecer la rectoría en el desarrollo de políticas y estrategias nacionales para la calidad, incluyendo la colaboración y la coordinación de

las altas autoridades para promover sinergias en la regulación, la planificación estratégica y la toma de decisiones basadas en el análisis de situación”

- ✓ “Promuevan, dentro de las redes de servicios, el desarrollo de equipos interprofesionales responsables del monitoreo y la evaluación de la calidad, que dispongan de sistemas de información que permitan facilitar su trabajo”
- ✓ “Desarrollen estrategias de educación permanente para los recursos humanos de salud, incorporando las nuevas tecnologías de la información y comunicación, la telesalud, la educación en línea y las redes de aprendizaje, para mejorar la capacidad resolutive y la calidad del desempeño, con un especial énfasis en el fortalecimiento de la capacidad resolutive del primer nivel de atención y el desarrollo de redes integradas de servicios de salud”
- ✓ “Aumenten la eficiencia y el financiamiento público necesario para proporcionar los recursos adecuados para la calidad de los servicios integrales de salud, con especial atención a las personas y comunidades en situación de vulnerabilidad”

Los profesionales de la salud tienen como objetivo profesional otorgar servicios médicos de calidad, lógicamente en el marco que delimitan las responsabilidades legales, donde deben cumplirse las obligaciones de medios diagnósticos y tratamientos, así como también la seguridad del paciente durante el proceso de atención médica. El expediente clínico se fundamenta apegado a la “Lex artis”, en los principios éticos y científicos de la medicina, con el fin de aportar información necesaria para evaluar cualquier acto médico, ya que algunas veces los usuarios no están conformes con el servicio recibido.

La diferencia que puede surgir entre un paciente o usuario con el prestador de servicio de salud: médicos, enfermeros, auxiliares, otros; genera conflictos que no siempre son el reflejo de una atención médica deficiente o de mala calidad técnica, pero evidencia la insatisfacción de paciente. En tal sentido, (Bayona, Priego, Romeo. et. al, 2016), establecen que la calidad de la atención médica se compone de tres dimensiones:

- ✓ “La relación interpersonal: se refiere a la forma como interactúan los restadores de servicios con los usuarios, incluye la relación del paciente con todos los integrantes del equipo de salud”.
- ✓ “La calidad técnica: aborda los conocimientos científicos y técnicos y su aplicación adecuada, oportuna y bien fundamentada; así como las destrezas diagnósticas y terapéuticas”.

- ✓ “Amenidades: se refieren a las comodidades que rodean al paciente y sus familiares”.

Cabe destacar, que la evaluación del servicio recibido por el paciente, se fundamenta en la percepción y en los resultados obtenidos por la atención médica recibida, algunas veces el paciente puede quedar insatisfecho a pesar de que la atención médica se haya realizado apegada a los principios y la “Lex artis”, esto es debido a la subjetividad de la percepción; de allí la importancia de asentar en el expediente clínico toda la información del paciente a fin de ser presentada ante una controversia entre usuario y prestador de servicio médico.

Plantean (Bayona, Priego, Romeo. et. al, 2016), que el órgano encargado de arbitrar las controversias y conflictos en materia de salud es la “Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)”, la calidad de la atención médica debe garantizar la seguridad del paciente a través del servicio prestado. Los servicios de salud comenzaron a evaluarse en las primeras décadas del siglo XX, esta acción se convirtió en una herramienta indispensable para la transformación de los sistemas de salud, respondiendo a los reclamos de eficiencia técnica y responsabilidad de los servicios.

La evaluación periódica de las acciones y resultados del sistema de salud constituye la garantía que los objetivos se están cumpliendo según lo refieren (Bayona, Priego, Romeo. et. al, 2016), evaluar la calidad de los servicios del primer nivel de atención médica y la satisfacción de los usuarios es estratégica para identificar los obstáculos y oportunidades de mejora en la:

- ✓ “Planeación”
- ✓ “Organización”
- ✓ “Prestación de los servicios”

Pocas veces se valora la calidad en el trato con los pacientes, al respecto (Collazo, 2013), defiende el humanismo que sitúa a la persona como centro y fin de la actividad médica, este apartado referido a la “calidad de la atención médica”, analiza la dimensión humanística de la relación médico – paciente pregonada por el autor mencionado, los pacientes tiene derecho a recibir y los médicos la obligación de suministrar de forma comprensible toda la información médica necesaria.

La complejidad de los factores externos de la salud influye en la prevención de la salud ocupacional, prevenir debe ser una:

- ✓ “Anticipación efectiva”

- ✓ “Segura”
- ✓ “Razonable”
- ✓ “Equitativa”
- ✓ “Sensata”

Las intervenciones preventivas se acentúan sobre sujetos sanos, en efectividad y evitar efectos adversos, un médico que trabaje en forma independiente no debe aceptar una remuneración fundada en normas de productividad, de rendimiento, horario o cualquier disposición que tenga como consecuencia limitación de su independencia o que atente con la calidad de su profesión; el planteamiento de (Collazo, 2013), hace referencia que el médico debe seleccionar el plan terapéutico que mejores expectativas ofrezca ante una patología o problema de salud o ante un determinado paciente.

La calidad asistencial viene dada por esa relación médico – paciente enmarcada en la dimensión de persona humanas que junto con la disponibilidad de tiempo necesario conduce a una medicina más satisfactoria para el paciente, en esta sociedad que añora la honestidad y el compromiso, donde el médico debe reconstruir los valores éticos que la profesión exige y que tanta falta hace en una relación entre personas.

La importancia de la “calidad de la atención médica” radica en los derechos de los pacientes y el derecho a la salud, ya que implica acciones que exceden el campo de la medicina; la calidad puede definirse como las características de un bien o servicio que logra satisfacer las necesidades y expectativas del usuario o cliente (Vera, 2017), el tema ha logrado relevancia independientemente del enfoque adoptado, tanto en el sector público como en el privado. El autor mencionado refiere que:

“En el ámbito de los sistemas y servicios de salud se suele aceptar que la calidad tiene dos grandes dimensiones que están relacionadas, aunque son diferentes: la calidad técnica, que desde la perspectiva de los prestadores busca garantizar la seguridad, efectividad y utilidad de las acciones en pro de la salud, así como la atención oportuna, eficaz y segura de los usuarios de los servicios; y la calidad percibida por los propios usuarios, que toma en cuenta las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que dichas acciones se desarrollan” p. 27.

La calidad se ve afectada por diferentes factores: la estructura, que comprende los médicos, consultorios y edificios; el proceso, representado por la interacción entre los pacientes y el servicio de salud; el resultado, comprende satisfacción a nivel de salud. Refiere (Vera, 2017), que

la calidad es un asunto prioritario de la OPS, comprende el conjunto de medidas que el Estado tiene el deber de garantizar a toda la población mejorar la salud pública.

3.1.1. Modelos de Calidad Aplicables a la Esfera Sanitaria

La calidad es un término que ha evolucionado constantemente en función a las necesidades de las empresas y organizaciones, los sistemas de gestión se apoyan en diferentes modelos; en la actualidad el sector sanitario según lo refiere (Cabo J, 2021), están utilizando tres “Modelos de Gestión de Calidad”:

- ✓ “Modelo de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)”
- ✓ “Modelo de European Foundation for Quality Management (EFQM)”.
- ✓ “Sistemas de gestión basados en las normas de la serie UNE EN ISO 9001”.

Los modelos mencionados son opciones de trabajo compatibles, se basan en los mismos principios de gestión, al respecto, se caracteriza cada uno de los modelos mencionados:

3.1.1.1. Modelo Joint Commission (JCAHO)

Es un manual de acreditación público con criterios bien definidos y es actualizado periódicamente, con una planificación minuciosa; la evaluación y valoración se realiza a través de un procedimiento poco flexible por profesionales especializados con independencia limitada. No obstante, es considerada una herramienta muy precisa para evaluar la calidad de la asistencia sanitaria, la JCAHO ha desarrollado procedimientos planificados con profesionales entrenados, según la referencia de (Cabo J, 2021), se basa en las siguientes funciones:

Tabla 2. Funciones JCAHO

“Funciones centradas en el paciente”	✓ “Derechos del paciente y ética de la organización”
	✓ “Evaluación de los pacientes”
	✓ “Asistencia a los pacientes”
	✓ “Educación de los pacientes y sus familiares”
	✓ “Continuidad de la asistencia”
“Funciones de la organización”	
	✓ “Mejora de la actuación de la organización”
	✓ “Liderazgo”
	✓ “Gestión del entorno de la asistencia”
	✓ “Gestión de los recursos humanos”
	✓ “Gestión de la información”
“Estructuras con funciones”	✓ “Vigilancia, prevención y control de la infección”
	✓ “Órganos de gobierno”

	✓ “Dirección”
	✓ “Cuadro médico”
	✓ “Enfermería”

Fuente: Elaboración propia 2021. Con base en información de (Cabo J, 2021).
<https://www.gestion-sanitaria.com/3-modelos-gestion.html>

3.1.1.2. Modelo europeo de EFQM

Este modelo de gestión es adecuado para todo tipo de empresa, sin importar su tamaño, estructura o sector, el modelo EFQM está constituido por un conjunto de criterios en prácticas de gestión, su principal característica es el enfoque teórico hacia la excelencia denominado “Calidad Total”, este es un modelo de autoevaluación, presenta cuatro niveles de excelencia que se caracterizan por la puntuación obtenida en las evaluaciones, según lo refiere (Cabo J, 2021), los cuales son:

- ✓ “Compromiso hacia la excelencia + 200 Puntos EFQM”.
- ✓ “Excelencia Europea + 300 Puntos EFQM”.
- ✓ “Excelencia Europea + 400 Puntos EFQM”.
- ✓ “Excelencia Europea + 500 Puntos EFQM”.

Este modelo debe ser utilizado una vez que la organización o empresa requiera una mayor exigencia en la productividad y excelencia, a continuación, se presentan los procesos facilitadores, cada proceso representa una puntuación

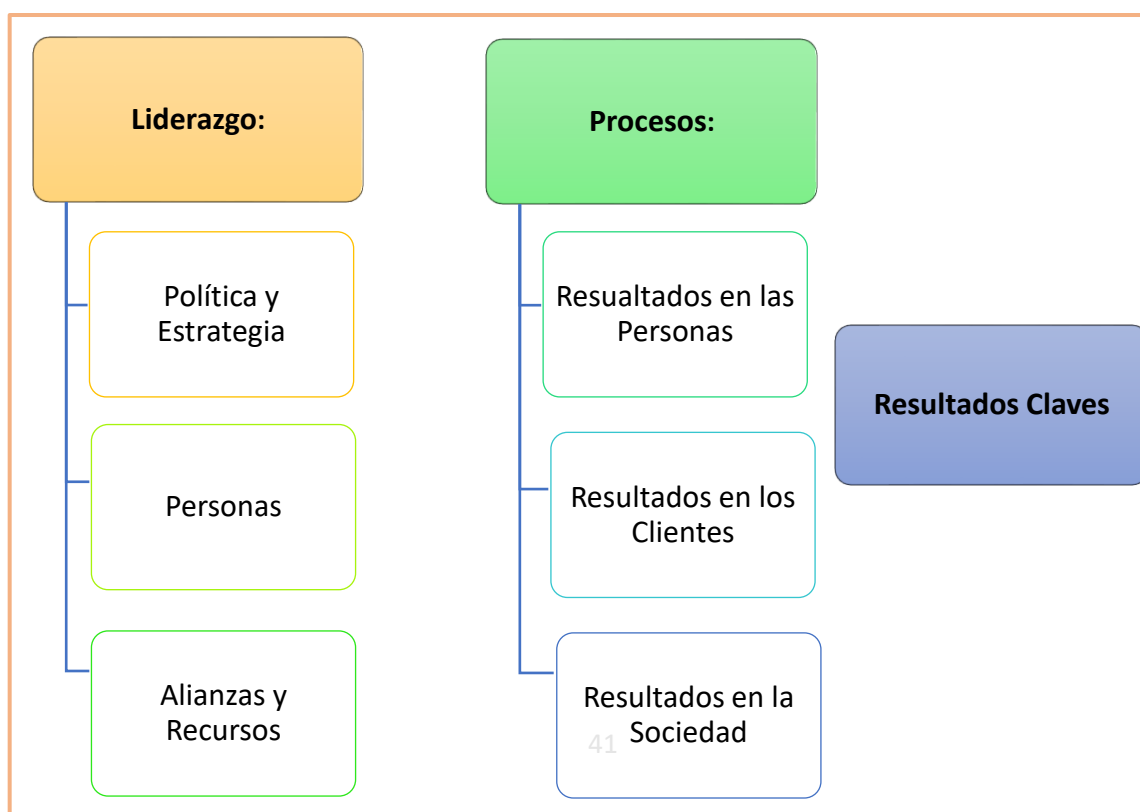


Figura 1. Procesos Facilitadores

Fuente: Elaboración propia 2021. Con base en información de (Cabo J, 2021).
<https://www.gestion-sanitaria.com/3-modelos-gestion.html>

3.1.1.3. Normas de Gestión de Calidad UNE EN ISO 9001

Es un documento reconocido y aceptado a nivel internacional, establece requisitos para su implantación, no es auto-evaluable, sino de carácter contractual, a través de un proceso de certificación realizado por una entidad acreditada. Se adapta a cualquier tipo de organización, es una herramienta muy eficaz y sencilla de utilizar, sobre todo cuando se usa por primera vez en la gestión moderna, también puede desembocar en una especialización, tal como lo refiere la Joint Commission y en un objeto de excelencia como el modelo EFQM. Los elementos de la norma UNE EN ISO 9001, se especifican a continuación:

Tabla 3. Elemento de la Norma UNE EN ISO 9001

	✓ “Generales”
	✓ “De la documentación”
“Compromiso”	
	✓ “De la dirección”
	✓ “Al cliente”
	✓ “Política de la calidad”
	✓ “Planificación”
	✓ “Responsabilidad, autoridad y comunicación”
“Provisión de recursos”	✓ “Revisión por la dirección”
	✓ “Humanos”
	✓ “Infraestructura”
“Planificación de la realización del producto”	✓ “Ambiente de trabajo”
	✓ “Relacionados con el cliente”
	✓ “Diseño y desarrollo”
“Control de la producción y de la prestación del servicio”	✓ “Compras”
	✓ “Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio”
	✓ “Identificación y trazabilidad”
	✓ “Propiedad del cliente”
“Control de los equipos de medición y de seguimiento”	✓ “Preservación del producto”
“Generalidades”	
	✓ “Satisfacción del cliente”
	✓ “Auditoría interna”
	✓ “Seguimiento y medición de los procesos”
“Control del producto no conforme”	✓ “Seguimiento y medición del producto”
“Análisis de datos”	
“Mejora continua”	
	✓ “Acción correctiva”
	✓ “Acción preventiva”

Fuente: Elaboración propia 2021. Con base en información de (Cabo J, 2021). <https://www.gestion-sanitaria.com/3-modelos-gestion.html>

4.1.1.4. Principios de la Gestión de calidad

Los modelos tienen una gran cantidad de elementos comunes, generalmente su fundamento se basa en prácticas y elementos consensuados por los expertos en temas de gestión, en “los ocho principios de gestión de calidad”; un principio es una pauta amplia y fundamental para guiar y dirigir una organización a una mejora continua, por medio de la prestación de servicios al cliente y a la vez identifica las necesidades de todas las partes interesadas. La referencia esbozada por (Cabo J, 2021), presenta los siguientes principios:

a) *“Organización orientada al cliente”*

Los clientes generan dependencia de las empresas u organizaciones, entre sus prioridades se contempla satisfacer requisitos y expectativas; este principio impulsa la realización de acciones tales como: desarrollo de un abordaje completo de las necesidades y expectativas de los clientes; comunicación de esas necesidades a lo interno de toda la organización; medición de la satisfacción de los clientes mediante la gestión operativa; mantener un equilibrio entre las necesidades y expectativas de los clientes y de las partes interesadas.

b) *“Liderazgo”*

La unidad de propósito y la dirección de la organización se establecen a través de sus líderes, deben crear un ambiente interno donde el personal se involucre en el logro de los objetivos de la organización; las acciones que se impulsan con este principio son: necesidades de todas las partes; establecimiento de una clara visión del futuro de la organización; implementación de estrategias para lograr objetivos y metas; creación de modelos éticos de comportamiento en todos los niveles de la organización; creación de confianza y eliminación de temores; actuación del personal con libertad, responsabilidad y autoridad a través de una comunicación abierta y honesta; ser proactivo y dirigir con ejemplo; entender y responder a los cambios del entorno exterior.

c) *“Participación del personal”*

La esencia de una organización es su personal, su total implicación posibilita que sus capacidades funcionen al servicio de la institución u organización; la puesta en práctica de este principio conlleva a las siguientes acciones: comprensión de la importancia del puesto y su contribución en la organización; las limitaciones en el trabajo deben identificarse correctamente; aceptación de las competencias y responsabilidades en la resolución de los problemas; la actuación debe ser evaluada en función de los objetivos y metas personales; búsqueda activa para aumentar

competencias y oportunidades de mejora; intercambio de conocimientos y experiencias entre equipos y grupos; los problemas y temas de la organización deben ser discutidos abiertamente; obtener una mejor representación de la organización ante los clientes y la sociedad en general.

d) *“Enfoque a procesos”*

Gestionar los recursos y las actividades como un proceso, los resultados deseados se alcanzan más eficientemente, la aplicación de este principio promueve acciones como: utilización de métodos para definir actividades necesarias que permitan lograr el resultado deseado; identificar y medir las entradas y salidas del proceso; seleccionar los clientes internos y externos y otras partes interesadas en el proceso; evaluación de posibles riesgos e impacto de las actividades en los clientes; determinación de responsabilidades claras y generar indicaciones; comprender y medir la capacidad de las actividades claves; considerar en el diseño y gestión de los procesos los recursos para lograr el resultado deseado.

e) *“Enfoque del sistema hacia la gestión”*

La eficiencia y eficacia de una organización mejora cuando se identifica y gestiona un sistema de procesos interrelacionados para lograr el objetivo, poner en práctica este principio permite activar acciones como: identificación de aquellos procesos que afectan un objetivo concreto; estructuración del sistema de la organización para lograr los objetivos de la misma efectiva y eficazmente; interpretar las relaciones interdependientes entre los diferentes procesos del sistema; armonizar los diferentes enfoques e integrar los procesos; reducción de las barreras interfuncionales; determinar las capacidades de la organización y establecer las limitaciones de los recursos; definir cómo deben funcionar las actividades específicas dentro del sistema; mejorar el sistema por medio de la evaluación y la medición.

f) *“Mejora continua”*

Un objetivo permanente de la organización es la mejora continua, aplicando este principio se impulsan las siguientes acciones: aplicación del enfoque consistente a toda la organización para mejorar continuamente; los miembros de la organización deben recibir enseñanza y formación sobre métodos y herramientas de mejoras continuas; el objetivo para cada persona dentro de la organización es realizar una mejora continuamente de productos y procesos; orientar a través de objetivos y establecer medidas para dar seguimientos a las mejoras continua; reconocimiento de las mejoras; promoción de actividades basadas en la prevención.

g) *“Enfoque objetivo hacia la toma de decisiones”*

Con el análisis de datos y la información se logran decisiones efectivas, este principio es fundamental e impulsa acciones como: los datos y la información deben ser precisos y fiables; proporcionar los datos para que sean accesibles a aquellos que lo necesiten; emplear métodos válidos para analizar los datos y la información; tomar decisiones y emprender acciones con base en el análisis de los hechos; considerar la experiencia y la intuición.

h) *“Relación mutuamente beneficiosa con el suministrador”*

Los suministradores y la organización no son dependientes; por lo tanto se requieren relaciones beneficiosas entre ambos para que aumenten la capacidad de crear valor, la materialización de este principio conlleva a las acciones siguientes: lograr equilibrio de relaciones en el menor tiempo; hacer un fondo común de competencias y recursos con los asociados claves; identificar y seleccionar suministradores claves; las comunicaciones deben ser claras y abiertas; toda la información y los planes del futuro deben ser compartidas; establecer actividades conjuntas de mejora; inspirar, animar y reconocer las mejoras y logros de la organización.

3.1.1. 5. La Normalización

La sociedad de hoy día se ve en la obligación de utilizar la “normalización” como una herramienta indispensable en el desarrollo de actividades que garanticen calidad y seguridad en las empresas tal como lo expresa (Cabo J, 2021); el objetivo de la actividad de normalización es elaborar especificaciones técnicas para ser utilizados en forma voluntaria como referencia para mejorar la calidad de cualquier actividad tecnológica, científica, industrial o de servicio. El autor mencionado refiere que:

“La utilización de las normas ayuda al empresario: a la racionalización de sus métodos de fabricación o de prestación de servicios para disminuir sus costos; al aumento de la calidad y seguridad de sus productos; a la preservación del medio ambiente; a la eliminación de barreras técnicas a la exportación en la Unión Europea y en terceros países; y en definitiva, a mejorar todos aquellos factores que le permiten aumentar su competitividad en el mercado nacional e internacional. Estas mismas normas servirán de referencia al usuario o consumidor que podrá exigir su cumplimiento para asegurarse, de esta manera, de la calidad y seguridad del producto adquirido y además diferenciar y comparar ofertas” p. s/p

El desarrollo de los países se ve favorecido con la utilización de las normas, en la economía, el ámbito industrial y el de servicios, internacionalmente existen dos organismos que se dedican a las actividades de normalización, en primer lugar, se encuentra: la “Comisión Electrotécnica Internacional (IEC)” y en segundo lugar está la “Organización Internacional de Normalización

(ISO)", la cual cubre todas las actividades de normalización diferentes a la electrotecnia y electrónica.

Como resultado de la actividad de normalización se encuentran las normas ISO (Organización Internacional de Normalización), EN (Comité Europeo de Normalización) y UNE (Normas Españolas); de allí nace una de las normas más destacada en la gestión "UNE EN ISO 9001", lo cual significa que es una norma realizada a nivel internacional, adaptada a la unión europea y finalmente fue incluida en el sistema español.

3.1.2. Satisfacción en un Servicio Hospitalario: Modelo conceptual Cognitivo-Afectivo

La "satisfacción" del consumidor se fundamenta en estudios de valoración de atributos de los "productos y servicios", se habla entonces de evaluación cognitiva, se confirman expectativas y los juicios de inquietud entre la satisfacción y las emociones generadas por el producto. El concepto de "satisfacción" según el planteamiento de (Arias L, 2019), está relacionado con la saciedad, asociado a una sensación de agrado, el usuario interpreta el "servicio o producto satisfactoriamente".

Recientemente se considera que la "satisfacción" supone una alta activación que puede ser positiva o negativa, haciendo referencia al planteamiento de Oliver, 1980 citado por (Fontova A, 2015), manifiesta la forma cognitiva de interpretar la satisfacción, entendiendo que el procesamiento cognitivo de la información era el determinante más importante de la satisfacción. De tal forma, que desde la perspectiva cognitiva (Arias L, 2019), expresa que: "se considera la satisfacción como una evaluación emocional post-compra o post-uso que es consecuencia de un procedimiento de la información relevante" p.43, los autores que defienden la inclusión del afecto destacan el papel primordial para una adecuada comprensión de la satisfacción.

La propuesta integradora de los constructos cognitivos y afectivos ha ido ganando espacio en el momento de lograr un proceso satisfactorio; de allí que se consideran los resultados funcionales o comparativos que proporciona el servicio o el bien de consumo y la referencia a como ese servicio o ese bien influyen en el afecto. Siguiendo la referencia de (Arias L, 2019), la satisfacción es considerada como una evaluación susceptible de ser cambiada en cada transición, mientras que la calidad del servicio percibida supone una evaluación más estable.

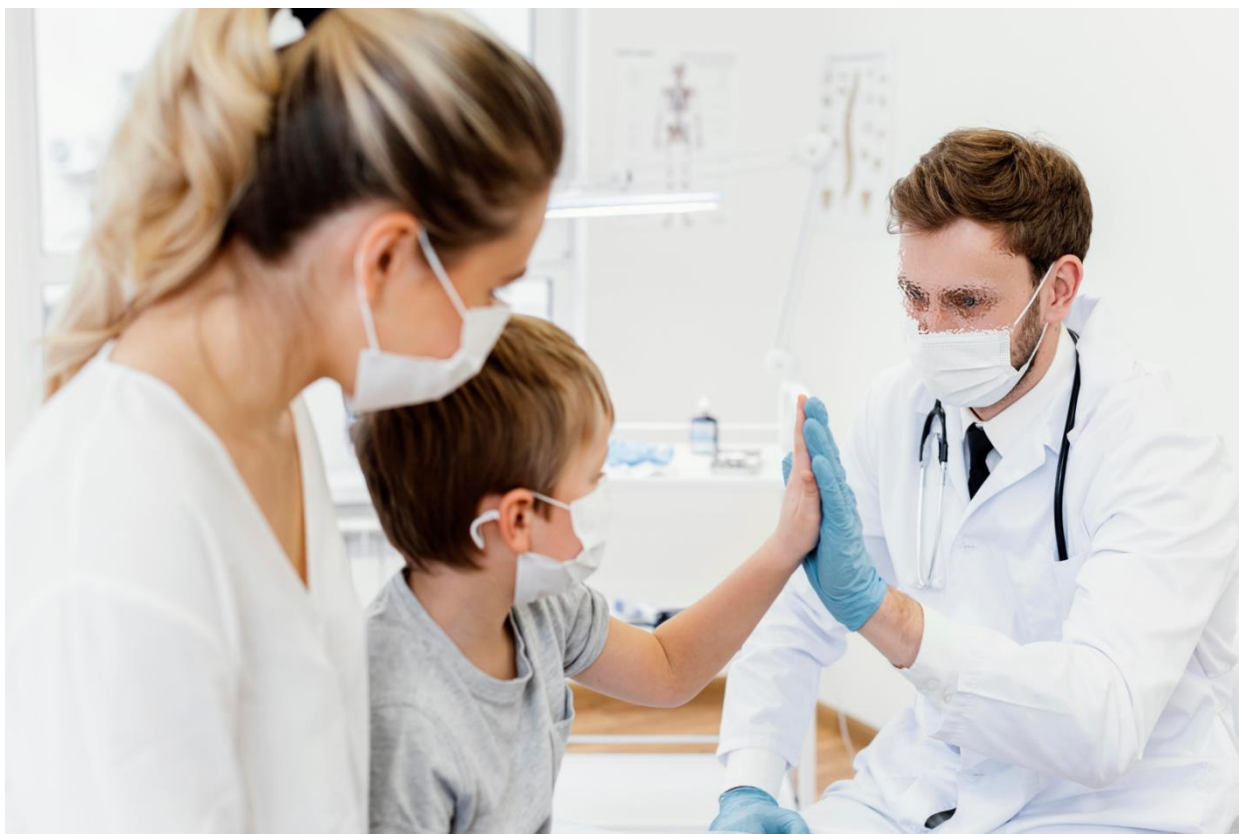
Las organizaciones deben considerar la imagen de calidad entre sus potenciales clientes y cuidar la transición específica, ósea la “satisfacción” de un cliente puede cambiar en un momento determinado por una experiencia que satisfaga su expectativa o una experiencia de insatisfacción. Autores como Martínez, Peiró y Ramos 2001 citados por (Arias L, 2019), “consideran que la calidad del servicio percibida es un antecedente de la satisfacción, por lo tanto, la satisfacción del usuario o consumidor se da a partir del procesamiento cognitivo de la información, también puede ser consecuencia de la experimentación de emociones durante el proceso de consumo”.

En el proceso de satisfacción intervienen los estándares de confirmación que poseen los individuos, marco de referencia utilizado para evaluar los bienes de consumo y los servicios, dentro del modelo de confirmación de expectativas según la referencia de (Arias L, 2019), se aprecia la estructura básica desde tres ópticas:

- ✓ “La satisfacción como resultado de la diferencia entre los estándares de comparación previos de los clientes y la percepción del rendimiento del servicio o bien de consumo. Se incide en el efecto de contraste, apareciendo la insatisfacción cuando el rendimiento es menor de lo esperado, considerado discrepancia negativa” p. 47
- ✓ “Los individuos asimilan la realidad observada para ajustarlas a sus estándares de comparación, la búsqueda de un equilibrio provocaría que los sujetos tiendan a percibir la realidad similar al de sus estándares” p. 47
- ✓ “La propuesta de un modelo actitudinal que incluye una relación directa entre rendimiento percibido y satisfacción, en determinadas situaciones si el servicio o bien de consumo es del agrado de los clientes, estos se muestran satisfechos independientemente de si se confirman o no las expectativas” p. 47

El nivel de implicación, el aspecto tangible y la experiencia clientelar influyen como factores en la capacidad de predicción de una variante donde el rendimiento como la discrepancia determina el grado de “satisfacción”. Al respecto, (Fontova A, 2015), refiere dos aspectos cognitivos en el estudio de la satisfacción: la teoría de la equidad y la atribución causal. De la teoría de la equidad el autor mencionado asume que la satisfacción depende de la comparación costes beneficios que hacen los clientes cuando realizan una transacción y en la atribución causal los clientes identifican las causas de los errores y virtudes de los servicios y bienes de consumo.

Las teorías anteriores agregan aspectos que no se tienen en cuenta en la “confirmación de expectativas y enriquecen la comprensión de la satisfacción”. La inclusión de las emociones en la concepción de la satisfacción es importante en el ámbito de los servicios, (Arias L, 2019), expresa que los “servicios se basan en experiencias, participación o vivencia del consumidor debido que los usuarios se interrelacionan con factores ambientales y con el personal de contacto del servicio”; en consecuencia, el proceso de experiencias subjetivas requiere la implicación de los conceptos cognitivos así como también los emocionales.



3.1.2.1. Modelo Conceptual Cognitivo – Afectivo de la Satisfacción

Integrar variables de índole “cognitivo y afectivo como la disconfirmación y las emociones conforman una estructura conceptual” que integran los antecedentes de la satisfacción, la revisión de la literatura sugiere la importancia del modelo cognitivo – afectivo mediante la incorporación de las intenciones del comportamiento. El planteamiento realizado por (Arias L, 2019), refiere los efectos de la disconfirmación en dos vertientes: “el efecto sobre las dos dimensiones de las emociones y el efecto de la disconfirmación sobre la satisfacción del consumidor” p. 50.

a) *“Disconfirmación – Emociones”*

La “disconfirmación significa que el resultado del servicio es inferior o superior a lo que el consumidor espera, con implicaciones negativas o positivas para la experiencia del servicio”, afirmación referida por Oliver, 1977 citado por (Arias L, 2019), la relación entre la disconfirmación y las emociones se expresa por la magnitud de la primera y la intensidad de la segunda para explicar la satisfacción, en consecuencia, la disminución del resultado del servicio puede causar desagrado y un resultado que exceda las expectativas, proporciona agrado.

b) *“Disconfirmación – Satisfacción”*

Existe una relación causal directa entre disconfirmación y satisfacción, autores como Szymanski y Henard, 2001 citados por (Arias L, 2019), refieren que los “consumidores evalúan sus experiencias e indican su grado de satisfacción como fruto de la comparación entre el resultado percibido con algún estándar anterior al consumo”.

c) *“Efectos de las Emociones”*

Las emociones presentan una diversidad de variables afectivas, autores como Cohen y Areni, 1991 citados por (Fontova A, 2015), explican las experiencias y satisfacciones del consumidor ante los servicios hospitalarios, al respecto, los efectos de las emociones se presentan de forma bidimensional en cuanto a las dimensiones de agrado y activación sobre la satisfacción del usuario. En tal sentido, el afecto desempeña un papel importantísimo en la valoración de la “satisfacción”; por ello “junto al componente cognitivo la satisfacción refleja una respuesta afectiva”.

d) *“Efectos de la Satisfacción”*

Algunos estudios como el de Bloemer y De Ruyter, 1999 citados por (Fontova A, 2015), refieren las emociones como variables moderadas en la relación “satisfacción e intenciones de comportamiento”, todas centradas en intenciones positivas; no obstante, hay que destacar tres consecuencias de la insatisfacción:

- ✓ “Comportamiento de queja”
- ✓ “Comunicación boca – oído negativa o positiva”
- ✓ “Intenciones de cambio”

La referencia formulada por (Fontova A, 2015), destaca la “relación del afecto y las valoraciones cognitivas de la confirmación y disconfirmación con la satisfacción y esta a su vez con las

intenciones de comportamiento”. Existe otra categoría de intención cuando se utiliza un “producto o servicio” dependiendo del momento cuando se ejecuta, de allí que el “consumidor está satisfecho durante el desarrollo del servicio y sus intenciones del comportamiento deben ser congruentes con la satisfacción que expresa”.

Los constructos de calidad de servicio y satisfacción presentan similitudes conceptuales llegando a considerar a ambos como sinónimos según lo refiere Liljander, 1994 citado por (Fontova A, 2015), hoy día son considerados constructos distintos aunque estén relacionados; al respecto el autor mencionado presenta “diferencias y similitudes entre calidad de servicio y satisfacción”:

- ✓ “La satisfacción contiene componentes afectivos y cognitivos, donde la calidad de servicios se vincula a largo plazo y la satisfacción se asocia a un juicio transitorio” p. 55
- ✓ “Los modelos de satisfacción incluyen la variable disconfirmación como constructo cognitivo, mientras que el modelo de calidad de servicio omite la disconfirmación” p.55
- ✓ “La satisfacción está basada en la experiencia con el servicio, en tanto que la calidad de servicio no considera la experiencia, de allí que la satisfacción está centrada en la evaluación post-consumo” p.55
- ✓ “Ambos constructos son el resultado de la comparación entre el desempeño del servicio y algún estándar, no obstante, ambos utilizan diferentes estándares de comparación” p.55

3.2. Organización y Servicios

Hoy día los hospitales están sometidos a una gran exposición social, conjuntamente con el endeudamiento creciente de estas instituciones, la implantación de nuevos modelos de gestión sanitaria y el papel activo de los pacientes en la búsqueda de información actualizada; esta situación ha permitido que las instituciones hospitalarias profesionalicen la gestión de su comunicación, con el fin de lograr diferentes ventajas competitivas. Entre las iniciativas destacan aquellas estrategias de comunicación interna.

La comunicación interpersonal caracteriza el contexto hospitalario entre el profesional de la salud y el paciente, este contexto ha elevado la comunicación interna a nivel de acción estratégica que coadyuva el buen funcionamiento institucional, lo cual se justifica por el alto nivel de jerarquización que presentan las organizaciones hospitalarias. De acuerdo con el

planteamiento de Medina 2011 citado por (Del Río Pérez, J; Medina, P, 2017), refiere la poca tradición comunicativa que unida al marco legal restrictivo dificultan la divulgación de contenido científico propio de los hospitales y el establecimiento de acciones eficaces para obtener una mejor comunicación interna; no obstante, muchos hospitales han potenciado el carácter creativo de su comunicación.

El “Departamento de Comunicación Institucional” que debe tener un hospital desarrolla diversas funciones según lo expresa (Del Río Pérez, J; Medina, P, 2017):

- ✓ “Comunicación interna”
- ✓ “Comunicación externa”
- ✓ “Relaciones con los medios”
- ✓ “Organización de eventos”

Cabe destacar, que entre las funciones comunicativas se encuentra la definición de “Arquitectura de Marca del Hospital” que lleva implícito: “identidad, valores, misión, visión, cultura e imagen”. Generalmente los clientes juzgan la imagen perceptiva de la institución con la imagen real que se vive en ella, en consecuencia, es función del “Departamento de Comunicación Institucional” cohesionar las ideas e influir positivamente en las percepciones de pacientes, periodistas, autoridades públicas, otras; una institución sanitaria como un hospital debe poseer una “identidad corporativa” que refiera al conjunto de manifestaciones culturales y simbólicas que ilustren la esencia del hospital, la cual será transmitida a través de la comunicación institucional e interpersonal para diferenciarlo de otras organizaciones hospitalarias.

La “identidad corporativa” aporta coherencia interna y externa y contribuye a unificar el discurso corporativo en cuanto a la imagen institucional que desea transmitir a lo externo. Definida la “identidad corporativa”, la institución hospitalaria la difunde y mide los efectos de la misma basados en aspectos relativos a:

- ✓ “Comportamiento de la organización”
- ✓ “Conducta de los empleados”
- ✓ “Acciones de comunicación como prensa, eventos, otros”
- ✓ “Símbolos, logos, música corporativa”

Otro elemento que integra la “arquitectura de marca del hospital” son los valores corporativos, los cuales deben ser compartidos por los empleados de la institución para crear confianza y comunidad. La misión corporativa es otro elemento importante, todas las instituciones deben

tener metas, objetivos económicos, sociales y comunitarios. Los autores (Del Río Pérez, J; Medina, P, 2017), expresan que definir la misión ayuda a la institución de diferentes formas:

- ✓ “Mejora el conocimiento que tiene sobre el público (pacientes, empleados) y permite seleccionar a los públicos estratégicos”
- ✓ “Indica las prioridades de la organización: acciones de comunicación, servicios del hospital que hay que dar a conocer”
- ✓ “Señala el tono de la comunicación institucional (técnico, divulgativo)”

Además de la identidad, valor y misión, el hospital define la “visión corporativa” la cual tiene un carácter de largo plazo, siguiendo a (Del Río Pérez, J; Medina, P, 2017), expresan:

“La visión representa un nivel de motivación más profundo que la misión. La misión describe los medios, la visión describe el objetivo y establece una declaración cautivadora de lo que la organización intenta conseguir. La visión indica cuáles son los objetivos económicos, sociales o comunitarios que tiene la institución en el plazo de cinco años o más; se trata de un elemento corporativo que determina todas las acciones de comunicación de la organización y que le ayuda a seleccionar aquellas que realmente contribuyen a alcanzar los objetivos de largo plazo que se ha fijado el hospital. Además de la comunicación corporativa, la visión también determina el trabajo de todos los empleados de la organización, especialmente el de sus directivos” p. 4

El último elemento corporativo que se debe fijar es la “cultura institucional” la cual se basa en el “conjunto de valores, actitudes, comportamientos, formas de ser y de relación de la institución con las personas vinculadas a ella, se trata de crear una cultura de empresa que encuentre un eco en los valores de los empleados con los cuales estén identificados” p.4. El “departamento de comunicación” debe promocionar la “cultura institucional” como elemento importante para desarrollar el sentimiento de pertenencia en los empleados del hospital y lograr que se sientan orgullosos de trabajar en la institución a la que pertenecen, logrando transmitir ese sentimiento a pacientes y familiares.

La “arquitectura de marca” de un hospital incluye otro elemento como es “la imagen”, la misma está formada según Nieto 2008 citado por (Del Río Pérez, J; Medina, P, 2017), por impresiones reales constituidas por una mezcla entre impresiones personales, comunicación interpersonal y comunicación de los medios masivos. La “imagen de marca” ayuda a la organización a cumplir con los objetivos siguientes, según lo establece (Del Río Pérez, J; Medina, P, 2017) p.5:

- ✓ “Resaltar la identidad”
- ✓ “Definir la cultura”
- ✓ “Construir la personalidad”

- ✓ “Reforzar el trabajo en equipo”
- ✓ “Atraer a los trabajadores”
- ✓ “Motivar a los inversores”
- ✓ “Evitar las crisis”
- ✓ “Impulsar los nuevos productos”
- ✓ “Relanzar la empresa”
- ✓ “Generar una opinión pública favorable”
- ✓ “Reducir los mensajes involuntarios”
- ✓ “Optimizar las inversiones en comunicación”
- ✓ “Acumular reputación”
- ✓ “Atraer a los clientes”
- ✓ “Reinventar el futuro”

La “comunicación corporativa” incluye el conjunto de actividades de gestión y organización de las comunicaciones externas e internas para difundir información variada con el objeto de mejorar la organización a la hora de actuar. El “Departamento de Comunicación Institucional” asume la misión de profesionalizar la gestión de la comunicación generando varias ventajas para el centro hospitalario, según lo afirma (Del Río Pérez, J; Medina, P, 2017), p.5:

- ✓ “Ayuda a los empleados a establecer lazos sociales entre ellos y a mejorar sus relaciones profesionales y personales”.
- ✓ “Influye positivamente en la capacidad del profesional de la salud para solucionar los problemas médicos que tiene el paciente”.
- ✓ “El tipo de comunicación interpersonal que este profesional establece con el paciente puede repercutir directamente en los resultados físicos y psicológicos que este último obtenga con el tratamiento médico, así como en los errores médicos y en las malas prácticas profesionales”.
- ✓ “Ayuda a las organizaciones a crear y desarrollar su reputación corporativa, la cual puede definirse como una auténtica evaluación que los grupos de interés hacen de una organización”.

3.2.1. Comunicación Intrahospitalaria

En cualquier organización o institución la “comunicación interna” es un factor determinante para lograr un buen desempeño, para un centro hospitalario es vital un constante intercambio de información ya que permite un propósito comunicativo que orienta el sentido de la

comunicación. Cuando se planifica la comunicación el resultado es más efectivo, en un centro hospitalario es un factor que puede determinar la vida o muerte de un paciente, también influye en la aplicación de los tratamientos a fin de que sean suministrados cumpliendo la dosis correspondiente.

En un equipo médico la “comunicación interna” garantiza el buen funcionamiento de los procesos, por ejemplo, la realización de una cirugía, en cualquier institución sanitaria sobre todo en los hospitales públicos, la gestión se plantea de forma diferente a la de otras organizaciones o empresas. Los centros hospitalarios presentan estructuras complejas y requieren respuestas en el menor tiempo posible, de allí la importancia de la eficiencia de la comunicación interna en este tipo de instituciones.

A nivel de comunicación hospitalaria, los directivos o la gerencia se han preocupado por mejorar la calidad comunicativa en los hospitales, es por ello que se habla de “comunicación interna”, esto con el fin de mantener los canales de comunicación activos y alineados con el logro de los objetivos. Al respecto, la “comunicación interna” de un hospital según el planteamiento de (SEISAMED, 2019), debe enfocarse en objetivos como:

- ✓ “Comunicar indicaciones, normas e instrucciones ante situaciones determinadas”.
- ✓ “Implicar a las personas en los objetivos institucionales y en la distribución de roles y funciones”.
- ✓ “Multiplicar los avances en calidad y seguridad, realizar una gestión efectiva del conocimiento”.
- ✓ “Consolidar la reputación del hospital”.
- ✓ “Evitar que el personal médico se entere por medios ajenos de lo que pueda estar pasando dentro del propio hospital”.

Considerando los objetivos anteriores, la fluidez de los espacios y las respuestas rápidas, todos ellos contribuyen en lograr el ingreso económico de la institución, debido a la valoración positiva de los pacientes. La referencia que hace la Revista (SEISAMED, 2019), expresa:

“Aquí se habla de detalles sobre el contexto, propósitos, estrategias, planes, valores o resultados que se esperan compartir entre personal médico y administrativo. Así como el qué, quién, cómo y con qué resultados y condicionantes se debe actuar en una situación dentro del centro. La comunicación interna puede ser una herramienta que haga más sencilla la incorporación de profesionales nuevos, estudiantes y pacientes al centro, además de la capacidad de atención que obtendrán por parte de los pacientes. Esto se complementa con saber en dónde encontrar,

cómo compartir y quién posee el conocimiento específico para una situación en particular, cuestión que es atractiva para quien busca calidad” p.3

Así mismo, en todo proceso de “comunicación interna” se presentan barreras las cuales inciden en la efectividad, en una institución hospitalaria se deben resolver una serie de barreras con acciones según la referencia de (SEISAMED, 2019) p.4

- ✓ “Confundir la cantidad con la calidad de la información: aquí se habla de codificar y decodificar la información, es decir, utilizar códigos específicos capaces de sintetizar el contenido para poder agilizar el trabajo y así evitar saturar los canales informativos”.
- ✓ “En los hospitales es muy frecuente que los profesionales sanitarios se identifiquen más con su departamento o unidad antes que con el hospital. Básicamente, a través de esto se pierde la codificación al momento de hablar en pro a los beneficios o requerimientos del hospital”.
- ✓ “La comunicación interna va más allá de compartir unos valores y una imagen corporativa determinada, cuestión que se convierte en obstáculo al saturar con símbolos y códigos la información por medio de los canales y receptores”.

La fluidez y profesionalismo de cualquier centro hospitalario se debe a la “comunicación interna” que el mismo posee, en un centro de salud o en un hospital público una “comunicación interna” bien llevada mejora el desempeño del personal administrativo y médico. En consecuencia, cuando se responde rápidamente preguntas que tengan especificidades o información partículas permite valorar en forma positiva el mejoramiento institucional.

En un hospital o centro de salud hay que considerar los beneficios y obstáculos que genera la “comunicación interna hospitalaria” en beneficio de la vida de un ser humano, al respecto (SEISAMED, 2019), expresa:

“El tema de la comunicación interna es darle sentido a la importancia de la comodidad, respuesta y eficiencia del paciente, para ello es sumamente recomendable atender a profesionales que logren, o conozcan, las maneras más propicias para poder comunicarse sin emitir tantas palabras, sonidos o señales, de esta manera muchos pacientes podrán mantener la calma sin saber qué estará pasando” p.7.

En los hospitales la comunicación es un elemento estratégico y directivo que complementa las actividades de gestión como procesos internos de trabajo, direccionalidad de los resultados y logro de los objetivos; el gerente hospitalario debe ser un buen gestor en el proceso de comunicación desarrollado dentro de la institución, en virtud que ésta es la esencia en el

funcionamiento del hospital. La comunicación intrahospitalaria presenta varias características según lo establecido por (Del Río Pérez, J; Medina, P, 2017):

- ✓ *“La comunicación entre empleados y entre pacientes y empleados: los hospitales funcionan como empresa de servicios que presentan un gran número de empleados y a su vez tienen contacto directo con el cliente (paciente y familiares)”.*
- ✓ *“El mensaje transmitido en la comunicación intrahospitalaria: requiere un retorno, es decir es un proceso bidireccional en todos los niveles de la organización”*
- ✓ *“La comunicación interna permite al hospital: potenciar los servicios de bases como es la atención que brinda al paciente”.*
- ✓ *“La comunicación permite: el logro de objetivos precisos que se traducen en realidades tangibles y económicas”.*

Los empleados y pacientes de una organización hospitalaria en su conjunto, requieren de una gestión estratégica de comunicación que les permita conocer bien la institución donde trabaja, lo cual influye positivamente para lograr mayor competitividad y rendimiento. Aquellas instituciones que saben comunicar su “promesa de marca” a los empleados, logran ser eficaces, de allí que (Del Río Pérez, J; Medina, P, 2017), afirma:

“Un tipo de comunicación que favorece o promueve relaciones eficientes entre las personas que configuran los públicos internos de una organización y que genera la confianza necesaria para coordinar adecuada y responsablemente todos los recursos disponibles en la consecución de la misión compartida. Su objetivo es mejorar la calidad del trabajo de la organización y llevar a cabo con mayor perfección la realización de su misión” p. 6

La “comunicación interna” aporta conocimiento a los empleados, aspecto fundamental para alinear a los trabajadores del hospital en la consecución de objetivos comunes, también permite establecer sinergias entre las estructuras jerárquicas. En consecuencia, también el “Departamento de Comunicación Interna” tiene como responsabilidad la promoción de diferentes opciones formativas entre los empleados. La comunicación intrahospitalaria influye positivamente en el ambiente de trabajo, contribuye con la motivación del empleado mejorando la alineación entre capital humano y estrategia para dinamizar la organización. Un ambiente agradable contribuye con los cambios organizacionales dentro de los hospitales, cabe destacar que una buena “comunicación interna” contribuye a establecer relaciones sociales satisfactorias entre todos los empleados.

La gestión profesional de la comunicación institucional, influye en la satisfacción del paciente con el servicio médico ofrecido por el hospital, según el planteamiento de (Del Río Pérez, J;

Medina, P, 2017), las actividades de “comunicación interna” en un hospital son determinantes a la hora de mejorar la calidad del servicio; los pacientes valoran positivamente el conocimiento científico que poseen los profesionales de la salud, pero también valoran que estos profesionales dispongan de habilidades de comunicación interpersonal, lo cual permite al paciente formular preguntas sobre su patología y mejorar la adhesión al tratamiento médico establecido.

La gestión profesional de la “comunicación interna” repercute positivamente en todo el conjunto de la organización hospitalaria, los hospitales se interesan por las necesidades clínicas y no clínicas del paciente, para ello recurren a la comunicación interpersonal establecida entre pacientes y profesionales de la salud. Es necesario que dichos profesionales se conviertan en “observadores estratégicos” capaces de identificar las diferentes necesidades de los pacientes; todo ello gracias a una buena “comunicación interna” y un clima de dialogo, facilitando al empleado desarrollar sus capacidades para convertir la estrategia en acciones concreta.

Actualmente las empresas se enfrentan a escenarios de innovación y creatividad como claves para establecer y mantener la comunicación, ya que gracias a la tecnología desaparecen los límites geográficos e idiomáticos, lo cual obliga a las organizaciones a mejorar el enfoque creativo que utilizan en sus enfoques de comunicación, el planteamiento de (Del Río Pérez, J; Medina, P, 2017), establece:

“La comunicación interna tiene por objetivo dinamizar la organización hospitalaria, hacerla más eficaz y, sobre todo, ayudar a dicha organización a construir la marca, desde dentro hacia afuera. Para ello, resulta clave que los profesionales de la comunicación interna incorporen a su lógica profesional algunos de los principios propios de la creatividad publicitaria. El recurso a la creatividad puede ayudar a los hospitales a implantar en su comunicación interna un tono comunicativo que interpele a los empleados de la organización. La creatividad, es un proceso dinámico en el que los agentes o grupos de agentes construyen productos creativos a través de interpretaciones negociadas de significado simbólico en un determinado contexto” p. 8

Los consumidores activos y conectados conforman la nueva cultura de la comunicación, las organizaciones hospitalarias tienen que reinventarse constantemente para poder satisfacer las necesidades reales de sus pacientes y empleados. En este nuevo contexto los responsables de la organización intrahospitalaria deben considerar las “palancas de cambio” que la creatividad aporta a este escenario, en el planteamiento de (Del Río Pérez, J; Medina, P, 2017), se describen: “utilidad, conectividad, transparencia co-creación, humanización, emoción, digital” p. 9

Tabla 4. Palancas de cambio

“Utilidad”	“Hoy día los hospitales presentan una comunicación ascendente, descendente y horizontal, la comunicación interna debe aportar algún tipo de funcionalidad, que mejore las relaciones que el hospital establece con los pacientes y empleados”
“Conectividad”	“La institución debe priorizar las acciones de comunicación interna que faciliten la conectividad, es fundamental que los hospitales aporten herramientas para ayudar a los empleados a difundir sus opiniones y potenciar la influencia de la comunidad hospitalaria a través de internet”
“Transparencia”	“Los hospitales deben implantar acciones de comunicación interna que demuestren con hechos y con datos el deseo de transparencia que haya en la organización, ser transparente significa responder de forma abierta a todo lo que se dice sobre los productos y servicios a través de una plataforma activa, proporcionando a la persona acceso directo”
“Co-creación”	“Las múltiples plataformas digitales ha hecho que el consumidor desee participar activamente en la vida de la organización y se convierta en un prosumidor. Los hospitales deben implicar a los empleados en el desarrollo de productos e iniciativas empresariales”
“Humanización”	“La comunicación interna hospitalaria debe tener la capacidad de conectar con todas las facetas del empleado de tal forma que pueda contribuir al desarrollo profesional y personal. La creatividad publicitaria está obligada a presentar ideas arraigadas en verdades humanas, estas ideas deben estar basadas en valores compartidos”
“Emoción”	“Este aspecto es fundamental para que el hospital conecte con su público interno, la emoción puede ser consciente o inconsciente y es el indicador que permite evaluar la eficacia de la publicidad. Es importante la faceta emocional, es decir aportar un contenido que ayude al empleado a darse cuenta de la misión que cumple en la institución”
“Digital”	“La institución hospitalaria debe priorizar las herramientas interactivas que ayuden a estar en contacto con los empleados, la revolución digital ha hecho posible que se desarrolle y difunda contenido en tiempo real sin intermediarios. Este nuevo contexto exige a los hospitales adaptar la comunicación interna a las nuevas necesidades y lenguajes de los empleados con herramienta digitales de la revolución tecnológica”

Fuente: Elaboración propia 2021. Con base en información de (Del Río Pérez, J; Medina, P, 2017). <http://mediterraneacomunicacion.org/>. DOI: <http://dx.doi.org/10.14198/MEDCOM2015.6.2.12>

Es fundamental para el éxito interpersonal el desarrollo de habilidades comunicacionales, la comunicación organizacional se traduce en tres dimensiones según lo planteado por (Ramírez R; Hugueth A., 2017), “humana, estratégica e instrumental”. La dimensión humana mejora la comunicación interpersonal y su objetivo es “lograr el respeto y entendimiento entre el público

y la organización”; la dimensión estratégica entiende la comunicación como un elemento inherente que añade valor a la organización; la dimensión instrumental se refiere a las herramientas para transmitir información.

Para garantizar la comunicación y sus dimensiones, los autores (Condeza A; Bastías G; Valdivia G; et al., 2016), refieren que es preciso analizar las necesidades de comunicación que presenta el público allegado a las organizaciones; la formulación y adaptación de un modelos de comunicación permite que se logren con eficiencia las funciones asignada a través de un dialogo productivo.

El planteamiento de (Cuestas Santos, A., 2015), demanda a las organizaciones una actitud abierta, receptiva a las necesidades de los grupos de interés para construir colectiva, ente beneficios para todas las partes. Organizaciones interesadas en mejorar la efectividad de su gestión según lo refiere (Ramírez R; Hugueth A., 2017), han conseguido en la comunicación:

“Una herramienta gerencial que les permite mantener grupos de trabajo integrados, cumpliendo con los objetivos planificados a través de una comunicación productiva. En tal sentido, la comunicación productiva como modelo propone una nueva manera de percibir y vincularse en el proceso de comunicación en la institución, buscando innovación y mejoras de los hábitos del ser humano en el análisis del intercambio e interacción de los mensajes socializados, interesándose en la retroalimentación activa como capacidad para optimizar positivamente la retroalimentación, garantizando la efectividad de gestión de los procesos de la misma” p.10

Al respecto, la comunicación permite el intercambio de información entre dos o más personas, donde se transmiten y se reciben significados, las organizaciones hospitalarias se estructuran en áreas interdepartamentales que realizan un trabajo interconectado, vistos como sistemas abiertos. En una institución la comunicación abarca diferentes actividades que van desde las conversaciones telefónicas hasta los sistemas de información complejos.

La comunicación organizacional en los últimos años ha avanzado de manera significativa, (Palacios J., 2014), refiere que el surgimiento de diferentes perspectivas y enfoques la visualizan como un fenómeno nuevo en las interacciones humanas que posibilita numerosas transformaciones. El proceso comunicacional constituye un elemento clave en la gestión de las instituciones ya que impacta en la cultura y en el clima organizacional, además afecta indicadores de excelencia como productividad y calidad.

Las organizaciones de salud pública deben propiciar una efectiva gestión basada en indicadores de elemento humanos y dirección, los cuales deben ser utilizados para que el proceso sea

analizado integralmente, consolidando la efectividad del servicio. Al respecto, (Prieto R; Burgos C; García J; Rincón Y., 2016), explica que:

“La comunicación organizacional desde la dimensión interna se considera imprescindible para desarrollar procedimientos de manera asertiva que garanticen la satisfacción de los colaboradores internos en el desarrollo de sus labores o funciones; la aplicación de una comunicación interna efectiva afianza la identidad de los colaboradores, su sentido de pertenencia y compromiso lo cual debe ser un reflejo en la calidad de servicio prestado” p.108.

Cuando el personal de una institución de salud pública, se integra con un estilo de comunicación, se logran equipos de trabajo colaborativos con un alto desempeño interdepartamental llegando a utilizar medios masivos de comunicación. Estos medios masivos cuando son utilizados extienden los horizontes de mercado, hoy día se está hablando de la “integración de la tecnología de las comunicaciones en las organizaciones de salud pública”, en consecuencia (Félix Mateus A., 2014), refiere:

“La función de información de la comunicación se sustituye por una función de la transmisión del conocimiento en la empresa interna y externamente. La explosión de la tecnología ofrece nuevas herramientas para crear y compartir. La comunicación ahora también puede realizarse en entornos virtuales. La comunicación favorece la motivación porque les aclara a los individuos lo que deben hacer, qué tan bien lo están haciendo y cómo podrían mejorar si su rendimiento fuera insatisfactorio” p.196.

Las organizaciones establecen los canales formales de la comunicación y todos los mensajes transmitidos se relacionan con las actividades profesionales siguiendo la cadena de autoridad de dicha organización; también existen los canales informales, los cuales son espontáneos y surgen como respuestas a las decisiones individuales.

3.2.2. Procesos Intangibles de los miembros de la organización (habilidades, valores y actitudes)

Los esquemas empresariales se han visto afectados en el desarrollo de la productividad, el auge de las “Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC)”, permiten a las empresas u organizaciones adaptarse a los nuevos consumidores y realidades socioeconómicas, buscando una renovación a través de cambios que les permitan lograr los objetivos. Los cambios organizacionales del siglo XXI, según el planteamiento de (Pacheco Rodríguez, M. G., & Cabrera Méndez, M., 2020), son abiertos y se orientan hacia la gestión de elementos intangibles:

- ✓ “Representación, imagen y marca”
- ✓ “La gestión del talento”

- ✓ “El conocimiento compartido”
- ✓ “La gestión estratégica”

El nuevo modelo de gestión se sustenta en paradigmas que resuelven problemas organizacionales por medio de innovadores y creativos sistemas, el “Modelo Intangible” se sustenta en la evolución del conocimiento humano; el cambio de modelo involucra relaciones y experiencias humanas que son alteradas por la revolución digital. El dinamismo y la flexibilidad son características de los procesos intangibles, presentan mayor capacidad holística y descentralización de empresas; pueden obtener un crecimiento más rápido entre redes, emprendedores y nuevos mercados según referencia de (Pacheco Rodríguez, M. G., & Cabrera Méndez, M., 2020).

Los procesos intangibles son de naturaleza inmaterial, es por ello que se dificulta cuantificar su impacto, en la toma de decisiones estos elementos son de suma importancia; en los nuevos paradigmas científicos, económicos y sociales los valores inmateriales se introducen con facilidad, es por ello que los activos intangibles son valorados e insertados de forma gerencial y contable en las diferentes empresas y organizaciones. Los activos intangibles se relacionan con áreas tradicionales, según la afirmación de (Pacheco Rodríguez, M. G., & Cabrera Méndez, M., 2020), tales como:

- ✓ “Capital humano”
- ✓ “Capital relacional”
- ✓ “Capital corporativo”

Para lograr un impacto favorable en el desarrollo de una institución, los activos que posee deben estar relacionados con conceptos de relevancia como: “marca, cliente fidelizado, patentes, derechos de autor, recursos humanos, cultura corporativa”. Los procesos intangibles son el resultado práctico en la búsqueda de respuestas a las necesidades para mejorar la organización; se identifican con la capacitación de los mercados para acceder a los avances tecnológicos; las organizaciones están avanzando hacia cambios radicales, creando así un escenario que permita afrontar situaciones difíciles cuando estas se presenten, de allí la importancia de la capacitación para comunicar eficazmente ante el público, activar el aspecto emocional, establecer relación continua, fiel y satisfactoria.

El escenario de la transformación digital a ha creado espacios de diálogo entre las organizaciones, haciendo énfasis en la marca interna para la construcción de la imagen y reputación, al respecto, (Pacheco Rodríguez, M. G., & Cabrera Méndez, M., 2020) expresa:

“Se ha pasado de tener un control sobre lo que se dice, a quién y en qué canal, a dar un paso adelante para formar parte de la conversación que se genere entorno a la marca, este nuevo escenario plantea retos distintos, así como audiencias más diversas e informadas; si en la organización se tiene empleados y profesionales más informados se encontrarán más comprometidos y motivados. Se trata en realidad de una suma de tres factores claves: la experiencia de clientes internos y externos, la coherencia entre lo que se hace y lo que dice la institución y finalmente lo que otros dicen” p. 399.

Las organizaciones deben proyectarse de forma positiva dentro y fuera de la institución, gestionando su identidad a través de la comunión interna, los colaboradores deben ser parte activa para conocer, interpretar y adoptar los valores de la cultura corporativa de la marca. Con esto se logra el orgullo de pertenencia y se fomenta la colaboración dentro del proceso, los parámetros para la creación de la marca interna referidos por (Pacheco Rodríguez, M. G., & Cabrera Méndez, M., 2020) son:

Tabla 5. Parámetros de Creación de Marca

“Saber (Conocimiento)”	“Sentir (Interiorización)”	“Hacer (Experimentación)”
“Se orienta a difundir los principios de marca y valores de la cultura corporativa que se asientan en ellos”.	“Se relaciona a lograr que los miembros de la organización entiendan y hagan suyos los principios y valores corporativos”.	“Se enfoca en diseñar acciones que hagan posible que los colaboradores experimenten y vivan dichos valores y principios”.

Fuente: Elaboración propia 2021. Con base en información de (Pacheco Rodríguez, M. G., & Cabrera Méndez, M., 2020).

La imagen de una institución debe ser gestionada porque es el reflejo de la entidad, de los signos que la identifican y además facilita una determinada percepción de la misma, debe ser el resultado de un plan estratégico. En tal sentido, la imagen debe trascender positiva o negativamente, ella es “la impresión total que una organización genera en su público”. El planteamiento de (Armendáriz, C. et.al, 2015), expresa que:

“El objetivo de la Imagen Corporativa es mantener la presencia de la empresa en la mente del consumidor, aumentar las ventas, crear reconocimiento y prestigio a la empresa, y que su logotipo logre respaldar campañas publicitarias, fomentar la publicidad espontánea y reducir costos de publicidad” p. 997.

En consecuencia, la percepción de lo que se ve, se entiende y se siente de algo es “la imagen”; ósea es la percepción de los sentidos ya sea personal o empresarial, la imagen debe lograr el objetivo de ser reconocida y recordada positivamente por mucho tiempo. (Armendáriz, C. et.al, 2015), menciona los factores que identifican una imagen corporativa:

- ✓ “*El Producto*: puede ser cualquier bien fabricado o servicio proporcionado, que tiene en sí influencia intrínseca”.
- ✓ “*El Ambiente*: en una empresa es apreciado por su infraestructura, oficinas, o fábricas, lo que le da al público y a la empresa en sí una percepción clara de sí misma”.
- ✓ “*La Comunicación*: no suele ser expresada de la manera tradicional entre emisor y receptor, sino que se realiza a través de la presentación del producto ya sea por su tipo de embalaje, envoltura, o la forma como se le promociona”.
- ✓ “*El Comportamiento*: proviene de la manera en la que el servicio es presentado, de cómo las personas se desenvuelven, más que del producto en sí”.

Otro aspecto intangible que proporciona valor a la empresa u organización es el “talento humano”, un ambiente laboral dinámico contribuye con el desarrollo del talento de las personas; estas se comprometen con su trabajo y los resultados son positivos. Al respecto, (Lablanca, I, 2015), explica:

“Que el talento individual tiene tres componentes: capacidad, compromiso y acción. La capacidad se refiere al conjunto de comportamientos, habilidades, aptitudes y competencias; el compromiso se refiere al grado de involucración hacia la institución y por último la acción se presenta como la acción necesaria para conseguir resultados, es la rapidez o velocidad para adaptarse a los continuos cambios surgidos en el entorno” p.401

El socio estratégico de una empresa es el talento humano de sus trabajadores, ellos desarrollan estrategias exitosas adaptadas a un entorno cambiante; en consecuencia, el talento humano requiere formación continua para su desarrollo personal y profesional, lo cual tendrá impacto en su desempeño laboral dentro de la organización. Las diversas aplicaciones del talento humano contribuyen con el éxito de la gestión de una organización, de allí que cada uno es valorizado conjuntamente con la tecnología, ahora los nuevos modelos organizacionales están centrados en los aspectos culturales, éticos y morales como parte de los procesos intangibles.

En el ámbito organizacional Llobell 2015 citado por (Pacheco Rodríguez, M. G., & Cabrera Méndez, M., 2020), la reputación empieza por la integridad de la gerencia, quienes deben mantenerse en forma transparente en el ámbito interno (empresa) y externo (sociedad). La responsabilidad de guardián de la comunicación de una empresa recae sobre el director que ejerce dichas funciones; en una empresa se presentan dos tipos de reputación: “corporativa y

de marca”, una marca con reputación debe ser coherente con la promesa pública y el comportamiento corporativo.

Hoy día es necesario recuperar la confianza en las instituciones y en el gobierno, la cual se ha venido perdiendo, es vital rescatar la reputación en la gestión de las instituciones y sus relaciones con todos los agentes sociales, en función de los cambios de valoración de los ciudadanos. El planteamiento de Velázquez 2012 citado por (Pacheco Rodríguez, M. G., & Cabrera Méndez, M., 2020), expresa que:

“Ética es la actividad de examinar los estándares morales de uno mismo o los estándares morales de la sociedad, y de preguntarse cómo se aplican éstos a nuestras vidas y si son razonables o irrazonables, esto es, si se hallan sustentados por buenas o por malas razones” p. 402.

El conjunto de normas morales que orientan el comportamiento de una persona en los diferentes aspectos de su vida se denomina “ética”, referencia realizada por (Real Academia Española. RAE, 2019). En la ética están implícitos los estándares sociales que rigen una actitud armónica entre todos. Las personas deben reconocer las consecuencias de sus actos, las acciones permitidas o no están interconectadas y repercuten en el entorno social y laboral; las organizaciones conocen lo que hace o deja de hacer un trabajador, así como también las reacciones positivas o negativas que se generan de las acciones realizadas.

El uso de la ética involucra la confiabilidad de las fuentes de información, la veracidad y el impacto de la misma a través de la comunicación interna, de allí que las organizaciones son portavoces de los valores institucionales basados en “moral y ética”, promovidos por una efectiva comunicación. Ante los cambios de esta nueva era, las empresas se basan en dos pilares fundamentales: “la ética y la sostenibilidad”, el planteamiento de (Pacheco Rodríguez, M. G., & Cabrera Méndez, M., 2020), refiere las causas de la ética:

- ✓ “Una sucesión de catástrofes acaecidas en las últimas décadas”
- ✓ “El nuevo modelo económico del capitalismo”
- ✓ “El fenómeno de la markética (es una mezcla entre marketing y ética)”
- ✓ “La implicación creciente de los recursos humanos en la vida de la empresa”

Las organizaciones obtienen legitimidad por un comportamiento sostenido en valores reales, valores que no se quedan en el discurso, sino que se materializan en acciones concretas como:

- ✓ “Un medio ambiente bien cuidado”

- ✓ “Tratar a los empleados en forma justa y otorgarle los beneficios que como tal les corresponden”
- ✓ “Ofrecer productos y servicios de calidad”

Para Pérez 2007 citado por (Pacheco Rodríguez, M. G., & Cabrera Méndez, M., 2020), refiere que:

“Los miembros de la institución son los que transmiten los valores y principios con los que se deben actuar a través de una comunicación interna efectiva, lo que asegura un buen desempeño laboral, lealtad y compromiso, que a su vez se refleja en la productividad, eficiencia, identidad entre otros. Si la comunicación interna es clara y precisa, fácil será emitir los parámetros morales con los que deben actuar los miembros de una organización” p.403.

Cuando la comunicación es veraz e integra genera confianza y credibilidad, siempre y cuando se logre sinergia entre los patrones de comunicación, el mensaje y las acciones realizadas de acuerdo con la cultura organizacional de la institución. Es importante visualizar que sus trabajadores practican y promueven los valores como: “lealtad, honestidad, responsabilidad, justicia y solidaridad”. El reflejo de una comunicación poco efectiva genera desconfianza y falta de credibilidad, ello debido a posturas equivocadas referidas por (Pacheco Rodríguez, M. G., & Cabrera Méndez, M., 2020), las cuales se mencionan:

- ✓ “No brindar explicaciones del porqué de la toma de decisiones”
- ✓ “Limitar la información sea buena o mala”
- ✓ “Mala utilización de recursos informacionales”
- ✓ “Falta de inversión en canales de comunicación efectiva”
- ✓ “Propician entre los participantes acciones deshonestas como las que se describen a continuación:
 - “No denunciar anomalías”
 - “No poder interactuar con libertad”
 - “Dar a conocer información reservada de la empresa”
 - “Recibir o dar regalos de y hacia los clientes”

La sociedad establece normas o códigos que rigen la conducta humana, estos crean y fomentan compromisos, no obstante, estos compromisos deben ser de manera individual y consciente, más no impuestos; el empoderamiento de los principios de cultura empresarial, conlleva la puesta en práctica de los mismos como desafío para todos los que integran la institución.

Realizar cualquier actividad humana requiere ética, de lo contrario no se pueden conocer los valores, es necesario la congruencia entre discurso y acción. El planteamiento de (Villatoro, I, 2015), establece que:

“La ética juega un papel importante en el desarrollo de normas y códigos, mediante los cuales los miembros de las organizaciones y en primer orden los directivos deben poner en práctica para fomentar en los demás los valores y principios a emular. Los valores son cualidades que forman parte del ser humano, pues sin el ser humano estos no existirían. Cada uno de los valores tiene su contraparte que a la vez están ordenados jerárquicamente” p. 404.

También se introduce el concepto de “valores empresariales”, donde se hace referencia a la ética y la dirección por valores, esto conlleva a la realización de acciones responsables con la sociedad y el ambiente, la incentivación del éxito profesional y el desarrollo del talento humano en forma ética y eficiente. La referencia formulada por Campomanes 2013, citado por (Pacheco Rodríguez, M. G., & Cabrera Méndez, M., 2020), establece tres objetivos empresariales:

- ✓ “*Económicos: orientados a resultados*”
- ✓ “*Emocionales o de desarrollo: se refieren al bienestar del personal*”
- ✓ “*Éticos: encierran los valores implantados en cada ser*”

La mejor empresa u organización es aquella que demuestra compromiso con los valores empresariales, esto se logra con la motivación de los clientes y colaboradores para que entreguen todo su esfuerzo en cada tarea realizada; las conductas no se dictan, pero se pueden establecer estándares y dar ejemplo. El cumplimiento de los valores se logra a través de la comunicación por medio de placas, carteles, correos, reuniones y cualquier otra actividad motivadora.

Actualmente las empresas se preocupan por mantener comportamientos corporativos con el fin de proyectar una reputación positiva, de allí nace el concepto de “Responsabilidad Social Corporativa (RSC)”, esta se entiende como una colaboración dinámica y espontánea de las instituciones con el fin de mejorar el aspecto social, económico y ambiental del entorno social en donde se desarrolla; promueve su competitividad y le agrega valor añadido, en tal sentido, Fernández 2011 citado por (Pacheco Rodríguez, M. G., & Cabrera Méndez, M., 2020), refiere:

“El principio fundamental de la Responsabilidad Social Corporativa es el de fomentar una relación transparente, creíble y fluida con los clientes, empleados, proveedores, socios, accionistas, administraciones públicas, comunidad local, ONGs, en cumplimiento de un mandato implícito de atender las necesidades de los grupos de interés de su entorno” p. 404.

Destaca la importancia de que ahora las empresas deben incorporar la RSC en la gestión de sus negocios en forma estratégica, sistemática y sostenible. (Montserrat Tarrés, 2016), destaca que la “herramienta capaz de permitir una mejor imagen y reputación es la inversión social”, el desarrollo de la conciencia corporativa supone un dialogo continuo entre todas sus áreas y las personas que conforman la organización. El cumplimiento de la “Responsabilidad Social Corporativa”, permite aportar mayores beneficios al entorno social, considerando que la prescripción de la marca se lleva en las redes sociales y se agrega al personal para que gocen de buenas condiciones laborales.

La RSC es vital es vital para las organizaciones empresariales les permite alcanzar sostenibilidad, diferenciación y competitividad, a su vez, produce valores reconocidos por los grupos de interés y se consolida en todos los sectores formando parte del discurso de la organización y del discurso social. El planteamiento formulado por (Montserrat Tarrés, 2016), expresa:

“La comunicación de la RSC no tiene sentido si la empresa no es responsable, se deben hacer las cosas bien y luego contarlas. La responsabilidad financiera, medioambiental y social es un elemento cada vez más importante de la adecuada dirección y gobernanza de las compañías, y deben pasar a ser el referente de la misma; compartir las estrategias de RSC con los interlocutores de las organizaciones es el modo de generar vínculos, compartir el compromiso y tener el reconocimiento social que la RSC demanda. Es fundamental que las compañías emprendan líneas de trabajo encaminadas a desarrollar prácticas de RSC en todas las actividades transversales de la empresa; creando códigos de conducta, políticas de civismo empresarial y planes estratégicos de acción social, las compañías pueden fomentar la participación activa de todos y cada uno de sus empleados llegando a un punto en que son los propios empleados los que demandan cada vez más una implicación y responsabilidad en sus comunidades locales” s/p.

Las inquietudes y necesidades que refleja la sociedad despiertan la sensibilidad de las empresas, pasando de una “comunicación sostenida en la acción social a una comunicación basada en la transparencia, gestionando de forma responsable y generando confianza en el entorno” s/p. los sujetos activos en la mejora de la sociedad son las organizaciones, empresas e instituciones, todas las acciones que se ejecuten deben orientar a ese fin; es así como se materializa la política corporativa y el modelo de gestión integral de las empresas u organismos institucionales.

Como complemento de los procesos intangibles de los miembros de una organización, (Florido Miguel, 2017), refiere las actitudes y aptitudes laborales de mayor valor que deben poseer los trabajadores al momento de ser contratados o solicitados por una empresa, organización o institución, algunas son tangibles otras son intangibles; generalmente los procesos de selección se desarrollan en función de criterios objetivos y subjetivos, al respecto (Florido Miguel, 2017), presenta las aptitudes laborados más valorizadas:

Tabla 6. Aptitudes Laborables.

Aptitud	Conceptualización
“Capacidad e iniciativa”	“La empresa indica el trabajo a realizar pero es importante el aporte de nuevas ideas, propuestas y sugerencias”.
“Adaptabilidad”	“Las empresas buscan perfiles profesionales capaces de realizar funciones o tareas diferentes; mostrar durante la entrevista cómo nos mantenemos al día en nuestro sector profesional o cómo somos capaces de aprender nuevas habilidades digitales nos ayudará a transmitir esa idea”
“Capacidad para resolver problemas”	“Ante un imprevisto hay personas que se quedan paralizadas y no saben cómo actuar, hay otras que son capaces de analizar la situación y tomar decisiones; este tipo de personas son las que buscan las empresas”
“Trabajo en equipo”	“Todos somos capaces de trabajar en equipo y la realidad es que la mayoría de problemas que se plantean en las empresas es precisamente porque no se trabaja en equipo, trabajar en equipo no es sólo hacer tareas juntos, sino que también se refiere a la capacidad de crear un buen ambiente de trabajo”
“Versatilidad”	“Las empresas valoran muy positivamente esta aptitud laboral en sus futuras contrataciones, ya que la polivalencia de la nueva incorporación le permite más oportunidades de trabajo en diferentes campos. Polivalente no quiere decir que la persona tenga que estar especializada en un gran número de ramas o especialidades pero sí que además de su especialización tenga capacidad de trabajo en otras áreas”
“Creatividad”	“La creatividad hace que una persona destaque por encima del resto de entrevistados y lógicamente es una aptitud laboral muy tenida en cuenta por la mayoría de las empresas”
“Liderazgo”	“El liderazgo y la capacidad de liderar equipos es una aptitud que tiene gran importancia y que se debe desarrollar”

Fuente: Elaboración propia 2021. Con base en información de (Florido Miguel, 2017), <https://www.marketingandweb.es/marketing/actitudes-aptitudes-laborales/>

Al igual que las aptitudes, las empresas solicitan actitudes en sus trabajadores, de acuerdo con (Florido Miguel, 2017), se presentan ocho actitudes laborables que son valoradas a la hora de seleccionar trabajadores:

Tabla 7. Actitudes Laborables

Actitud	Conceptualización
“Seriedad”	“Se refiere al hecho de ser responsables en el trabajo, lógicamente, hasta que no estemos trabajando no lo podemos demostrar. Se recomienda no llegar tarde a la entrevista, llevar originales y copia de todos los títulos o contratos. Si en una entrevista piden una copia del currículum, no lo hacen

	porque no lo tengan, sino porque quieren ver si somos previsores y organizados”
“Empatía”	“Esta actitud se orienta a las habilidades sociales, sonreír y mantener una actitud cordial es fundamental; ninguna persona cree que es antipático, sin embargo existen sujetos que son antipáticos”
“Implicación”	“La mayoría de candidatos durante un proceso de selección dice estar muy ilusionado de poder trabajar en esa empresa, en consecuencia, cuando se asiste a una entrevista de trabajo se debe conocer lo máximo posible de la misma”
“Personas no problemáticas”	“La mayoría de las personas presentan dificultades para conciliar la vida laboral y familiar o para desplazarse hasta el centro de trabajo, situación que no debe reflejarse en la entrevista, en este caso se está creando un problema a la empresa cuando ni siquiera formas parte de ella. Por eso, aquello de que tengo total disponibilidad se debe aplicar”
“Actitud positiva”	“No sólo para el trabajo, si no para la vida en general, la actitud positiva debe reflejarse en los gestos y en la disposición que presenta el trabajador al momento de realizar sus actividades laborales ”
“Seguridad en sí mismo”	“En una entrevista de trabajo algunas personas presentan nerviosismo, pero hay otras que demuestran estar más seguras de sí mismas, en la entrevista se debe transmitir confianza de que eres la persona idónea para el puesto y que les ayudes a tomar la decisión de elegirte.”
“Lealtad”	“La lealtad es la capacidad que tiene una persona para ser parte de un equipo y mantenerse firme tanto en las adversidades como en los buenos momentos. Es por tanto una actitud laboral muy valorada por las empresas a la hora de contratar personal”
“Honestidad”	“Aunque se considere que la honestidad no es una actitud laboral muy valorada, no es así, además de ser importante en un proceso de contratación de una empresa o negocio, también lo es en la relación que se tiene entre empleado y empleador, e incluso puede ayudar la progresión que se tenga en la empresa.”

Fuente: Elaboración propia 2021. Con base en información de (Florido Miguel, 2017), <https://www.marketingandweb.es/marketing/actitudes-aptitudes-laborales/>

Las circunstancias cambiantes del entorno y las estrategias de adaptación en los cambios del mercado y la sociedad, implican un análisis reflexivo, generalmente la gestión es desempeñada por directivos de los niveles tácticos y estratégicos, los cuales tienen que desarrollar capacidades a la hora de atender situaciones de complejidad, su tarea es motivar, entender y hacer entender los diferentes retos organizacionales. Los que ejercen cargos directivos en una organización deberán poseer elementos intangibles y tangibles, como: “habilidades, capacidades, destrezas, conocimientos, experiencias”; todas esas competencias gerenciales le permiten desarrollar

capacidad productiva y resultados para la organización. (Camacaro María, 2017), manifiesta que las organizaciones son entidades sociales donde existe una confluencia de recursos:

- ✓ “Materiales”
- ✓ “Financieros”
- ✓ “Tecnológicos”
- ✓ “Capital humano”

El capital humano es la principal fuente de energía, en virtud que son los trabajadores los que transforman la materia prima como el conocimiento, todo ello con el fin de lograr los objetivos organizacionales; las organizaciones según (Camacaro María, 2017), requieren trabajadores competentes para desarrollar múltiples funciones, actividades y procesos. Esas competencias se refieren a aquellas características que subyacen en el individuo, relacionadas con un estándar de efectividad, persisten en la personalidad del individuo y predicen la conducta en situaciones laborales.

El capital humano debe poseer tres elementos para desarrollar sus competencias, ello según Castillo 2012 citado por (Camacaro María, 2017), son: “capacidad, comportamiento y esfuerzo”, las mismas se especifican:

- ✓ “La capacidad se divide en conocimiento, habilidad y talento”
- ✓ “El conocimiento es el contexto intelectual de una persona”
- ✓ “La habilidad son los medios y métodos para realizar una determinada tarea”
- ✓ “El talento es sinónimo de actitud”

Las competencias se relacionan con el desempeño en un cargo de una persona, situación que le permite solucionar problemas y maximizar la calidad del capital humano. El trabajador de hoy no responde únicamente a tareas específicas de un puesto de trabajo, sino que debe afrontar con éxito las eventualidades que surgen en el desempeño del mismo.

3.3. Gestión Hospitalaria

3.3.1. Control y Mejora de la Calidad

Actualmente los servicios hospitalarios mantienen un modelo de gestión y un estilo de dirección basado en la calidad, ésta no se origina en un departamento ya que en ella intervienen diferentes sectores; cuando un hospital presta un buen servicio, los pacientes tratan de llegar y obtener ese servicio, produciendo una crisis de éxito. Las mejoras deben ser sostenibles para obtener excelentes resultados optimizando los procesos constantemente.

La calidad se sustenta según el planteamiento de (Díaz C, 2021), en procesos como: “estabilidad, buena logística, continuidad, eliminación de desperdicios y retroalimentación”; una política de calidad se define de acuerdo con las instancias de “planificación, organización gestión y control”. También destacan las diferentes perspectivas que expresan la lógica de la calidad como: “percepción comparativa de los usuarios, resultados técnicos, recursos asignados, validación del acceso a prestaciones de calidad, a la seguridad de los pacientes y a las mejoras continuas.

Cabe destacar, en el área sanitaria la importancia que tiene para la salud, el grado de adecuación de los servicios tanto a nivel tecnológico como científico, así como también, las expectativas de los usuarios, destaca la “calidad técnica o intrínseca”, esta se refiere a las características técnicas de un bien o servicio, que al ser comparado con las de otros servicios permiten establecer un juicio objetivo. La impresión que los usuarios tienen sobre la idoneidad de un producto para satisfacer sus expectativas se denomina “calidad percibida”.

La “calidad percibida” implica servicio, comunicación y distribución, a su vez el usuario expresa las necesidades de calidad percibida, las cuales cambian con la experiencia y con los resultados. La referencia de (Díaz C, 2021), se resumen en; “calidad es idoneidad, aptitud o adecuación al uso. Idoneidad es identificar y considerar las necesidades del cliente o usuario”. En la gestión hospitalaria se ubica la “calidad asistencial”, la misma se orienta a la satisfacción y aspiración de los pacientes con el menor consumo de recursos.

La “calidad asistencial” presenta un componente científico técnico que diagnostica correctamente para aplicar la terapéutica conveniente; la sensación que percibe el enfermo y sus familiares cuando son tratados con interés, deferencia y educación se denomina “calidad aparente”, según la referencia de (Díaz C, 2021), la calidad aparente se identifica con el proceso

de empatía y transferencia entre el paciente y el profesional de la salud. El autor mencionado refiere:

“La buena calidad asistencial sería aquella en la que el acto asistencial y la atención permanente al paciente, se desarrollan conforme a los más precisos y actualizados conocimientos, su correcta aplicación práctica y buen trato personal. Siempre debe recordarse que la persona que se siente enferma, y acude a recibir asistencia, particularmente a un hospital, está angustiada y necesita ser tratada de forma paciente, no como paciente, sino como verdadero sujeto de derecho usuario/cliente” p. s/p

En conclusión, la suma del componente intrínseco (conocimientos y tecnologías) y extrínseco (aspecto humanitario de la asistencia) proporciona la “calidad asistencial”; cuidar la calidad extrínseca es una ventaja competitiva, aunque los clientes sean cautivos, con ellos se intercambian bienes de confianza expresados como conocimientos. Siguiendo a (Díaz C, 2021), se presentan algunos indicadores de “calidad técnica y calidad percibida”:

Tabla 8. Indicadores de Calidad Técnica y Calidad Percibida

“Calidad Técnica”	“Calidad Percibida”
“Componente científico técnico”	“Buena comunicación”
“Personal suficiente y entrenado”	“Anticiparse a las demandas”
“Proceso aquilatado, estable y revisado”	“Hotelería”
“Desempeño, resultados”	“Seguimiento, referencia, educación al alta”
“Retroalimentación”	“Disminución de esperas”
	“Continuidad de tratamiento”

Fuente: Elaboración propia 2021. Con base en información de (Díaz C, 2021).
<https://saludbydiaz.com/2021/02/04/gestion-de-la-calidad-hospitalaria/>

Las bases de la calidad se expresan por el compromiso de todos los integrantes de la organización, fundamentados en la comunicación, así como también en la colaboración y coordinación eficaz entre todos los miembros de personal hospitalario; por tanto la calidad es responsabilidad de todos los actores involucrados en la institución; en consecuencia, “la calidad será siempre el balance adecuado entre beneficios y riesgos, relacionándolo con los costos y la sustentabilidad”, (Díaz C, 2021).

El usuario recibe el beneficio del producto, el paciente debe convertirse en usuario mediante la atención centrada en las personas, el referente de (Díaz C, 2021), establece varios tipos de necesidades:

Tabla 9. Tipos de Necesidades

Necesidad	Conceptualización
“Necesidad sentida”	“Aparece siempre que la persona desea asistencia sanitaria, está relacionada con la impresión del individuo respecto a su estado de salud. Responde a la percepción que la persona tiene sobre sus problemas de salud o sus deseos de servicios sanitarios”
“Necesidad expresada”	“Es la necesidad sentida convertida en demanda, da lugar a un proceso de búsqueda de servicios de salud”
“Necesidad normalizada”	“Existe siempre que el individuo presente un grado de salud inferior al definido por un experto sanitario como deseable, considerándose en estado de necesidad aquel que no responde al estándar. Refleja el estado de conocimientos de quien determina la necesidad y por tanto, el estándar deseable puede variar según los diferentes expertos”
“Necesidad comparativa”	“Se produce en aquellas circunstancias donde un individuo o grupo, con determinadas características relacionadas con su salud, no recibe asistencia sanitaria, mientras que otros individuos o grupos con las mismas características si la reciben”

Fuente: Elaboración propia 2021. Con base en información de (Díaz C, 2021).
<https://saludbydiaz.com/2021/02/04/gestion-de-la-calidad-hospitalaria/>

El equipo de salud en un hospital es quien define la necesidad del paciente en términos de cantidad y tipo de atención que requiere ese paciente para restaurar su salud; el diagnóstico, la tecnología y la elección del médico determinan el grado preciso de asistencia basado en las categorías de morbilidad según (Díaz C, 2021):

- ✓ *“La morbilidad objetiva (real):* da lugar a un problema de salud que se puede objetivar, significa una necesidad real”
- ✓ *“La morbilidad percibida por el individuo:* origina un problema de salud sentido y manifiesta una necesidad percibida o sentida”

- ✓ *“La morbilidad expresada: genera un problema de salud notificado y representa una necesidad expresada, que se materializa en una demanda de servicios sanitarios por parte del consumidor”*
- ✓ *“La morbilidad diagnosticada o diagnosticable: da lugar a un problema de salud en tratamiento y comporta una necesidad normalizada, que se traduce en una demanda de servicios de salud por parte del médico”*

Al usuario se le atribuye la demanda de utilización de servicios que pueden ser genéricas o derivadas, también está la demanda generada por el médico como agente intermediario; cabe destacar, que la utilización del servicio de salud es la interacción entre demanda observable y las categorías de morbilidad. Esta intervención origina dos componentes: “el proceso iniciado por el individuo para proveerse de cuidados y el proceso que promueve el médico para proveerlos”, al respecto, (Díaz C, 2021), establece:

- ✓ *“Utilización de servicios solicitada por el individuo”:*
 - *“Basada en una morbilidad sentida”*
 - *“Basada en una morbilidad anticipada.”*
- ✓ *“Utilización de servicios controlada por el médico”:*
 - *“Basada en una morbilidad diagnosticada, a partir de una consulta de confirmación de una morbilidad sentida o a partir de una morbilidad latente”.*
 - *“Basada en una morbilidad anticipada por el médico, pero latente en el individuo”*

El comportamiento relativo a la enfermedad de un individuo deriva a partir de la morbilidad sentida en la demanda de cuidados y la utilización de servicios; en cambio el comportamiento relativo a la salud deriva de una demanda motivada por una morbilidad anticipada, dado que es un proceso preventivo y se relaciona con un nivel de alerta. Para (Díaz C, 2021), la calidad se fundamenta en principios tales como:

- a) *“La calidad es un parámetro continuo, dentro de una gama de amplio espectro”*
- b) *“A partir de un cierto nivel de calidad, la misma no depende de medios sino de actitud y siempre de la aptitud y el compromiso del equipo asistencial”*
- c) *“La calidad siempre debe ligarse al costo. Se puede dar calidad relativa con unas prestaciones y malas con otras”*
- d) *“La calidad es cuestión de toda la organización”*
- e) *“La calidad integral es suma de la intrínseca o científica y la aparente o percibida”*

- f) “La calidad no se opone a la cantidad, por el contrario, bajos niveles de actividad, en determinadas prestaciones hay evidencia científica que reducen la calidad técnica, aumentando la morbilidad y la mortalidad”
- g) “Una política de calidad es mucho más que un control de calidad. Hay que establecer el nivel para realizar el control”
- h) “La responsabilidad de la calidad está ligada a la línea ejecutiva para que garantice su operatividad. La definición, promoción, gestión, y control no debe cederse a las comisiones de calidad, de control de infecciones”
- i) “La política de calidad no suple a una mala organización”
- j) “Además de ser buenos hay que parecerlo. El 95% de las quejas se refieren a la calidad aparente o percibida”
- k) “En cada servicio o unidad operativa no asistencial deben fijar sus parámetros de calidad. La improvisación, suele ser hija de la pereza y la ineptitud”
- l) “La calidad asistencial tiene sustento en el conocimiento, en la docencia y la investigación, las normas, las guías clínicas, las sesiones bibliográficas, los ateneos, las revistas de sala, los pases de guardia, las transiciones de cuidado, la supervisión de los detalles de confort, de la limpieza, de la presentación, de la comida, de sus características de su variedad. Del trato de todos y la empatía. Aptitud y Actitud”.

La calidad presenta una serie de características como: “conocimientos de los hechos; dotación de objetivos que se puedan concretar en calidad; dotación de medios; selección y motivación del personal; establecimiento de una estructura funcional; evaluación e indicadores” (Díaz C, 2021) y por último el autor hace referencia al aseguramiento de la calidad, para ello se necesita: “personal suficiente; conformación de equipos; conocimiento adecuado; tecnología de apoyo; aspectos informativos; atención a los aspectos del confort”. La calidad asistencial se apoya en la competencia profesional, la labor individual y de los equipos.

La demanda de los servicios de salud y los cambios en el escenario mundial específicamente en lo económico, exigen mejores resultados con la menor cantidad de recursos, diferentes factores como: “el aumento en el uso de las camas de un hospital, previsiones demográficas relacionadas con el aumento de la población de la tercera edad, el incremento en el costo de los medicamentos, materiales y equipos, así como la incorporación de tecnología avanzada, han motivado a los agentes hospitalarios a darle una utilización óptima a las camas”, (RamosT; Laselva C; Neto M; et al, 2016).

El uso optimizado de recursos se logra evitando derroches durante la estadía de los pacientes, con el fin garantizar el aumento de la capacidad virtual para distribuir a los mismos; ello se logra con la búsqueda de servicios eficientes, atención integral, coordinada y compartida, al respecto (RamosT; Laselva C; Neto M; et al, 2016), refieren:

“Las respuestas a estos desafíos de gestión y las presiones para una gestión racional de los recursos y costos requieren la movilización de varios frentes estratégicos y las innovaciones organizacionales. La reducción de costos mediante el aumento de la eficiencia, la eliminación de la variabilidad y los derroches, asociados con el compromiso con la calidad y la seguridad, sin cuellos de botella y retrasos, es lo que sostendrá a las instituciones frente al desafío de la gestión de una demanda cada vez mayor, sin un aumento equivalente la estructura y el presupuesto” p. s/n

En un hospital el flujo de pacientes es un punto crítico, diariamente son admitidos y simultáneamente otros son dados de alta o transferidos a otras unidades, todo ello produce un flujo de pacientes en forma constante. No obstante, si el flujo de pacientes es ineficiente surgen dificultades que comprometen la cadena de atención y operación hospitalaria, generando debilidades en cuanto a calidad, seguridad y satisfacción de los pacientes, también son afectados los médicos y el personal administrativo; sin embargo, la gravedad del problema se presenta para sostener financieramente la institución. Los autores (RamosT; Laselva C; Neto M; et al, 2016), refieren los principales procesos dañinos o erróneos en la atención de los pacientes:

- ✓ *“Inicio tardío de la atención: falta de visibilidad y gestión unificada de camas, procesos clínicos de admisión lentos”*
- ✓ *“Puntos ciegos o fallos en los procedimientos de atención durante el período de hospitalización: procesos mal diseñados, retraso en la recuperación debido a la falta de normas o la falta de adherencia a las prácticas recomendadas basadas en la evidencia todas las cuales generan la prolongación no deseada de hospitalización por eventos evitables, como las caídas e infecciones”*
- ✓ *“Procesos de alta demorados: retrasos y deficiencias de la coordinación logística para la liberación de los pacientes y bajo grado de implicación del paciente y su familia en el proceso”*

La reorganización de la cultura interna como principio de organización estratégica de los flujos de pacientes en un hospital, consiste en romper los espacios estancados y crear un área con una visión global de todo el sistema apoyada en un equipo coordinado y entrenado para la gestión logística de volúmenes de pacientes. (RamosT; Laselva C; Neto M; et al, 2016), mencionan los procesos iniciados en el flujo de pacientes:

- ✓ “Atención de pacientes no electivos en Urgencias”
- ✓ “Recepción y admisión del paciente”
- ✓ “Transporte de pacientes”
- ✓ “Programación quirúrgica”
- ✓ “Procesos internos del centro quirúrgico”
- ✓ “Asistencia en unidades críticas”
- ✓ “Asistencia en unidades no críticas”
- ✓ “*Check-out* del paciente internado”

Para abordar el flujo de pacientes en un hospital hay que considerar el control de variabilidad, esto consiste en identificar las diferentes etapas del proceso de atención; en este aspecto destaca el desafío para ajustar la capacidad de tiempo oportuno disponible dentro del hospital para atender la demanda, de acuerdo con la condición clínica del paciente. La variación natural es un tipo de variabilidad que no se puede eliminar, pero puede ser gerenciada, un ejemplo de ello es cuando los pacientes llegan al servicio de emergencia, esta acción no puede ser impedida porque depende del tiempo y las características de la enfermedad.

Sin embargo, hay características observables que permiten prepararse para atender la demanda, (RamosT; Laselva C; Neto M; et al, 2016), mencionan: “época del año, día y hora de la semana, representatividad de la internación, especialidad, otras”, conocer estas características permite adaptar los recursos y disponibilidad de los servicios para reducir el impacto.

Un hospital también presenta la variación artificial la cual se deriva del flujo de pacientes de consultas programadas o elegidas, este flujo de pacientes en muchas ocasiones supera la variabilidad natural en el flujo de los servicios de emergencia de los hospitales. Algunas veces, se produce una competencia innecesaria entre los pacientes por elección y los de emergencia, originando retrasos y cancelaciones, comprometiendo la calidad de atención y la seguridad del paciente, dado origen a las ineficiencias en todo el sistema.

La variabilidad artificial no debe ser gerenciada sino suavizada una vez que sea identificada, destacando las programaciones quirúrgicas, laboratorios, hemodinámica, otras; la gerencia debe ajustar la relación entre capacidad y demanda, para ello se requiere una estrategia de mejora en la separación del flujo de pacientes electivos y no planificados, al respecto, (RamosT; Laselva C; Neto M; et al, 2016), proponen las siguientes fases:

- ✓ *“Primera fase:* Incluye la separación física y clasificación de los flujos (por elección y de emergencia), estableciendo los recursos dedicados a cada tipo. La razón de la separación de los fondos es que los objetivos de gestión son diferentes para cada uno de ellos”
- ✓ *“Segunda fase:* Rediseño de los flujos, suavizando el uso de los recursos hospitalarios y minimizando la competencia entre los flujos, evitando el conflicto entre los momentos altos en la demanda de admisiones y una alta tasa de ocupación de camas; asignación inadecuada y el aumento de los errores asistenciales por presiones e inconsistencias en relación profesional/paciente”
- ✓ *“Tercera fase:* cálculo estimativo de las necesidades de recursos, sobre las condiciones de flujo de pacientes correctamente gestionadas, un hospital puede determinar con seguridad los recursos (o capacidades) necesarios para atender a un cierto número de pacientes. Las necesidades de capacidad se determinan por separado para cada flujo de pacientes (urgente/emergente, por elección y externo), para conocer el número de camas necesarias, acomodar la demanda de emergencia por elección o programada”

3.3.2. El Médico en su Trabajo Hospitalario

Las características del trabajo del médico son muy diferentes a las de otros profesionales, el médico es el responsable directo de todas las decisiones tomadas en relación con cada paciente; cuando el paciente requiere atención multidisciplinaria, será el médico quien dirija y coordine la labor de otros profesionales siendo el responsable tanto en las decisiones diagnósticas terapéuticas. El profesional de la medicina también es responsable de la actualización constante de sus conocimientos, así como también de la proyección de su labor a través de publicaciones en medios científicos y a su vez garantizar la sistematización de los procesos que se realizan en los servicios hospitalarios.

Siguiendo a (Gutiérrez O, 2016), el ejercicio del médico privado es diferente al ejercicio médico en los centros públicos como hospitales y seguro social, en los centros públicos generalmente los pacientes son referidos a los sistemas de citas de largo plazo donde el médico no tiene capacidad de decisión para establecer prioridades, como lo hace en la práctica privada. En algunos casos no se puede hacer seguimiento a un paciente por falta de información en cuanto a exámenes realizados; en otros casos los pacientes son referidos a un sistema deficiente de atención de emergencias donde son atendidos por diferentes médicos de acuerdo con el turno o la guardia que corresponda.

Cuando el paciente presenta un caso quirúrgico, finalmente accede a una cama hospitalaria y logra la resolución del caso, posteriormente el seguimiento post-operatorio lo realizan otros médicos, porque el cirujano está sobre cargado con una lista de personas esperando intervenciones quirúrgicas. En el caso que el paciente se complique corre el riesgo de recorrer pasillos, consultorios y hospitales en procura de ser atendido por alguien que tome decisiones.



En los centros asistenciales los médicos se encuentran muy ocupados, por ejemplo, el especialista tiene poca comunicación con los actores de la red de salud como el personal administrativo, enfermeras, médicos internos, residentes y otros médicos asistentes. Cabe destacar, que algunos médicos desempeñan otras funciones laborales dejando de atender enfermos para realizar trabajo administrativo, situación que genera deficiencia en la atención de los pacientes. Según la referencia de (Gutiérrez O, 2016):

“En los países que tienen buenos servicios de salud, el médico es remunerado por su producción, no por el puesto que ostenta, ni por su antigüedad, ni por lo que él considera merecer, ni por sus influencias políticas. Y su posicionamiento laboral, en especial, la jefatura, se rige según su experiencia laboral y académica. Se paga lo producido; esto favorece que se asuma el liderazgo de la atención de los pacientes caso por caso, y que los médicos puedan, incluso, resolver situaciones fuera del horario de su jornada laboral; al pagarse por atención brindada, no son necesarias las disponibilidades” p. 37

Es responsabilidad de las jefaturas designar quienes trabajan en cada servicio, tanto el personal administrativo como médico y paramédico; lo cual permite un equilibrio de factores como el

manejo de agendas, horarios de salas de operaciones, asignación de camas orientación y educación a los pacientes. La sincronización de los factores mencionados va a lograr que los servicios hospitalarios funcionen con eficiencia, evitando empleados improductivos o sobrecargados de trabajo y evitando asignación de salarios millonarios con poca o ninguna producción.

Los médicos son el grupo de profesionales que presentan riesgos de mala “calidad de vida laboral”, sobre todo los médicos de atención primaria quienes son el recurso fundamental del sistema sanitario, deben cuidarse del estrés laboral y burnout, que es “un estado de agotamiento físico, emocional y mental que está vinculado con el ámbito laboral”. De acuerdo con el planteamiento de (Rodríguez-Marín J, 2010), expresa:

“La calidad de vida laboral es un sentimiento de satisfacción y bienestar que la persona trabajadora experimenta como consecuencia de su ajuste a realidades correspondientes al trabajo que desempeña y a su contexto; o como el grado en que la actividad laboral que una persona realiza está organizada para contribuir a su más completo desarrollo como ser humano. Hay que tener en cuenta que ese grado es resultado de una evaluación que, en último extremo, debe hacer la propia persona” p. 318

El concepto de “calidad de vida laboral” se compone de dos dimensiones, según la propuesta de (Rodríguez-Marín J, 2010):

- ✓ *“Dimensión objetiva:* se refiere a las realidades presentes del área laboral tales como: condiciones ambientales de trabajo, condiciones organizacionales que incluyen estatus laboral, social y de salud”
- ✓ *“Dimensión subjetiva:* referida al estado de ánimo como resultado de la medida en que la persona cree que ha alcanzado un determinado grado en su desarrollo como ser humano o un equilibrio vital”

Cabe destacar, una serie de factores que facilitan o vulneran el ajuste de la “calidad de vida laboral” de los médicos, esos factores también se denominan “factores psicosociales de riesgo laboral” según lo establece la (COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS, 2000), la misma se refiere a: “condiciones de trabajos relacionadas con la organización, el contenido de trabajo y la realización de la tarea que pueden generar un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y de comportamiento que determinan un estado caracterizado por altos niveles de excitación y de angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer nada frente a la situación” p. 318.

En el ámbito de los servicios sanitarios la referencia de (Rodríguez-Marín J, 2010), identifica los factores más relevantes para la “calidad de vida laboral”, los cuales se especifican:

- a) *“Entorno físico:* en el marco sanitario se dan riesgos físicos, químicos, biológicos, riesgos posturales y falta de espacio físico”
- b) *“Demandas del trabajo:* el trabajo por turnos y trabajo nocturno, la sobrecarga de trabajo y la exposición a riesgos y peligros son frecuentes en el medio sanitario, en este entorno, la frustración relativa puede ser muy alta. Los sentimientos de desilusión de los profesionales sanitarios, sobre todo en los primeros años de su ejercicio profesional, son el resultado de la experiencia de fracasos repetidos unidos a expectativas poco realistas, que generan la frustración y un alto nivel de tensión emocional”
- c) *“Contenidos del trabajo:* en el medio sanitario es frecuente la falta de oportunidad para el control y para el uso de las habilidades, la monotonía de las tareas, la falta de Feedback de la propia tarea y la complejidad del trabajo, determinadas muchas veces por la propia naturaleza de la enfermedad con la que se lucha, el profesional no puede controlar los resultados del tratamiento, al encontrar un paciente que no cumple las prescripciones”
- d) *“Elementos económicos y contractuales:* el salario satisfactorio y la estabilidad del puesto de trabajo son aspectos importantes en el trabajo y su relación es positiva con la satisfacción laboral y compromiso en la organización. Igualmente genera una relación negativa con la ansiedad, depresión, irritación, quejas somáticas, úlceras, así como con insatisfacción, absentismo, deseos de abandonar la empresa, bajo rendimiento, falta de dedicación, conflicto de intereses”
- e) *“Desempeño de rol:* conflicto de rol y ambigüedad de rol. El conflicto de rol es uno de los factores de estrés ocupacional más significativos, sobre todo en el personal de enfermería. La ambigüedad de rol tiene efectos directos positivos sobre la tensión laboral. En el marco sanitario la ambigüedad de rol es frecuente. El rol del médico se centra en la cura del paciente, mientras que el rol del personal de enfermería se centra en el cuidado del mismo”
- f) *“Nuevas tecnologías de la información y comunicación:* en el marco de los servicios sanitarios se plantean demandas en relación con el uso habitual de las nuevas tecnologías, unidas a una invasión de la privacidad, reducción de los contactos sociales e interacción social y falta de sistemas de apoyo para aprendizaje y actualización de nuevos sistemas y programas”

- g) *“Dificultades en las relaciones interpersonales:* se trata de problemas generados por presencia y densidad social en los lugares de trabajo, falta de calidad de la relación con los superiores, relaciones con los compañeros y con usuarios. El trato con pacientes y familiares, la comunicación con ellos, es una fuente de tensión emocional; dar malas noticias es uno de los ejemplos que deterioran la salud del propio profesional”
- h) *“Desarrollo de la carrera profesional:* las oportunidades de promoción y ascenso a lo largo de la carrera profesional y las facilidades para la formación, son factores motivacionales, permiten un mayor desarrollo de la persona, un aumento de la autonomía laboral y la posibilidad de realizar tareas más interesantes y significativas”
- i) *“Las características de la organización sanitaria:* la integración de la estructura organizacional, permite a los trabajadores tomar conciencia de que son parte importante de la organización; clarifican expectativas, aumentan la autoconfianza de los trabajadores y reducir el estrés”
- j) *“Factores extra-organizacionales:* conflictos entre el rol laboral y familiar, influencia entre la esfera privada de la calidad de vida laboral de profesionales de la salud y el desempeño laboral del mismo”

La masificación de las consultas hace que los médicos destinen la mayor parte del tiempo a “consultas de demanda” en detrimento de las actividades programadas; esa masificación, la falta de tiempo o las trabas para solicitar pruebas diagnósticas impide resolver adecuadamente una consulta. En consecuencia, el paciente se siente insatisfecho y el médico no está conforme con su labor porque ve disminuir la calidad y capacidad de sus acciones; de allí se origina el agotamiento laboral que se produce en los médicos de atención primaria mucho más que en otros profesionales que trabajan en el sector salud, por ello se sugiere erradicar en la medida de lo posible los factores de riesgo laborales presentes, con la finalidad de aumentar la “calidad de vida laboral” de los médicos y por ende la calidad de vida de los pacientes.

Generalmente los hospitales se perciben como lugares insalubres, con un ambiente donde los empleados son susceptibles de ser expuestos a la agresividad de los agentes de diversa naturaleza; estos ambientes se encuentran condicionados por diferentes factores, según el planteamiento de (Ferreira R; Porto A, 2018), como:

- ✓ “Condiciones inadecuadas”
- ✓ “Trabajos por turnos”

- ✓ “Horas de trabajo”
- ✓ “Salarios”
- ✓ “Riesgos”
- ✓ “Cargas de trabajo”

Todos los factores mencionados influyen directamente en la calidad de vida del profesional de la medicina, específicamente en su “calidad de vida laboral (CVL)”, cuando se realiza la evaluación de los trabajadores se observan condiciones inadecuadas como autoestima baja, insatisfacción laboral, enfermedades y por último el absentismo. Las causas del absentismo laboral pueden presentarse de forma simultánea en varios trabajadores, situación que exige de la gestión hospitalaria conocer adecuadamente las causas para poder eliminarlas.

En el contexto de la responsabilidad social hay que mejorar la “calidad de vida laboral” de los trabajadores para reducir el absentismo, todo ello se logra con una gestión de indicadores en forma eficaz y eficiente. En referencia planteada por (Ferreira R; Porto A, 2018), los empleados o trabajadores de una institución hospitalaria están obligados a dar una expansión productiva sin importar una serie de aspectos fisiológicos, anatómicos y cognitivos. En cualquier actividad de la institución, los trabajadores pueden presentar desgaste físico y mental, representando una carga para el cuerpo, haciéndolo vulnerable en términos de enfermedades.

El hospital como institución debe estar bien equipado en material y dotado de personal de calidad, ya que su función es “diagnosticar y tratar a las personas que lo requieren”, brindándoles cuidados médicos y de enfermería cuando los pacientes son hospitalizados. La “Organización Mundial de la Salud” (OMS, 2016), define el hospital como:

“Una parte integral de un sistema coordinado de salud, cuya función es la de proporcionar la atención de salud a la comunidad, tanto curativa como preventiva, incluidos los servicios a la familia, en su casa y es también un centro de formación para las personas que trabajan en el campo Salud y bio-social de la investigación. Tiene por función principal planear, organizar, dirigir, controlar, coordinar y evaluar los recursos y procedimientos por los cuales la demanda de atención de salud y las necesidades de un ambiente sano son recibidas por la prestación de servicios para clientes, organizaciones y comunidades individuales” p.15

Cabe destacar, que en los hospitales existen diferentes percepciones y sentimientos por parte de los empleados, de la vida cotidiana y en las relaciones de trabajo en cuanto a la satisfacción laboral de los mismos, el trabajo realizado con satisfacción añade calidad de vida a los trabajadores. No obstante, el ambiente del trabajo hospitalario hay que gestionarlo adecuadamente dentro del campo de la higiene y la seguridad, ello con el fin de evitar riesgos profesionales.

Siguiendo a (Ferreira R; Porto A, 2018), todos los trabajadores hospitalarios que pudieran estar expuestos a los riesgos, tienen que ser informados y capacitados y así evitar los problemas de salud y accidentes laborales. En este punto destaca un control de gestión efectivo sobre el trabajo y los riesgos ambientales y una correcta aplicación de equipos de protección personal y colectiva. Al respecto, (Ferreira R; Porto A, 2018), señala los factores estresantes del ambiente de trabajo:

- ✓ *“Los factores intrínsecos: como las condiciones inadecuadas”*
- ✓ *“Los factores de estrés: como papeles, papel ambiguo, en conflicto, el grado de responsabilidad”*
- ✓ *“Las relaciones en el trabajo: relaciones difíciles con los superiores, subordinados, clientes”*
- ✓ *“Los factores de estrés de la carrera: el desarrollo profesional y la precariedad laboral”*
- ✓ *“La estructura organizativa: el estilo de gestión, la falta de participación y comunicación”*
- ✓ *“La interfaz de trabajo en el hogar: representada por la dificultad de la gestión de esta interfaz”*

Destaca (Cardoso E, 2012), que el trabajo es parte de la vida y por tanto una necesidad humana, que integra aspectos sociales y culturales de la realidad, así como también los valores relacionados con la cultura de la organización. En la “calidad de vida laboral interfieren el agotamiento físico y psicológico derivado de los problemas fisiológicos, anatómicos y cognitivos de los trabajadores hospitalarios. En consecuencia, una buena gestión hospitalaria es imprescindible motivado a la necesidad de asistencia diurna y nocturna sin interrupciones representando un dinamismo de gestión.

3.3.2.1. Diferente Desempeño Laboral del Médico

El médico ejerce funciones integradas de promoción de salud, curativas y de rehabilitación para atender a las personas como entes biopsicosociales, es por ello que su capacitación le proporciona capacidad para interactuar adecuadamente con los integrantes del equipo de salud, el paciente y la comunidad. Además de médico destaca la función de liderazgo como educador, investigador y productor de conocimientos, beneficiando a la humanidad en la resolución de problemas de salud pública, hoy día se observa el proceso de investigación desarrollado en el proceso de elaboración de las vacunas contra el COVID 19. Siguiendo a (Gasperi R, 2010), se mencionan diferentes acciones que el médico cumple en el desempeño laboral:

1. *“Labores de prevención y promoción de la salud”*

- ✓ “Labores de prevención primaria”: promueve un estado óptimo de salud, mejora las condiciones de vida y protege a la persona contra determinadas enfermedades, su objetivo es promover la salud y la vida sana ya que se atienden factores ambientales, sociales y biológicos. En la atención primaria se cumplen procesos como “fomento de la salud y de protección específica”. Las actividades de prevención primaria se desarrollan en diferentes centros asistenciales y en zonas geográficas tanto urbanas como rurales, es allí donde el médico se desempeña en el rol de “promotor de la salud”
- ✓ “Labores de prevención secundaria”: Esta se aplica cuando la persona ya está enferma, se realizan acciones con el fin de que la enfermedad no avance, tales como: “diagnóstico precoz y tratamiento inmediato; limitación del daño”. Entre las acciones más conocidas de los médicos se encuentran las “acciones curativas”, las mismas están direccionadas a minimizar el daño del paciente una vez instalada la enfermedad, evitando las incapacidades y por último la muerte; cuando se ejecutan actividades de prevención secundaria y se actúa sobre el enfermo se desempeña el “rol de terapeuta”
- ✓ “Labores de prevención terciaria”: son acciones que se aplican cuando el progreso de la enfermedad ha avanzado a los últimos estadios y se puede llegar hasta la incapacidad del sujeto; la finalidad es evitar el derrumbe psicológico promoviendo la incorporación a la vida social lo más ajustada posible a la normalidad. Esa vida normal que se busca en el paciente se apoya en terapias psicológicas y procesos de rehabilitación terapéutica; cuando el médico realiza actividades de prevención terciaria ejerce el “rol de rehabilitador”, en todo momento evita, anticipa y prevé la enfermedad, el daño al organismo y las posibles secuelas, siempre se desempeñará como preventor y promotor de la salud y la vida.

2. *“El liderazgo del médico”*

- ✓ Los médicos hoy día cumplen con el rol de liderazgo y conductores de salud pública, (Gasperi R, 2010), manifiesta que el liderazgo es:

“Un proceso resultante de las interacciones entre los seres humanos, que lleva a una persona a influir sobre el comportamiento de los otros, con el propósito de ejecutar una tarea compartida. En mayor o menor grado este proceso exige que la persona dirija, coordine o motive a otros del grupo para lograr que realice la tarea, es el esfuerzo que se efectúa para influir en el comportamiento de los otros, para cambiarlo en función de alcanzar objetivos organizacionales o individuales” p.4

El liderazgo se logra cuando hay “influencia” sobre los demás miembros del grupo, ese poder de influenciar se logra de varias formas según la referencia de (Gasperi R, 2010):

- a) “Un poder coercitivo: si la persona influye sobre otras por medio de un castigo que pueda aplicar”
- b) “Poder de recompensa: si el líder busca premiar las acciones del grupo y este último funciona en la búsqueda de dicha recompensa”
- c) “El poder legítimo: el cual deriva del puesto que ocupa legalmente el líder dentro de la organización”
- d) “El poder del experto: cuando la influencia del líder sobre el grupo viene dada por su capacitación y conocimiento”
- e) “Poder referente: cuando el subordinado busca la identificación con el dirigente porque le admira y le respeta. Además de la oposición del liderazgo, dependiendo del tipo de poder que se ejerce, es necesario considerar otras características”

El liderazgo de una persona refleja algunas características que es importante considerar, se desarrolla a través de la interacción de un individuo, tiene una dirección dinámica como proceso y se desarrolla cuando el líder es colocado en situaciones donde puede desarrollar sus conocimientos, aptitudes y personalidad permitiendo al grupo desarrollar las metas.

La efectividad del liderazgo viene acompañada de seguidores, ya que estos son los que promocionan al líder; el éxito del líder depende de las características personales, (Gasperi R, 2010), considera atributos sobresaliente como: “inteligencia, conocimiento, confiabilidad, responsabilidad, actividad e iniciativa, participación social y estatus socio-económico” p.5, por los cuales el líder puede surgir y mantenerse en el rol de liderazgo frente a la comunidad o grupo donde se desempeñe. Al respecto, se resumen las cualidades de un buen líder según (Gasperi R, 2010):

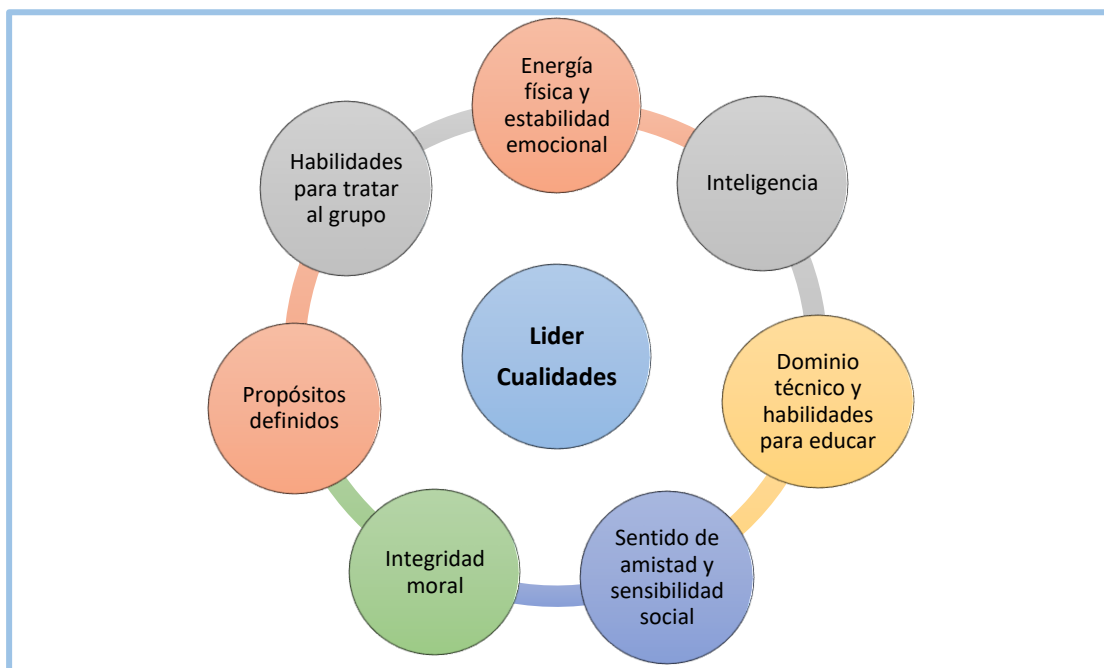


Figura 2. Cualidades de un Líder

Fuente: Elaboración propia 2021. Con base en información de (Gasperi R, 2010).

<http://www.ucla.edu.ve/dmedicin/departamentos/medicinapreventivasocial/comunitaria/medicina/Unidad%20vi/Roles%20del%20medico.pdf>

Cabe destacar, los diferentes tipos de liderazgo: “democrático, autocrático, laissez – faire”, el médico es líder por excelencia, para lograr el éxito en labores de prevención y fomento de salud en atención primaria debe ser un “líder comunitario democrático”. Este tipo de líder ejerce su influencia trabajando activa y responsablemente para y con la comunidad a fin de lograr un aceptable estado de salud para todos.

3. “El médico en el rol de educador”

Uno de los roles fundamentales del quehacer diario del médico es la “educación para la salud”, dirigida a fomentar cambios de actitudes favorables hacia la prevención, todo proceso educativo lleva implícitos términos prioritarios como: “aprendizaje, enseñanza e instrucción”. La referencia de (Gasperi R, 2010), establece que:

“El aprendizaje capacita a los seres humanos y algunos animales para modificar la conducta con cierta rapidez, ese cambio es persistente y demostrable en la conducta; la enseñanza se refiere a la transmisión de información, administración de recursos y situaciones con el objeto de facilitar el aprendizaje; la instrucción viene dada por la administración de una secuencia de acontecimientos y del ambiente para producir un aprendizaje determinado. El proceso educativo desarrollado por el médico está dirigido a los pacientes y a la comunidad” p.7

También destaca la labor profesional que como educador realiza el médico en la formación de recursos humanos en las universidades e instituciones de educación superior, para ello se requiere una formación profesional adicional en técnicas y estrategias instruccionales y

pedagógicas a fin de lograr un buen desempeño docente. Los médicos también enseñan con ejemplo de vida, concibiendo la salud como un valor de rectitud y vocación de servicio y así lograr la credibilidad de los pacientes y de la comunidad.

4. *“El rol de administrador del médico”*

En el campo de salud y la administración sanitaria, es muy importante el desempeño médico como administrador; para el funcionamiento adecuado y eficiente de los “centros asistenciales” se requiere el desempeño de médicos administradores en tareas de gerencia; el médico administrador actúa en las diferentes etapas del proceso según lo refiere (Gasperi R, 2010),

- a) “La Planificación: permite la definición de objetivos, políticas, programas, reglamentos, procedimientos, normas, presupuesto y estrategias”
- b) “La organización: consiste en dividir el trabajo, agrupar en actividades a las personas, establecer interrelaciones, delegar autoridad”
- c) “La dirección: tiene el objetivo de lograr que el personal realice y cumpla las tareas asignadas, en forma eficiente y efectiva”.
- d) “Asignación de personal: se refiere fundamentalmente a”:
 - ✓ “Obtención de personal (reclutamiento, selección, contratación)”
 - ✓ “Retención de personal se refiere a progresar o mejorar en el trabajo; mejoría de las condiciones de trabajo, educación continuada, adiestramiento en servicio”.
- e) “Control: el propósito es asegurar que la ejecución está de acuerdo con los principios establecidos, el plan adoptado y las instrucciones emitidas. Las decisiones de control son la consecuencia lógica de las decisiones de la planificación”
- f) “Evaluación: es importante en el proceso administrativo y gerencial en el ámbito de la salud; consiste en valorar, medir y comparar con patrones establecidos el cumplimiento de metas y tareas de las instituciones de salud o de programa sanitarios. Los resultados de este proceso de evaluación permitirán conocer las debilidades, problemas, éxitos, avances, en la implementación de planes de salud y por ende mejorar de los servicios y programas de salud”

5. *“El médico en el rol de investigador”*

El avance de la ciencia y la tecnología en el campo de las ciencias de la salud ha logrado un impulso vertiginoso, la investigación es un proceso sistemático y riguroso de producción de conocimientos. El propósito de las ciencias médicas aplicadas a la investigación según la

referencia de (Gasperi R, 2010), es provee información correcta para la prevención o tratamiento de las enfermedades humanas, al respecto el autor refiere:

“Es un hecho bien conocido que la ocurrencia de enfermedades humanas es multicausal, por ejemplo, la incidencia de ciertos cánceres está muy afectada por varios factores como la carga genética, ambientales como el clima, estilos de vida, elementos culturales, actitudes, creencias, valores. Estos diferentes factores que afectan el desarrollo de enfermedades humanas no se pueden clarificar a través de las ciencias médicas solamente, y necesita el concurso de diversas disciplinas. En este contexto, hay que utilizar las ciencias médicas aplicadas de carácter social, en donde lo experimental y las estadísticas no es lo que prevalece, sino la interpretación de los hechos y los datos de tipo cualitativo” p.10

El rol de investigador del médico es de suma importancia para el avance de las ciencias biomédicas y se debe ejercer en el área clínica, preventiva y social básica; el médico diariamente al diagnosticar la enfermedad sigue una rutina indagatoria que le permite plantear hipótesis comprobables, mediante los exámenes clínicos y para-clínicos para llegar a conclusiones diagnósticas. En consecuencia, los profesionales médicos que poseen la actitud, disposición y disciplina pueden investigar, no es un rol de privilegiados si no de disposición y práctica médica.

3.3.2.2. Ámbito hospitalario y trabajo médico

Actualmente las transformaciones hospitalarias se ubican en el paradigma gerencial que supone reacomodamientos de poder entre los niveles centrales de gobierno y los hospitales; al interior de los centros, el reacomodo de poder se produce entre las autoridades hospitalarias y los servicios, específicamente los servicios médicos. En Argentina la “Nueva Gerencia Pública (NGP)” tiende a la “empresalización de los servicios de salud”.

Desde la perspectiva analítica de (Molina C, 2016), los médicos mantiene una influencia en la definición de las políticas sectoriales, en los contenidos del trabajo y los estándares de atención; también destaca el papel de los médicos en las políticas hospitalarias, los cambios en el mercado de trabajo, las prácticas duales profesionales y el pluriempleo de los médicos.

Destaca el autor la autonomía como atributo del trabajo médico, la cual guarda estrecha relación con las especialidades del saber médico. La autonomía es una categoría para analizar la autoridad del médico, para Almeida 1997 citado por (Molina C, 2016), expresa:

“La forma y el alcance de la concesión estatal se altera continuamente en la medida que se transforma el propio Estado y emergen condiciones en que se manifiestan necesidades de mayor control. La movilidad de fronteras (reguladoras y o de intervención estatal) es templada por variables muchas veces externas al sector salud y tal vez sea la única característica

En la mayoría de los hospitales se agrupan los expertos, se dispone de los mejores medios y de la información médica más actualizada, los hospitales son escenarios privilegiados para la práctica médica. Los hospitales son espacios donde se confronta la lógica de la eficiencia y la eficacia, los administradores atienden la eficiencia y el accionar de los profesionales orienta la lógica de la eficacia.

Una de las características de los profesionales que hace complejo el gobierno de los hospitales es la autonomía, basados en filosofías democráticas y descentralizadas. El personal médico son los únicos profesionales de los hospitales con autonomía, la naturaleza del poder médico se basa en el saber. Mención aparte merece el modelo gerencialista dominante de los hospitales donde algunas veces se presentan tensiones administrativas y profesionales; de allí la necesidad de fomentar modelos de gobierno y de atención hospitalaria que contemplen preceptos de universalidad y espacios para la toma de decisiones autónomas entre quienes producen la salud.

Los postulados de Nikolas Rose 2012 citado por (Molina C, 2016), plantean en el “paradigma gerencialista” la redistribución de poderes y procesos disciplinarios; “La Nueva Gerencia Pública (NGP)” plantea un conjunto de lineamientos como: “auditorías, uso de estándares, mediciones, contrato de gestión”, como instrumentos para modernizar la gestión hospitalaria. También la NGP incorpora la evaluación de desempeño y otros medios de control profesional, en algunas instituciones hospitalarias según referencia de (Molina C, 2016), se utiliza el “discurso de competencia, de atención al cliente, innovación, autonomía y control de calidad”, (Faúndez, 2019) como indicadores de promoción de la profesión y a su vez son utilizados para promover la gestión empresarial de las organizaciones prestadoras del servicio de salud.

3.3.3. El Paciente como Usuario del Hospital

Las acciones regulatorias de la ley sobre la práctica médica han sido milenarias, ha hecho presencia perenne en la atención, hecho que establece la relación que se construye a partir del proceso: “salud, enfermedad, atención (s/e/a)” una reflexión histórica muestra el cambio constante en torno al sujeto, la atención y las relaciones en la dimensión de la salud.

En el sector salud el aspecto económico administrativo se ha fortalecido y se ha convertido en parte estructural de los “establecimientos públicos prestadores del servicio de salud (EPPSS)”, según la referencia de (Maya, 2017), estos son lugares concretos y presentan contextos particulares que los sujetos deben entender desde su experiencia. La actividad central de los EPPSS es la atención, por tanto, la noción de paciente orienta la mirada del personal de salud sobre el sujeto.

La rectoría del Estado tiene la visión institucional sobre la salud, donde el binomio “salud – atención” dependen de un conocimiento especializado, experticia técnica y respaldo jurídico; recayendo sobre un grupo selecto la responsabilidad de aplicar las normas de atención para los pacientes (Maya, 2017). En las sociedades capitalistas la atención a la salud se ubica en la noción de paciente, basados en la individualidad y pasividad del mismo, siguiendo a (López, S; López, O, 2015), refiere que:

“El poder penetrante del capitalismo introdujo el mercantilismo al ámbito de la salud, contraviniendo disposiciones del Estado, quien definió la salud como derecho, no mercancía, pero desde el discurso afirmó la calidad como bastión de la política nacional en salud. Enfocó sus acciones en la estandarización, medida que soslaya la particularidad de los contextos, no tiene impacto porque se opera en una sociedad marcada por enormes desigualdades, donde la desproporción de recursos se convierte en el metro patrón de las diferencias entre clases sociales” s/p.

El constructo paciente establece prácticas normalizadoras ajenas a las necesidades y expectativas de los sujetos y la sociedad, el planteamiento de (Foucault M, 2014), establece que el conocimiento y la práctica del personal de salud no son recursos a favor del sujeto y la sociedad, más bien funcionan como dispositivos de control.

Los establecimientos públicos prestadores del servicio de salud, llámense hospitales, clínicas, ambulatorios, otros, reciben los recursos que serían destinados para atender el derecho a la salud de las personas; el autor (Medina, O, 2015), menciona que el marco jurídico nacional e internacional fundamentan la universalidad del derecho a la salud como política de Estado.

Siguiendo a (Maya, 2017), se observa el planteamiento de un enfoque antropológico de salud, donde los conceptos “salud, enfermedad, atención y sujeto” operan en contextos específicos situacionales y cambiantes. Hoy día la tecnología se utiliza como apoyo técnico por los profesionales de la medicina, no obstante, detrás de cada historial médico almacenados en forma de datos computarizados, se encuentra una persona o paciente que se convierte en usuario de un servicio de salud.

Destaca la importancia de prestar un buen servicio al paciente que acude a la consulta de un profesional de salud, la persona puede estar sana o enferma, atender al paciente se refiere a la prevención, tratamiento y manejo de enfermedades, así como también la preservación del bienestar físico y mental a través de los servicios de salud. (Maya, 2017), manifiesta que la atención al paciente está orientada a la prestación de servicios por profesionales de la salud para beneficios de los pacientes.

Actualmente se gestiona la “atención centrada en el paciente”, como nuevo paradigma de atención hospitalaria, lo que implica intercambio de información en función de necesidades, creencias y expectativas particulares, así lo refiere (Llordachs, F, 2019), esa interacción con el paciente fomenta una colaboración activa y toma de decisiones compartidas entre pacientes y profesionales de la salud, lo que permite diseñar un plan de atención integrada y personalizada.

La prioridad de los proveedores de atención médica tanto pública como privada, consiste en mejorar la atención al paciente, para ello se consideran aspectos médicos y no médicos que contribuyen a lograr una mejor atención del paciente, al respecto, (Llordachs, F, 2019), propone:

a) “Aspectos Médicos”:

- ✓ “Personal entrenado y capacitado”
- ✓ “Cuidado de calidad”
- ✓ “Equipamiento moderno y seguro”
- ✓ “Uso de instrumentos adecuados”
- ✓ “Uso de medicamentos apropiados”
- ✓ “Uso de nuevas tecnologías”

b) “Aspectos no Médicos”:

- ✓ “Accesibilidad y disponibilidad”
- ✓ “Poco tiempo de espera”
- ✓ “Información clara”
- ✓ “Burocracia simplificada”
- ✓ “Comunicación fluida”
- ✓ “Servicios auxiliares (que por ejemplo hagan más agradable la estancia del paciente en el hospital)”

3.3.3.1. Los Pacientes Tienen Derechos

Toda persona en su condición de paciente goza de derechos relacionados con su estado de salud, estos derechos se originaron gradualmente con la creación de movimientos a favor de los derechos civiles, la democracia participativa y el progreso social; todo confluyó para que el desarrollo del “Derecho Internacional de Derechos Humanos” conjuntamente con los cambios sociales, políticos, culturales y económicos, permitieron la formulación de los “Derechos de los Pacientes”.

Según el planteamiento de (Bertoldi, M, 2014), para el año 1973 nace la “Carta de Derechos del Paciente”, la misma es redactada por la “Asociación Americana de Hospitales”; posteriormente para el año 1981 la “Asociación Médica Mundial (AMM)”, elaboró la “Declaración de Lisboa”, este pronunciamiento sobre los derechos de los pacientes fue revisado y actualizado en Santiago de Chile en el año 2005.

La sociedad actual se ha transformado en un colectivo social más democrático, pluralista e igualitario, se aceptan las diferencias y se promueve la inclusión social, referencia formulada por (Garay, O, 2017). Los derechos humanos corresponden a “hombre, mujer, niño y niña, persona mayor, sufrientes mentales, discapacitados, otros”, toda persona es portadora de dignidad y libertad.

En cuanto al derecho nacional en Argentina se aplican normas pertinentes al “Código Civil y Comercial (CCYC)” y todo lo establecido por la “Ley 26.529 de Derechos de los pacientes”; el Código Civil y Comercial entró en vigencia en agosto de 2015, el mismo tiene como objetivo central “la regulación de la protección de la persona humana”.

En este contexto sociocultural tan diferente, en Argentina surge la necesidad de legislar sobre los derechos de los pacientes en cartas o declaraciones, al respecto, (Garay, O, 2017), presenta una relación de jurisdicciones provinciales argentinas que abordan el tema de los derechos de los pacientes:

Tabla 10. Relación de Jurisdicción Provincial

Provincia	Ley
“Río Negro”	“ley 3076/1997”
“Formosa”	“ley 1255/1997”
“Tucumán”	“ley 6952/1999”

"Neuquén"	"ley 2611/2008"
"Chaco"	ley 6649/2010
"Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)"	"Ley Básica de Salud ley 153/1999"
"Córdoba"	"Carta del Ciudadano ley 8835/2000"
"Corrientes"	"ley 5971/2010"
"Jujuy"	"ley 5645/2010"
"Chubut"	"ley I-436/2010"
"Catamarca"	"ley 5325/2011"
"Río Negro"	"ley 4692/2011"
"Tierra del Fuego"	"ley 885/2012"
"Chaco"	"ley 6925/2011"
"Santa Cruz"	"ley 3288/2012"
"Buenos Aires"	"ley 14.464/2012"
"La Rioja"	"ley 9585/2014"

Fuente: Elaboración propia 2021. Con base en información de (Garay, O, 2017). <https://salud.gob.ar/dels/entradas/derechos-de-los-pacientes>.

Siguiendo a (Garay, O, 2017), los derechos de los pacientes se clasifican en función de tres conceptos básicos y se agrupan tomando como referencia el listado de la "Declaración de Lisboa", los conceptos son:

- ✓ "Vida – Salud"
- ✓ "Dignidad"
- ✓ "libertad – autonomía"

El autor referido especifica cada uno de los derechos de los pacientes que se mencionan a continuación:

Tabla 11. Derechos de los Pacientes

Derechos de los pacientes	Enunciado
"Derechos a la dignidad, la vida y la salud".	"La dignidad no es, en sentido estricto, un derecho subjetivo, sino un estado o condición inherente, calidad ontológica del ser humano. El ser humano no "es" dignidad, sino que "posee" esta calidad, condición o estado propio de un ser libre e idéntico a sí mismo. El reconocimiento de la dignidad de las personas es el fundamento moral de la idea de derecho: obliga a considerar a la persona siempre como fin en sí misma y nunca como medio; establece la inviolabilidad de la persona"

“Derechos a la información y a la educación”.	“El paciente tiene derecho a recibir información sobre su persona registrada en su historial médico y a estar totalmente informado sobre su salud, inclusive los aspectos médicos de su condición. Sin embargo, la información contenida en el historial del paciente sobre una tercera persona, no debe ser entregada a éste sin el consentimiento de dicha persona. Se puede retener información frente al paciente cuando haya una buena razón para creer que dicha información representaría un serio peligro para su vida o su salud”
“Derechos a la intimidad, la confidencialidad y la verdad”.	“El principio de intimidad ampara el derecho a ser dejado a solas, a velar y a excluir de las miradas de terceros, la interioridad, los pensamientos, el núcleo central de la personalidad. El derecho a la intimidad se fundamenta en la dignidad de la persona humana. Cuando el paciente es violado en su derecho a la intimidad por el profesional de la Salud (en forma consciente o inconsciente), hay una afrenta que aquel sufre en su dignidad”
“Derecho a la autodeterminación”	“El paciente tiene derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones libremente en relación con su persona. El médico informará al paciente las consecuencias de su decisión. El paciente adulto mentalmente competente tiene derecho a dar o a negar su consentimiento para cualquier examen, diagnóstico o terapia. El paciente tiene derecho a la información necesaria para tomar sus decisiones”
“Derecho a una atención médica apropiada y de calidad”.	“La atención médica debe ser la adecuada a la enfermedad del paciente; tiene derecho a un servicio médico profesional e institucional, ético e idóneo. Lo que va a variar es el tipo de prestación médica, la cual debe estar de acuerdo con la enfermedad que padezca el enfermo”
“Derecho a la asistencia espiritual y moral y a una muerte digna”	“La Declaración de Lisboa (DL) estableció que el paciente tiene el derecho de recibir o rechazar la asistencia espiritual y moral, inclusive la de un ministro de una religión apropiada. Este derecho se relaciona con la libertad de religión y el derecho a una muerte digna se relaciona con la aspiración del ser humano al buen morir, sin sufrimiento, sin dolor, con la adopción de la conducta médica más correcta posible para que el paciente, próximo a su fin, tenga una buena muerte, sin adelantar ni atrasar artificialmente ese momento”

Fuente: Elaboración propia 2021. Con base en información de (Garay, O, 2017). <https://salud.gob.ar/dels/entradas/derechos-de-los-pacientes>.

CAPÍTULO IV: ANTECEDENTES

4.1. Estado del Arte

En este apartado se revisan los trabajos que guardan relación con esta investigación, al respecto se realiza una revisión de la problemática del “Servicio de Urgencias Hospitalaria”, revisando la literatura relacionada con la situación patológica que presentan los pacientes y priorizando la atención que permita obtener respuestas adecuadas en tiempo y recursos; este estudio se fundamenta en antecedentes muy variados, sistematizando la literatura relacionada con el tema de estudio.

Relacionado con el tema de estudio, se presenta el trabajo titulado: “Saturación en los Servicios de Urgencias: Análisis de Cuatro Hospitales de Medellín y Simulación de Estrategias”, el mismo fue realizado por (Jairo Restrepo, Juan Jaén, Juan Espinal y Paula Zapata; fue publicado en la revista “Gerencia y Políticas de Salud en el año 2018”. Metodológicamente se realizó un estudio “exploratorio y analítico”, esta investigación tiene como objetivo de estudio el “servicio de urgencias médicas en sus diferentes momentos: admisión, triaje, atención y egreso”. Entre las conclusiones más importantes de esta investigación destaca la “capacidad de resolución que tiene el sistema de salud, el hecho que haya saturación da cuenta de una brecha entre la demanda, las necesidades y la oferta de disponibilidad de recursos”; así mismo se plantean soluciones integrales.

Otro trabajo relacionado con el tema de estudio, se titula: “Puntos Claves y Controversias Sobre la Sepsis en los Servicios de Urgencias: Propuesta de Mejora para Latinoamérica”, elaborado en el año 2019, por el “Grupo de Trabajo Latinoamericano para la Mejora de la Atención del Paciente con Infección en Urgencias (GT-LATINFURG)”. En este trabajo se identifican diez puntos clave en la atención del paciente con infección grave en los “servicios de urgencia hospitalaria”, también se recogen propuestas, estrategias y recomendaciones que pueden ser adoptadas por los centros hospitalarios, sistemas de salud o administraciones competentes; todo ello con el fin de lograr el objetivo: “intentar superar las barreras y problemas existentes para mejorar en todo lo posible la atención de los pacientes con infección grave o sepsis”.

Continuando con la literatura sobre el tema de investigación, se presenta el trabajo titulado: “Saturación de las Guardias de Emergencia. Parte II. Posibles Soluciones”, elaborado por (Fabián Vítolo en el año 2014). En este trabajo se refleja que la saturación de las guardias se encuentra

relacionada con la “accesibilidad, eficiencia, financiamiento y distribución de recursos”. De allí que la solución para el problema de la guardia saturada no es sencilla, es un problema que requiere soluciones integrales y no medidas aisladas; quizás la mayor barrera para resolver la saturación de los “servicios de urgencias hospitalarias” es una actitud “nihilista” de que no puede hacer nada. Finalmente se trata de un “problema del sistema de salud que requiere una solución desde el sistema”.

Continuando con los antecedentes temáticos, se ubica el trabajo realizado por (Ceballos Acevedo, Velázquez Restrepo y Jaén Posada, en el año 2014), el mismo lleva por título: “Duración de las Estancia Hospitalaria. Metodología para su Intervención”; en esta investigación se encontró que las “estancias prolongadas en los hospitales son la causa de factores derivados de los diferentes actores del sistema”, entre los cuales se mencionan personal de salud, administración hospitalaria, pacientes y relación entre entidades de la red de atención. Toda la información se organizó en tablas que agrupan los principales factores que alargan la estadía del paciente en los hospitales.

Este trabajo presenta las diferentes metodologías utilizadas para orientar las alternativas de intervención del proceso de estancia hospitalaria, al igual que los factores que prolongan dicha estancia. La revisión evidencia “la necesidad de desarrollar mayores niveles de eficiencia y calidad en la administración hospitalaria para la reducción de costos en el sistema y el acceso de la población a la atención de salud”. Entre las conclusiones más importante se encontró que la estancia hospitalaria “comprende factores derivados de la condición del paciente y de la operacionalización de los hospitales, en ese sentido, se sugiere abordar el problema con metodologías que no contemplen relaciones causales en la prolongación de la estancia” p. 291.

También se ubicó el trabajo denominado “Los Procesos de Clasificación de Usuarios y su Impacto de Atención en las Salas de Urgencias a Nivel Hospitalario”, elaborado por (Cubero y Medina en el año 2013), el mismo tiene como objetivo: “valorar la estrategia para la atención de usuarios en los servicios de urgencias hospitalarias”. El trabajo se desarrolló basado en la metodología de la “enfermería basada en la evidencia (EBE)”, donde se utiliza la mejor evidencia disponible para la toma de decisiones en consulta con los pacientes y luego decidir la mejor opción en este trabajo se detectó un aspecto referente a la saturación hospitalaria, como es la diferencia conceptual entre “urgencia y emergencia”, en la primera el individuo experimenta la necesidad de ser atendido con rapidez por lo tanto es subjetiva y la segunda, presenta un componente

técnico y objetivo, porque depende de la condición que pone en riesgo la vida de una persona. Entre las conclusiones de este trabajo destaca que los “profesionales de enfermería son pieza fundamental para agilizar la atención en los servicios de urgencia y para la aplicación de los sistemas de triaje”.

Continuando con la búsqueda de antecedentes, se presenta el trabajo realizado por (González-González y Marcos-Salietti en el año 2016), el mismo lleva por título: “Efectividad del Triaje Realizado por Enfermeras para Reducir la Saturación en Urgencias Hospitalarias: Revisión Bibliográfica”; el objetivo de esta investigación consiste en “conocer la efectividad del triaje realizado por enfermeras para reducir la saturación en los servicios de urgencias hospitalarias (SUH)”, se basó en una revisión bibliográfica siguiendo las “ directrices PRISMA” de revisiones sistemáticas. Como conclusión se obtuvo que “el triaje enfermero ha mostrado ser efectivo en reducir la saturación de los SUH en determinados problemas de salud.

La revisión de la literatura permitió reflejar el trabajo denominado “Propuesta para la Reducción de la Saturación del Servicio de Emergencia del Hospital Pablo Arturo Suárez en el Período Enero – Julio 2019”, el mismo fue realizado por (Gissel J. Ojeda en el año 2019), tiene como objetivo general “implementar estrategias para la reducción de la saturación del servicio de emergencia del hospital Pablo Arturo Suárez en el período enero – julio 2019”, para lograr el objetivo se proponen acciones dirigidas a las áreas críticas como son triaje y consultorios, con una meta de reducción del 20% la saturación de la emergencia, logrando mejorar la atención y satisfacción del usuario.

Siguiendo la secuencia de la búsqueda bibliográfica se encontró el trabajo denominado: “Caracterización de la continuidad de la gestión en la prestación del servicio de urgencias durante fines de semana, en relación a los días de semana, en el hospital nacional Rosales, mayo y junio de 2011”, este trabajo fue realizado para optar al título “master en gestión hospitalaria”, por los autores: “Rosa del Carmen Pérez Palacios Baltazar Arturo Carrillo Melgar”, en la Universidad del Salvador en el año 2011. El mismo tiene como objetivo: “Hacer un comparativo de la prestación del servicio de urgencias durante fines de semana, en relación a los días de semana, para determinar si existe continuidad”.

Igualmente se estableció una Metodología que permitió evaluar “Indicadores de Estructura”, tales como: “la infraestructura, la estructura organizacional y la estructura ocupacional; se realizaron encuestas al personal de archivo, médicos y enfermería, con preguntas mixtas,

abiertas y cerradas. Lluvia de ideas, Diagrama de Ishikawa para el análisis de los problemas de continuidad; listas de chequeo para evaluar disponibilidad y uso de infraestructura”. Las conclusiones de este trabajo fueron las siguientes: “no hay continuidad en la organización ocupacional, la infraestructura no reúne las condiciones suficientes y funcionales para la demanda asistencial, la continuidad de la gestión afecta las otras dimensiones de la continuidad”.

También se hace mención al trabajo titulado: “Evaluación de la calidad de atención en el servicio de emergencia del hospital general del ISSS, abril a junio del año 2011”; este trabajo fue realizado para obtener el título de “maestro en gestión hospitalaria”; con la autoría de “Reina Celina Vásquez de Cáceres” en el año 2011; en el Instituto “Simón García Jovel de San Salvador”. El objetivo general de este trabajo consistió en “elaborar una propuesta técnica para la mejora de los servicios de la unidad de Emergencia del Hospital General del Instituto Salvadoreño del Seguro Social a fin de contribuir al trabajo de calidad de los servicios prestados”. Como conclusión de este trabajo destaca: “la evaluación de la calidad de los servicios prestados en la Emergencia del Hospital General del Seguro Social mostró que los elementos de la estructura alcanzaron valores adecuados del 80 al 85% en relación a la presencia de las dimensiones de calidad evaluadas como fue la disponibilidad y la accesibilidad. Contrario fue el comportamiento de las variables de proceso (calidad técnica y humana) y la variable de eficiencia, las cuales alcanzaron un nivel de cumplimiento menor al 80% manifestando desviaciones en la mayoría de los valores fijados para las dimensiones de la calidad investigadas”.

Destaca en estos antecedentes la investigación realizada por: “Alberto Mario Masuet”; en el año 2010, la cual lleva por título: “La calidad de la atención médica ambulatoria en el hospital pediátrico del niño Jesús, de la ciudad de Córdoba”; trabajo realizado para obtener el título de “maestría en salud pública”, en “La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba 2010”. El objetivo general de este trabajo fue: “evaluar la atención médica en un hospital público pediátrico, desde la perspectiva de la satisfacción de los acompañantes adultos de los pacientes”; a través de la metodología se “estudiaron 381 casos; las características mejor evaluadas por los padres y que más influyeron en la satisfacción son la capacitación del médico, la confianza que éste inspira, y su trato; las variables peor valoradas y que afectan negativamente la satisfacción fueron la limpieza de los sanitarios, la señalización dentro del hospital y su estado de aseo”. Entre las conclusiones destaca: “la importancia del estudio de la satisfacción del paciente como indicador válido de la calidad de atención del hospital, desde la perspectiva de los

acompañantes del paciente, las variables relacionadas con el médico son las que mayor incidencia tienen en su satisfacción”.

La literatura bibliográfica refleja el trabajo realizado por: “Inocencia Ludgarda Tola Castillo”, denominado: “Influencia de la gestión administrativa en los servicios de salud de los hospitales III de salud de la región Puno -2012”, para obtener el grado académico de “magíster en administración mención: gerencia de servicios de salud”, realizado en Juliaca – Perú, en el año 2015; como objetivo presentó: “Estudiar la forma en que la gestión administrativa influye en el colaborativo de mejoramiento de los servicios de salud de los Hospitales III de salud de la Región Puno-2012”; como conclusión destaca: “las tecnologías en salud han experimentado una gran evolución, hoy en día los hospitales se han convertido en un complejo espacio donde se utiliza alta tecnología; finalmente, la satisfacción del asegurado, 40% revela que los hospitales III de salud de la Región Puno no cuentan con sistemas de seguimiento de los pacientes asegurados, sobre todo de pacientes con enfermedades crónicas”.

CAPÍTULO V: METODOLOGÍA

5.1. Metodología de la Investigación

5.1.1. Descripción de los Métodos Empleados

La investigación se enmarca en una metodología mixta que combina la perspectiva “cuantitativa y cualitativa” en un mismo estudio, combinar los dos métodos permite profundizar en el análisis y entender los procesos de enseñanza aprendizaje en las ciencias de la salud, según el planteamiento de (Hamui-Sutton, 2013). La utilización del método mixto (MM), permite combinar diversas fuentes de información lo cual, logrando así, sustentar los análisis y fortalecer la validez de la interpretación de los resultados.

Leech NL, 2009, define los métodos mixtos como “el proceso que consiste en recoger, analizar e interpretar tanto los datos cualitativos como los cuantitativos en un solo estudio”. Otros autores como (Tashakkori A, 2010), desde una óptica más amplia, consideran que la metodología mixta “es una orientación en su cosmovisión, su vocabulario y sus propias técnicas, enraizada en su filosofía pragmática, con énfasis en las consecuencias de la acción en las prácticas del mundo real”.

La metodología mixta se fundamenta en la “teoría positivista” que orienta la perspectiva cuantitativa y es común en las ciencias médicas según lo referido por (Hamui-Sutton, 2013), en ella se determinan las causas y efectos, seleccionando variables y generalizando los resultados a cierta población. En este caso se ubican a los niños atendidos en el lapso 2004 – 2019 en el servicio de atención de la demanda espontánea y el servicio de urgencias médicas del hospital de niños Juan Pablo II ubicado en la población de Corrientes.

Otros constructos filosóficos como el “constructivismo”, también sustentan la investigación ya que los individuos construyen el conocimiento basados en sus experiencias y aprendizajes previos, en este caso relacionados con las urgencias hospitalarias en el hospital pediátrico público. No obstante, la metodología mixta epistemológicamente, se sustenta en el “pragmatismo” como tercer paradigma filosófico enfocando las consecuencias en “la utilidad de la información y en la adopción de estrategias plurales basadas en las prácticas sociales y educativas”, según lo refiere (Lavelle E, 2013).

La investigación está basada en la metodología mixta, por tanto, los resultados cualitativos se pueden ampliar a través de instrumentos como entrevistas a los médicos y los resultados

cuantitativos pueden recolectarse a través de encuestas o listas de cotejos. Presenta un enfoque mixto con trabajo de campo, ubicándose en un diseño “cuasi-experimental” y un alcance descriptivo. La metodología “cuasi-experimental” exhibe algunas limitaciones, sin embargo, “una buena planificación y ejecución de un cuasi-experimento puede aportar una información adecuada sobre el impacto de un tratamiento o evolución del cambio”, según lo refiere (Cabré, Diseños Cuasi-Experimentales y Longitudinales., 2012).

Los diseños “cuasi-experimentales” presentan una literatura muy variada, al respecto Hedrick, et al. 1993 citado por (Cabré, Diseños Cuasi-Experimentales y Longitudinales., 2012), define: “los diseños cuasi-experimentales tienen el mismo propósito que los estudios experimentales: probar la existencia de una relación causal entre dos o más variables. Cuando la asignación aleatoria es imposible los cuasi-experimentos permiten estimar los impactos del tratamiento o programa, dependiendo de si llega a establecer una base de comparación apropiada” pág. 3.

La principal característica de las “cuasi-experimentaciones” se sustenta en la ausencia aleatoria de los tratamientos, donde los investigadores seleccionan los grupos ya formados, en este caso médicos, padres de niños atendidos, lo que se considera como una ventaja; otra característica, es la carencia de control sobre la situación, algunas veces, la falta control se debe a “restricciones institucionales, presiones políticas, consideraciones éticas y factores económicos”. Otra de las ventajas de los diseños “cuasi-experimentales” es la disponibilidad y flexibilidad de los mismos y se aplican en aquellos casos donde hay limitaciones contextuales con facilidad, siendo también son muy económicos.

El diseño “cuasi-experimental” de esta investigación se ubica en un “diseño longitudinal”, el mismo se refiere a cómo evolucionan determinadas variables en grupos de sujetos y en momentos temporales, pueden ser meses o años. Para este caso específico el momento temporal va desde el 2004 al 2019; también es descriptivo porque permite obtener resultados en los ámbitos del tratamiento y prevención, etiología, daño o morbilidad, diagnóstico, pronóstico e historia natural y escenarios en los que se otorga distintos niveles de evidencias y grados de recomendación. Desde la perspectiva de Hernández, et al. 2003 citado por (Pérez Z. P., 2011), “los estudios descriptivos buscan especificar propiedades, características y perfiles importantes de personas, grupos o cualquier otro fenómeno que es sometido a un análisis” pág. 23.

Descripción del área de estudio:

El servicio de urgencias es el área del hospital destinada a la atención de pacientes que acuden y solicitan atención por problemas que requieren de tratamiento inmediato. Consta de tres consultorios externos, una sala de reanimación, una sala de curaciones, una sala de internación abreviada, dos salas de enfermería una destinada a la atención de pacientes ambulatorios y la otra para pacientes hospitalizados, una sala de kinesioterapia, dos salas de internación que constan de 8 y 12 camas, dos salas de aislamiento y baños 2 destinados en cada sala de internación, uno de enfermeros (anexo 1). Además, sala de médicos que tiene una habitación de descanso y un baño. Los 3 o 4 médicos de guardia deben atender a los pacientes las 24 horas del día, durante los siete días de la semana. El personal de enfermería se reparte los horarios de 6 a 14 horas (8 enfermeros) de 14 a 22 horas (6 enfermeros) y de 22 a 06 horas (3 enfermeros).

El servicio de atención demanda espontánea son consultorios externos, no se encuentra nucleado, con un profesional médico que resuelve la situación clínica del paciente cuya función es absorber la atención de todo paciente que acude con una patología aguda que, si bien no compromete la vida, necesita ser resuelta a la brevedad. En el caso de necesitar realizar alguna medicación lo refieren al paciente a la sala de enfermería que comparte con los consultorios de seguimiento y especialidades. Trabajan 3 a 4 profesionales durante 4 horas tres días a la semana. El horario de atención es de 7 a 17 horas.

Población:

En este trabajo se consideran tres unidades de análisis:

- ✓ Pacientes que consultaron al SUH y ADE.
- ✓ Médicos del servicio de emergencias del hospital y
- ✓ Padres que consultan con sus niños a la atención hospitalaria.

En este trabajo se plantea una unidad de observación:

- ✓ Planillas de datos estadísticos extraída de la base de datos digital de los pacientes seleccionados, entrevistas en profundidad y encuestas de satisfacción.

Muestra: pacientes y padres que consultaron y médicos que atendieron el servicio de emergencias durante el periodo 2004 a 2019

Criterios de inclusión/exclusión:

Inclusión: pacientes de un mes a quince años y once meses de edad

Médicos que han trabajado en el servicio durante el periodo estudiado.

Exclusión: historias clínicas sin registro informáticos,

Padres que consultan a otros servicios diferentes a los estudiados

Médicos que se desempeñan en ambos servicios investigados.

Variables:

Tabla 12. Operacionalización de Variables

DIMENSIÓN	VARIABLE	INDICADOR	VALOR
Consultas	Edad	Tiempo transcurrido desde su nacimiento expresado en años.	1 -12 meses. 1-3 años. 4-6 años 7-9 años 10-15 años Más de 15 años
	Pacientes atendidos	Cantidad total de pacientes atendidos por año 2004 – 2019	Nº total de personas atendidas por año 2004 – 2019.
	Consultas individuales	Cantidad total de consultas realizadas por cada paciente durante el periodo estudiado	Hipo 1 - 2 consultas Normo 3 – 4 consultas Hiper 5 o más consultas
	Diagnostico (CIE-10)-OMS	CIE-10: clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud	Código alfanumérico, compuesto por una letra en la primera posición que corresponde a las categorías seguidas de dos números que corresponden a sub categorías. Ejemplo : R10 = dolor abdominal
	Domicilio	Lugar notificado como domicilio	Capital Interior Otros (otras provincias o países)
Medico	--		
Padres	satisfacción		

En la investigación se utilizarán diferentes herramientas que permiten la recolección de datos, los mismos se organizan en tres etapas:

- ✓ *La primera etapa:* consistirá en recoger información estadística sobre los datos de los pacientes que consultan a los SUH y de demanda espontánea correspondiente

fundamentalmente a diagnósticos, fecha y cantidad de consultas del mismo paciente. Con el correspondiente consentimiento de las autoridades (anexo2).

- ✓ *En la segunda etapa:* se recolectará información mediante una entrevista que se realizará a profesionales del servicio de emergencias que efectuaron tareas antes y después de la creación del servicio de demanda espontánea. Previo consentimiento de los profesionales (anexo 3)
- ✓ *En la tercera etapa:* se procederá a la ejecución de una encuesta de satisfacción a los padres de los pacientes que fueron atendidos en ambos servicios. Con el consentimiento de los entrevistados (anexo 4).

Instrumento de recolección de datos:

- ✓ “La planilla de cálculo Excel ad hoc como un registro inicial de los datos utilizando las planillas de atención del hospital”, la cual contiene el número de consulta por año desde el 2004 al 2019; también se indica el número de consultas de atención espontánea por año; así mismo presenta las patologías más frecuentes atendidas en la emergencia por cada año de estudio; se refleja en la planilla los grupos etarios por año y la residencia de los pacientes; destaca también la clasificación de pacientes hipo, normo e hiperfrecuentadores (anexo 5).
- ✓ Guion de entrevistas a los médicos: La intencionalidad principal de este tipo de técnica, es adentrarse en la vida del otro, penetrar y detallar en lo trascendente, descifrar y comprender los gustos, los miedos, las satisfacciones, las angustias, zozobras y alegrías,



significativas y relevantes del entrevistado; consiste en construir paso a paso y minuciosamente la experiencia del otro (Robles, 2011). La entrevista de profundidad se llevó a cabo mediante encuentros entre la tesista y el médico de guardia. El guion consistió en la lista de tópicos temáticos y áreas generales en las que se conduce la entrevista con la estructura de árbol, con ramas que despliegan el tema central (anexo 6). Constó de tres momentos especiales rapport, cima y cierre. Fue grabada y luego, desgravada para remitirla al entrevistado y una vez que éste prestó su conformidad, fue incluida entre los materiales de estudio”. El instrumento fue validado mediante una prueba piloto previa. Basándose en el resultado del pretest se realizaron los ajustes necesarios para que el instrumento definitivo, contenga preguntas comprensibles y recolecte respuestas significativas (Yuni, 2006).

- ✓ Cuestionario a los padres: Visto como un proceso estructurado de recolección de información a través de la respuesta a una serie predeterminada de preguntas. El hecho de que las preguntas del cuestionario estén predeterminadas posibilita que éstas sean formuladas en igual forma y secuencia a los participantes del estudio (anexo 7). La finalidad del cuestionario en este caso, fue “obtener información de manera sistemática y ordenada, respecto de lo que las personas opinan o piensan, respecto del servicio de



emergencias desde la creación del servicio de demanda espontánea” pág. 65. Las preguntas que no fueron formuladas se debió a que no correspondían al trabajo. Los valores finales de presentación de la escala final se resumieron en tres categorías ordinales: Categoría satisfecho (siempre y frecuentemente), medianamente satisfecho (algunas veces); e insatisfecho (rara veces y nunca). La misma corresponde al ministerio de Salud, Dirección general de Salud de las personas, encuesta de satisfacción de usuarios externos de Servicios de Salud, fue validada por la Magister Huiza Guardia Gladys, 2006.

Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos

Mediante planillas de datos estadísticos extraída de la base de datos digital de los pacientes seleccionados, entrevistas en profundidad a profesionales del servicio de emergencia y encuestas de satisfacción a padres de los pacientes, se estudió el número de consultas, patologías, hiperfrecuentadores del Servicio de Urgencia Hospitalaria (SUH) de los niños atendidos en el lapso 2004 – 2019 y del servicio de demanda espontánea (ADE) a partir de su creación (año 2010). El análisis estadístico se ejecutó mediante el software IBM® SPSS® Statistics 24 (Statistical Package for the Social Sciences), realizando una descripción general de la muestra y correlaciones antes y después de la creación del Servicio de Demanda Espontánea.

Para el análisis de la información cuantitativa obtenida se recurrirá al programa SPSS version 20, utilizando los promedios, desvío estándar y error estándar. Para las variables cualitativas se utilizará el análisis de contenido, intentando lograr la evidencia de aquel sentido oculto o no evidente fácilmente, que proviene de las prácticas sociales y cognitivas. Según Bardin citado en (Piñuel Raigada, J.L. & J.A. Gaitán, 1995), “el análisis de contenido se convierte en una empresa de des-ocultación o revelación de la expresión, donde ante todo interesa indagar sobre lo escondido, lo latente, lo no aparente, lo potencial, lo inédito (lo no dicho) de todo mensaje”.

Por otra parte, la entrevista cualitativa es una “técnica de producción e interpretación de la información, lo que se hace mediante el análisis del discurso y conversacional”. Es la reproducción del contenido de la conversación mantenida con el entrevistado. El registro implica la transcripción lo más fidedigna posible de lo ocurrido durante la entrevista sin resumir ni interpretar, puede realizarse utilizando medios tecnológicos, para grabar audio. La transcripción de la información se realizará en forma textual, utilizando los modismos y construcciones discursivas utilizados por los entrevistados.

5.1.2. Sistema de Citas y Referencias Bibliográficas Empleadas

La búsqueda de referencias bibliográficas se realizó a través de buscadores genéricos de Internet y bases de datos bibliográficos como: “Dialnet, Science Direct, Lilacs, Scielo, Jstor, Medline, Pubmed” y consulta de páginas especializadas. La metodología de búsqueda de saturación de urgencias hospitalarias requirió la identificación de trabajos que cumplieran dos condiciones fundamentales:

- ✓ Problemas de saturación o flujo de pacientes en hospitales.
- ✓ Se identificó un conjunto de términos de referencia para abarcar los criterios de inclusión: saturación de servicios hospitalarios, flujo de pacientes, atención en servicio de demanda espontánea.
- ✓ Se identificó los términos utilizados: urgencia hospitalaria, saturación, metodologías cuantitativas y cualitativas en salud, procesos, dinámica de sistemas, análisis de datos, metodología cuasi-experimental. Con estos criterios se seleccionaron artículos y trabajos académicos publicados entre los años 2010 y 2020.

CAPÍTULO VI: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación, se muestran los resultados generales de esta investigación para las tres unidades de análisis: Pacientes que consultaron al SUH, Médicos del servicio de emergencias del hospital y Padres que consultan con sus niños a la atención hospitalaria de urgencias.

6.1.-Descripción general-

Las consultas en el Servicio de Urgencia Hospitalaria (SUH), en promedio se encuentran por encima de 3000 consultas por año. Como se observa en la Tabla 13 el año 2004 el número de consultas fue más bajo y en el 2016 fue el más alto.

Tabla 13. Número de consultas del Servicio de Urgencia Hospitalaria (SUH).

Año	Media	Desviación estándar
2004	3138,25	826,790
2005	3246,25	880,449
2006	3661,58	1289,106
2007	3335,92	953,169
2008	3718,33	978,517
2009	3333,50	844,821
2010	4012,83	1034,031
2011	3478,92	841,910
2012	3754,08	857,843
2013	3606,67	617,761
2014	3947,92	1098,291
2015	4061,75	849,266
2016	4429,75	1011,047
2017	4027,83	799,572
2018	3937,58	1181,759
2019	3739,00	462,945

Fuente: Elaboración propia (2021).

A partir de la creación del Servicio de Demanda Espontánea (ADE), el número de consultas disminuyó considerablemente como se evidencia en la Tabla 14, siendo el 2019 el año que obtuvo, en promedio, más consultas.

Tabla 14. Número de consultas del Servicio de Demanda Espontánea (ADE).

Año	Media	Desviación estándar
2010	885,42	183,655
2011	1031,92	208,492
2012	1127,17	302,840
2013	1132,50	144,897
2014	1105,42	160,959
2015	1163,67	165,992
2016	1149,08	99,671
2017	1300,83	139,910
2018	1487,92	253,384
2019	1952,75	338,805

Fuente: Elaboración propia (2021).

Respecto a los hiperfrecuentadores del Servicio de Urgencia Hospitalaria (SUH), los pacientes de 1 a 3 años de edad son los que presentan más consultas al año, seguido de los pacientes menores de 1 año. (Tabla 15).

Tabla 15. Hiperfrecuentadores del Servicio de Urgencia Hospitalaria (SUH).

Año	Edad					
	Menores de 1 año	1 a 3 años	4 a 6 años	7 a 9 años	10 a 15 años	Mayores de 15 años
2004	7452	14411	6642	4123	3709	1322
2005	7595	15450	6693	4126	3762	1329
2006	7799	17356	8259	4841	4163	1521
2007	7795	16077	6938	4107	3690	1424
2008	8520	17648	8461	4620	3928	1443
2009	7689	15588	7154	4183	3831	1557
2010	9226	18161	9000	5272	4893	1602
2011	8396	16318	7088	4465	3985	1495
2012	8228	18019	8022	5004	4127	1649
2013	8762	17636	7533	4233	3608	1508
2014	9613	18659	8542	4679	4202	1680
2015	9799	19208	8820	4845	4405	1664
2016	9327	21183	10460	5687	4632	1868
2017	9115	18230	9145	5594	4439	1811
2018	8662	17492	9388	5618	4357	1734
2019	8377	16945	8857	5221	3797	1671

Fuente: Elaboración propia (2021).

En el Servicio de Demanda Espontánea (ADE), los hiperfrecuentadores continúan siendo los pacientes de 1 a 3 años de edad, pero en este caso le siguen los de 4 a 6 años (Tabla 16).

Tabla 16. Hiperfrecuentadores del Servicio de Demanda Espontánea (ADE).

Año	Edad					
	Menores de 1 año	1 a 3 años	4 a 6 años	7 a 9 años	10 a 15 años	Mayores de 15 años
2010	2053	3680	2027	1281	1182	442
2011	2192	4478	2221	1446	1449	597
2012	2160	4845	2587	1760	1525	649
2013	2184	5079	2438	1547	1634	708
2014	2345	4846	2435	1473	1505	661
2015	2400	4888	2843	1583	1582	668
2016	2111	4830	2889	1791	1544	624
2017	2465	5246	2979	2106	1822	992
2018	2761	5681	3637	2600	2220	956
2019	3796	7933	4814	3192	2583	1115

Fuente: Elaboración propia (2021).

Los pacientes hiperfrecuentadores del Servicio de Urgencia Hospitalaria (SUH), que consultaron durante el periodo estudiado representa la mayor cantidad de consultas en el año 2019, teniendo en cuenta los documentos de los pacientes para identificarlos en las consultas Tabla 17

Tabla 17.: Hiperfrecuentadores del Servicio de Urgencia Hospitalaria (SUH). Por DNI

EME	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
enero	52	54	53	56	57	59	60	58	56	57	56	58	59	60	61	63
febrero	27	30	36	36	41	46	50	52	56	56	60	62	65	66	70	72
marzo	27	31	35	36	40	41	40	46	49	51	57	63	69	74	76	78
abril	25	29	31	30	35	39	41	45	48	50	56	61	68	69	78	81
mayo	35	35	39	34	40	46	48	52	54	57	63	68	73	78	86	90
junio	76	45	46	58	60	65	68	64	65	65	69	72	78	80	87	91
julio	88	50	51	54	57	62	62	65	68	69	72	74	77	78	85	93
agosto	44	47	46	51	53	58	59	59	62	65	69	71	74	77	84	95
septiem	47	48	47	51	54	60	62	58	60	61	67	69	73	76	83	95
octubre	70	46	46	50	48	56	58	60	63	65	66	70	74	77	80	94
noviem	44	40	41	48	46	51	55	57	55	59	59	63	64	69	71	84
diciemb	33	36	35	39	41	48	49	51	50	54	55	61	63	68	69	76
TOTAL	568	491	506	543	572	631	652	667	686	709	749	792	837	872	930	1012

Fuente: Elaboración propia (2021).

Las consultas en el Servicio de Demanda Espontánea (ADE), los hiperfrecuentadores ha aumentado a lo largo de los años, siendo en los meses de octubre y noviembre los de mayor consulta. Notándose un marcado aumento de las consultas en el año 2019, siendo los pacientes identificados por DNI para ver el número de consultas

Tabla 18: Hiperfrecuentadores del Servicio de Demanda Espontánea (ADE). Por DNI

ADE	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Enero	10	10	11	11	12	14	12	13	14	15
Febrero	10	12	14	13	15	14	16	18	22	23
Marzo	16	15	16	17	15	19	18	20	23	25
Abril	10	12	13	15	17	14	15	18	21	22
Mayo	12	13	14	15	18	17	16	19	22	24
Junio	25	20	21	23	25	24	19	26	28	30
Julio	13	15	15	14	16	17	16	18	20	34
Agosto	14	14	15	18	17	18	19	19	22	36
Septiembre	11	13	12	15	15	16	18	19	21	35
Octubre	25	24	26	25	27	29	28	29	30	35
Noviembre	29	28	26	27	28	29	29	28	32	37
Diciembre	10	14	13	13	15	15	16	18	20	25
TOTAL	185	190	126	206	220	226	222	245	275	341

Fuente: Elaboración propia (2021).

El resfriado, seguido de la faringitis aguda son las patologías que más consultas se presentan en los servicios SUH y ADE en el período estudiado. En el servicio SUH, la patología con menos consultas es la tos y en el servicio ADE es el ITU (Tabla 19 y Tabla 20)

Tabla 19. Patologías del Servicio de Urgencia Hospitalaria (SUH).**Fuente:** Elaboración propia (2021).

Patologías	Año															
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Tos	313	446	543	475	485	537	839	660	605	639	489	253	306	191	171	141
Bronquiolitis	1694	1426	2320	2631	2699	2186	2693	2610	1865	2433	2316	2264	2011	1933	2109	2153
Neumonía	1188	1016	1538	1908	1767	1145	1310	1036	965	955	998	1032	1099	818	1036	917
Asma	6159	6396	6352	7039	6490	5786	6018	4451	3496	3595	3280	3588	2724	2130	2138	2318
CVAI	1526	1905	2579	2578	3105	3239	4349	3540	4899	4372	4290	4867	5897	5050	4328	4815
Faringitis Aguda	3951	6257	7867	5737	6788	5900	7633	6025	7639	6919	9213	8635	12079	11894	10048	7706
Laringitis	263	204	661	611	1040	894	1336	1144	1444	1426	1691	1446	1838	1752	2080	2040
Amigdalitis	1721	2468	2768	2563	2770	2504	2756	2389	1872	2016	2242	2033	1313	1565	1542	1186
Resfrío	12429	9690	9446	7049	7183	6803	10138	8860	10873	9882	12000	12547	12858	11246	11791	11502
Vómitos	1502	1892	2109	1713	2438	2228	2146	2900	3074	2909	2834	2293	2229	2405	2478	2840
Diarrea	3642	3754	3839	3498	4718	4236	4173	3861	4079	4302	5202	5398	6357	5115	5226	4946
Dolor Abdominal	1503	1715	2140	1950	2526	2296	2365	2567	2814	2736	2916	3195	2985	2975	2947	2862
Fiebre	1066	1270	1187	1634	2045	1722	1906	1300	1000	730	865	786	1004	887	1037	1151
ITU	702	516	590	645	566	526	492	404	424	366	405	403	457	373	320	291

Tabla20. Patologías del Servicio de Demanda Espontánea (ADE).

Patología	Año									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Tos	267	520	406	1511	985	310	411	437	268	603
Bronquiolitis	425	520	350	475	420	558	537	671	714	820
Neumonía	212	186	250	163	168	240	248	187	339	281
Asma	744	990	1000	951	784	1234	851	827	999	937
CVAI	1381	1983	2028	2349	1326	1675	1792	2122	2142	2882
Faringitis Aguda	1700	1487	2143	1902	2122	2512	2757	3236	3624	5413
Laringitis	319	230	400	382	305	418	330	359	642	656
Amigdalitis	744	457	473	951	451	558	248	327	678	445
Resfrío	2337	3290	3057	1570	3714	2630	3171	3895	4292	5436
Vómitos	340	546	676	937	530	488	523	671	767	1031
Diarrea	988	981	1500	1223	1061	1815	1378	1189	1660	2577
Dolor Abdominal	371	457	676	584	570	823	1034	1123	910	1241
Fiebre	744	650	405	457	789	633	441	488	767	830
ITU	53	86	162	135	40	70	68	78	53	281

Fuente: Elaboración propia (2021).

6.2. Apreciación de los médicos de emergencias sobre la creación del servicio de demanda espontánea.

En la encuesta aplicada a cuatro (4) profesionales del servicio de emergencias que efectuaron tareas antes y después de la creación del servicio de demanda espontánea, los resultados fueron los siguientes:

- ✓ Todos los profesionales tienen más de 24 años de servicio y realizan más de 4 guardias mensuales, por lo tanto, conocen muy bien el movimiento del número de consultas en ambos servicios (SUH y ADE).
- ✓ Los 4 profesionales consideran que las consultas de emergencias pediátricas han disminuido considerablemente en cuanto al número de consultas desde la creación del servicio de Orientación / ADE, en el horario de 7 a 17 horas, en especial por causas más frecuentes como fiebre, faringitis, gastroenteritis, cuadros alérgicos leves o moderados
- ✓ En los Horarios de funcionamiento del Servicio de Orientación / ADE se atienden emergencias más graves en el servicio de Urgencia Hospitalaria (SUH).

- ✓ El Servicio de Orientación / ADE facilitó y mejoró la atención en el Servicio de Emergencias, ya que el servicio de Orientación/ ADE filtra mucho las consultas y soluciona la mayoría de los problemas tanto diagnósticos como terapéuticos. Por otra parte, el servicio funciona excelente en cuanto al triaje del paciente, a la espera de la atención. El paciente no espera más de 2 a 5 minutos y la resolución del problema que no requiere atención del médico de guardia. Además, solo se atienden emergencias y no las patologías que deben ser atendidas en la demanda espontanea.
- ✓ El 50% de los encuestados consideran que los horarios del servicio de Orientación / ADE debería ampliarse; y el otro 50% no lo considera, ya que el horario actual se cubre ampliamente la demanda externa por consultas de menor complejidad
- ✓ Desde la creación del servicio de Orientación / ADE se ha descongestionado el servicio de emergencia, ya que las consultas banales que son el 85% del hospital concurren en horarios donde funciona el servicio. El paciente llega y con una espera mínima es evaluado por el medico orientador que decide donde va el paciente. Este nuevo servicio es de gran utilidad por la agilidad y rapidez con la que se solucionan la mayoría de las consultas diarias

6.3. Satisfacción de los padres que llevan a sus hijos a la emergencia pediátrica.

De la encuesta aplicada a ocho (8) padres de pacientes que fueron atendidos en ambos servicios se tiene que la edad promedio es de 38 años con una desviación de 7,26 años. El 62,5% son de sexo femenino y el 37,5% son masculinos; 75% de los padres son de procedencia urbana y el 25% de procedencia rural; respecto a la institución el 12,5% de los padres tienen grado de instrucción primaria, superior técnica y universitaria; y el 62,5% de secundaria. Y, por último, el 50% fueron o asistieron a consulta sin obra social, el 37,5% porque no se cobra y el 12,5% porque es más cerca (Tabla 19).

Tabla 17. Datos de la encuesta a los padres.

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Femenino	5	62,5%
	Masculino	3	37,5%
Procedencia	Urbano	6	75,0%
	Rural	2	25,0%
Institución	Primaria	1	12,5%
	Secundaria	5	62,5%
	Superior técnica	1	12,5%
	Universitaria	1	12,5%

Motivo	Es más cerca	1	12,5%
	No se cobra	3	37,5%
	Sin obra social	4	50,0%

Fuente: Elaboración propia (2021).

Respecto al instrumento aplicado a los padres se observa en la Tabla 20 que el 100% de los entrevistados afirmaron que recibieron buen trato que le prestaron en el Servicio de Demanda Espontánea (ADE) durante la permanencia; el personal le brindó total confianza, le explicó con un lenguaje fácil de entender todo el estudio que le realizarían, les realizaron el examen completo, le explicó claramente los cuidados a seguir en casa; las indicaciones médicas señaladas en la receta está escrita con letra clara; el horario de atención en el servicio es conveniente para los usuarios; esperaron poco tiempo para ser atendidos; manifestaron que les resolvieron el problema médico y por último se sintieron satisfecho con la atención recibida.

Tabla 18. Percepción de los padres respecto a la atención recibida.

Pregunta	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
¿Durante su permanencia en el establecimiento como lo trataron?	Bien	8	100%
¿El personal le brindó confianza para expresar su problema?	Sí	8	100%
¿Considera que durante la consulta le hicieron el examen completo?	Sí	8	100%
¿El personal que le atendió le explicó sobre el examen que le iba a realizar?	Sí	8	100%
¿Le explicaron con palabras fáciles de entender cuál es el problema o resultado de la consulta?	Sí	8	100%
¿Las indicaciones de la receta estas escritas con letra clara para usted?	Sí	8	100%
¿El personal que lo atendió le explicó los cuidados a seguir en su casa?	Sí	8	100%
¿El horario de atención del establecimiento le parece conveniente?	Sí	8	100%
¿Cómo le fue el tiempo que usted espera a ser atendido?	Poco	8	100%
¿Usted siente que le resolvieron el problema motivo de búsqueda de atención?	Sí	8	100%
¿Se siente satisfecho con la atención recibida?	Sí	8	100%

Fuente: Elaboración propia (2021).

6.4. Análisis Inferencial

Se desea contrastar la hipótesis: El servicio de orientación médica destinado a la atención de la demanda espontánea permite disminuir las consultas al servicio de emergencias pediátricas.

Para ello se realiza un análisis inferencial de los datos y se verifica el supuesto de Normalidad de los errores. Para verificar el supuesto de normalidad de los errores se utilizará el test de Shapiro-Wilk, las hipótesis a contrastar son las siguientes:

H_0 : Los datos analizados siguen una distribución normal.

H_a : Los datos analizados no siguen una distribución normal.

En la Tabla 21 se muestra el test de normalidad de la variable Número de consultas para el Servicio de Urgencia Hospitalaria (SUH) y el Servicio de Demanda Espontánea (ADE).

Tabla 19. Prueba Shapiro-Wilk para la variable Número de consultas (SUH y AE).

Shapiro-Wilk		
Variable	Estadístico	Sig.
Número de consultas	0,817	0,000

Fuente: Elaboración propia (2021).

* El nivel de significancia es del 5%.

Para aceptar o rechazar la hipótesis nula (H_0) mediante este estadístico se toma en cuenta el valor de probabilidad del estadístico calculado (Sig.). Si la probabilidad es menor al nivel de significación considerado α se debe rechazar la hipótesis nula. Si la probabilidad es mayor al nivel de significación considerado α no se debe rechazar la hipótesis nula. Con un nivel de significancia del 5% se rechaza H_0 , por lo tanto, la variable no sigue una distribución normal. Por lo tanto, se hará uso de la estadística no paramétrica para alcanzar la hipótesis propuesta.

Se procede a realizar el análisis no paramétrico mediante la prueba U de Mann-Whitney para dos grupos independientes, con un nivel de significancia del 5% para contrastar la hipótesis de estudio. Esta prueba no paramétrica se emplea como sustituto para el ANOVA paramétrico, una vez que los supuestos básicos del ANOVA no se cumplen. Para aceptar o rechazar la hipótesis nula de estudio

mediante este estadístico se toma en cuenta el valor de probabilidad calculada (Sig.). Si la probabilidad calculada es menor al nivel de significación considerado α se debe rechazar la hipótesis nula. Si la probabilidad calculada es mayor al nivel de significación considerado α no se debe rechazar la hipótesis nula.

En nuestro estudio las hipótesis mediante esta prueba son:

H_0 : El servicio de orientación médica destinado a la atención de la demanda espontánea no disminuye las consultas al servicio de emergencias pediátricas.

H_a : El servicio de orientación médica destinado a la atención de la demanda espontánea disminuye las consultas al servicio de emergencias pediátricas.

En las Tablas 22 y 23 se muestran los estadísticos, la probabilidad y los rangos, calculada de la prueba U de Mann-Whitney para las variables de estudio.

Tabla 20. Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes de las variables.

	Consultas
U de Mann-Whitney	0,000
W de Wilcoxon	55,000
Z	-4,216
Sig. asintótica (bilateral)	0,000
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	0,000 ^b
a. Variable de agrupación: Servicio	
b. No corregido para empates.	

Fuente: Elaboración propia (2021).

* El nivel de significancia es del 5%.

En la Tabla 22 se observa que Sig. = 0,000; por lo tanto, la significación es menor al nivel de significación establecido 5% (0,05), por ende se rechaza H_0 dicho de otra manera el servicio de orientación médica destinado a la atención de la demanda espontánea disminuye las consultas al servicio de emergencias pediátricas.

Tabla 21. Rangos de la prueba U de Mann-Whitney para las variables SUH y ADE

Servicio	Rango promedio	Suma de rangos
SUH	18,50	296,00
ADE	5,50	55,00

Fuente: Elaboración propia (2021).

En la tabla 23 se observa que la diferencia entre ambos servicios es estadísticamente significativa, tal como se evidencia en la Tabla 23, ya que el rango promedio del número de consultas atendidas anualmente en el Servicio de Demanda Espontánea (ADE) es de 5,50 mientras que en el Servicio de Urgencias Hospitalaria (SUH) es de 18,50.

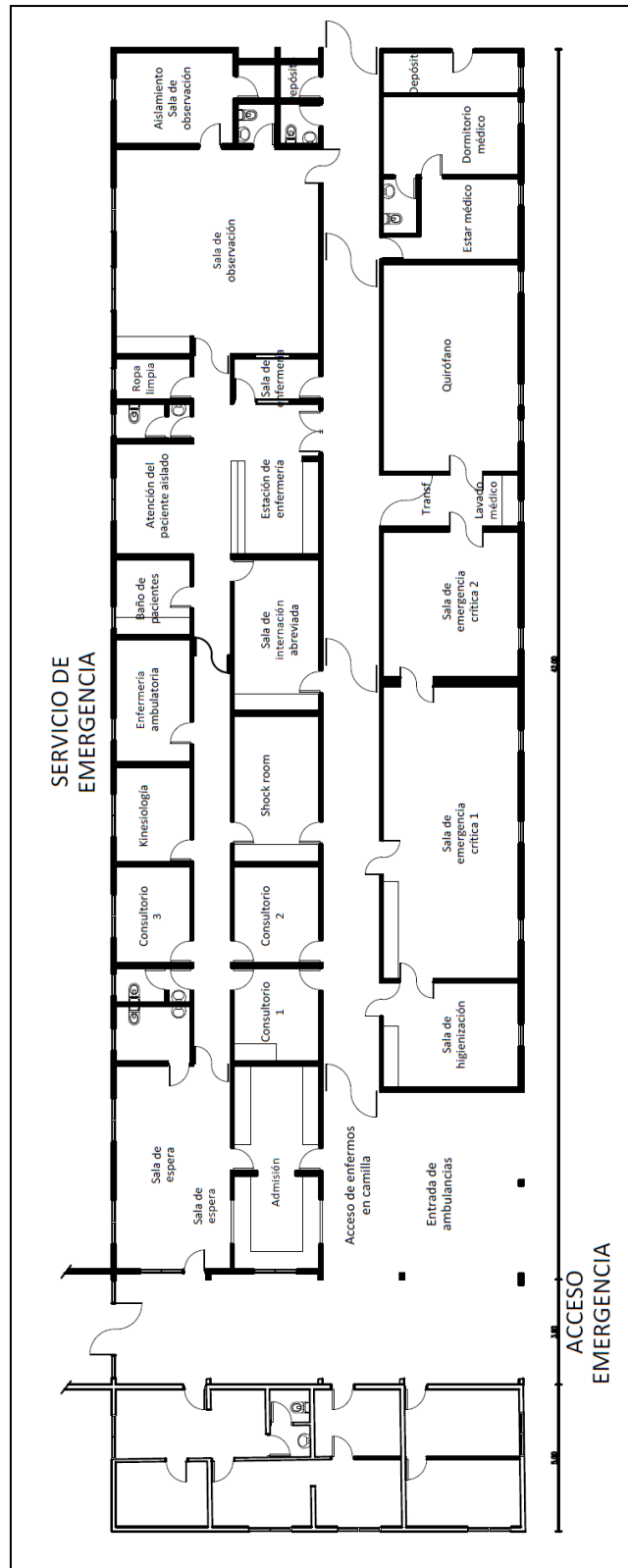
CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES

En esta investigación se revisaron los datos correspondientes a tres unidades de análisis: los pacientes que consultaron el servicio de urgencias hospitalarias y al servicio de atención demanda espontánea; los médicos del servicio de emergencia y los padres que consultan con sus niños. Cada unidad se analizó mediante planillas de datos estadísticos e historias clínicas de los pacientes, obteniendo las conclusiones siguientes:

- ✓ A partir de la creación del servicio de Demanda Espontánea, el número de consultas en el SUH disminuyó significativamente alcanzando alrededor de 50% en comparación con las consultas de los Servicios de Atención de Demanda Espontánea (ADE).
- ✓ Con relación a los pacientes hiperfrecuentadores, estos se reflejan en los niños de 1 a 3 años de edad en ambos servicios y la frecuencia de consultas fue mayor en el año 2019. Las patologías más frecuentes fueron el resfriado y la faringitis aguda. La patología con menor incidencia de pacientes fueron la tos e infección del tracto urinario (ITU).
- ✓ Se conoció la apreciación de los médicos de emergencias sobre la creación del servicio de demanda espontánea quienes se encontraron muy satisfechos y los padres manifestaron aspectos positivos del proceso de atención y de las acciones en salud.
- ✓ El análisis inferencial permitió comprobar la hipótesis planteada donde el servicio de orientación médico destinado a la atención de demanda espontánea ADE, disminuye significativamente las consultas del servicio de emergencia pediátrica, pudiendo mejorar así la calidad de atención.

ANEXOS

Anexo 1: croquis del servicio de emergencias

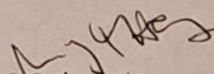


Corrientes, 09 de Diciembre 2019 .

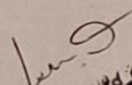
A LA DIRECCIÓN DE
INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA
DR JOSE OSCAR LOTERO

Me dirijo a Ud. a fin de solicitar autorización para realizar en trabajo de investigación *“Estrategia para disminuir la saturación del servicio de emergencias de un hospital público pediátrico: Estrategia de mejora. 2004-2019.”*. Para este fin, también solicito tener acceso a información general (no nominal) a la base de datos del Hospital.

Sin otro particular y a la espera de una respuesta favorable, me despido de Ud. atentamente.


Mirta G. Pedemonte
MPN°

Jefe de Servicio de Orientación Médica
Hospital Pediátrico Juan Pablo II


Dr. José Oscar Lotero
Director de Docencia e Investigación
Hospital Juan Pablo II

HOJA DE INFORMACIÓN PARA PROFESIONALES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: Corrientes,de de 202.....

Lo invito a participar de un estudio de investigación denominado: **ESTRATEGIA PARA DISMINUIR LA SATURACION DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS DE UN HOSPITAL PUBLICO PEDIATRICO: ESTRATEGIA DE MEJORA. 2004-2019**

Este estudio nos permitirá conocer sobre su conformidad con la creación del servicio de Orientación, atención de demanda espontánea.

Su participación en el mismo es **Voluntaria y Anónima**. Los datos obtenidos en este estudio son **confidenciales**, en ningún lugar figurará su nombre ni su apellido, sino solamente un código numérico. No es obligatorio que Ud. participe de este estudio, **UD. PUEDE NO ACEPTAR** participar del mismo. **Podrá retirarse** de la investigación en cualquier momento sin dar ninguna explicación.

¿Quiénes podrán participar de este estudio?

Participarán de este estudio aquellas profesionales que desempeñen sus funciones en el servicio de emergencias del Hospital Juan Pablo II.

Su participación consistirá en responder preguntas relacionadas con la atención en los servicios de atención demanda espontánea y servicio de emergencias, no le llevará más de 10-15 minutos

Al participar en esta investigación tendrá resultados y sus respuestas pueden ser importantes para generar recomendaciones sobre los factores de riesgo que se asocian a la atención de su hijo/a

Los resultados del trabajo serán presentados en la tesis doctoral.

Si hay algún aspecto del mismo que no comprenda o sobre el que desee solicitar mayor información no dude en comunicarse con el Med. Mirta Pedemonte al Tel Nº 3794356380

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Manifiesto que he sido informado y que comprendo lo expresado más arriba, y autorizo a que se utilicen los datos que brindo y me comprometo a colaborar en responder las preguntas que se me realice.

HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: Corrientes,de de 202.....

Lo invitamos a participar de un estudio de investigación denominado: **ESTRATEGIA PARA DISMINUIR LA SATURACION DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS DE UN HOSPITAL PUBLICO PEDIATRICO: ESTRATEGIA DE MEJORA. 2004-2019**

Este estudio nos permitirá conocer sobre su conformidad en la atención a su hijo/a en el servicio de atención de demanda espontánea.

Su participación en el mismo es **Voluntaria y Anónima**. Los datos obtenidos en este estudio son **confidenciales**, en ningún lugar figurará su nombre ni su apellido, sino un solamente un código numérico. No es obligatorio que Ud. participe de este estudio, **UD. PUEDE NO ACEPTAR** participar del mismo. **Podrá retirarse** de la investigación en cualquier momento sin dar ninguna explicación.

¿Quiénes podrán participar de este estudio?

Participarán de este estudio aquellas personas que concurran al Hospital Juan Pablo II, para recibir atención de su hijo/a.

Su participación consistirá en responder preguntas relacionadas con la atención por dichos servicios que no le llevará más de 10-15 minutos

Al participar en esta investigación tendrá resultados y sus respuestas pueden ser importantes para generar recomendaciones sobre los factores de riesgo que se asocian a la atención de su hijo/a

Los resultados del trabajo serán presentados en la tesis doctoral.

Si hay algún aspecto del mismo que no comprenda o sobre el que desee solicitar mayor información no dude en comunicarse con el Med. Mirta Pedemonte al Tel Nº 3794356380

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Manifiesto que he sido informado y que comprendo lo expresado más arriba, y autorizo a que se utilicen los datos que brindo y me comprometo a colaborar en responder las preguntas que se me realice.

Anexo 5: Planilla Excel de datos estadísticos extraída de la base de datos digital de los pacientes

[illegible]

ENCUESTA PROFESIONAL N°

1. Usted es médico de Emergencias?

.....

2. ¿Desde qué año?

.....

3. ¿Cuántos años de especialidad?

.....

4. ¿Cuántas guardias mensuales realiza?

.....

5. Considera que las consultas de emergencias pediátricas disminuyeron en cuanto al número de consultas desde la creación del servicio de Orientación / ADE?

.....

6. ¿Las consultas que vienen a la Emergencia son más graves?

.....

7. Considera que el servicio de Orientación /ADE facilito o mejoro la atención de Emergencia. Exprese su pensamiento

.....

8. Considera que los horarios del servicio de Orientación/ADE debería ampliarse?

.....

9. Como considera el Servicio de Orientación/ADE? Ayuda en la descongestión del Servicio de Emergencias ¿Qué le parece?

.....



DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS

Encuesta de Satisfacción de Usuarios Externos de Servicios de Salud

(Anexo 1)
ENCUESTA DE OPINIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

Número de encuesta

Fecha: Día Mes Año

Nombre del Establecimiento de Salud:

Buenas, estamos haciendo un estudio con los usuarios para conocer mejor sus necesidades y su opinión sobre el servicio que se da aquí. Sus respuestas son confidenciales, así que le agradecemos ser lo más sincero posible.

Parte I: Aspectos Generales

¿Cuál es su edad? Años Sexo ☐ M ☐ F

1 = Urbano
2 = Rural
3 = Urbano marginal (pueblo joven)

¿En dónde vive? Procedencia

Cuál es su Grado de Instrucción?
 1 = Analfabeto 4 = Superior técnica
 2 = Primaria 5 = Superior Universitaria
 3 = Secundaria 6 = No sabe/ no opina

¿Por qué escogió venir a este establecimiento de salud?	Está más cerca	☐	No tengo seguro	☐
	Es barato	☐	Hay buena atención	☐
	No hay otro establecimiento adonde acudir	☐	Otro:	
			Cuál?	

Parte II: Percepción del usuario respecto a la atención recibida

- ¿Durante su permanencia en el establecimiento cómo lo trataron? Bien ☐ Mal ☐ No opina ☐
- ¿El personal le brindó confianza para expresar su problema? Sí ☐ No ☐ No opina ☐ No Aplica ☐
- ¿Considera que durante la consulta médica le hicieron un examen completo? Sí ☐ No ☐ No opina ☐ No Aplica ☐
- ¿El personal que le atendió le explicó sobre el examen que le iba a realizar? Sí ☐ No ☐ No opina ☐ No Aplica ☐
- ¿El personal que le atendió le explicó con palabras fáciles de entender cual es su problema de salud o resultado de la consulta? Sí ☐ No ☐ No opina ☐ No Aplica ☐

6. ¿Si le dieron indicaciones en una receta;
¿están escritas en forma clara para Ud.? Sí ☐ No ☐ No opina ☐ No Aplica ☐

7. ¿El personal que le atendió le explicó los
cuidados a seguir en su casa? Sí ☐ No ☐ No opina ☐ No Aplica ☐

8. ¿Las tarifas establecidas en el establecimiento
para la atención, están a su alcance? Sí ☐ No ☐ No opina ☐

9. ¿El personal del establecimiento respeta sus
creencias en relación a la enfermedad y su
curación? Sí ☐ No ☐ No opina ☐

10. ¿El horario de atención del establecimiento le
parece conveniente? Sí ☐ No ☐ No opina ☐

8.1 Si es No, ¿qué horario sugiere?

11. El tiempo que usted esperó para ser
atendido fue: Mucho ☐ adecuado ☐ poco ☐ No opina ☐

12. ¿Le parecieron cómodos los ambientes del
establecimiento? Sí ☐ No ☐ No opina ☐

13. El establecimiento se encuentra limpio? Sí ☐ No ☐ No opina ☐

14. ¿Durante la consulta se respetó su
privacidad? Sí ☐ No ☐ No opina ☐ No Aplica ☐

15. En términos generales ¿Ud. siente que le
resolvieron el problema motivo de búsqueda
de atención? Sí ☐ No ☐ No opina ☐

16. En términos generales ¿Ud. se siente
satisfecho con la atención recibida? Sí ☐ No ☐ No opina ☐

¿Por qué?:

Parte III: Opiniones y sugerencias respecto de la atención recibida.

.....

.....

.....

.....

.....

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 57.o Consejo Directivo de la OPS. (2019). *Estrategias y Plan de Acción para Mejorar la Calidad de la Atención en la Prestación de Servicios de Salud 2020 - 2025*. Recuperado el 28 de Julio de 2021, de Organización Panamericana de la Salud: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=49721-cd57-12-s-strategia-pda-calidad-atencion&category_slug=cd57-es&Itemid=270&lang=es
- America, A. L. (2020). *Herramientas para el Control de Calidad*. Obtenido de <https://asqlatam.org/>
- Arias L. (2019). *Calidad de Servicio y la Satisfacción de los Clientes de las Clínicas Dentales de la Ciudad de Tingo María*. Recuperado el 11 de Agosto de 2021, de Universidad Nacional Agraria de la Selva. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas.: http://repositorio.unas.edu.pe/bitstream/handle/UNAS/1475/LAF_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Armendáriz, C. et.al. (2015). La imagen corporativa como valor de. *Global Conference on Business and Finance*, 12(3), 996-1011.
- Barrios, M. F. (2014). Calidad en los Servicios de Salud: un Reto Ineludible. *Revista Cubana Hematología, Inmunología y Hemoterapia.*, 30(2), Pág. 179 - 183. <http://scielo.sld.cu/pdf/hih/v30n2/hih11214.pdf>.
- Bayona, Priego, Romeo. et. al. (2016). Evaluación de la calidad en la atención del embarazo y puerperio en mujeres del Estado de Tabasco atendidas por el programa Caravanas de la Salud. *Salud en Tabasco*, 22(3), 87-97. <https://www.redalyc.org/pdf/487/48754565005.pdf>.
- Bertoldi, M. (2014). Los derechos del paciente. Su recepción legislativa. *Responsabilidad profesional de los médicos. Ética, Bioética y jurídica: civil y penal*, pp. 245-292.
- Cabo J. (2021). *Modelos de gestión*. Recuperado el 10 de Agosto de 2021, de UDIMA. Gestión Sanitaria. Universidad Online.: <https://www.gestion-sanitaria.com/3-modelos-gestion.html>
- Cabré, R. B. (2012). *DISEÑOS CUASI-EXPERIMENTALES Y LONGITUDINALES*. Recuperado el 07 de Abril de 2021, pág 3., de Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento Facultad de Psicología Universidad de Barcelona: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/30783/1/D.%20cuasi%20y%20longitudinales.pdf>

- Cabré, R. B. (2012). *Diseños Cuasi-Experimentales y Longitudinales*. Recuperado el 07 de Abril de 2021, pág 3., de Departamento de Metodología de les Ciencias del Comportamiento Facultad de Psicología Universidad de Barcelona: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/30783/1/D.%20cuasi%20y%20longitudinales.pdf>
- Camacaro María. (2017). Competencias gerenciales para la gestión de empresas manufactureras del Municipio Libertador del estado Mérida-Venezuela. *Actualidad Contable Faces, Universidad de los Andes*, 20(34), 5-26.
- Cardona D, E. A. (2013). Aspectos subjetivos del envejecimiento: redes de apoyo social y autonomía de la población adulta mayor de Medellín. *Investigación y educación en enfermería*.
- Cardoso E. (2012). *Gestión del Talento Humano: La reducción de absentismo del Hospital - Acciones de Salud Ocupacional*. Recuperado el 28 de septiembre de 2021, de Unimed / Manaus.: <http://www.unimed.com.br/pct/servlet/ServletDownload?id=MjE0NzQ5ODc3Ng==>. Consultado: 09/28/2015
- Ceballos-Acevedo, T. M., Velásquez-Restrepo, P. A., & Jaén-Posada, J. S. (2014). Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 13, núm. 27, diciembre, pp. 274-295.
- Código Civil y Comercial de la Nación. (2014). *Ministerio de Justicia y Derechos Humanos*. Recuperado el 13 de octubre de 2021, de Ciudad Autónoma de Buenos Aires: http://www.saij.gob.ar/docs-f/codigo/Codigo_Civil_y_Comercial_de_la_Nacion.pdf
- Collazo, E. (2013). *Calidad de la atención médica*. Recuperado el 28 de Julio de 2021, de Medicosypacientes.com: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/calidad-de-la-atencion-medica>
- COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS. (2000). *Comunicación de la Comisión*. Recuperado el 22 de septiembre de 2021, de e-Learning – Concebir la educación del futuro: https://www.tecnoeduc.es/wp-content/uploads/2017/03/comision_europea_2000.pdf
- Comisión., E. (2014.). *Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones*. (Luxemburgo., Ed.) Recuperado el 27 de Abril de 2021, de La Investigación y la Innovación como Fuentes de Crecimiento Renovado.: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52014DC0339&from=SK>

- Condeza A; Bastías G; Valdivia G; et al. (2016). Adultos Mayores en Chile: Descripción de sus Necesidades en Comunicación en Salud Preventiva. *Revista Cuadernos.info. Facultad de Comunicaciones, Pontificia Universidad Católica de Chile.*, 16(38), pp. 85104 http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0719-367X2016000100006&script=sci_abstract. .
- Cubero Alpizar, C. y. (24 de Abril de 2013). *Los procesos de clasificación de usuarios y su impacto en la atención en las salas de urgencias a nivel hospitalario.* Universidad de Costa Rica Enfermería Actual en Costa Rica. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/448/44826081009.pdf>
- Cuestas Santos, A. (2015). *Gestión del Talento Humano y del Conocimiento*. Bogota (Colombia): Ediciones ECOE,.
- Del Río Pérez, J; Medina, P. (2017). Comunicación Interna Hospitalaria: Una Aproximación Desde la Creatividad. *Revista Mediterránea de Comunicación*, 6(2), pp. <http://mediterraneacomunicacion.org/>. DOI: <http://dx.doi.org/10.14198/MEDCOM2015.6.2.12>. Obtenido de Revista Mediterránea de Comunicación .
- Desarrollo, M. B. (1 de 7 de 2010). *Informe sobre el desarrollo mundial 2007: Desarrollo y la próxima generación – Descripción general : Informe sobre el desarrollo mundial 2007: El desarrollo y la próxima generación - Panorama general (Español)*. Obtenido de <https://documentos.bancomundial.org/es/publication/documents-reports/documentdetail/123741468315362447/informe-sobre-el-desarrollo-mundial-2007-el-desarrollo-y-la-proxima-generacion-panorama-general>
- Díaz C. (2021). *Gestión de la Calidad Hospitalaria*. Recuperado el 21 de septiembre de 2021, de <https://saludbydiaz.com/2021/02/04/gestion-de-la-calidad-hospitalaria/>
- Domínguez, B. R. (2011). Control de la Calidad de la atención de salud. *ECIMED*.
- Fabian, V. (ABRIL de 2014). *Saturación de las Guardias de Emergencia*. Obtenido de http://www.noble-arp.com/src/img_up/28052014.0.pdf
- Faúndez, A. E. (2019). *Los Consumidores, Clientes y Usuarios*. Obtenido de Clientes y Usuarios: <https://es.scribd.com/presentation/409963935/Los-Consumidores-Clientes-y-Usuarios>
- Félix Mateus A. (2014). La comunicación en las teorías de las organizaciones. El cruzar del siglo XX y la revolución de las nuevas tecnologías. Una visión histórica. *Revista Historia y Comunicación Social. Universidad Complutense de Madrid*, 19(No.Esp.), 195-210.

- Fernández A, A. D. (2017). Alianzas y Conflictos entre Grupos de Interés de un Hospital Militar: Aplicación del Método Mactor. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas.*, 36(1), 2.
- Ferreira R; Porto A. (2018). La calidad de vida en el trabajo y el ausentismo como indicadores de resultado de gestión hospitalaria. *Revista Digital FCE. Ciencias Administrativas UNLP*, 6(11), pp. 3 - 14.
http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/64541/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Florido Miguel. (2017). *Las 15 actitudes y aptitudes laborales más valoradas por las empresas*. Recuperado el 10 de septiembre de 2021, de Marketing and Web: <https://www.marketingandweb.es/marketing/actitudes-aptitudes-laborales/>
- Foucault M. (2014). Historia de la sexualidad. La voluntad de saber. *Siglo XXI*, 1(3).
- Fontova A. (2015). *Estudio de la Satisfacción de Pacientes y Profesionales en un Servicio de Urgencias Hospitalario*. Recuperado el 11 de Agosto de 2021, de Universidad de Girona. Tesis Doctoral: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/302799/tafa.pdf?sequence=5>
- Gamboa, E. J. (2010). *Satisfacción Laboral: Descripción Teórica de sus Determinantes*. Recuperado el 28 de Abril de 2021, de <https://www.psicologiacientifica.com/satisfaccion-laboral-determinantes/>
- Garay, O. (2017). *Derechos de los pacientes*. Recuperado el 13 de octubre de 2021, de Salud. gob.: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/derechos-de-los-pacientes>
- García, M. I. (2010). La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud. Consideraciones teóricas y metodológicas. *Calidad y gestión de servicios de salud*, 9(1), pp. 9-19.
- Gasperi R. (2010). *Los Roles del Medico*. Recuperado el 29 de septiembre de 2021, de Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado Decanato Ciencias de la Salud Departamento de Ciencias de la Salud: <http://www.ucla.edu.ve/dmedicin/departamentos/medicinapreventivasocial/comunitaria/medicina/Unidad%20vi/Roles%20del%20medico.pdf>
- GT-LATINFURG, G. d. (2019). *Puntos clave y controversias sobre la sepsis en los servicios de urgencias: propuestas de mejora para Latinoamérica*. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Agustin-Julian-Jimenez/publication/332260373_Sepsis_in_the_emergency_department_Key_points_controversies_and_proposals_for_improvements_in_Latin_America/links/5cbf3a18a6fdcc1d49aa2267/Sepsis-in-the-emergency-department

- Gutiérrez O. (2016). El trabajo médico. *Acta Médica Costarricense*, 58(1), pp. 36-37.
<https://www.redalyc.org/pdf/434/43443580006.pdf>.
- Hamui-Sutton, A. (27 de Junio de 2013). *Un acercamiento a los métodos mixtos de investigación en educación médica*. Obtenido de
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2007505713727145?token=3A0105716946D8275E2293282FB7B31BECB8DF02170CC0A1190D055D6774CB4FA3CE2198C6F2FC4CD6CF093E7A156E4D&originRegion=us-east-1&originCreation=20210407123527>
- Lablanca, I. (2015). *Apoyo Administrativo a la Gestión de Recursos Humanos*. Recuperado el 09 de septiembre de 2021, de Ministerio de Educación, Cultura y Deporte: <http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v12n3/2218-3620-rus-12-03-398.pdf>
- Lavelle E, V. J. (2013). Twelve tips for getting started us-ing mixed methods in medical education research. . *Med Teach* , 272-276.
- Leech NL, O. A. (2009). A typology of mixed methods re-search designs. *Qual Quant*, 265-275. Obtenido de 43:265-275.
- Ley 26529 Normativa Provincial. (2010). *Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud*. Recuperado el 13 de octubre de 2021, de SALud.gob: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/derechos-del-paciente-en-su-relacion-con-los-profesionales-e-instituciones-de-la-salud-ley>
- Lizán., L. (2013.). Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud en España. *Publicacions de la Universitat Jaume., 1*, S/p.
- Llordachs, F. (2019). *Atención al Paciente*. Recuperado el 12 de octubre de 2021, de Clinic Cloud: <https://clinic-cloud.com/blog/atencion-al-paciente-definicion/>
- Lobo A, D. K. (2016). *Satisfacción de los usuarios de los centros de salud de la ciudad de Ourense*. Obtenido de RIdEC: <https://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27119/satisfaccion-de-los-usuarios-de-los-centros-de-salud-de-la-ciudad-de-ourense/#:~:text=La%20satisfacci%C3%B3n%20de%20los%20usuarios%20puede%20ser%20considerada%20como%20un,las%20necesidades%20de%20>
- López, S; López, O. (2015). Origen y naturaleza de los Derechos Humanos. *Universidad Autónoma Metropolitana* .

- Maggy, W. (2018). *Evaluación de la calidad de la atención en relación con la satisfacción de los usuarios de los servicios de emergencia pediátrica Hospital General de Milagro*. Recuperado el 12 de octubre de 2021, de Universidad Católica, Sistema de Postgrado Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud. Guayaquil, Ecuador: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/9976/1/T-UCSG-POS-MGSS-115.pdf>
- Marin, H. S., & Placencia., M. D. (2017). Motivación y Satisfacción Laboral del Personal de una Organización de Salud del Sector Privado. *Horiz Med*, 17(4), Pág. 42 - 52. <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v17n4/a08v17n4.pdf>.
- Masuet, A. M. (2010). La Calidad de la Atención Médica Ambulatoria en el Hospital Pediátrico del Niño Jesús, de la Ciudad de Córdoba. *La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba*.
- Maya, A. P. (2017). Una mirada crítica sobre la noción: paciente/usuario/cliente desde la antropología en salud. *Revista Conamed*, 22(2), pp. 98 - 103. <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2017/con172h.pdf>. Obtenido de Revista Conamed.
- Medina, O. (2015). Derecho a la salud y clases sociales. *Derecho a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana*.
- Molina C. (2016). Transformaciones en el trabajo médico en el ámbito hospitalario: categorías para el análisis. *KAIROS. Revista de Temas Sociales. Proyecto Culturas Juveniles. Publicación de la Universidad Nacional de San Luis*(37), p 1-18. : <http://www.revistakairos.org>.
- Montserrat Tarrés. (2016). *Comunicar y generar valor a través de la RSC*. Recuperado el 10 de septiembre de 2021, de Revista UNO: <https://www.revista-uno.com/numero-23/comunicar-y-generar-valor-a-traves-de-la-rsc/>
- Morley C, U. M. (2018). *Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions*.
- Múñoz I, H. Y. (2013). Características de la Gestión del Talento Humano en Salud Pública. L. Vieco SA., pág. 265.
- Olmedo, G. J. (28 de Noviembre de 2018). *Propuesta para la reducción de la saturación del servicio de emergencia del hospital Pablo Arturo Suárez en el periodo enero – julio del 2019*. Obtenido de <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/7750/1/140353.pdf>
- OMS. (2016). *Atención para Mejorar la Calidad de Atención en Pacientes*. Recuperado el 15 de Mayo de 2021, de Organización Mundial de la Salud:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf;jsessionid=9719868B075228F12735FB62479F7BAB?sequence=.](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf;jsessionid=9719868B075228F12735FB62479F7BAB?sequence=)

OPS. (2020). *Nuevo Plan Busca Mejorar la Calidad de la Atención Médica en las Américas*. Recuperado el 28 de Julio de 2021, de Organización Panamericana de la Salud: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15490:new-plan-to-improve-quality-of-health-care-endorsed-by-ministers-of-health&Itemid=1926&lang=es

Organización, d. l. (2010). *Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública*. Recuperado el 27 de Abril de 2021, de http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2014/brochure_competencias_es.pdf.

Pacheco Rodríguez, M. G., & Cabrera Méndez, M. (2020). Gestión de Intangibles como Pilar Fundamental en el Desarrollo de Nuevas Organizaciones. *Revista Científica de la Universidad de Cienfuegos*, 12(3), 398-406. <http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v12n3/2218-3620-rus-12-03-398.pdf>.

Palacios J. (2014). De la comunicación organizacional a la comunicación productiva: modelo propuesto por Abraham NosnikOstrowiak . *Revista Razón y Palabra.*, 19(87), 12. http://www.razonypalabra.org.mx/N/N87/RE87/01_P.

Peiró, R. (2020). *Economipedia*. Obtenido de Usuario.: <https://economipedia.com/definiciones/usuario.html>

Pérez, R. D., & Carrillo, B. A. (2011). Caracterización de la Continuidad de la Gestión en la Prestación del Servicio de Urgencias Durante Fines de Semana, en Relación a los Días de Semana, en el Hospital Nacional Rosales, Mayo y Junio de 2011. *Tesis para Optar al Título Master en Gestión Hospitalaria*.

Pérez, Z. P. (02 de Junio de 2011). *Los diseños de método mixto en la investigación en educación:Una experiencia concreta*. Recuperado el 07 de Abril de 2021, de Revista Electrónica Educare Vol. XV, N° 1, pág. 15-29: <file:///C:/Users/DARKXE~1/AppData/Local/Temp/Dialnet-LosDisenosDeMetodoMixtoEnLaInvestigacionEnEducacio-3683544.pdf>

Piñuel Raigada, J.L. & J.A. Gaitán . (1995). Metodología general. *Conocimiento científico e investigación en la comunicación social*. Madrid, Síntesis.

Prieto R; Burgos C; García J; Rincón Y. (2016). Mercadeo interno para optimizar la calidad de servicio en la banca universal. *Revista Venezolana de Gerencia (RVG)*. Universidad del Zulia. Maracaibo, 21(73), 102-119.

- Ramírez R; Hugueth A. (2017). Modelo de comunicación productiva para las organizaciones de salud pública en Venezuela. *Universidad del Zulia. Redalyc.*, 33(83), pp. 305-335. <https://www.redalyc.org/journal/310/31053772011/html/>.
- RamosT; Laselva C; Neto M; et al. (2016). *Mejoras en la Calidad y eficiencia hospitalaria mediante un modelo integral de gestión de flujo de paciente*. Recuperado el 22 de septiembre de 2021, de Clustersalud América economía: <https://clustersalud.americaeconomia.com/mejoras-la-calidad-eficiencia-hospitalaria-mediante-modelo-integral-gestion-flujo-pacientes>
- Real Academia Española. RAE. (2019). *Diccionario de la lengua Española*. Recuperado el 30 de Mayo de 2021, de <https://www.rae.es/>
- Restrepo, J. e. (20 de Octubre de 2017). *Saturación en los servicios de urgencias: Análisis de cuatro hospitales de Medellín y simulación de estrategias*. Obtenido de Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 17, núm. 34: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/17-34%20\(2018-I\)/54555308011/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/17-34%20(2018-I)/54555308011/)
- Robles, B. (2011). La Entrevista en Profundidad: Una Técnica Útil Dentro del Campo Antropofísico. *Escuela Nacional de Antropología e Historia Distrito Federal, México.*, 18(52), 39-49. . Recuperado el 15 de Junio de 2021
- Rodríguez., A. (2013.). Creando una Cultura de la Calidad Hospitalaria. *Medwave.*, 13(9), e5810.doi: 10.5867/medwave. 2013.09.5810.
- Rodríguez-Marín J. (2010). Calidad de vida laboral en profesionales de la salud. *Revista de calidad asistencial*, 25(6), pp.318–320. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-S1134282X10001168>.
- Rosero, G. J., Chuquer, E. J., Villarreal, M. d., Tapia, S. C., Campaña, W. A., & Lorenzo, A. F. (2017). La Gestión de la Innovación en los Servicios de Salud Pública. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas.*, 36(3.), Pág. 1 - 8.
- Sánchez, M. (2019). *Producto o Servicio: Conceptos y Diferencias*. Recuperado el 27 de Abril de 2021, de Tu Economía Fácil: <https://tueconomiafacil.com/producto-o-servicio-conceptos-y-diferencias/>
- Secretaría, d. S. (2015). La Calidad de la Atención a la Salud en México a Través de sus Instituciones. *Secretaría de Salud*, 2.
- Segredo A, G. A. (2015). Enfoque Sistémico del Clima Organizacional y su Aplicación en Salud Pública. *Revista Cubana de Salud Pública.*, 41(1), 115 - 129.

- SEISAMED. (2019). *La comunicación interna en el hospital: un asunto vital*. Recuperado el 25 de agosto de 2021, de Revista electrónica SEISAMED: <https://www.seisamed.com/la-comunicacion-interna-en-el-hospital-un-asunto-vital>
- Tashakkori A, T. C. (2010). *Mixed Methods in Social and Behavioral Research*. Los Angeles CA, 2nd Edition.
- Terán GJ, M. B. (2017). Diagnóstico de las Variables del Comportamiento Organizacional en Farmacias de Sangolquí, Ecuador. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas.*, 36(1), S/p.
- Tola, I. L. (2015). *Influencia de la Gestión Administrativa en los Servicios de Salud de los Hospitales III de Salud de la Región Puno -2012*. Recuperado el 28 de Abril de 2021, de <http://repositorio.uancv.edu.pe/bitstream/handle/UANCV/348/P27-004.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Vargas González, V., Valecillos, J., & Hernández, C. (2013). Calidad en la Prestación de Servicios de Salud: Parámetros de Medición. *Revista de Ciencias Sociales*, 19(4), pág. 663 - 671. <https://www.redalyc.org/pdf/280/28029474005.pdf>.
- Vásquez, R. C. (2011). Evaluación de la calidad de atención en el servicio de emergencia del hospital general del ISSS, abril a junio del año 2011. *San Salvador*.
- Vázquez, Sotomayor, González. et. al. (2018). Satisfacción del Paciente en el Primer Nivel de Atención Médica. *Revista. Salud Pública.*, 20(2), 254-257. <https://www.scielo.org/pdf/rsap/2018.v20n2/254-257/es>.
- Vera, F. (2017). Percepción de la calidad de atención médica en consultorios de la Cátedra de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas, Asunción-Paraguay. *Revista. Salud Pública Paraguay.*, 7(2), 26-30. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/884756/percepcion-de-la-calidad-de-atencion-pb.pdf>.
- Villator, I. (2015). ¿Que son los valores? Perspectiva Docente. *Perspectiva Docente*, 30, 59-61.
- William Tápanes Galvan, M. Y. (2019). Control de la Calidad en la Salud Pública. Reseña Histórica. *Revista Médica Electrónica. Universidad de Ciencias Médicas.*, 41(3), http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000300809&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Obtenido de Revista Médica Electrónica. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Matanzas, Cuba.
- Yepes, C. E., Pineda, Á. d., Jaramillo, N. B., & Farías, J. C. (2018). En Búsqueda de la Atención: Necesidades en Salud, Itinerarios y Experiencias. *Hacia Promoc. Salud.*, 23(1), Pág. 88-105.

Yuni, J. A. (2006). *Técnicas para Investigar: Recursos Metodológicos para la Preparación de Proyectos de Investigación*. Recuperado el 15 de Junio de 2021, de Cordoba: <https://ies6043-sal.infod.edu.ar/sitio/upload/YUNI-URBANO-2006-Tecnicas-para-investigar.pdf>