

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA

FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN



**PERCEPCIÓN DEL ASEGURADO SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN
EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL BASE CARLOS
ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO, ESSALUD, AREQUIPA, 2016.**

**Tesina Presentada por las Licenciadas en
Trabajo Social**

**LATORRE DELGADO MAGALI
SUCLLA MUÑOZ NELLY ELVIRA**

**Para obtener el Título Profesional de
Segunda Especialidad en Promoción
de la Salud y Terapia Familiar.**

AREQUIPA – PERÚ

2016

DEDICATORIA

La presente Tesina, está dedicada con todo nuestro amor a Dios, por permitirnos desempeñarnos profesionalmente y ayudar a los pacientes, quienes son nuestro principal aliciente en el desempeño diario.

AGRADECIMIENTO

A todos los usuarios del servicio de Emergencia, que gentilmente aceptaron participar en la investigación.

A los miembros del Jurado Dictaminador.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática	9
1.2. Formulación del problema	10
1.2.1. Problema Principal	10
1.3. Objetivo de la investigación	11
1.3.1. Objetivo Principal	11
1.4. Hipótesis General	12
1.4.1 Hipótesis Específicas	12
1.5 Justificación de la investigación	13

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la investigación	15
2.2. Bases teóricas	16
2.3. Definición de términos	54

CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. Tipo de investigación	56
3.2. Diseño de la investigación	56
3.2.1 Universo y Muestra	56
3.2.2 Categorías, variables e indicadores	57
3.2.3 Matriz de consistencia (operativización de variables)	58
3.2.4 Instrumentos de recolección de información (encuesta, entrevista, fichas)	59
3.2.5 Procesamiento de la información	61

CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

4.1. Resultados	62
-----------------	----

CONCLUSIONES	81
RECOMENDACIONES	82
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS y FUENTES DE INFORMACIÓN	84
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

En la evaluación de los servicios de salud, la opinión del usuario es un elemento clave, puesto que se considera que la calidad de los servicios debe ser evaluada desde la perspectiva de los pacientes, que son quienes utilizan el servicio y por ende aquellas personas indicadas en juzgar su eficiencia. Así, los servicios de salud además de ser técnicamente efectivos y económicamente eficientes, deben ser convenientes, aceptables y agradables para el usuario, ya que es la aceptación del consumidor la que finalmente, valida integralmente el proceso de atención.

Desde la perspectiva de los trabajadores sociales, la evaluación de la calidad de atención en los servicios, es importante porque se trata de un proceso susceptible de mejoramiento y por lo tanto, puede ser controlado para que se puedan intervenir en todas aquellas situaciones que disminuyen o afectan la calidad de atención; además, con frecuencia los trabajadoras sociales se les manifiesta una serie de quejas de los usuarios externos, acerca de la calidad de atención y la insatisfacción que esta genera en los usuarios externos. En tal sentido, es necesario considerar las apreciaciones de la Organización Mundial de la Salud, citada por Malagón (2011), que define la calidad así: *"La Calidad en la Atención en Salud consiste en la apropiada ejecución (de acuerdo a estándares) de intervenciones de probada seguridad, que son económicamente accesibles a la población en cuestión, y que poseen la capacidad de producir un impacto positivo en la mortalidad, morbilidad, discapacidad, malnutrición y en la salud pública de la población"*. La calidad en la atención de la salud, también significa ofrecer un rango de servicios que sean seguros y efectivos y satisfagan las necesidades y expectativas de los clientes.

Actualmente en los diferentes servicios de EsSalud, entre los que destaca el Servicio de Emergencia, existe la queja generalizada de los pacientes acerca de la calidad de atención, a la que califican como mala, existiendo una serie de factores que han contribuido a incrementar este problema como es el incremento de la población adscrita al hospital, lo que hace que se tenga un aumento relativo de asegurados adultos mayores, generando mayor dificultad para acceder a una cita temprana cuando su condición lo amerita y por tanto

acuden al servicio de emergencia; sabiendo que la falta de personal y recursos ya es un problema en el hospital. Por otro lado, existe un diferimiento alto, es decir, que los pacientes a veces tienen que esperar más de treinta días para poder obtener la cita en la especialidad que requieren, y por ende acuden a emergencia saturando dicho servicio. Es por ello que nos vimos motivadas a la realización del presente estudio, para lo cual, fue necesario aplicar encuestas a una muestra de pacientes que acudieron al Servicio de Emergencia del Hospital Base Carlos Alberto Segúin Escobedo.

El estudio tuvo como objetivo principal determinar la percepción del asegurado sobre la calidad de atención en el Servicio de Emergencia del Hospital Base Carlos Alberto Segúin Escobedo. Essalud, Arequipa.

La hipótesis planteada es: Un alto porcentaje de asegurados que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Base Carlos Alberto Segúin Escobedo, tienen una percepción de insatisfacción en cuanto a la calidad de atención en los indicadores de fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles.

Para una mejor sistematización el informe final, se ha estructurado en capítulos: el Capítulo I presenta el planteamiento del problema, en el que se incluyen el problema y objetivos principales y secundarios, las hipótesis general y específicas y la justificación del estudio; en el Capítulo II se presenta el marco teórico de la investigación; el Capítulo III está referido a la metodología de la investigación; en el Capítulo IV se describen y analizan los resultados de la investigación y finalmente se presentan las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

El servicio de emergencia es un área crítica en un centro hospitalario, requiriendo de personal debidamente capacitado en la atención de pacientes que revisten diversos grados de gravedad, muchos de los cuales comprometen su vida y su integridad física. Asimismo, requiere estar dotado de material y equipos que funcionen adecuadamente, así como una dotación suficiente de insumos que permitan brindar una oportuna atención a la población asegurada. En este contexto, en el servicio de emergencia, no sólo se salvan muchas vidas humanas, sino que también se actúa de forma eficiente y coordinada cuando se sucede algún desastre natural u accidente que motiva una gran afluencia de pacientes de gravedad que requieren atención inmediata.

La gerencia general de EsSalud reporta que los servicios de emergencia de EsSalud en muchas ocasiones se encuentran saturados por la gran cantidad de pacientes que emplean estos servicios por casos que no revisten mayor gravedad. Por ejemplo, según estudios realizados en el Hospital Base Carlos Alberto Seguin Escobedo, más del 60% de los pacientes que acuden al servicio de emergencia no presenta un cuadro de riesgo o tiene una situación médica que pone en peligro su vida.

Es frecuente observar que el servicio de emergencia del Hospital Base Carlos Alberto Seguin Escobedo, se encuentra abarrotado de personas que buscan atención en los diversos tópicos como el de medicina, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría; otros pacientes ingresan muy graves y necesitan atenderse en trauma shock, asimismo, el personal en su afán por atender a todos los pacientes debe brindar una atención rápida, lo cual no siempre permite realizar un estudio adecuado de cada caso. Por otro lado, muchos pacientes acuden para consultar en el servicio de emergencia porque no accedieron a un turno en consultorios externos, entonces antes de regresar a casa, sin haber sido atendidos, y sin llevar alguna medicina que le ayudará a aliviar sus males, solicitan una cita en el servicio de emergencia causando en muchos casos la saturación del mismo.

Debido a lo anterior, y a pesar de que de forma frecuente, EsSalud brinda información a través de los medios de comunicación masivos acerca del uso adecuado de los servicios de emergencia, asimismo, el personal que labora en dichos servicios constantemente orienta a la población asegurada acerca de cuáles son los procesos mórbidos que ameritan atención en dicho servicio y cuáles son los procesos que no revisten carácter de urgencia o emergencia y que por ende, el paciente deberá ser atendido en consultorios externos del establecimiento de salud, no se logra mejorar la utilización del servicio y ante de la creciente demanda, y la escasez de recursos humanos, técnicos y logísticos necesarios para brindar una atención de excelencia, surge la percepción de los pacientes de que la atención que se brinda es de mala calidad o que tiene serias deficiencias.

Además, cada día se observa un mayor flujo de asegurados al servicio de emergencia, debido entre otras causas al crecimiento de la población asegurada que demanda los servicios, los cuales, en muchas ocasiones exigen ser atendidos prontamente, aunque presenten cuadros triviales, que no revisten importancia, situación que genera uso inadecuado de los recursos médicos tanto de horas de personal como materiales e insumos. Por otro lado, se produce la saturación del servicio de emergencia, y mayores dificultades técnicas – administrativas para la atención de pacientes críticamente enfermos.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema Principal

¿Cuál es la percepción del asegurado sobre la calidad de atención en el Servicio de Emergencia del Hospital Base Carlos Alberto Seguí Escobedo. Essalud, Arequipa?

1.2.2. Problemas secundarios

¿Cuál es la percepción del asegurado sobre la fiabilidad de la atención del Servicio de Emergencia del Hospital Base Carlos Alberto Seguí Escobedo?

¿Cuál es la percepción del asegurado sobre la capacidad de respuesta en la atención del Servicio de Emergencia del Hospital Base Carlos Alberto Seguí Escobedo?

¿Cuál es la percepción del asegurado sobre la seguridad en la atención del Servicio de Emergencia del Hospital Base Carlos Alberto Seguí Escobedo?

¿Cuál es la percepción del asegurado sobre la empatía en la atención del Servicio de Emergencia del Hospital Base Carlos Alberto Seguí Escobedo?

¿Cuál es la percepción del asegurado sobre los aspectos tangibles en la atención del Servicio de Emergencia del Hospital Base Carlos Alberto Seguí Escobedo?

1.3. Objetivo de la investigación

1.3.1. Objetivo Principal

Determinar la percepción del asegurado sobre la calidad de atención en el Servicio de Emergencia del Hospital Base Carlos Alberto Seguí Escobedo. Essalud, Arequipa.

1.3.2. Objetivos específicos

- Establecer la percepción del asegurado sobre la fiabilidad de la atención del Servicio de Emergencia del Hospital Base Carlos Alberto Seguí Escobedo.
- Establecer la percepción del asegurado sobre la capacidad de respuesta en la atención del Servicio de Emergencia del Hospital Base Carlos Alberto Seguí Escobedo.
- Identificar la percepción del asegurado sobre la seguridad en la atención del Servicio de Emergencia del Hospital Base Carlos Alberto Seguí Escobedo.
- Identificar la percepción del asegurado sobre la empatía en la atención del Servicio de Emergencia del Hospital Base Carlos Alberto Seguí Escobedo.

- Establecer la percepción del asegurado sobre los aspectos tangibles en la atención del Servicio de Emergencia del Hospital Base Carlos Alberto Seguí Escobedo.

1.4. Hipótesis General

Un alto porcentaje de asegurados que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Base Carlos Alberto Seguí Escobedo, tienen una percepción de insatisfacción en cuanto a la calidad de atención en los indicadores de fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles.

1.4.1 Hipótesis Específicas

- La percepción del asegurado sobre la fiabilidad de la atención del Servicio de Emergencia del Hospital Base Carlos Alberto Seguí Escobedo es de insatisfacción.
- La percepción del asegurado sobre la capacidad de respuesta en la atención del Servicio de Emergencia del Hospital Base Carlos Alberto Seguí Escobedo es de insatisfacción.
- La percepción del asegurado sobre la seguridad en la atención del Servicio de Emergencia del Hospital Base Carlos Alberto Seguí Escobedo es de insatisfacción.
- La percepción del asegurado sobre la empatía en la atención del Servicio de Emergencia del Hospital Base Carlos Alberto Seguí Escobedo es de insatisfacción.
- La percepción del asegurado sobre los aspectos tangibles en la atención del Servicio de Emergencia del Hospital Base Carlos Alberto Seguí Escobedo es de insatisfacción.
-

1.5 Justificación de la investigación

La Ley de Salud, señala que todas las personas tienen derecho a ser atendidos en el Servicio de Emergencia de los Hospitales de EsSalud, así no cuenten con seguro social. Sin embargo, en nuestra opinión gran parte de la población asegurada no tiene conocimiento adecuado acerca de cuáles son las patologías y/o procesos mórbidos que ameritan ser atendidos en el servicio de emergencia, entonces haciendo un mal uso de sus derechos establecidos por la ley exigen ser atendidos cuando por ejemplo, presentan dolor lumbar de larga evolución, o enfermedades respiratorias leves que no afectan mucho su estado de salud. Entonces sabiendo que la ley de emergencia establece que todas las personas tienen derecho a recibir atención de emergencia, acuden al servicio e ignoran que la misma ley establece que este derecho se debe atender cuando subsista un estado de grave riesgo para su vida o su salud.

El presente estudio tiene justificación teórica, debido a que la atención en el servicio de emergencia, está basada en los protocolos de atención manejados en los servicios de emergencia de la Red Asistencial EsSalud, que permiten calificar a los pacientes según su estado de gravedad y la prioridad de atención de la patología que presenta.

La justificación metodológica del estudio, radica en el hecho de que debido a que si bien es cierto la Ley de Emergencia establece que todas las personas tienen acceso a los servicios de emergencia de los diferentes hospitales a nivel nacional, creemos que la falta de educación y conciencia colectiva de la población origina que muchas veces acuda al servicio de emergencia, en ocasiones de forma muy repetida durante un lapso de tiempo, a efectos de solicitar atención para patologías que no revisten ninguna gravedad. Ante esta situación, se considera que gran parte de este problema se suscita porque la población asegurada no tiene una educación suficiente ni adecuada acerca del tipo de cobertura del servicio de emergencia. Por ello se cree necesario estudiar la percepción que tienen los pacientes respecto a la atención en el servicio, porque en base a los resultados que se obtengan, se podrán realizar acciones dirigidas a optimizar el uso del servicio, logrando mayor efectividad y eficacia en la atención, lo cual redundará en el mejoramiento de la calidad.

El trabajo es viable porque se dispone de los recursos humanos, materiales, institucionales y financieros necesarios para su ejecución.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Título: Un modelo de organización de los Servicios de Emergencia en el Sistema hospitalario de la Seguridad Social.

Autor: Saldías Vargas, José.

Lugar y año: Lima, 2010.

Resumen: El objetivo del estudio fue explicar el modelo de organización de los servicios de emergencia. Estudio cualitativo realizado dos hospitales de Lima. Concluyen que en el Hospital E. Rebagliati Martins, su servicio de emergencia ha ofrecido atención de acuerdo a la ley 19609. La experiencia actual, y la de los centros internacionales, indica que ésta ley NO DEFINE adecuadamente lo que es una emergencia, y por el contrario, la definición que proporciona la Asociación de Hospitales Americanos, es la que debe prevalecer. Todos los presentes que acudan al servicio de emergencia deben clasificarse en tres categorías, sobre todo en las áreas más congestionadas siendo las categorías las siguientes: Pacientes en condición de Shock Trauma (emergente), pacientes en condición Aguda (Urgentes) y pacientes en condición No aguda. Uno de los errores más notables en el Hospital E. Rebagliati, es la discriminación de pacientes que solicitan atención, concluyendo que no debe discriminarse a ningún paciente, únicamente debe verificarse derechos o pago de tarifas vigentes a los pacientes no agudos. A los pacientes agudos y los pacientes en shock trauma, se les exigirá la acreditación de derechos o pago de tarifas, una vez que su condición de agudo, haya desaparecido.

Título: Percepción de la calidad del servicio de emergencia pediátrica. Estudio multicéntrico. Red Asistencial Rebagliati EsSalud.

Autor: Luna Muñoz Consuelo.

Lugar y año: Lima, 2012.

Resumen: El estudio tuvo como objetivo determinar la percepción de la calidad del servicio de emergencia pediátrica. Estudio descriptivo observacional realizado mediante la aplicación de encuestas a los usuarios. Resultados: La percepción de la calidad de atención el servicio de emergencia es buena en 63%, las dimensiones de la calidad de atención mejor valoradas son los aspectos tangibles, confiabilidad y seguridad.

Título: Calidad de atención y mejora continua en el tópico de ginecoobstetricia del Departamento de Emergencia de un hospital nacional.

Autor: Cecilio Acho, Segundo.

Lugar y año: Lima, 2010.

Resumen: El objetivo del estudio fue evaluar la calidad de atención y mejora continua en el tópico de ginecoobstetricia del Departamento de Emergencia de un hospital nacional. Estudio observacional descriptivo realizado mediante la aplicación de encuestas. Resultados: De las 60 pacientes encuestadas que acudieron al hospital, el 84% respondió que tenía Sistema Integral de Salud (SIS), el 10 % que había buena atención y 6% que el hospital estaba cerca. Los resultados fueron evaluados en el diagrama de Pareto: En 93%, el personal no se identificaba para atender a las usuarias, en 80% el personal no explicaba adecuadamente la evaluación que iba a efectuar y en 77% no había una adecuada información de la evaluación efectuada a la paciente, por parte del personal que prestó la atención. Las actividades de mejora continua promovieron un cambio de actitud del usuario interno, mejoraron la información que se brinda en la atención de las pacientes en el tópico de Ginecoobstetricia.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Percepción

a. Concepto

La percepción es “constituida de un conjunto de informaciones, creencias, opiniones y actitudes al propósito de un objeto dado” (), desde esta perspectiva, busca dar acercamiento a la forma, como los individuos generan concepciones en torno a la interculturalización, a partir de los acontecimientos y fenómenos que afectaron su pensamiento frente a diferentes temáticas

propuestas poder caracterizar las actitudes (lo que se siente), los conocimientos (lo que se sabe) y las conductas (lo que se hace) con respecto al objeto de representación intercultural investigado (Cárdenas, 2012).

Según Durkeim (1925), citado por Cárdenas (2012), la percepción es “una propuesta teórica y metodológica que intenta develar los saberes del “sentido común” a partir de métodos e instrumentos diseñados para “atrapar” el material discursivo que constituye su fuente inagotable”.

Según el Departamento de Psicología de la Salud (2007), la percepción es la representación mental del mundo se consigue a través de la sensación; pero, sin la capacidad para seleccionar, organizar e interpretar nuestras sensaciones esta representación no sería completa. La percepción, por lo tanto, es la interpretación secundaria de las sensaciones (áreas secundarias y terciarias) en base a la experiencia y recuerdos previos.

En tal sentido las percepciones suponen la toma de una postura, un punto de vista y un actuar sobre las cosas; lo que genera que no sean considerados como un elemento neutral en la actitud de las personas, por tal motivo están constituidas por valores que orientan la posición que toma el sujeto ante el objeto representado; lo que determina la conducta a seguir con respecto al mismo.

Según Cárdenas (2012), se puede decir que las percepciones pueden conseguir, que los sujetos acepten la realidad social instituida y que se integren a un determinado orden, legitimándolo tanto a nivel simbólico como práctico (al reproducir las conductas que perpetúan las relaciones sociales establecidas). “Pero también contribuyen a lograr un cambio del régimen social ya que suponen una manera de integrar elementos nuevos (ya sean ideológicos, científicos, políticos, etc).

De acuerdo a lo señalado anteriormente, se entiende, que la percepción de cada persona es diferente a la de las demás porque se sustenta y recrea conocimientos y experiencias que le son propios a cada ser humano, lo que lo lleva a generar ideas y conceptos desde su experiencia relacionados a su

grupo social, lo cual conlleva a que cada ser humano tenga una forma de abstraer la realidad que lo rodea de forma diferente, desencadenando un sin fin de concepciones, actitudes y formas de actuar, aunque los individuos sean provenientes del mismo contexto histórico su interpretación será diferente para cada uno, esta, interpretación es la que se denomina como percepción.

b. Proceso de la Percepción

En el proceso de la percepción están involucrados mecanismos vivenciales que implican tanto al ámbito consciente como al inconsciente de la psique humana. En contra de la postura que circunscribe a la percepción dentro de la conciencia han sido formulados planteamientos psicológicos que consideran a la percepción como un proceso construido involuntariamente en el que interviene la selección de preferencias, prioridades, diferencias cualitativas y cuantitativas del individuo acerca de lo que percibe (este proceso se denomina preparación); al mismo tiempo, rechazan que la conciencia y la introspección sean elementos característicos de la percepción. (Abbagnano, 1986)

El hombre es capaz de tener múltiples sensaciones pero sólo repara en unas cuantas tomando conciencia de ellas. Sin embargo, hay sensaciones que también llegan a la mente y son procesadas de forma inconsciente. La percepción subliminal a la cual por mucho tiempo se le negó existencia actualmente es un hecho comprobado. En la percepción subliminal lo percibido puede quedar registrado en la mente en forma inconsciente sin llegar a alcanzar el nivel de la conciencia (Carrillo, 2008).

La percepción posee un nivel de existencia consciente, pero también otro inconsciente; es consciente cuando el individuo se da cuenta de que percibe ciertos acontecimientos, cuando repara en el reconocimiento de tales eventos. Por otro lado, en el plano inconsciente se llevan a cabo los procesos de selección (inclusión y exclusión) y organización de las sensaciones. Sobre la base biológica de la capacidad sensorial, la selección y elaboración de la información del ambiente se inicia en la discriminación de los estímulos que se reciben, en tal discriminación subyace la mediación de mecanismos inconscientes. Esta mediación impulsa a evaluar lo que en determinado

momento interesa de entre todas las posibles manifestaciones sensibles del ambiente; de lo potencialmente percibido se lleva a cabo una selección de lo que es importante dentro de las circunstancias biológicas, históricas y culturales.

La flexibilidad conductual de percibir selectivamente es una capacidad de la especie humana que permite la adaptación de los miembros de una sociedad a las condiciones en que se desenvuelven. Así, la percepción es un caso en el que una capacidad corporal es moldeada y matizada por el aprendizaje (Carrillo, 2008).

c. Características de la percepción

Las características de la percepción son las siguientes:

- **Subjetiva:** ya que las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro. Ante un estímulo visual, se derivan distintas respuestas. Esta figura representará para unos individuos un queso, para otros un comecocos, una tarta, o un gráfico de sectores, dependiendo de sus necesidades en ese momento o de sus experiencias.
- **Selectiva:** en la percepción es consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir.
- **Temporal:** ya que es un fenómeno a corto plazo. La forma en que los individuos llevan a cabo el proceso de percepción evoluciona a medida que se enriquecen las experiencias, o varían las necesidades y motivaciones de los mismos. Dicha temporalidad permite al responsable de marketing cambiar la percepción del consumidor sobre el producto mediante la variación de cualquiera de los elementos del marketing mix.

2.2.2. Servicios de Salud

a. Concepto

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su acta fundacional declara como salud: el estado completo de bienestar físico, mental, social y no simplemente la ausencia de enfermedad. En la IWA 1: 2005 se define servicio de salud como todo cuidado, servicio, entrenamiento, investigación, y otros productos que se traducen en evaluar, valorar, diagnosticar, tratar, dar seguimiento a las condiciones de salud, prevenir enfermedad, así como mantener y mejorar la salud.

Teniendo en cuenta las clasificaciones: del servicio y las del servicio de salud, se describe éste y dentro de él, el servicio hospitalario como una actividad que se realiza sobre y con el cliente Lovelock (2004), donde interviene de forma activa, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, junto a los profesionales que se unen en equipos multidisciplinarios para atender las necesidades de éste, siendo su grado de participación en el proceso sanitario alto; se requiere de personal altamente calificado y de tecnología de punta; la atención médica es continua, una vez dado de alta al cliente, su seguimiento se realiza por la atención primaria (médico de familia o policlínicos), la propia organización hospitalaria u otra. Este servicio tiene una alta demanda durante todo el año en función de la morbilidad de la población que atiende (atención continua o discrecional) y puede realizarse el servicio en la instalación sanitaria o en el lugar donde se encuentra el cliente, según el tipo de servicio que requiera.

El sistema de salud en el mundo se organiza en cuatro grupos según Toledo (2004): asistencia pública, seguro de enfermedad, sistema de libertad de empresa y servicio nacional de salud. Este autor considera que se debe tener en cuenta la formación socioeconómica del país, pues influye en la mortalidad, morbilidad (enfermedades) y en la utilización de recursos (Toledo, 2004).

La salud pública, se define como una actividad gubernamental y social importante, de naturaleza multidisciplinaria, que se extiende a casi todos los aspectos de la sociedad. Terris (2008), la define como: "la ciencia y el arte de

prevenir la enfermedad y la discapacidad y la eficiencia mediante esfuerzos organizados de la comunidad para el saneamiento del ambiente, organización de servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades."

b. Organización institucional de los servicios de salud en el Perú

La organización del sector Salud en el Perú está dividida básicamente en dos subsectores, el público y el privado. El primero lo forman el MINSA (Ministerio de Salud), Seguridad Social (EsSalud), y los servicios de la Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional. El subsector público dispone del 51% del total de hospitales, concentra al 69% de los centros de salud y al 99% de los puestos de salud, siendo el Ministerio de Salud la institución con mayor número de establecimientos y mayor presencia nacional. El Ministerio de Salud (MINSA) regula y controla todas las entidades de salud de acuerdo a leyes y decretos supremos dados por el Poder Ejecutivo. Este ministerio también regula, en menor medida, a todo el Sector Privado de Salud que son las Clínicas, Consultorios y EPS.

Los hospitales del MINSA atienden fundamentalmente a la población que no cuenta con seguro social en salud. El Seguro Social o EsSalud ofrece también cobertura a los trabajadores del sector privado y sus dependientes, y sus establecimientos están principalmente localizados en áreas urbanas.

Los servicios de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales sólo atienden al personal militar, policial y familiares directos de los mismos. El subsector no público concentra sus recursos en las principales ciudades y está conformado por las clínicas, consultorios y en menor medida por establecimientos de ONGs asistenciales que brindan servicios de salud básicos.

Las instituciones del subsector público organizan sus servicios por niveles de complejidad. Existen dos niveles o capas de complejidad: la capa simple y la capa compleja. La capa simple engloba servicios básicos de salud como consultas externas, atención por fiebre, exámenes de sangre, vacunación, atención ambulatoria, entre otros. La capa compleja abarca servicios como

Oncología, SIDA, diálisis, hemofilia, trasplantes, cirugía cardiovascular y neuroquirúrgicas. Es importante resaltar, que el 65% de las patologías por las cuales acuden las personas a la consulta son de capa simple, según datos obtenidos del análisis de la situación del Perú realizado por la OPS (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

Los servicios especializados en el subsector público están organizados, por niveles de complejidad. En el caso del MINSA, existen Institutos Especializados de capa compleja de referencia nacional, que son: Instituto de Rehabilitación, Oftalmología, Ciencias Neurológicas, Salud del Niño, Enfermedades Neoplásicas, Instituto de Salud Mental y Materno Perinatal. Estos órganos están encargados de desarrollar actividades de investigación e innovación científica-tecnológica y docencia. Como resultado de sus investigaciones proponen normas sobre los problemas relevantes de salud de la población. Existe una concentración de estos servicios especializados en Lima, donde la organización de servicios especializados en el sector privado es creciente.

Hacia finales de los años setenta, el crecimiento de la participación del Estado en actividades económicas como minería, pesca, explotación petrolera y otras, produjo un incremento de la población económicamente activa (PEA) asegurada cuya demanda por servicios de salud no fue adecuadamente satisfecha por el Seguro Social administrado por el gobierno. Esto condujo al desarrollo de formas de aseguramiento privado en salud y otros mecanismos de previsión social que impulsaron la expansión de la oferta de servicios de salud privados durante los años ochenta, en especial en la ciudad de Lima y capitales de departamento, con un nivel de resolución comparable o mayor a los servicios públicos. La crisis económica a finales de los ochenta e inicios de los noventa, aunada a la reducción de la participación del Estado en el sector productivo y de servicios, llevó a que a fines del siglo veinte se presentara un fenómeno de exceso de oferta de servicios privados, con las consecuentes pérdidas para los inversionistas y la falta de incentivos para realizar nuevos proyectos.

c. Tipos de aseguramiento de salud en el Perú

Existen cuatro tipos de aseguramiento de salud en el Perú: el Seguro Social (EsSalud), la Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, los seguros privados y, últimamente, el Seguro Integral de Salud. EsSalud maneja el 82% y el aseguramiento privado el 18% restante. En cuanto al Seguro Social, los empleadores cotizan el equivalente al 9% del salario mensual de sus trabajadores y el número de aportantes depende de la evolución del sector formal de la economía (Terris, 2008).

El seguro de las Fuerzas Armadas, se financia con fondos del tesoro público. Los seguros privados en salud suelen ser mayormente contratados por los empleadores y en menor medida directamente por las familias. La población asegurada a nivel nacional para el 2014 fue de en la Red Asistencial Arequipa, se tienen 330 512 titulares asegurados y 296 213 familiares, lo que hace un total de población asegurada de 626 725 personas (Ministerio de Salud, 2012).

Existe un dispositivo que suministró el Ministerio de Salud que por ley (Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud - Ley N° 26790 y su reglamento - DS N° 009-97-SA) se crean las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) como un mecanismo compensador y de ayuda de EsSalud y supone que los trabajadores también puedan atenderse bajo estas instituciones privadas. Este mecanismo no es excluyente sino complementario al servicio del seguro social. A cinco años del inicio de operación de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), alrededor del 486.160 del total de asegurados del Seguro Social están afiliados a esta modalidad, sin representar aún un aumento en la cobertura de población asegurada (Terris, 2008).

El sistema de salud en el Perú está conformado por los Subsectores Público y No Público. En el Subsector Público se encuentran el Ministerio de Salud (MINSA), EsSalud y los Servicios de Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales. El MINSA ofrece el Seguro Integral de Salud, seguro que busca promover con equidad el acceso de la población no asegurada a prestaciones de salud dándole prioridad a los grupos vulnerables, en situación de pobreza

extrema y pobreza. EsSalud ofrece distintas modalidades, entre ellas están (Terris, 2008):

a) Seguro regular: seguro que ofrece prestaciones de salud, bienestar y promoción social a los trabajadores activos, dependientes, socios de cooperativas de trabajadores, trabajadores del hogar y pensionistas. Existe un seguro especial para los pescadores y procesadores artesanales que se describe en la ley 26790, ley de modernización de la seguridad social en salud.

b) Complemento de riesgos: es un seguro para trabajadores que realizan un trabajo de alto riesgo y son afiliados regulares. Otorga cobertura por accidentes de trabajo y enfermedades adquiridas en el mismo.

c) EsSalud – Vida: seguro de accidentes personales para los afiliados a EsSalud por el seguro regular.

d) Otros: comprende al seguro agrario y el seguro facultativo. El seguro agrario se dirige a las personas que desempeñan labores de cultivo y/o crianza, ya sean dependientes a alguna empresa agrícola o agricultores independientes. El seguro facultativo es un seguro para las madres de familia, amas de casa, chofer profesional independiente y trabajadores independientes en general.

Los Servicios de la Sanidad de las Fuerzas Armadas y de las Fuerzas Policiales ofrecen un seguro común para todos el personal de las Fuerzas Armadas y Policiales y familiares de ellos.

En el Subsector No Público se encuentra la SBS (Superintendencia de Banca y Seguros) que es el encargado de la regulación y supervisión de las Aseguradoras Privadas y de las Entidades Prestadoras de Salud. La SEPS (Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud) es un organismo público descentralizado del sector salud que tiene como finalidad la de autorizar, regular y supervisar el funcionamiento de las EPS en forma directa. Las Aseguradora Privadas y las EPS tienen diferentes modalidades de seguros que se ajustan a las necesidades de los clientes. Estas van desde un seguro básico que comprende servicios de capa simple hasta seguros especiales que

cubren servicios de capa simple y capa compleja con cobertura parcial y/o total de los servicios de salud en el plano nacional e internacional.

2.2.3. EsSalud

a. Concepto

EsSalud es una institución de seguridad social que otorga una cobertura de seguro de salud a través de los centros asistenciales propios y en menor medida con la contratación de servicios privados. EsSalud es la institución con la segunda mayor participación en el sistema nacional de salud en el Perú con un 26 % (MINSA: 59 %, Privados 12% y FF.AA y Policiales 3%). En septiembre del 2003 se implantó un rediseño organizacional de los órganos desconcentrados, sobre la base de la creación de las Redes Asistenciales. Esta reorganización dio lugar a la creación de Redes Asistenciales. A su vez cada red asistencial está conformado por hospitales de diferentes niveles de complejidad (Niveles I, II, III y IV), centros médicos, postas médicas y policlínicos. Cada Red Asistencial está dividida en Gerencia Médica (Encargada de los procesos Verticales) y Gerencia Administrativa (Encargada de los procesos Horizontales). La Gerencia Administrativa y Médica de cada hospital principal está encargada de regular y administrar las respectivas áreas (Administrativas y Médicas) de los entes de salud de su jurisdicción (EsSalud, 2010).

b. Clasificación por Complejidad de Servicios

b.1. Hospital de Alta Complejidad

Estos hospitales públicos atienden patologías de capa compleja. La estructura orgánica de los Hospitales de alta complejidad comprende hasta tres niveles organizacionales, por lo cual cada Hospital deberá tomar como modelo la estructura orgánica que se describe a continuación, correspondiendo a cada Hospital proponer el tercer nivel organizacional, para los órganos de línea denominados "Servicios", en los Departamentos que sean necesarios, de acuerdo a las necesidades de atención de la salud de la población y de los

recursos de que dispone el Hospital. Las áreas que debe tener un hospital de alta complejidad son las siguientes (EsSalud, 2010):

Órgano de Dirección: conformado por la Dirección General.

Órgano de Control: conformado por el Órgano de Control Institucional.

Órganos de Asesoramiento Comprende:

- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.
- Oficina de Asesoría Jurídica.
- Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental.
- Oficina de Gestión de la Calidad.

Órganos de Apoyo Comprende:

- Oficina Ejecutiva de Administración.
- Oficina de Personal.
- Oficina de Economía.
- Oficina de Logística.
- Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento.
- Oficina de Comunicaciones.
- Oficina de Estadística e Informática.
- Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación.
- Oficina de Seguros.

Órganos de Línea Comprende:

- Departamento de Medicina.
- Departamento de Cirugía.
- Departamento de Pediatría.
- Departamento de Gineco-Obstetricia.
- Departamento de Odontología.
- Departamento de Enfermería.

- Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos.
- Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico.
- Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica.
- Departamento de Diagnóstico por Imágenes.
- Departamento de Apoyo al Tratamiento.
- Servicio de Nutrición y Dietética.
- Servicio Social.
- Servicio de Psicología.
- Servicio de Farmacia

b.2. Hospital de Media Complejidad

Estos hospitales públicos atienden patologías de capa compleja. Cada hospital de mediana complejidad deberá tomar como modelo la estructura orgánica que se describe a continuación (EsSalud, 2010:

- Órgano de Dirección: conformado por la Dirección Ejecutiva.
- Órgano de Control: conformado por el Órgano de Control Institucional.
- Órganos de Asesoramiento. Comprende:
 - Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.
 - Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental.
 - Oficina de Gestión de la Calidad.
- Órganos de Apoyo. Comprende:
 - Oficina de Administración.
 - Oficina de Personal.
 - Oficina de Economía.
 - Oficina de Logística.
 - Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento.
 - Oficina de Estadística e Informática.
 - Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación.
 - Unidad de Seguros.

- **Órganos de Línea.** Comprende:
 - Departamento de Medicina.
 - Departamento de Cirugía.
 - Departamento de Pediatría.
 - Departamento de Gineco-Obstetricia.
 - Departamento de Odontoestomatología.
 - Departamento de Enfermería.
 - Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos.
 - Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico.
 - Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica.
 - Departamento de Diagnóstico por Imágenes.
 - Departamento de Apoyo al Tratamiento.
 - Servicio de Nutrición y Dietética.
 - Servicio Social.
 - Servicio de Psicología.
 - Servicio de Farmacia

b.3. Hospital de Baja Complejidad

Los hospitales de baja complejidad atienden patologías de capa simple. Cada hospital de baja complejidad o primer nivel de atención, deberá tomar como modelo estandarizado la estructura orgánica, que se describe a continuación (EsSalud, 2010):

Órgano de Dirección: conformado por la Dirección.

Órgano de Control: conformado por el Órgano de Control Institucional.

Órganos de Asesoramiento. Comprende:

- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.
- Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental.

Órganos de Apoyo. Comprende:

- Oficina de Administración.
- Oficina de Estadística e Informática.
- Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación.

Órganos de Línea. Comprende:

- Departamento de Medicina.
- Departamento de Cirugía y Anestesiología.
- Departamento de Pediatría.
- Departamento de Gineco-Obstetricia.
- Departamento de Odontología.
- Departamento de Enfermería.
- Departamento de Emergencia.
- Departamento de Apoyo al Diagnóstico.
- Departamento de Apoyo al Tratamiento.

2.2.4. Servicio de Emergencia

a. Concepto

Es la asistencia que brinda una institución de salud a las personas que así lo requieren cuando súbitamente se ve alterado su estado de salud tanto físico como mental y que conlleva riesgo de gravedad, complicación y muerte si no se le atiende de inmediato, estableciendo la prioridad de atención (EsSalud, 2014).

Urgencia: Prioridad II, paciente portador de un cuadro clínico, súbito y agudo con riesgo de muerte y complicaciones serias, cuya atención puede tolerar un tiempo de espera no mayor o igual a 10 minutos, y serán atendidos en los tópicos de emergencia.

b. Diagnóstico situacional del Servicio de Emergencia

b.1. Reseña histórica

En la institución hasta el año 1992 existía un Servicio de Emergencia en el hospital ex Empleado y otro en el ex Obrero, a partir de esa fecha se unificó quedando conformado un solo servicio de Emergencia, funcionando en el sector básico, y es a partir de esa fecha que se apertura el área de trauma shock. A raíz del sismo del año 2011 fue trasladado al Hospital Yanahuara, donde funcionó durante el lapso de tiempo que demoró la reconstrucción del Hospital Nacional (EsSalud, 2014).

Posteriormente fue trasladado el servicio de emergencia al sector especializado del HNCASE, durante este periodo se afrontaron muchos problemas, sobre todo en lo que respecta a la atención de pacientes en observación, ya que solo contaba con 45 camas instaladas para adultos y seis cunas haciendo un total de 51 camas, y ante el incremento de la demanda y por el tiempo de permanencia de los pacientes que superaba las 24 horas, se habilitó camillas de traslado de pacientes en pasillos de tópicos.

Debido a esta problemática, en el año 2006 se presentó el proyecto para la construcción de la nueva emergencia que luego de una amplia evaluación, se materializó mediante la adecuación de un sector del Hospital Ex Obrero como el nuevo local, con la denominación de Centro de Emergencias, la cual tiene una capacidad de 92 camas.

El Centro de Emergencias se inauguró el 21 de noviembre del 2009, iniciándose la transferencia con fecha 15 de diciembre del 2009, respondiendo inicialmente con todas sus capacidades a la población, debido al continuo incremento en la demanda es a partir del mes de abril del 2010 que se adecuó las salas destinadas a recuperación, como Observación Cirugía II con una capacidad de 13 camas y Observación Medicina II con capacidad de 11 camas, logrando solucionar la problemática en ese momento. Posteriormente a partir de julio del 2012, debido al incremento insostenible en el número de atenciones, el promedio de pacientes en observación se elevó a 176 teniendo

que acondicionar áreas de tópicos para pacientes en observación. A partir del mes de noviembre del 2012 por disposiciones superiores se cambia la denominación de centro de Emergencias a Servicio de Emergencia del HNCASE.

b.2. Visión y Misión institucionales

Visión

“Ser una institución que lidere el proceso de investigación de la Seguridad Social, en el marco de la política de inclusión social del Estado” (EsSalud, 2014).

Misión

“Somos una institución de Seguridad Social de salud, que persigue el bienestar de los asegurados y acceso oportuno a prestaciones de salud, económicas y sociales integrales y de calidad mediante una gestión transparente y eficiente” (EsSalud, 2014).

b.3. Visión y Misión del Servicio de Emergencia

Visión

“Llegar a ser el mega Centro de Emergencia de la región sur, con personal idóneo y altamente capacitado, con tecnología de punta, que nos permita responder con excelencia y calidad a las necesidades de salud de nuestros asegurados” (EsSalud, 2014).

Misión

Brindamos una atención oportuna, integral y especializada al paciente que ingresa al servicio en estado crítico y de presentación brusca, logrando satisfacer sus necesidades de salud, con los recursos humanos especializados y capacitados; acorde a un hospital de IV nivel” (EsSalud, 2014).

b.4. Objetivos estratégicos institucionales

I Extender la cobertura de la seguridad social, incluyendo a los trabajadores independientes e informales

I.1. Extender la cobertura de la seguridad social, incorporando a segmentos poblacionales excluidos, hacia la seguridad social para todos.

I.2. Mejorar la gestión de seguros, orientándola al logro de altos estándares en calidad.

I.3. Establecer alianzas estratégicas a nivel regional y local para el intercambio y complementariedad de servicios y recursos orientados a la universalización de la seguridad social.

II Brindar atención integral a los asegurados con los más altos estándares de calidad, en el marco de un fuerte compromiso del Estado con el bienestar de los asegurados; mejorar el trato a los asegurados, cambiar el modelo de atención por uno basado en la atención primaria y actuar sobre los determinantes sociales de la salud, con énfasis en los aspectos preventivos promocionales, contando para ello con el apoyo técnico de la OPS / OMS.

II.1. Mejorar la calidad de los servicios de salud logrando un alto nivel de satisfacción de los usuarios.

II.2. Implementar un sistema de atención integral basado en la atención primaria de salud y las prioridades sanitarias, gestión por procesos y gestión por la enfermedad.

II.3. Organizar redes integrales de servicios que garanticen la continuidad de la atención desde el primer al tercer nivel .

II.4. Mejorar el impacto de las prestaciones sociales y económicas en el bienestar de los asegurados.

III. Garantizar la sostenibilidad financiera de la seguridad social.

III.1. Mejorar la gestión de siniestralidad y de la administración de riesgos.

III.2. Mejorar la gestión del gasto orientándolo a financiar resultados a través de intervenciones costo – efectivas.

III.3. Mejorar la gestión de ingresos tributarios y no tributarios, procurando preservar o incrementar el valor del capital del portafolio de inversiones que respalda la reserva técnica institucional.

IV. Implementar una gestión eficiente y transparente basada en el mérito y la capacidad, con personal calificado y comprometido.

IV.1. Fortalecer la lucha contra la corrupción a través de mecanismos de transparencia, vigilancia ciudadana, rendición de cuentas y recepción de denuncias.

IV.2. Desarrollar una gestión eficiente basada en resultados, incorporando tecnologías modernas de gestión.

IV.3. establecer una gestión de recursos humanos por competencias laborales, meritocrática y concursos públicos a cargo de jefatura (EsSalud 2014).

b.5. Infraestructura del Servicio de Emergencia

El Servicio de Emergencia cuenta con los siguientes ambientes:

- Admisión
- Triage
- Shock Trauma
- UCE
- Tópico de Cirugía
- Tópico de Pediatría
- Tópico de Medicina
- Tópico de Traumatología
- Tópico de especialidades médicas
- Tópico de especialidades quirúrgicas
- Salas de observación de:
 - Observación Pediatría
 - Observación Cirugía I
 - Observación Cirugía II
 - Observación Medicina
 - Observación Medicina II
 - Observación en sala de procedimientos
 - Observación en sala de espera de tópico de cirugía

La capacidad instalada en el Servicio de emergencia es de 117 camas, que son insuficientes debido a la alta demanda de pacientes y por la permanencia prolongada de los mismos; en tal sentido se cuenta con camas funcionales (improvisadas) como camillas de traslado, sillones y sillas de ruedas que se ubican en los tópicos de Cirugía y Medicina y en los pasillos y áreas de las salas de espera de los respectivos tópicos (pasillos) llegando a un promedio de 166 camas distribuidas de la siguiente manera (EsSalud, 2014).

ÁREA	NÚMERO DE CAMAS	CAMAS FUNCIONALES	TOTAL
Pediatría	9	5	14
Medicina I	33		33
Medicina II	11		11
Observación Cirugía I	39		39
Observación Cirugía II	13		13

UCE	6		6
Shock Trauma	6		6
Tópico de Cirugía		+ - 14	14
Tópico de Procedimientos		+ - 30	30
TOTAL	117	49	166

c. Protocolo de atención del Servicio de Emergencia

c.1. Bienvenida del Asegurado

- Conserve el orden y organización de su lugar de trabajo. Despeje su escritorio y mantenga sobre éste sólo el material que utiliza frecuentemente.
- Establezca contacto visual con el asegurado, sonría.
- Salude deferentemente, preséntese indicando su nombre y demuestre interés por la otra persona.
- Solicitar al asegurado que se identifique. Desde este momento diríjase al asegurado por su nombre. Si se encuentra ocupado y no puede atender inmediatamente, exprese las disculpas pertinentes y manifieste el tiempo de espera.
- Consulte al asegurado el motivo de su presencia.
- Ponga atención a lo que éste expresa, escuche sin interrumpir. Ocasionalmente, asienta para que el asegurado perciba que está siendo considerado. Adquiera una actitud corporal acorde, sin distraerse en otros asuntos. Mantenga una postura erguida.
- Cuide la expresión de su rostro. Evite manifestaciones, gestuales y verbales, negativas. Aún cuando le resulte complejo lo que el asegurado solicita, evidencie su disposición a apoyarlo e intentar resolver sus dudas o problemas.
- Con el propósito de corroborar lo que ha expresado el asegurado, repítale lo esencial de su mensaje. De esa forma tendrá total certeza de cómo ayudarlo.

- Señale las alternativas de solución y oriente al asegurado en el procedimiento a seguir.
- Brinde el espacio para que el asegurado formule dudas e inquietudes.
- Sea preciso en sus respuestas y, de ser necesario, elabore preguntas específicas que le permitan obtener información concreta, aclarando así aspectos confusos (EsSalud, 2014).

c.2 Aspectos a considerar en la atención

- Ocúpese de su imagen personal, ofrezca una apariencia armónica y grata.
- Mantenga una actitud de servicio.
- Comprométase a entregar un buen servicio.
- Si el asegurado se molesta, no lo tome como un asunto personal. Recuerde que su función es responder a los requerimientos de éste y facilitarle los procesos.
- De ser necesario, ofrezca disculpas.
- Evite, bajo cualquier condición, entrar en discusión con el asegurado, concéntrese en el problema mismo y la solución de éste.
- No ponga en duda la palabra del asegurado.
- Compórtese de forma diligente y eficiente, de esta forma evitará aglomeraciones.
- En el trabajo, intente no dejarse influir por sus problemas personales o estado de ánimo.
- Evite aquellas manifestaciones negativas o de desaprobación, verbales y corporales.
- Asegúrese que el asegurado ha comprendido sus explicaciones.
- Procure una correcta modulación y entonación de voz. Hable amistosamente.
- No se precipite en sus respuestas, evite la impulsividad.
- Diríjase al asegurado por su nombre y trátelo de “Usted”.
- Evite transmitir impaciencia y ansiedad, por el contrario muéstrese seguro (a) y confiado (a).

- En caso de no poder dar solución a las inquietudes del asegurado, remítalo a la Oficina de Atención al Asegurado (OAS).
- Interésese y conozca lo que se realiza en otras áreas de su lugar de trabajo, esa información le será útil al momento de relacionarse con el asegurado.

c.3 Subproceso: Control de Ingreso de Pacientes

Funcionarios Involucrados

- Vigilante de Seguridad

Requerimientos Críticos

- Documento Nacional de Identificación (DNI)
- Lista de pacientes Hospitalizados en Emergencia.

Pasos en la Atención

- Pregunte a paciente o familiar cual es el motivo que lo trae a Emergencia. - Llame al paciente para atención médica.
- Direccione a paciente a Triage, para derivarlo a la unidad correspondiente dependiendo del estado de salud.
- Solicitar a familiares esperar en sala de espera (EsSalud, 2014).

c.4 Subproceso: Control de Ingreso de Familiares.

Funcionarios Involucrados

- Vigilante de Seguridad

Requerimientos Críticos

- Documento Nacional de Identificación (DNI)
- Lista de pacientes Hospitalizados en Emergencia.

Pasos en la Atención

- Solicite DNI para confirmar identidad.
- Consulte el apellido y nombre del paciente.

- Verifique en planilla si es que el paciente se encuentra hospitalizado.
- Si es que es horario de visita:
 - Retenga el DNI
 - Direcione a Familiares a sala de Emergencia. Todo familiar debe ingresar con un Fotocheck respectivo entregado por Relaciones Públicas.
- Si no es horario de visita, indique al familiar cuales son los horarios del día en que puede ingresar al Servicio de Emergencia. Si la situación lo amerita, solicite Fotocheck de permiso para ingresar a Emergencia previa coordinación con Relaciones Públicas y Médicos Tratantes.

c.5 Subproceso: Priorización de la Atención

Funcionarios Involucrados

- Medico de Triage.
- Enfermeras de Triage.

Requerimientos Críticos

- Documento Nacional de Identificación (DNI)
- Disponibilidad de materiales (sello de goma y formularios) que permita una adecuada identificación de tipo de paciente y Unidad que se envía a paciente.
- Información actualizada del estado y capacidad de los tópicos
- Tipificación de Paciente

Pasos en la Atención

- Identifique necesidad del paciente.
 - Si el paciente se encuentra con riesgo vital, derive inmediatamente a shock Trauma para que pueda ser atendido por un especialista.
 - Si el paciente se encuentra estabilizado continúe con la atención de Triage.
- Realice acto médico.
 - Paciente con urgencia, derive inmediatamente a tópico de medicina.
 - Paciente estable explique qué tiene que esperar el llamado del Técnico Paramédico para ser atendido.

- Registre adecuadamente, por medio de sellos, cual es la condición del paciente y como continuara la atención solicitada. (Prioridad de la Atención).

c.6 Subproceso: Registro Administrativo de Pacientes.

Funcionarios Involucrados

- Personal Administrativo

Requerimientos Críticos

- Documento Nacional de Identificación (DNI) del paciente
- Sistema de Gestión Hospitalaria operativo.

Pasos en la Atención

- Identifique Afiliación y Acreditación de pacientes en sistema computacional.
- Asegúrese de la identidad del paciente para evitar superposición de identidades.

c.7 Subproceso: Atención Médica

Funcionarios Involucrados

- Medico de Especialidad.

Requerimientos Críticos

- Insumos clínicos disponibles.
- Registro de evaluación y procedimientos en Historia Clínica (HC) del paciente.
- Talonario de receta para indicar medicamentos.

Pasos en la Atención

- Pregunte al paciente cuáles son sus principales molestias que lo aquejan.

- Realice un examen general al paciente, para determinar con claridad el diagnóstico.
 - Si requiere exámenes, solicite exámenes de Rayos X o de Laboratorio.
 - Envíe a paciente a Sala de Espera, para ser recogido por el Técnico y hacerse los exámenes indicados por el médico.
 - Si el paciente se encuentra grave y necesita Hospitalización, informe a familiares estado de paciente y los procedimientos a los cuales se someterá.
- Si el paciente no presenta mayores complicaciones, déVELO a consultorio para continuar procedimientos.

c.8 Subproceso: Hospitalización

Funcionarios Involucrados

- Médico de Especialidad

Requerimientos Críticos

- Registro de evaluación y procedimientos en Historia Clínica (HC) del paciente.

Pasos en la Atención

- Gravedad del paciente requiere asignación de cama.
- Jefe de Guardia encargado verifica la disponibilidad de cama en piso.
 - Si existe disponibilidad, se gestiona el traslado del paciente.
 - Si no hay disponibilidad en Piso, se verifica disponibilidad de cama en Sala de Observación de Emergencia.
- Médico tratante indica Hospitalización de Emergencia.
 - Asigna cama al paciente en Sala de Observación de Emergencia.
 - Paciente se hospitaliza.
- Jefe de Servicio no encuentra cama disponible en Emergencia:
 - Si el paciente puede esperar, se repite el proceso más tarde o al día siguiente.
 - Si el paciente no puede esperar se hospitaliza en cama de Observación de Emergencia.

c.9 Subproceso: Registro de Actividad Asistencial

Funcionarios Involucrados

- Medico de Especialidad
- Enfermera de turno.

Requerimientos Críticos

- Registro de evaluación y procedimientos en Historia Clínica (HC) del paciente.

Pasos en la Atención

- Si la HC se encuentra en Emergencia, registre:
 - Diagnóstico médico.
 - Procedimientos realizados
 - Exámenes indicados (Rayos X, Laboratorio, etc.)
 - Medicamentos recetados
 - Procedimientos de enfermería
- Si la HC no se encuentra en Emergencia, registre la información del paciente en hoja tentativa para después registrarla en la HC.

c.10 Subproceso Traslado de Pacientes

Funcionarios Involucrados

- Técnico Paramédico

Requerimientos Críticos

- Solicitud de Traslado
- Disponibilidad de Camillas

Pasos en la Atención

- Medico debe registrar en la solicitud de Traslado el nombre del paciente y lugar donde se traslada.
- Recepcionar solicitud de traslado.
- Traslade al paciente a la camilla.
- Cerciórese que el paciente se encuentra bien seguro en la camilla.
 - Si el paciente se mueve constantemente y tiene riesgo de caerse,

- amarre al paciente para no correr riesgos en el traslado.
- Certifíquese de la unidad en la que va a realizar el traslado.
- Entregue al Técnico Paramédico la solicitud para que el paciente reciba la atención.
- Espere al paciente.
- Cuando termine la atención, regrese al paciente a la unidad de origen.

c.11 Subproceso: Egreso de Pacientes de la Unidad de Emergencia

Funcionarios Involucrados

- Médico de Especialidad

Requerimientos Críticos

- Solicitud de Traslado
- Disponibilidad de Camillas
- Formulario de Alta Hospitalaria

Pasos en la Atención

- El médico debe completar formulario de prealta
- Completa formulario de alta
- Entrega a enfermería
- Se le informa al paciente y familiares que esta de alta y que puede retirarse cuando se encuentre listo.
- Enfermería entrega a admisión los pacientes que se han dado de alta.
- Admisión actualiza listado de paciente en Emergencia.
- Enfermería Solicita limpieza de las camas disponibles
- Enfermería registra y comunica Disponibilidad de Cama.
- La Asistente Social coordina la disponibilidad de cama.
- La Asistente Social pasa visita social cama por cama y realiza la evaluación social de cada paciente.
- La Asistente Social coordina con los familiares y pacientes respecto a los requerimientos de descanso médico y otras coordinaciones con el centro de trabajo del paciente.

- La Asistente Social coordina la entrada y salida de las ambulancias de periferia para retornar a los pacientes a sus lugares de origen.
- La Asistente Social brinda educación sobre descansos médicos, subsidios por sepelio, gestiones de oxígeno para domicilio, entre otros.

Despedida del Asegurado:

- Asegúrese que el asegurado ha quedado conforme con el servicio prestado.
- Consulte las inquietudes finales al asegurado.
- Agradezca la disposición del asegurado por los procedimientos seguidos y tiempo utilizado.
- Exprese un mensaje de despedida cordial y explicita su disposición para brindar ayuda en futuras oportunidades (EsSalud, 2014).

2.2.5. Calidad de Atención

a. Concepto

“La efectividad del cuidado en lograr y producir salud y satisfacción, definidas por los miembros individuales de una sociedad o subcultura en particular, es el valor último de la calidad del cuidado” (Galeano, Furlan, Auchter, Balbuena, Zacarías & Zacarías, 2006).

“Una organización sólo alcanzará el éxito a medio plazo si es capaz de comprender y mejorar continuamente su capacidad de satisfacer y superar las necesidades y expectativas de sus clientes” (Casabona, 2008).

Para comprender mejor el concepto de satisfacción del usuario debemos recordar el concepto de calidad: La calidad ha sido definida como el conjunto de características de servicio y de productos de consumo que satisfacen las necesidades del consumidor y lo hacen sentirse orgulloso de poseer un producto o de recibir un servicio al más bajo costo posible.

Según lo expuesto, la calidad de la atención médica se determina como aquella clase de atención que se espera pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan el proceso de la atención en todas sus partes. De tal forma, la satisfacción del usuario se consolida como una forma de evaluar la calidad de la atención médica (Casabona, 2008).

La satisfacción del cliente, es la condición que se alcanza cuando un producto o un servicio responde a las necesidades y requisitos de los clientes. La satisfacción es siempre satisfacción con algo (o alguien) que tiene que ver, a su vez con algo que se quiere (que se espera, que se desea, etc.) y con lo que se entra en relación a la espera de un cierto efecto. Para que exista satisfacción como algo sentido en un sujeto, debe haber al menos una intención en otro de realizar una acción determinada provocadora de un determinado resultado que sea valorado como positivo o no, como "satisfactor" o no (Bazó, Carrasqueño & Rincón, 2004).

La satisfacción entonces no estaría dada sólo como una sensación o estado individual y único, aunque esa es su esencia, sino que sería esa sensación o estado único e irrepetible que se produce en cada sujeto dado el desarrollo de todo un complejo proceso intrasubjetivo e intersubjetivo. Entiéndase, que no es apenas una evaluación desde lo personal, sino también desde lo social, desde y con el otro, desde lo que como sujetos pertenecientes a grupos sociales determinados, sentimos de un modo o de otro (Biedma & Serrano, 2009).

En la satisfacción del usuario intervienen fundamentalmente dos factores: la expectativa y la experiencia, la diferencia entre ambas nos da como resultado el grado de satisfacción o de insatisfacción del usuario. Pero, en ambos factores influyen los valores que tenga el cliente. En este sentido, es diferente el grado de satisfacción de un cliente que acude al hospital por primera vez que el de un paciente que acude al hospital en forma continua.

En un estudio realizado por Michelsen Consultores, citado por Uriol (2009) sobre satisfacción del usuario utilizando la metodología SERVQUAL, se encontró que la principal causa de insatisfacción era el trato inadecuado del

personal no médico (falta de trato amable, falta de rapidez en la atención, información inadecuada, entre otros) y una pobre relación médico-paciente (falta de información de su dolencia, poco tiempo de consulta, trato inadecuado, etc).

Un aspecto que no se menciona cuando se habla de la filosofía de la calidad total es la ética. Como el eje central es el cliente, probablemente las consideraciones éticas o morales estén incorporadas dentro de las necesidades y expectativas del cliente ya que, indudablemente, éstas van a ser diferentes dependiendo de la religión que profesan, de las creencias y tradiciones o de las normas éticas que rigen la vida del cliente. Por ejemplo, los que pertenecen a la iglesia evangélica, Testigos de Jehová, no aceptan las transfusiones sanguíneas, por lo tanto hay que tener en cuenta este hecho durante el tratamiento de estos pacientes.

De forma más sencilla pudiéramos decir refiriéndonos a lo que sucede a diario en nuestras instituciones de salud: Hay un sujeto (paciente) que viene a nosotros esperando algo, evaluando si lo que esperaba es lo que obtiene o no y eso constituye la medida de la satisfacción que siente. Hay otros sujetos (personal de salud) que dan algo al que espera y que también esperan y evalúan por ese algo que dan, y eso constituye la medida de su satisfacción que incide cíclicamente en el próximo dar que brindan al próximo paciente que espera. Pero a su vez el propio personal de salud es un sujeto demandante al interno de aquella institución de la cual el ahora deviene sujeto con una expectativa, sujeto expectante (Dierssen, Rodríguez, Robles & cols, 2009).

b. El Modelo SERVQUAL

La herramienta del modelo SERVQUAL (Quality Service) define la calidad de servicio como la brecha o diferencia (P menos E) entre las percepciones (P) y expectativas (E) de los usuarios externos. Se utiliza para determinar el nivel de satisfacción con la calidad del servicio que se brinda al usuario. Es una herramienta desarrollada por A. Parasuraman y colaboradores, quienes sugieren que la comparación entre las expectativas generales de los usuarios (clientes, usuarios, pacientes, beneficiarios) y sus percepciones respecto al

servicio que presta una organización, puede constituir una medida de la calidad del servicio (Ministerio de Salud, 2012).

Las dimensiones de la calidad de atención evaluadas por el modelo SERVQUAL son (Ministerio de Salud, 2012):

Fiabilidad: es la capacidad para cumplir exitosamente con el servicio ofrecido.

Capacidad de Respuesta: es la disposición de servir a los usuarios y proveerles un servicio rápido y oportuno frente a una demanda con una respuesta de calidad y en un tiempo aceptable.

Seguridad: evalúa la confianza que genera la actitud del personal que brinda la prestación de salud demostrando conocimiento, privacidad, cortesía, habilidad para comunicarse e inspirar confianza.

Empatía: es la capacidad que tiene una persona para ponerse en el lugar de otra persona y entender y atender adecuadamente las necesidades del otro.

Aspectos Tangibles: son los aspectos físicos que el usuario percibe de la institución. Están relacionados con las condiciones y apariencia física de las instalaciones, equipos, personal, material de comunicación, limpieza y comodidad.

Además señala que para poder cumplir con las dimensiones citadas anteriormente es necesario considerar los siguientes componentes (Ministerio de Salud, 2012):

Componente Técnico

Aplicación de la ciencia y tecnología de la salud incluye al prestador de servicios de salud que cuente con conocimientos y habilidades que le permita realizar los procedimientos adecuados y oportunos de conformidad con las necesidades del paciente entre ellos tenemos: alivio del dolor, prevención de caídas u otros accidentes, prevención de infecciones, puntualidad para el

tratamiento, orden y secuencia durante la atención al paciente y para el acceso fácil para alcanzar la atención de la enfermera. Importante es la capacidad técnica de poder adaptar la asistencia a las necesidades específicas de cada paciente, incluyendo principios y sugerencias para enseñanza del usuario.

Debe haber el conocimiento cabal del método del tratamiento antes de emprender cualquier acción asistencial, el equipo y las técnicas pueden variar en distintos centros de asistencia, pero hay principios fundamentales que son las bases de la acción de la enfermera.

El conocimiento científico nos permite desarrollar las técnicas, adquiriendo independencia de juicio en la valoración de las necesidades de enfermería de los pacientes, en la elección y puesta en práctica de medidas de enfermería apropiadas para satisfacer estas necesidades y en la evaluación de la eficacia de las acciones.

Componente interpersonal

Se refiere a las relaciones (interacción social y psicológica) que se dan entre operadores y usuarios, así como a la circulación de la información de carácter logístico y sanitario.

Es la interacción que ocurre entre el usuario y el prestador de servicios de salud, la actividad de atención, el respeto y la cordialidad mutua. Entre ellas tenemos la cortesía, confidencialidad y discreción en el trato de la enfermera, su interés por involucrarlo en su autocuidado, interés por atenderlo con equidad e imparcialidad. Información exacta sobre su situación de salud, deseo de involucrar a la familia en el cuidado del paciente propiciando una buena comunicación entre los pacientes, sus familiares y el equipo de salud.

Componente comodidad

Se refiere a las condiciones de comodidad que ofrecemos en el establecimiento de salud para los usuarios y operadores de salud.

El componente de la comodidad estudia la influencia de las características del lugar o ambiente hospitalario con sus condiciones físicas de limpieza, iluminación y ventilación, privacidad, seguridad de pertenencias del paciente en el hospital y cuidado de la vestimenta personal y de cama. Satisfaciendo éstas expectativas el proceso de recuperación se verá favorecido.

Las personas cuando presentan alguna clase de alteración en su salud se ven en la necesidad de permanecer hospitalizados, originando tanto en él como en su familia un gran estrés e interrumpiendo su función familiar. La persona toma el nombre de paciente, asumiendo un papel pasivo. En muchas ocasiones, la familia queda aislada y desinformada acerca de su pariente y no se le tiene en cuenta en el cuidado del mismo.

Las necesidades para estos pacientes en el ámbito de la comodidad son en el aspecto físico, social, ambiental y psicoespiritual, ayudándolos a encontrar estados de trascendencia, tranquilidad y alivio. Se evidencia también que la familia se puede involucrar en el cuidado del paciente mientras éste esté hospitalizado, asumiendo determinadas responsabilidades que están encaminadas a mejorar su comodidad y hacerlos de esta manera participantes activos en el cuidado de su salud (Lázaro, 2004).

El término comodidad ha sido utilizado en el lenguaje cotidiano durante mucho tiempo con diferentes significados que varían de acuerdo con el área del conocimiento en que sea utilizado y de acuerdo con lo que cada persona crea que es para ella la comodidad en diferentes situaciones. Katherine Kolcaba, citado por Meneses (2010), para poder llegar a un concepto de Comodidad, realizó una revisión del término tanto en el lenguaje ordinario como en la Ciencia de la Enfermería y encontró diferentes significados en los diccionarios: comodidad como causa de alivio al malestar, comodidad como un estado de tranquilidad y satisfacción, comodidad como cualquier cosa que haga la vida fácil o agradable; según el Latín *Confortare*: fortalecerse en grande y según el Diccionario Inglés de Oxford: fortalecimiento, aliento, ayuda, apoyo, sustento o refresco físico, entre otros.

De acuerdo con la revisión de estos significados Kolcaba citado por Meneses (2010), encontró tres sentidos de la comodidad, desarrollados en cuatro contextos. El sentido de tranquilidad que hace referencia a la persona entera, a la comodidad en la mente y en el cuerpo, estado de satisfacción y un estado positivo.

El sentido de alivio se refiere a la satisfacción de necesidades, es decir se deben aliviar malestares en los pacientes. El sentido de trascendencia es independiente y se refiere a las medidas de comodidad que fortalecen y engrandecen a una persona. La persona surge por encima del dolor o de los problemas.

El primer contexto donde se desarrolla la comodidad es el contexto físico, el cual se refiere a todas las sensaciones corporales. El contexto social, relacionado con las relaciones interpersonales, familiares y sociales.

El contexto psicoespiritual refiriéndose a la conciencia interna de las personas, el autoconcepto, autoestima, sexualidad, significado en la vida y creencia en un ser supremo. El contexto ambiental relacionado con el medio externo, como luz, ruido, temperatura, etc. Cuando se interrelacionan los sentidos con los contextos surge una estructura taxonómica, en la cual la comodidad de los pacientes es experimentada en un contexto y un sentido específico.

Para Deming, citado por Ochando & cols, (2007), la calidad significa cumplir con las expectativas del usuario, es el hecho de proporcionarle satisfactores adecuados a sus necesidades, con una filosofía básica de administración, una nueva forma de trabajar donde prevalece el respeto, confianza y trabajo en equipo. Se considera también calidad al conjunto de características de un producto proceso o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer las necesidades del cliente o usuario de dichos servicios.

Dentro de una organización, la calidad puede referirse a diferentes aspectos de su propia actividad, tales como el producto o el servicio que se ofrece, el proceso, la producción o sistema de prestación del servicio o bienes. La calidad se refiere a las características del producto que satisfacen las necesidades del

consumidor, comprendiendo que este grado de satisfacción del producto se encuentra en relación con las exigencias del consumidor. Constituye un modo de ser del bien o servicio, subjetivo y distinto, según el punto de vista de quien la ofrece y quien la consume (Ochando & cols, 2007).

Es necesario generar calidad a través de una gestión de la calidad, como una función directiva que determina y aplica la política de calidad, con los siguientes procesos y fases según Juran: planificación, control y mejora de calidad. La calidad total es una forma de gestión que introduce el concepto de mejora continua en cualquier organización y en todos sus niveles, por tanto la gestión de calidad total es el conjunto de técnicas de organización orientadas a obtener un alto nivel de calidad en la estructura, los procesos y resultados. La calidad total es una estrategia de gestión de toda la organización a través de la cual se satisfacen las necesidades y expectativas de los clientes, de los empleados, de los propietarios y de la sociedad en general por medio de la utilización eficiente de todos los recursos de que se dispone: personas, materiales, tecnología y sistemas productivos (Rodríguez, 2012).

Los servicios sanitarios son de calidad cuando carecen de deficiencia y satisfacen las necesidades del usuario interno y externo. Una asistencia sanitaria de calidad es la aplicación correcta, en la asistencia de los pacientes, de los principios esenciales de las ciencias médicas, al mismo tiempo que se equiparan los riesgos inherentes a cada actividad asistencial realizada a los beneficios que se esperan de ella. Al hablar específicamente de calidad en los centros asistenciales o sanitarios, debemos esperar que se alcance una calidad integral, en la cual se encuentra involucrada la calidad intrínseca, que se refiere a los procesos diagnósticos, terapéuticos o rehabilitadores, al profesionalismo y/o competencia de los prestadores de servicios y a la tecnología disponible para ello y la calidad percibida, valorada fundamentalmente por los usuarios y que es determinada por condicionantes de la satisfacción del usuario, como son: equidad, fiabilidad, efectividad, buen trato, respeto, información, continuidad y confortabilidad.

- a. Equidad, es la atención igualitaria con las mismas oportunidades de recibir asistencia.

- b. Fiabilidad, significa que se lleve a cabo de manera fiel e íntegra la atención que se otorga, sin fallas, errores o demoras que pueden desvalorizar internamente a todos los profesionales o algunos profesionales que intervienen en su atención.
- c. Efectividad, en la resolución de su problema de salud y la posible influencia que tienen en la misma los cuidados ofrecidos por todo el personal de enfermería.
- d. Buen trato, percibido a lo largo del contacto que ha mantenido el usuario con todo el personal del centro hospitalario.
- e. Respeto hacia las características personales de todos y cada uno de ellos.
- f. Información, que sea completa, verídica y que le permita un conocimiento del entorno en el que se encuentra, derechos y deberes que le asisten durante su hospitalización. También se relaciona con la información que le permite tomar decisiones respecto a los cuidados que van a recibir o alternativas clínicas sobre su tratamiento.
- g. Continuidad en el seguimiento del proceso del cuidado con apertura de canales de comunicación.
- h. Confortabilidad, relacionada al grado de confort y seguridad del entorno que se le ha ofrecido a lo largo de su estancia en el hospital o del servicio recibido.
- i. En las tres últimas décadas se han establecido diversos programas encaminados a la mejora continua de los servicios de enfermería y se han emitido estándares de cuidado que permiten unificar criterios y asegurar la calidad de atención. El grupo más importante de control ha sido el cliente; los usuarios, sus familiares y la sociedad en general. El modo en que el usuario reciba y perciba los servicios reflejará un aspecto básico de la calidad sanitaria (Mira, Buil, Rodríguez & Aranaz, 2010).

Dentro de los programas de evaluación de calidad y mejora continua de calidad asistencial las encuestas a los pacientes permiten obtener información valiosa sobre los aspectos que precisan de mejora de la calidad.

2.3. MARCO LEGAL

El estudio se sustenta en numerosas leyes y Decretos Supremos, sin embargo, el más importante es la Ley General de Salud Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; por lo que la protección de la salud es de interés público y por lo tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el literal a) del artículo 5 Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, dispone como función rectora del Ministerio de Salud formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno, así como "dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales (...)", conforme se desprende del literal b) del referido artículo de la mencionada Ley;

Que, el artículo 1 de la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, modifica entre otros, el artículo 15 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, referido a los derechos que tienen las personas al acceso a los servicios de salud, acceso a información, al consentimiento informado, así como a la atención y recuperación de la salud; Que, en ese contexto, de conformidad con lo dispuesto en el numeral 3 del artículo 13 de la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, los proyectos de reglamento se publican en el portal electrónico respectivo, por no menos de cinco (5) días calendario, para recibir aportes de la ciudadanía cuando así lo requiera la ley;

Que, resulta conveniente, poner a disposición de la ciudadanía el Proyecto de Reglamento de la Ley N°29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, así como el proyecto de decreto supremo que lo aprueba, en el portal institucional del Ministerio de Salud, con

la finalidad de recibir las sugerencias, comentarios o recomendaciones que pudieran contribuir al mejoramiento del mismo;

Con el visado de la Directora General de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud, de la Viceministra de Prestaciones y Aseguramiento en Salud, y de la Secretaria General; De conformidad con el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, el literal n) del artículo 7 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA y sus modificatorias.

2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

2.4.1. PERCEPCIÓN

Es la manera en la que el cerebro de un organismo interpreta los estímulos sensoriales que recibe a través de los sentidos para formar una impresión consciente de la realidad física de su entorno. Para el estudio hace referencia a la descripción del conjunto de procesos mentales mediante el cual los pacientes seleccionan, organizan e interpretan la información proveniente de estímulos, pensamientos y sentimientos, a partir de su experiencia previa, de manera lógica o significativa, obtenidos durante su proceso de atención. Sera evaluada de manera indirecta mediante la aplicación de los instrumentos para evaluar la calidad de atención.

Es la forma cómo percibe el usuario que la organización cumple con la entrega del servicio de salud ofertado.

2.4.2. ASEGURADO

Es la persona adscrita y/o beneficiaria de la atención en el Seguro Social de Salud (EsSalud), por tanto se asume que tiene el derecho de ser atendido de manera eficiente en los distintos establecimientos de la Red Asistencial a la que pertenece.

2.4.3. CALIDAD DE ATENCIÓN

Conjunto de actividades que realizan los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo en el proceso de atención, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados tanto por los proveedores como por los usuarios, en términos de seguridad, eficacia, eficiencia y satisfacción del usuario. Se evaluó a través de la aplicación del Cuestionario SERVQUAL.

2.4.4. SERVICIO DE EMERGENCIA

Es el servicio hospitalario en el cual se brinda atención a pacientes que presentan enfermedades o situaciones de salud que constituyen un riesgo potencial para la vida y por tanto necesitan ser atendidos de manera urgente.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es cuantitativo y cualitativo, debido a que se utilizó la encuesta aplicada a la muestra para poder obtener los datos, que luego fueron tabulados. Además este tipo de estudio responde a las causas de los fenómenos sociales, por tanto, se determinó el comportamiento de las variables de estudio.

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es el hipotético - deductivo, porque de acuerdo a este método se analizó de lo general a lo particular, además permite deducir a través del razonamiento lógico las suposiciones previamente establecidas como válidas y luego al analizarlo en la población de estudio se comprueba la validez de las observaciones.

3.2.1 UNIVERSO Y MUESTRA

a. Universo

El universo estuvo conformado por todos los pacientes que solicitan atención en el Servicio de Emergencia, los que suman aproximadamente 10000 personas por mes.

b. Muestra

Debido al tamaño del universo, se trabajó con una muestra representativa, la misma que fue calculada con la fórmula de población infinita:

$$n = \frac{(Z)^2 (p) (q) (N)}{(E)^2 (N - 1) + (Z)^2 (p) (q)}$$

Dónde:

n: Tamaño de la muestra

N: 10000 personas.

p: 0.50 (probabilidad de ocurrencia)

q: 0.50 (probabilidad de no ocurrencia = 1 – p).

Z: 1.96 a un nivel de confianza del 95 %.

E: 5% de error de estimación.

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.50) (0.50) (10000)}{(0.05)^2 (9999) + (1.96)^2 (0.50) (0.50)}$$

$$n = \frac{9604}{24,9975 + 0,9604}$$

$$n = 260.$$

El número representativo de la muestra fue de 260 pacientes.

3.2.2 CATEGORÍAS, VARIABLES E INDICADORES

Variable Independiente: Percepción del asegurado.

Variable Dependiente: Calidad de atención.

3.2.3 MATRIZ DE CONSISTENCIA (OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES)

VARIABLES	INDICADORES	ÍNDICE
Variable Independiente:		
Percepción del Asegurado:		
Factores sociodemográficos	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • 18 – 45 • 46 – 59 • 60 a más
	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
	Nivel de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Primaria • Secundaria • Superior
	Procedencia	<ul style="list-style-type: none"> • Arequipa • Puno • Cusco • Moquegua • Tacna • Otros
V. Dependiente:		
Calidad de atención	Fiabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfecho • Insatisfecho
	Capacidad de respuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfecho • Insatisfecho
	Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfecho • Insatisfecho

Empatía	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfecho • Insatisfecho
Aspectos tangibles	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfecho • Insatisfecho
Atención de la asistente social	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfecho • Insatisfecho

3.2.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para la recolección de datos se aplicarán como instrumentos:

a. Ficha de recolección de datos: Para obtener información acerca de los factores sociodemográficos.

b. Cuestionario SERVQUAL: se aplicó el cuestionario SERVQUAL, el mismo que fue desarrollado por Parasunaman, sin embargo, para el presente estudio, se utilizó la adaptación realizada por el Ministerio de Salud (2012), para su aplicación en hospitales del Minsa y EsSalud a nivel nacional. Las encuestas incluyen en su estructura 22 preguntas de Expectativas y 22 preguntas de Percepciones, distribuidas en cinco criterios o dimensiones de evaluación de la calidad:

Fiabilidad: Preguntas del 01 al 05.

Capacidad de Respuesta: Preguntas del 06 al 09.

Seguridad: Preguntas del 10 al 13.

Empatía: Preguntas del 14 al 18.

Aspectos Tangibles: Preguntas del 19 al 22.

En primer lugar, el usuario debe evaluar las Expectativas, que refiere a LA IMPORTANCIA que le otorga a la atención que esperaba recibir en el servicio. Se utiliza una escala numérica del 1 al 7.

Considerando a 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación. En segundo lugar, se califican las Percepciones que se refiere a cómo el usuario HA RECIBIDO, la atención en el servicio. Para ello el usuario debe dar un grado de importancia que le otorga a cada pregunta referida a la Expectativa y Percepciones. Es necesario explicar que para la calificación se utiliza una escala numérica del 1 al 7, el cual refiere a 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.

Para el análisis de los resultados se debe considerar como usuarios satisfechos a los valores positivos (+), que fueron obtenidos por la diferencia entre las percepciones (P) y las expectativas (E), y como usuarios insatisfechos a los valores negativos (-) de la diferencia P – E. Para la interpretación de los resultados obtenidos en la herramienta informática (Aplicativo en Excel), se siguieron los siguientes pasos:

- Elaborar y presentar una tabla general que incluye los resultados de P-E para las 22 preguntas considerado en el valor relativo y absoluto del nivel de satisfacción e insatisfacción para cada pregunta y el global.
- Determinar el nivel de satisfacción global como indicador según servicio y categoría. El estándar esperado es mayor al 60%, sujeto a variación según medición basal.
- Priorizar las preguntas por colores según el porcentaje de insatisfacción de mayor a menor considerando los siguientes valores, para la matriz de mejora (Ministerio de Salud, 2012):

>60%	Por mejorar (rojo)
40 – 60%	En proceso (amarillo)
<40%	Aceptable (verde)

- Finalmente, se consideraron satisfechos, los usuarios que tuvieron menos de 60% de insatisfacción e insatisfechos los que tuvieron de 60% a más.

3.2.5 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

- a. Fuentes de información:** se utilizaron fuentes de información primarias y secundarias, como libros, revistas, tesis, tesinas, documentos de EsSalud y del Minsa, entre otros.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

TABLA 1

**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS ASEGURADOS
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA. HOSPITAL BASE
CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO**

CARACTERÍSTICA	Nº	%
Edad:		
20 – 39	35	13,46
40 – 59	95	36,54
60 – 79	70	26,92
80 a más	60	23,08
TOTAL	260	100
Sexo:		
Masculino	119	45,77
Femenino	141	54,23
TOTAL	260	100
Nivel de instrucción:		
Ninguno	1	0,38
Primaria	5	1,93
Secundaria	39	15,00
Superior	215	82,69
TOTAL	260	100
Procedencia:		
Arequipa	221	85,00
Puno	19	7,31
Cusco	10	3,85
Moquegua	8	3,08
Tacna	2	0,77
TOTAL	260	100
Condición del asegurado:		
Asegurado	154	59,23
Cónyuge	106	40,77
TOTAL	260	100

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla 1, que el 63,46% de asegurados que acudieron al Servicio de Emergencia, tienen edades comprendidas entre los 40 a 79 años; el 23,08% son adultos mayores de 80 años a más; el porcentaje menos representativo estuvo conformado por personas con edades entre 20 a 39 años (13,46%).

En cuanto al sexo, hubo mayor cantidad de usuarios de sexo femenino en 54,23% y del masculino en 45,77%.

El 82,69% de usuarios tienen instrucción superior, 15% nivel secundario, menos representativos fueron los usuarios con instrucción primaria (81,93%) y ninguna instrucción en 0,38%.

En cuanto a la procedencia, el 85% procede de Arequipa, 7,31% de Puno, el 3,85% procede del Cusco, entre otras.

Los usuarios atendidos en el Servicio de Emergencia, en su mayoría son asegurados en 59,23% y conyugues en 40,77%.

TABLA 2

**ASEGURADOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA POR
RESPUESTAS EN LA DIMENSION DE FIABILIDAD. HOSPITAL BASE
CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO**

ITEM	EXPECTATIVA	PERCEPCIÓN	BRECHA
Atención inmediata al llegar al servicio de Emergencia sin importar su condición de asegurado	6,54	3,24	-3,30
Atención en emergencia se realice de acuerdo a la gravedad del paciente	6,89	3,38	-3,51
Atención en emergencia a cargo del médico	6,51	4,12	-2,39
Suficiente comunicación entre el médico y el paciente y/o su familia	6,88	2,88	-4,00
Farmacia de emergencia cuente con los medicamentos recetados por el médico	6,40	3,30	-3,10
PROMEDIO TOTAL FIABILIDAD	6,64	3,38	- 3,26

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que el promedio total que los usuarios obtienen en el puntaje a los diferentes ítems de la dimensión de fiabilidad es de 6,64 puntos, al compararlo con el puntaje obtenido en la percepción de acuerdo a la atención recibida, el puntaje obtenido fue 3,38 puntos y la brecha entre ambos al aplicar la fórmula $P - E$ da como resultado -3,26, lo que denota insatisfacción de los usuarios en esta dimensión.

TABLA 3

**ASEGURADOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA POR
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA DIMENSION DE
FIABILIDAD. HOSPITAL BASE CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO**

DIMENSIÓN FIABILIDAD	Nº	%
Satisfechos	14	5,38
Insatisfechos	246	94,61
TOTAL	260	100

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que el 94,61% de usuarios atendidos en el Servicio de Emergencia están insatisfechos con la atención recibida en la dimensión de fiabilidad y el 5,38% están satisfechos.

TABLA 4**ASEGURADOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA POR
RESPUESTAS EN LA DIMENSION DE CAPACIDAD DE RESPUESTA.
HOSPITAL BASE CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO**

ITEM	EXPECTATIVA	PERCEPCIÓN	BRECHA
Atención rápida en el módulo de admisión y/o triaje	6,15	3,00	-3,15
Atención rápida para realizarse los exámenes de laboratorio	6,67	3,14	-3,53
Atención rápida para realizarse exámenes radiológicos	6,50	3,06	-3,44
Atención rápida en la farmacia de emergencia	6,81	3,36	-3,45
PROMEDIO TOTAL CAPACIDAD DE RESPUESTA	6,53	3,14	- 3,39

Fuente: Elaboración propia

Se observa que el puntaje total en la dimensión de capacidad de respuesta obtenido al evaluar las expectativas fue de 6,53, mientras que el puntaje promedio de la percepción de la atención recibida fue 3,14, por ende la brecha de -3,39, nos indica que hay insatisfacción en la dimensión de capacidad de respuesta.

TABLA 5

**ASEGURADOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA POR
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA DIMENSION DE
CAPACIDAD DE RESPUESTA. HOSPITAL BASE CARLOS ALBERTO
SEGUÍN ESCOBEDO**

DIMENSIÓN CAPACIDAD DE RESPUESTA	Nº	%
Satisfechos	19	7,31
Insatisfechos	241	92,69
TOTAL	260	100

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que el 92,69% de pacientes están insatisfechos con la capacidad de respuesta del servicio de emergencia, el 7,31% está satisfecho.

TABLA 6**ASEGURADOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA POR
RESPUESTAS EN LA DIMENSION DE SEGURIDAD. HOSPITAL BASE
CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO**

ITEM	EXPECTATIVA	PERCEPCIÓN	BRECHA
El médico brinde tiempo necesario para contestar dudas o preguntas de los usuarios	6,94	3,01	-3,93
Respeto de la privacidad durante su atención en emergencia	6,43	3,59	-2,84
Examen físico completo y minucioso del médico al usuario.	6,93	2,93	-4,00
Que se resuelva o mejore el problema de salud por el cual es atendido	6,88	3,60	-3,28
PROMEDIO TOTAL SEGURIDAD	6,79	3,28	- 3,51

Fuente: Elaboración propia

La tabla nos muestra, que en la dimensión de seguridad, el puntaje total obtenido en las expectativas de los pacientes es de 6,79, es decir, que los pacientes consideran muy importantes los ítems de dicha dimensión, sin embargo, cuando se califican las percepciones se obtiene un puntaje promedio total de 3,28%, lo que demuestra que existe una brecha importante de -3,51 entre las expectativas y la percepción, lo que revela la insatisfacción de los usuarios en la dimensión de seguridad de la atención.

TABLA 7**ASEGURADOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA POR
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA DIMENSION DE
SEGURIDAD. HOSPITAL BASE CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO**

DIMENSIÓN SEGURIDAD	Nº	%
Satisfechos	15	5,77
Insatisfechos	245	94,23
TOTAL	260	100

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que el 94,23% de usuarios están insatisfechos en la dimensión de seguridad durante el proceso de atención en el Servicio de Emergencia y el 5,77% están satisfechos.

TABLA 8

**ASEGURADOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA POR
RESPUESTAS EN LA DIMENSION DE EMPATÍA. HOSPITAL BASE
CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO**

ITEM	EXPECTATIVA	PERCEPCIÓN	BRECHA
Trato del personal amable, con respecto y paciencia	6,52	3,51	-3,01
Personal de emergencia interesado para solucionar cualquier dificultad durante la atención	6,63	3,19	-3,44
Explicaciones del médico comprensibles para el usuario acerca de su estado de salud	6,81	3,22	-3,59
Explicaciones del médico comprensibles para el paciente respecto a procedimientos o análisis que se realizarán	6,83	3,54	-3,29
Explicaciones del médico comprensibles para el paciente sobre el tratamiento: tipo, dosis y efectos adversos	6,70	3,60	3,10
PROMEDIO TOTAL EMPATÍA	6,70	3,41	- 3,29

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que el promedio total obtenido en la dimensión de empatía en cuanto a las expectativas fue de 6,70, mientras que el puntaje obtenido en la percepción fue de 3,41, por tanto la brecha obtenida es -3,29, lo que denota la insatisfacción en la dimensión de empatía.

TABLA 9**ASEGURADOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA POR
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA DIMENSION DE
EMPATÍA. HOSPITAL BASE CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO**

DIMENSIÓN EMPATÍA	Nº	%
Satisfechos	19	7,31
Insatisfechos	241	92,69
TOTAL	260	100

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que el 92,69% de usuarios están insatisfechos con la atención en la dimensión de empatía en el Servicio de Emergencia y el 7,31% están satisfechos.

TABLA 10

**ASEGURADOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA POR
RESPUESTAS EN LA DIMENSION DE ASPECTOS TANGIBLES. HOSPITAL
BASE CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO**

ITEM	EXPECTATIVA	PERCEPCIÓN	BRECHA
Los carteles, letreros y flechas del servicio de emergencia adecuados para orientar a los pacientes	6,01	3,08	-2,93
Servicio de emergencia con personal para informar y orientar a los pacientes	6,86	3,89	-2,97
Servicio de emergencia con equipos disponibles y materiales necesarios para la atención de los pacientes	6,82	3,44	-3,38
Ambientes del servicio de emergencia limpios y cómodos	6,93	4,21	-2,72
PROMEDIO TOTAL ASPECTOS TANGIBLES	6,65	3,65	- 3,00

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que el puntaje total obtenido en la dimensión de aspectos tangibles es de 6,65, lo que demuestra que los usuarios califican con el puntaje de importancia máxima, es decir, 7 a la mayoría de indicadores de la dimensión, pero al analizar la percepción se obtiene un puntaje promedio de 3,65, siendo la brecha entre ambos de -3,00, es decir, que existe insatisfacción en la dimensión de aspectos tangibles.

TABLA 11

**ASEGURADOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA POR
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA DIMENSION DE
ASPECTOS TANGIBLES. HOSPITAL BASE CARLOS ALBERTO SEGUÍN
ESCOBEDO**

DIMENSIÓN ASPECTOS TANGIBLES	Nº	%
Satisfechos	26	10,00
Insatisfechos	234	90,00
TOTAL	260	100

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que el 90% de usuarios están insatisfechos con la atención recibida en el Servicio de Emergencia en la dimensión de aspectos tangibles, el 10% está satisfecho.

CONCLUSIONES

PRIMERA

El 94,61% de asegurados están insatisfechos con la dimensión de fiabilidad de la atención del Servicio de Emergencia del Hospital Base Carlos Alberto Segúin Escobedo, por cuanto perciben que no son atendidos apenas llegan al servicio, no siempre se prioriza la atención de acuerdo a la gravedad de los pacientes, la mayoría perciben que no existe suficiente comunicación entre el médico, el paciente y su familia y que además la farmacia de emergencia no cuenta con los medicamentos recetados por el médico.

SEGUNDA

El 92,62% de asegurados están insatisfechos con la dimensión de capacidad de respuesta en la atención del Servicio de Emergencia del Hospital Base Carlos Alberto Segúin Escobedo, porque perciben deficiencias en la atención rápida en el módulo de admisión o Triage, tampoco hay una atención rápida para realizarse los exámenes de laboratorio ni radiológicos.

TERCERA

El 94,23% de asegurados están insatisfechos con la dimensión de seguridad en la atención del Servicio de Emergencia del Hospital Base Carlos Alberto Segúin Escobedo, porque perciben que la evaluación que el médico le realiza al paciente no es completa ni minuciosa, además que perciben que el problema por el cual es atendido no siempre se resuelve.

CUARTA

El 92,69% de asegurados están insatisfechos con la dimensión la empatía en la atención del Servicio de Emergencia del Hospital Base Carlos Alberto Segúin Escobedo, porque perciben que el trato del personal no es amable ni con respecto ni paciencia, no perciben interés en el personal del servicio para solucionar las dificultades de los pacientes, no se muestran satisfechos con las explicaciones de los médicos o estas no son comprensibles para los pacientes.

QUINTA

El 90% de asegurados están insatisfechos con la dimensión de aspectos tangibles en la atención del Servicio de Emergencia del Hospital Base Carlos Alberto Seguí Escobedo, porque perciben que no existe una buena señalización en el servicio, así como también, que el servicio de emergencia no cuenta con personal dispuesto a orientar e informar a los pacientes.

SEXTA

A partir del análisis de los resultados presentados se puede llegar a la conclusión general, de que la insatisfacción de los pacientes se debe a los siguientes aspectos:

- Importante incremento de la demanda del servicio de emergencia, que satura los ambientes y la atención en el mismo.
- Falta abastecimiento de camas, los pacientes muchas veces son atendidos en camillas e incluso sillones, tampoco se cuenta con biombos para ofrecer privacidad a los pacientes, hay ambientes en donde están juntos varones y mujeres.
- Existe un importante hacinamiento de pacientes estando muchos veces dispuestos en los pasillos del servicio, lo que afecta a la privacidad, confort, seguridad y aumenta el riesgo de adquirir infecciones intrahospitalarias, para los pacientes, el personal y los acompañantes.
- Hay insuficiente cantidad de servicios higiénicos para la gran afluencia de pacientes.
- Existe importante escases de personal, lo que causa demoras en la atención, además, esto propicia que las interconsultas se demoren en ser atendidas, así como también la atención en servicios críticos como traumatología, que presenta un diferimiento muy alto para las intervenciones quirúrgicas.

- El Hospital Base Carlos Alberto según Escobedo, concentra la mayor cantidad de atención de emergencia de la red Arequipa, por deficiencias en la capacidad resolutive de los Hospitales Yanahuara y Edmundo Escomel, derivando pacientes que deberían ser atendidos en dichos hospitales, ya que sus patologías no constituyen emergencias, e incluso a veces tampoco urgencias, sin embargo, los pacientes son trasladados al Hospital CASE para su atención, o los propios asegurados acuden a este establecimiento por su propia cuenta, debido a que consideran que tiene buenos especialistas y que tiene buena implementación en Shock Trauma y Unidad de Cuidados Especiales.
- No se cuenta con personal de informes y el triaje que se realiza muchas veces no es adecuado, además falta difusión respecto a que situaciones ameritan ser atendidas como emergencia o urgencias.
- La señalización existente en el servicio es inadecuada e insuficiente, muchos asegurados no saben dónde se ubican los diferentes tópicos o consultorios del servicio.
- Existe una creciente problemática relacionada al maltrato y/o violencia que muchos usuarios ejercen contra los trabajadores del servicio, y esto suele originar roces, conflictos, además de aumentar el estrés en el personal.
- No hay cumplimiento de las medidas de bioseguridad para el personal y los pacientes, por eso, es que se presentan infecciones intrahospitalarias de modo muy frecuente siendo afectados los usuarios o sus acompañantes y el personal de salud.
- El personal del servicio se encuentra afectado por el estrés laboral o síndrome de Burnout, y esto afecta negativamente la calidad de atención.
- En toda esta situación, las trabajadoras sociales, conformamos parte del equipo multidisciplinario que atiende a la población asegurada, y siendo emergencia un servicio crítico, debido a la complejidad de los pacientes que atiende, así como también por la problemática descrita anteriormente, se considera que es necesario recordar que el papel de las trabajadoras

sociales, se fundamenta en tres pilares básicos, el primero consiste en tener claridad acerca de las funciones que desempeñan las profesionales en servicio social dentro del servicio de emergencia, en segundo lugar, analizar las situaciones en las que pueden intervenir y en tercer lugar, participar activamente en el proceso de evaluación del servicio, en el cual, la evaluación de la calidad de atención forma parte importante en dicho proceso de evaluación.

- Los objetivos y/o funciones de la intervención de las trabajadoras sociales en el Servicio de Emergencia deben centrarse en lo siguiente:
 - Contribuir a disminuir la sobresaturación del servicio, dando a conocer a la población asegurada, así como en los centros laborales, las situaciones que constituyen verdaderas emergencias y/o urgencias médicas que justifican que el paciente acuda a dichos servicios.
 - Motivar a los pacientes para que accedan a los establecimientos de salud a los que están adscritos y que sólo acudan al Hospital Base CASE, cuando la situación lo amerita.
 - Evaluar la situación socioeconómica de los usuarios de emergencia de acuerdo a los parámetros establecidos en la ficha socioeconómica.
 - Realizar visitas domiciliarias para verificar la situación socioeconómica del usuario y del nivel de vida de acuerdo a las necesidades requeridas.
 - Brindar orientación, educación y consejería social a los usuarios a través del trabajo social individualizado, grupo y comunidad, orientada a promover y prevenir la salud.
 - Proponer, actualizar e implementar guías de atención, protocolos y procedimientos de atención en servicio social, orientados a proporcionar un servicio eficiente y eficaz.

- Realizar el seguimiento social a los casos diagnosticados.
- Mantener registros y reportes actualizados sobre casos de servicio social.
- Brindar asesoramiento en el campo de su especialidad.
- Participar en la elaboración del Plan de trabajo anual de la Unidad Funcional.
- Cumplir con la programación de actividades de acuerdo con el rol elaborado por la Jefatura del Departamento.
- Informar al jefe del servicio de las ocurrencias más importantes de su área de trabajo.
- Atender los casos de alto riesgo social a menores en abandono, maltrato y caso social.
- Elaborar informes sociales de acuerdo a las necesidades de los usuarios.
- Realizar actividades de docencia e investigación participando en el entrenamiento del personal profesional y técnico de acuerdo a su nivel operativo.
- Participar en la formulación de documentos normativos de Servicio Social.
- Presentar los reportes estadísticos de producción e indicadores de gestión mensualmente al Jefe de unidad funcional.
- Las demás funciones que le asigne el Responsable de la Unidad Funcional de Servicio.
- Social en Emergencia.

- En cuanto a las capacidades, habilidades y aptitudes de las trabajadoras sociales es necesario el desarrollo de:
 - Capacidad de dirección, coordinación, organización y control de los recursos asignados.
 - Capacidad de liderazgo orientado al logro de objetivos institucionales.
 - Capacidad de análisis y síntesis.
 - Capacidad para trabajar en equipo y bajo presión.
 - Capacidad de innovación y aprendizaje.
 - Actitud crítica y propositiva.
 - Actitud proactiva y con orientación a resultados.
 - Actitud de atención y servicio al usuario interno y externo.

RECOMENDACIONES

PRIMERA

Es necesario que la Gerencia de la Institución, así como la Jefatura del Servicio de Emergencia, tengan en cuenta los resultados de la investigación a efectos de poder diseñar e implementar medidas dirigidas a dar solución a cada problema.

SEGUNDA

Es imprescindible mejorar la capacidad resolutive del Hospital Yanahuara y Edmundo Escomel para que allí se atiendan a pacientes que no presentan verdaderas emergencias o urgencias médicas que requieren de la atención en el hospital de alta complejidad, para ello, se debe aumentar los recursos humanos y propender a su mayor especialización y eficiencia. Es también necesario que a través de la oficina de relaciones públicas se brinde orientación a la población asegurada para el uso eficiente y racional del Servicio de Emergencia, señalando las situaciones que constituyen emergencias y las urgencias.

TERCERA

La Gerencia de la institución, deberá aplicar estrategias que permitan optimizar la atención en consulta externa y así contribuir a descongestionar la demanda en el Servicio de Emergencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abbagnano, N. (1986). Diccionario de filosofía, México, Fondo de Cultura Económica (2a. edición).

Carrillo, M. (2008). Importancia de la evaluación de la calidad de atención. Universidad de Bio Bio. Chile.

Cárdenas, C. (2012). Satisfacción de usuarios de los servicios de salud An. Fac. Med. (Perú);66(2):127-141. Lima.

Cecilio. S. (2010). Calidad de atención y mejora continua en el tópico de ginecoobstetricia del Departamento de Emergencia de un hospital nacional. Lima, Revista SITUA; (12): 22. 123 – 127.

Departamento de Psicología de la Salud (2007). La percepción y su influencia en la calidad de los servicios. España. El Ateneo.

Donabedian A. (1992). Evaluación de la calidad de la atención médica. Publicación Científica N.534. OPS.

EsSalud, (2010). Organización de los Servicios de salud a nivel nacional. Lima.

Hernández SR, Fernández C, Baptista M. (2010). Metodología de la investigación . Edi 5°. México D.F: McGraw-Hill Interamericana.

Lovelock, J. (2004). Calidad total y Gestión de los recursos humanos. Editorial Interamericana, México.

Luna, C. (2012). Percepción de la calidad del servicio de emergencia pediátrica. Estudio multicéntrico. Red Asistencial Rebagliati EsSalud. Hospital Edgardo Rebagliati. Lima.

Malagón, G., Galán, R., Pontón, G. (2011). Administración Hospitalaria. 4ta edición. Colombia: Médica Panamericana.

Ministerio de Salud: Documento Técnico. (2006). "Sistema de Gestión de las Calidad en Salud" Perú.

Ministerio de Salud: Documento Técnico. (2012). "Evaluación de la Calidad de atención" Perú.

Organización Mundial de la Salud. (2005). Definición de Salud. Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud (2008). Organización de los Servicios de Salud. 2da ed. Estados Unidos.

Parasuraman, A; Zeithaml, V. and Berry, Leonard. L. (1988) SERVQUAL: A Multiple- Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. Journal of Retailing; 64(1), 12-37). Disponible en: <http://areas.kenan-flagler.unc.edu/Marketing/FacultyStaff/zeithaml/Selected%20Publications/>
Fecha de acceso: 07.19.2015.

Saldías, J. (2010). Un modelo de organización de los Servicios de Emergencia en el Sistema hospitalario de la Seguridad Social. An. Fac. Med. (Perú);66(2):127-141. Lima.

Terris. M. (2008). Definiciones de Salud Pública. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, Vol. 21, Núm. 2, pp. 135-139 Universidad de Antioquia Colombia.

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO SERVQUAL APLICADO A LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA. HOSPITAL BASE CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO, ESSALUD

Factores sociodemográficos

Edad..... Sexo Masculino Femenino
 Nivel de instrucción: Ninguno Primaria Secundaria Superior
 Procedencia: Arequipa Puno Cusco Moquegua
 Tacna Otros
 Condición del encuestado: Asegurado Conyugue
 Tópico o área del Servicio de Emergencia donde fue atendido.....

EXPECTATIVAS									
En primer lugar, califique las expectativas, que se refieren a la IMPORTANCIA que usted le otorga a la atención que espera recibir en el servicio de Emergencia. Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.									
N°	E	Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
1	E	Qué los pacientes sean atendidos inmediatamente a su llegada a emergencia, sin importar su condición de asegurado.							
2	E	Qué la atención en emergencia se realice considerando la gravedad de la salud del paciente.							
3	E	Qué su atención en emergencia esté a cargo del médico.							
4	E	Qué el médico mantenga suficiente comunicación con usted o sus familiares para explicarles el seguimiento de su problema de salud.							
5	E	Qué la farmacia de emergencia cuente con los medicamentos que recetará el médico.							
6	E	Qué la atención en el módulo de admisión y/o triaje sea rápida.							
7	E	Qué la atención para tomarse los análisis de laboratorio sea rápida.							
8	E	Qué la atención para tomarse los exámenes radiológicos (radiografías, ecografías, otros) sea rápida.							
9	E	Qué la atención en la farmacia de emergencia sea rápida.							
10	E	Qué el médico le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud.							
11	E	Qué durante su atención en emergencia se respete su privacidad							
12	E	Qué el médico realice un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual será atendido.							
13	E	Qué el problema de salud por el cual será atendido se resuelva o mejore.							
14	E	Qué el personal de emergencia le trate con amabilidad, respeto y paciencia.							
15	E	Qué el personal de emergencia le muestre interés para solucionar cualquier dificultad que se presente durante su atención.							
16	E	Qué usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el problema de salud o resultado de la atención.							

17	E	Qué usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre los procedimientos o análisis que le realizarán.							
18	E	Qué usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos.							
19	E	Qué los carteles, letreros y flechas del servicio de emergencia sean adecuados para orientar a los pacientes.							
20	E	Qué la emergencia cuente con personal para informar y orientar a los pacientes.							
21	E	Qué la emergencia cuente con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención.							
22	E	Qué los ambientes del servicio de emergencia sean limpios y cómodos.							

PERCEPCIONES									
En segundo lugar, califique las percepciones que se refieren a como usted HA RECIBIDO, la atención en el servicio de Emergencia. Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.									
Nº		Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
1	P	¿Usted o su familiar fueron atendidos inmediatamente a su llegada a emergencia, sin importar su condición de asegurado?							
2	P	¿Usted o su familiar fueron atendidos considerando la gravedad de su salud?							
3	P	¿Su atención en emergencia estuvo a cargo del médico?							
4	P	¿El médico que lo atendió mantuvo suficiente comunicación con usted o sus familiares para explicarles el seguimiento de su problema de salud?							
5	P	¿La farmacia de emergencia contó con los medicamentos que recetó el médico?							
6	P	¿La atención en el módulo de admisión y/o triaje fue rápida?							
7	P	¿La atención en el laboratorio de emergencia fue rápida?							
8	P	¿La atención para tomarse exámenes radiológicos fue rápida?							
9	P	¿La atención en la farmacia de emergencia fue rápida?							
10	P	¿El médico que le atendió le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud?							
11	P	¿Durante su atención en emergencia se respetó su privacidad?							
12	P	¿El médico que le atendió le realizó un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual fue atendido?							
13	P	¿El problema de salud por el cual usted fue atendido se ha resuelto o mejorado?							
14	P	¿El personal de emergencia lo trató con amabilidad, respeto y paciencia?							
15	P	¿El personal de emergencia le mostró interés para solucionar cualquier problema							

		que se presentó durante su atención?							
16	P	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre el problema de salud o resultado de la atención?							
17	P	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre los procedimientos o análisis que le realizaron?							
18	P	Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre el tratamiento que recibió: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos?							
19	P	¿Los carteles, letreros y flechas del servicio de emergencia le parecen adecuados para orientar a los pacientes?							
20	P	¿La emergencia contó con personal para informar y orientar a los pacientes?							
21	P	¿La emergencia contó con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?							
22	P	¿Los ambientes del servicio de emergencia estuvieron limpios y cómodos?							