



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TEMA:

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO Y
SATISFACCIÓN DEL PROTOCOLO DE TRIAJE
HOSPITALARIO PARA LOS USUARIOS
AUTO-REFERIDOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DE
TRES HOSPITALES DE REFERENCIA DE LA ZONA 8**

AUTORES:

**ODONT. SAYRA ADRIANA, MARISCAL BRIONES
MD. JAIME ALBERTO, VALDIVIEZO GUERRERO**

**Previo a la obtención del Grado Académico de:
MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TUTORA:

ECON. LAURA ZAMBRANO CHUMO, MBA

**Guayaquil, Ecuador
2020**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Odont. Sayra Adriana Mariscal Briones** y el **Md. Jaime Alberto Valdiviezo Guerrero**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**.

DIRECTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Econ. Laura Zambrano Chumo, MBA.

REVISORA

Ing. Elsie Zerda Barreno, Mgs.

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Econ. María del Carmen Lapo Maza, Ph. D.

Guayaquil, a los 8 días del mes de julio del año 2020



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Sayra Adriana Mariscal Briones**
Jaime Alberto Valdiviezo Guerrero

DECLARAMOS QUE:

El Proyecto de Investigación **Evaluación de la calidad del servicio y satisfacción del protocolo de triaje hospitalario para los usuarios auto-referidos en el área de emergencia de tres hospitales de referencia de la zona 8** previa a la obtención del **Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance científico del Proyecto de Investigación del Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 8 días del mes de julio del año 2020

LOS AUTORES



Sayra Adriana Mariscal Briones



Jaime Alberto Valdiviezo Guerrero



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Sayra Adriana Mariscal Briones**
Jaime Alberto Valdiviezo Guerrero

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Proyecto de Investigación previo a la obtención del grado de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** titulada: **Evaluación de la calidad del servicio y satisfacción del protocolo de triaje hospitalario para los usuarios auto-referidos en el área de emergencia de tres hospitales de referencia de la zona 8**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, al 08 días del mes de julio del año 2020

LOS AUTORES:

Sayra Adriana Mariscal Briones

Jaime Alberto Valdiviezo Guerrero



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

Informe de Urkund

URKUND

Documento: [Tesis Valdiviezo Urkund.docx](#) (D72821179)

Presentado: 2020-05-26 13:32 (-05:00)

Presentado por: valdivieso_amador@hotmail.com

Recibido: maria.lapo.ucsg@analysis.urkund.com

Mensaje: RE: Informe integral SALUD VALDIVIEZO-MARISCAL [Mostrar el mensaje completo](#)

1% de estas 46 páginas, se componen de texto presente en 5 fuentes.

Categoría	Enlace/nombre de archivo
	Tesis Alvarez 17 mar 2020 (2).pdf
	RANGEL LOOR.doc
	Proyecto de Investigacion 100% octubre.docx
	Tesis Marjorie Urkund final.docx
	https://repositorio.unillanos.edu.co/jspui/bitstream/001/822/1/RUNILLANOS%20ADE%20029...

0 Advertencias. Reiniciar. Exportar. Compartir.

71% #1 Activo

Archivo de registro Urkund: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / Tesis Alvarez 17 mar 202... 71%

el cual, el

objetivo 1 señala "

Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas"

factor perteneciente al eje 1 "Derechos para todos durante toda la vida", además la realización del estudio cumple con la política 1.6 del primer objetivo la cual se orienta a "Garantizar el derecho a la salud, la educación y al cuidado integral durante el ciclo de vida, bajo criterios de accesibilidad, calidad y pertinencia territorial y cultural" (SENPLADES, 2018). Se menciona que el trabajo cumple con el objetivo uno y con la política 1.6 porque a través de la evaluación del protocolo de triaje se busca generar que los usuarios sean satisfechos, garantizando como primordial aspecto el derecho al acceso a servicios sanitarios de calidad, por lo que se garantizará la vida digna de las personas. El presente estudio se encuentra realizado de acuerdo a la línea de investigación estipulada

por

la Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (UCSG) "Calidad de servicio y Satisfacción usuaria",

ya que evaluará la calidad del servicio con el objetivo de mejorar la satisfacción del protocolo de triaje. El desarrollo de esta investigación permitirá analizar las necesidades brindadas por los docentes durante la

Activar Windows

Agradecimiento

Dedicarle este agradecimiento a Dios quien me abrió las puertas a muchos caminos y me colocó en el correcto. Mi madre quien por fruto de su trabajo hoy soy quien soy.

Asimismo, agradezco a la Universidad Católica Santiago de Guayaquil por haberme brindando la oportunidad y enriquecerme en conocimientos. Finalmente, a mis docentes, a mi tutora, colegas y todos los profesionales que me brindaron su tiempo y esfuerzo para poder alcanzar este nuevo objetivo.

MD. JAIME ALBERTO VALDIVIEZO GUERRERO

El amor, la preocupación y su dedicación reflejan lo que cada día ustedes sienten por mí.

Gracias a mis padres por siempre estar dispuestos en apoyarme, guiarme y sobre todo desear y anhelar lo mejor para mi vida.

Gracias a Dios por la vida, la de mis padres, la de mi hermano y de la persona que puso en mi camino porque cada día bendice mi vida con la oportunidad de estar y disfrutar junto a ellos este nuevo logro.

Asimismo, agradezco a la Universidad Católica Santiago de Guayaquil por haberme brindando la oportunidad y enriquecerme en conocimientos. Finalmente, a mis docentes, a mi tutora, colegas y todos los profesionales que me brindaron su tiempo y esfuerzo para poder alcanzar este nuevo objetivo.

ODONT. SAYRA ADRIANA MARISCAL BRIONES

Dedicatoria

El presente trabajo está dedicado a las cinco mujeres que han sido pilares en mi vida. Mis dos hijas Doménica y Luciana; gracias a su paciencia y amor puro me han permitido tener las fuerzas suficientes para luchar y sobresalir durante esta etapa de mi Maestría. Mi madre Mariuxi quien me dio su apoyo incondicional en todas las etapas de mi vida a la actualidad. Mi hermana Isabel y la Dra. Sayra Mariscal quien fue un apoyo en momentos difíciles de mi vida personal.

MD. JAIME ALBERTO VALDIVIEZO GUERRERO

Todo este esfuerzo está dedicado a mi querida familia que son el motor principal para mi continua formación profesional.

ODONT. SAYRA ADRIANA MARISCAL BRIONES

Índice General

Introducción	1
Antecedentes	3
Planteamiento de la Investigación.....	6
Formulación del Problema	10
Justificación.....	11
Preguntas de Investigación.....	13
Hipótesis.....	14
Objetivos	14
General	14
Específicos	14
Capítulo 1	15
Marco Teórico.....	15
Triage	15
Modelos de triaje.....	17
Categorías de triaje.....	22
Teorías de Calidad.....	24
Modelo European Foundation for Quality Management (EFQM)	24
Calidad del cuidado de enfermería.....	25
Modelo de calidad total en el servicio (TQS)	26
Calidad en la Salud.....	26
Dimensiones de la calidad en salud	27
Protocolo	30
Satisfacción del Usuario.....	33
Métodos para evaluar la satisfacción de los clientes.....	34
Servqual.....	36
Servqhos	37
Emergencia Médica y Urgencia Médica	39
Marco Conceptual	39
Capítulo 2.....	44
Marco Referencial.....	44
Situación Actual de los Hospitales.....	55
Hospital General Guasmo Sur.....	56

Hospital Universitario de Guayaquil.....	58
Hospital General Monte Sinaí.....	60
Marco Legal	61
Capítulo 3.....	64
Marco Metodológico.....	64
Variables de la Investigación	66
Operacionalización de las Variables	66
Alcance de la Investigación	67
Tipo de Estudio	68
Técnicas de Recopilación de la Información	69
Instrumento	70
Población y Muestra.....	72
Análisis de Resultados	74
Análisis General de Resultados.....	85
Capítulo 4.....	92
Propuesta.....	92
Objetivos	92
General	92
Específicos	92
Actividades.....	92
Triage telefónico	92
Capacitación al personal de emergencia	99
Creación de comité o grupo de trabajo	102
Presupuesto	103
Calendario de Actividades	104
Evaluación de la Propuesta	105
Conclusiones	106
Recomendaciones.....	109
Referencias.....	110
Apéndices.....	126
Apéndice A. Encuesta	126

Índice de Tablas

Tabla 1. <i>Operacionalización de las variables</i>	66
Tabla 2. <i>Grado de correlación</i>	72
Tabla 3. <i>Promedio de dimensiones</i>	86
Tabla 4. <i>Alfa de Cronbach Calidad</i>	88
Tabla 5. <i>Alfa de Cronbach Satisfacción</i>	88
Tabla 6. <i>Correlación dimensión calidad de la información clínica - satisfacción</i>	89
Tabla 7. <i>Correlación dimensión trato del personal sanitario - satisfacción</i>	89
Tabla 8. <i>Correlación dimensión condiciones de iluminación, ambiente y ruido - satisfacción</i>	90
Tabla 9. <i>Correlación dimensión tiempo de espera - satisfacción</i>	90
Tabla 10. <i>Correlación calidad - satisfacción</i>	91
Tabla 11. <i>Cronograma de capacitaciones al personal de emergencia</i>	100
Tabla 12. <i>Presupuesto de la propuesta</i>	103
Tabla 13. <i>Cronograma de actividades</i>	105
Tabla 14. <i>Instrumento</i>	127

Índice de Figuras

<i>Figura 1.</i> Ubicación del Hospital General Guasmo Sur	58
<i>Figura 2.</i> Ubicación del Hospital Universitario de Guayaquil	59
<i>Figura 3.</i> Organigrama Hospital Universitario de Guayaquil	60
<i>Figura 4.</i> Ubicación de Hospital General Monte Sinaí.....	61
<i>Figura 5.</i> Edad	74
<i>Figura 6.</i> Estado civil.....	75
<i>Figura 7.</i> Instrucción.....	75
<i>Figura 8.</i> Etnia	76
<i>Figura 9.</i> Información del personal administrativo	77
<i>Figura 10.</i> Información del personal paramédico o tecnólogo	77
<i>Figura 11.</i> Información del personal médico.....	78
<i>Figura 12.</i> Trato del personal administrativo	79
<i>Figura 13.</i> Trato del personal paramédico o tecnólogo	79
<i>Figura 14.</i> Trato del personal médico.....	80
<i>Figura 15.</i> Limpieza.....	81
<i>Figura 16.</i> Temperatura	82
<i>Figura 17.</i> Luz y ruido	82
<i>Figura 18.</i> Tiempo en ser atendido	83
<i>Figura 19.</i> Puntuación global de atención recibida	84
<i>Figura 20.</i> Protocolo de triaje recibido	84
<i>Figura 21.</i> Triaje telefónico	95
<i>Figura 22.</i> Promoción para Facebook.....	96
<i>Figura 23.</i> Flyer informativo	97
<i>Figura 24.</i> Proceso de atención triaje telefónico	99
<i>Figura 25.</i> Algoritmo de trabajo en triaje	101
<i>Figura 26.</i> Protocolos de atención sanitaria en triaje.....	104

Resumen

El protocolo de triaje tiene la particularidad de ser un sistema por medio del cual se hace una selección y clasificación de los pacientes que acuden a una entidad hospitalaria en función del riesgo del mismo. El objetivo de la investigación se centró en analizar la calidad del servicio y su relación con la satisfacción del protocolo de triaje hospitalario para los usuarios auto-referidos en el área de emergencia de tres hospitales de referencia de la zona 8, para proponer acciones que incrementen la satisfacción de los usuarios en el momento de su atención médica. La metodología utilizada en la investigación fue de enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo y correlacional, con estudio no experimental, de método deductivo. La técnica utilizada para la recolección de datos fue la encuesta, por medio de un cuestionario que estuvo compuesto por cuatro dimensiones y fue realizada a una muestra de 369 personas. Entre los principales resultados estuvieron que la información recibida por el personal administrativo, paramédico y médico fue buena, en el trato hubo inconvenientes con el personal administrativo. El ambiente del hospital fue adecuado y el tiempo que tardan para brindar la atención fue insatisfactorio. Se comprobó que la calidad del servicio hospitalario influye de forma positiva en la satisfacción del protocolo de triaje de los usuarios auto-referidos en el área de emergencia de tres hospitales de la zona 8. Se propuso como actividades la realización de triaje telefónico y capacitación al personal de emergencia.

Palabras claves: Satisfacción del usuario, calidad del servicio, usuarios auto-referidos, emergencia de los hospitales de la zona 8.

Abstract

The triaje protocol has the particularity of being a system by means of which a selection and classification of the patients who go to a hospital entity according to their risk is made. The objective of the research was to analyze the quality of the service and its relationship with the satisfaction of the hospital triaje protocol for self-referred users in the emergency area of three reference hospitals in zone 8, to propose actions that increase satisfaction of users at the time of their medical care. The methodology used in the research was quantitative, descriptive and correlational, with a non-experimental study, a deductive method. The technique used for data collection was the survey, through a questionnaire that was composed of four dimensions and was conducted on a sample of 369 people. Among the main results were that the information received by the administrative, paramedical and medical staff was good, in the treatment there were problems with the administrative staff. The hospital environment was adequate and the time it took to provide care was unsatisfactory. It was found that the quality of hospital service positively influences the satisfaction of the triaje protocol of self-referred users in the emergency area of three hospitals in zone 8. The activities of telephone triaje and training of emergency personnel were proposed as activities.

Keywords: User satisfaction, quality of service, self-referred users, emergency hospitals in zone 8.

Introducción

La urgencia o situación de emergencia es propuesta como un problema o inconveniente sanitario/quirúrgico que pone la vida de una persona en un gran escenario de peligro, cuando existe un caso de emergencia es porque el bienestar físico de una persona es mermado rápidamente; no obstante, bajo esta situación precaria los órganos y las funciones del afectado requieren atención inmediata, con la experiencia médica se ha confirmado que existen dos tipos de urgencias. La verdadera, la cual es una situación real que pone en verdadero peligro la vida de una persona y la urgencia sentida es cuando el usuario piensa que necesita adquirir atención médica pero no es de sumo peligro; una de las formas conocidas que pueden clasificar el tipo de urgencia es el protocolo o sistema de triaje. Esta metodología de trabajo sanitario tiene la función de clasificar a las personas que acuden al hospital en base al nivel de gravedad de la enfermedad o dolencia que los aqueja y el tiempo de espera para obtener la atención necesaria (Velázquez, Hernández, Fonseca y Brugada, 2017).

Directamente el triaje es el método usado como criterio para identificar a los pacientes en el área de emergencias, el protocolo de triaje emite una clasificación en base a la severidad de una emergencia, de esa manera se elegirán los pacientes que deben ser privilegiados con la atención sanitaria; los objetivos de la implementación del triaje son: (a) asegurar la evaluación eficaz de los pacientes; (b) clasificar a las personas que deben ser atendidas primero; (c) identificar a los usuarios o pacientes de acuerdo a la prioridad médica, de esta manera se conseguirá disminuir el peligro de fallecimientos, complicaciones, entre otros; (d) ofrece información oportuna acerca del estado del paciente, sobre los tiempos que se debe esperar para recibir la atención y la clasificación de acuerdo a los criterios

del protocolo del triaje (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2017).

Por lo expuesto anteriormente se ha visto la necesidad de evaluar la calidad del servicio que se brinda diariamente en el área de emergencia de los hospitales, puesto que esta es un área a la cual asisten pacientes que presentan peligro en su salud, por lo que la satisfacción percibida puede verse empañada por el tipo de atención dada por el personal que realiza el triaje. Cabe destacar que, este proceso se realiza en áreas de emergencia donde los pacientes llegan con preocupación y ansiedad, lo que dificulta la relación entre el personal médico y los usuarios.

Los tres hospitales que han sido seleccionados para el presente estudio se encuentran ubicados en la provincia del Guayas, cantón Guayaquil pertenecientes a la zona 8. El primer hospital seleccionado fue el Hospital General Monte Sinaí ubicado al noroeste de la ciudad de Guayaquil; el Hospital Universitario de Guayaquil posee sus instalaciones en el kilómetro 23 de la Av. Perimetral y el Hospital General Guasmo Sur se encuentra al sur de la ciudad de Guayaquil. Estos hospitales se caracterizan por ser hospitales con gran afluencia en la ciudad de Guayaquil, ya que cuentan con una vasta variedad de especializaciones y brindan atención las 24 horas del día.

El objetivo general del presente proyecto de investigación es analizar la calidad del servicio y su relación con la satisfacción del protocolo de triaje hospitalario para los usuarios auto-referidos en el área de emergencia de tres hospitales de referencia de la zona 8, para proponer acciones que incrementen la satisfacción de los usuarios en el momento de su atención médica. En el desarrollo de este estudio se presentan los siguientes capítulos:

En el capítulo uno se presentan teorías que tienen incidencia y son muy importantes dentro del sector de la salud, conceptos como el triaje, importancia del mismo y sus categorías, así como también se presentaron las teorías de los modelos SERVQHOS y SERVQUAL dentro de este capítulo. En el capítulo dos se presenta el marco referencial, en donde se detallan investigaciones referenciales sobre el objeto de estudio, la situación actual y el marco legal relacionado.

En el capítulo tres se presenta la metodología de la investigación mostrando el enfoque de la misma, el alcance, método, tipo, técnicas. De igual forma, se estableció la población del estudio y el cálculo de la muestra. Finalmente, se muestran los resultados.

En el capítulo cuatro se presenta la propuesta de esta investigación, en donde se detallan acciones que van a conllevar a la mejora de la atención en el área de emergencia, especialmente en lo que se refiere a triaje, que como se indicó es un proceso que se ejecuta en medio de sentimientos de ansiedad y preocupación.

Antecedentes

En la Revista Chilena de Medicina Intensiva (2015) se mencionó que el ejercicio de triaje nace del requerimiento y mandato que se había expuesto en la guerra, esta práctica ha permanecido mostrando un vínculo directo con la medicina militar, se toman en cuenta a los procesos sistemáticos de mayor antigüedad, por lo que se dice que estos fueron creados para que el servicio de atención en la salud sea distribuido de forma sistemática, estos sistemas pertenecieron al siglo 18, durante la guerra muchos soldados murieron porque no recibían el cuidado y atención adecuada, la atención que se ofrecía en ese momento se clasificó como inefectiva por la cantidad de heridos que murieron en batalla, es por eso que se observó que existía una necesidad latente en el campo de

batalla aparte de contar con el armamento indispensable para luchar. A inicios del siglo 18 los cirujanos militares procedieron a diseñar e implementar las primeras reglas de triaje o también conocidas como sistemas de estratificación de riesgo implementado exclusivamente para el campo de guerra; un gran grupo de personas históricas en el ámbito de la medicina indicó que el primer triaje formal fue diseñado por el militar francés Barón Dominique-Jean Larrey, especializado como cirujano jefe.

El mismo reconoció la necesidad que existía de analizar con rapidez a los soldados heridos en la guerra, el sistema de aplicación de triaje que montaba este se definía en tratar y ayudar a los soldados que se encontraban más graves, este método prometía grandes posibilidades de supervivencia, la historia redacta que el cirujano hizo muchos trabajos de amputaciones durante el transcurso de la guerra, también construyó vehículos ligeros denominados ambulancias voladoras, la idea se produjo porque se dio cuenta que mientras más rápido era el traslado de los heridos habían más posibilidades de ayudarlos a sobrevivir. Larrey siempre tenía el pensamiento de que los heridos de mayor gravedad debían ser atendidos primero y los de menor gravedad debían de esperar, por otro lado John Wilson era un cirujano naval proveniente de Inglaterra que contribuyó a la creación del triaje militar, en 1846 compartió la misma idea que Larrey, la que se refería a que los soldados de mayor gravedad tienen privilegio en la atención y cuidado, ambos cirujanos establecieron firmemente y mejoraron de manera continua sus protocolos de triaje, dando la oportunidad de extender el uso del término por primera vez durante el transcurso de la 1era Guerra Mundial (Acuña et al., 2015).

En el Ecuador, la atención de emergencias, se efectúa por medio del protocolo del triaje de Manchester en donde se busca receptar según la prioridad,

estabilizar en el área apropiada dependiendo la patología e identificar la derivación adecuada para complementar el tratamiento y diagnóstico de la patología. Para el área crítica nivel uno se le asigna un color rojo y el tiempo de espera es de cero minutos, para emergencia nivel dos el color es naranja con un tiempo de espera de 10 minutos; la emergencia nivel tres tiene un color amarillo con tiempo de espera de una hora; el estándar nivel cuatro tiene un color verde con un tiempo de espera de 120 minutos; mientras que el no urgente de nivel cinco tiene un color azul con derivación a consulta externa (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Por otro lado, las variables de calidad y de satisfacción están íntimamente relacionadas, no obstante, la calidad es un concepto que ha ido evolucionando en distintos niveles durante toda su historia, el cambio o evolución que esta definición ha mostrado se encuentra integrada dentro de diferentes aspectos de la vida diaria, el término de calidad ha sido empleado en distintos aspectos. En la era primitiva el hombre tenía el deber de establecer la calidad que contenían los alimentos; sin embargo, por el hecho del proceso evolutivo del término ahora la calidad se encuentra enfocada a satisfacer las necesidades de los usuarios, por lo que se entiende que ha estado interviniendo durante un gran tiempo dentro del sector hospitalario. La intervención de los hospitales como ejes productores de la atención asistencial a los enfermos creció en gran medida, durante el siglo 15 cada vez se produjeron mayores cantidades de intervenciones por el incremento en el nivel de las afecciones y epidemias, en ese entonces el cólera era una epidemia que se encontraba atemorizando a la población londinense por lo que desde ese momento se vio a la calidad como el centro eje del conocimiento científico y del servicio de atención sanitario (Castelo, Castelo y Rodríguez, 2016).

El desarrollo de la vida actual y el pensamiento científico han permitido tener en cuenta a la salud como un sistema del conocimiento en donde se busca medir los resultados del servicio de atención, cuidado y la gestión que realizan los profesionales sanitarios, los médicos deben de cumplir con el deber de ofrecer y facilitar a los usuarios, servicios sanitarios de alta calidad los cuales puedan ser capaces de satisfacer las necesidades de uno o varios pacientes (Castelo et al., 2016).

Planteamiento de la Investigación

A nivel mundial ha decrecido la calidad de los sistemas o servicios de atención en urgencias a nivel hospitalario, lo cual se debe al incremento en la tasa de demanda de los servicios; sin embargo, este no es el único problema ya que el aumento circunstancial de la cantidad de pacientes que esperan recibir atención incide en el incremento de la mortalidad. No obstante, esto se encuentra relacionado con los tiempos que deben esperar las personas dentro de los hospitales; al crecer el problema se ha decidido guiar la gestión hospitalaria de emergencias a través del uso y la implementación de un elemento creado por Larrey, siendo este el protocolo o sistema de triaje, hay que mencionar que el funcionamiento de este sistema repercutirá en la población de acuerdo con la cultura que se identifique (Verona, Hernández y Déniz, 2019).

Los sistemas o protocolos de triaje fueron diseñados para clasificar el riesgo de las enfermedades de los seres humanos, tienen el objetivo de provocar que los servicios de atención en emergencias sean rápidos, adicionalmente este protocolo se orienta a los usuarios, queriendo producir una mejora en la percepción que tienen acerca de la atención. Bajo este enfoque, Australia, Canadá, EE.UU. y Reino Unido han aplicado protocolos únicos que dirigen la clasificación de cada

uno de los pacientes al momento en que ingresan al centro de atención, el movimiento que se produce dentro de estos establecimientos es muy ágil y no pretende perder el tiempo, ya que la vida de las personas bajo situaciones precarias peligran en grandes dimensiones (Alpízar, 2015).

Existen diferentes tipos de protocolos de triaje, donde sobresalen aquellos que llevan el nombre del país que los aplica, por ejemplo: (a) Australian Triage Scale (ATS); (b) Canadian Triage Acuity Scale (CTAS); (c) Emergency Severity Index (ESI) y el Manchester Triage System (MTS), cada uno de estos protocolos miden y evalúan la dificultad en base a cinco niveles de prioridad (Alpízar, 2015). Los servicios de urgencia hospitalaria representan la punta del iceberg del sistema de atención sanitario urgente, dentro de este sistema se integran los pacientes que han percibido la atención hospitalaria en el resto de las etapas de la red asistencial médica y los pacientes que llegan al hospital por ellos mismo (propia iniciativa).

España en representación del continente europeo es el país que está experimentando problemas en lo que respecta a los servicios de urgencias hospitalarias, estos servicios han sido afectados, porque se ha establecido un incremento en la demanda. Esto se ha constatado porque en el año de 1977 los hospitales recibieron un total de 18 000 000 de urgencias, esta cantidad aumentó en el 2001 año donde se atendieron en el área de emergencias 21 300 000 de casos y en el 2008 el aumento fue mayor (26 250 000), el incremento de la demanda en el área de urgencias atrae consecuencias para el bienestar de los pacientes como también para la gestión hospitalaria y su organización interna (García, 2013).

El incremento de la demanda del servicio de urgencias se ha producido principalmente por una situación en donde una gran cantidad de pacientes requiere del uso del servicio de urgencias hospitalarias de una forma no adecuada, este

porcentaje se encuentra rotando dentro de un marco del 25% al 79%, el uso no adecuado o inadecuado de los servicios se lo explica de la siguiente manera: existen casos en donde la urgencia es menor o escenarios clasificados como no urgentes los cuales son representados por las personas que no han pasado inicialmente por atención primaria, por otro lado se ha captado que el acudir a los servicios de emergencia sin haber cruzado por atención primaria se justifica cuando existen situaciones perjudiciales de alto nivel como accidentes y síntomas caracterizados por riesgo vital, pacientes con enfermedades crónicas, indicaciones anteriores por el médico de cabecera, entre otras; el uso inadecuado se presenta cuando las personas acuden a urgencias no experimentando una enfermedad de alta peligrosidad (García, 2013).

Se han mostrado reportes que han indicado un incremento de los casos que son llevados a cabo en los servicios de urgencias médicas, en el país de México esta situación ha proporcionado un alza en la tasa de más del 62% dentro de tres años, los hospitales de la ciudad de Valencia en España reciben de 300 a 400 pacientes por cada 1 000 habitantes anualmente, esta situación se torna alarmante puesto que el aumento de la demanda de este tipo de servicios incide en la calidad. En Bogotá Colombia existen varias causas por las que las personas acuden al servicio de emergencia; sin embargo, los más preponderantes han sido el dolor torácico. En el 2017 un total de 3 756 pacientes recibieron atención porque presentaban dolor torácico, partiendo de este total, el 67.2% de ellos fue dado de alta, un total de 309 personas ingresaron al área de urgencias con diagnóstico de infarto agudo de miocardio, 552 personas fueron establecidas en el área de hospitalización porque se los diagnosticó con angina (Bedoya, 2017).

En el Ecuador, de acuerdo a la tasa de mortalidad en el año 2018, se pudo evidenciar un incremento del 1.2% en comparación con el año anterior con un número total de fallecidos de 71 007 personas, en donde por cada 1 000 habitantes el 3.7% pertenecían al sexo femenino y 4.6% para sexo masculino, siendo en las instituciones del Ministerio de Salud y en las viviendas donde se registraron las cifras más altas con 17 102 y 32 443 respectivamente. El Ministerio de Salud Pública (MSP) en la provincia del Guayas mantiene a disposición de los ciudadanos un total de 277 camas para el área de emergencia. En cuanto a los hospitales generales que pertenecen a la entidad antes mencionada se registró que estas dieron de alta a 293 926 pacientes vivos, mientras que existieron 5 314 muertes en sus establecimientos, dando una tasa neta de mortalidad de 14 por cada 1 000 egresos (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2019).

Se ha evidenciado un incremento de la demanda en los servicios hospitalarios en el área de emergencias de tres hospitales pertenecientes al Ministerio de Salud Pública de la zona 8, Hospital General Monte Sinaí, Hospital Universitario de Guayaquil y Hospital General Guasmo Sur (Ministerio de Salud Pública, 2020), esta situación se encuentra afectando la calidad de los sistemas de atención y es posible que las causas por las cuales está sucediendo este problema sean según Flores (2011) por la saturación y una baja calidad que existe en los servicios hospitalarios, además puede deberse al aumento de la mortalidad lo cual se ha vinculado con los tiempos de espera.

De acuerdo a las causas conocidas a través de la previa investigación citada se ha requerido evaluar el protocolo de triaje, con la finalidad de llegar a mejorar la atención médica en el servicio de emergencia. Se destaca el hecho de que si los pacientes que tienen la urgencia no son atendidos por medio de este protocolo, los

médicos no sabrían su condición hasta que llegara su turno, lo que provocaría que empeore su condición por el largo tiempo de espera llegando incluso a la muerte. Por esa razón es que el triaje se ha vuelto una herramienta indispensable para las instituciones de salud con lo cual pueden valorar al paciente y atenderlo según su gravedad evitando que estos puedan morir antes de ser atendidos, dando prioridad a las personas que requieren ser estabilizados o que presentan riesgos de mortalidad.

Además, se ha analizado la excesiva demanda de los servicios de emergencia hospitalaria y se ha constatado que ese incremento se ha producido porque muchas de las atenciones provienen de problemas considerados como simples, los cuales podrían ser resueltos en los servicios de atención primaria o especializada o incluso ser atendidos y resueltos en los servicios de emergencias, pero de menor complejidad.

Como un aspecto fundamental y que se debe de tomar en cuenta considerablemente es todo lo referente al personal de salud encargado del tipo de clasificación de acuerdo a las características propias de la cultura y el sistema de atención que se aplica en los tres hospitales de la zona 8, la labor de cada uno de los profesionales tiene un peso fundamental sobre el flujo de los usuarios y en su clasificación.

Formulación del Problema

¿Cuál es la calidad del servicio y satisfacción del protocolo del triaje hospitalario para los usuarios auto-referidos en el área de emergencia de tres hospitales de referencia de la zona 8 del Ecuador?

Justificación

El proyecto de investigación se alinea al Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 constituido por la participación de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES), en el cual, el objetivo 1 señala "Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas" factor perteneciente al eje 1 "Derechos para todos durante toda la vida", además la realización del estudio cumple con la política 1.6 del primer objetivo la cual se orienta a "Garantizar el derecho a la salud, la educación y al cuidado integral durante el ciclo de vida, bajo criterios de accesibilidad, calidad y pertinencia territorial y cultural" (SENPLADES, 2018). Se menciona que el trabajo cumple con el objetivo uno y con la política 1.6 porque a través de la evaluación del protocolo de triaje se busca generar que los usuarios sean satisfechos, garantizando como primordial aspecto el derecho al acceso a servicios sanitarios de calidad, por lo que se garantizará la vida digna de las personas.

El presente estudio se encuentra realizado de acuerdo a la línea de investigación estipulada por la Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (UCSG) "Calidad de servicio y Satisfacción usuaria", ya que evaluará la calidad del servicio con el objetivo de mejorar la satisfacción del protocolo de triaje. El desarrollo de esta investigación permitirá aplicar los conocimientos brindados por los docentes durante la maestría como satisfacción usuaria, dirección, organización y análisis estratégico, calidad del servicio, entre otros.

El desarrollo del estudio brindará la oportunidad a las personas a tener acceso a una vida digna y acceso universal, se ha considerado a la investigación como importante para experimentar el buen vivir por el hecho de que tendrá un efecto

que incremente la calidad de vida de las personas fortaleciendo sus capacidades individuales, colectivas y sociales gracias al ejercicio pleno y eficaz de la salud (SENPLADES, 2018). A través del protocolo de triaje se generará un servicio de atención y cuidado de alta calidad, el cual destaque a los hospitales objetos de la investigación sobre los demás.

La investigación acerca de la "Evaluación de la calidad del servicio y satisfacción del protocolo de triaje hospitalario para los usuarios auto-referidos en el área de emergencia de tres hospitales de referencia de la Zona 8" muestra una gran relevancia en el tema ya que mediante su desarrollo se establecerán las evidencias de acuerdo a la clasificación de los usuarios en los servicios de emergencia de tres hospitales de referencia de la zona 8, por medio de la evaluación del protocolo se beneficiará a las personas que llegan a los hospitales con patologías que arriesgan sus vidas puesto que se agilizará la atención de salud.

Los beneficiarios del desarrollo de la investigación serán los hospitales: General Monte Sinaí, Hospital Universitario de Guayaquil y Hospital General Guasmo Sur, puesto que una vez que se genere la información necesaria y se evalúe el protocolo de triaje se podrá tener un conocimiento más claro de la gestión que se produce dentro de estos y de esa manera se logrará satisfacer a los usuarios con un servicio de mayor rapidez y calidez, de esta manera se destacará la participación de los hospitales de la zona en mención y se los reconocerá por su servicio de primer nivel y por los privilegios a los pacientes con afecciones de un alto nivel de peligrosidad.

Además, beneficia a todos los usuarios que acuden a los tres hospitales de la zona 8 por auto-referencia al área de emergencias, ya que al contar con un nuevo medio para ser evaluados por su dolencia o síntomas que presente permitirá que

dichos usuarios desde la comodidad de su casa sean valorados y recetados adecuadamente, logrando de esta forma evitar una larga espera por varias horas y gastos de movilización. Cabe destacar que, el tiempo de espera es uno de los mayores problemas del área de emergencia.

Otro de los beneficiarios de la propuesta son los hospitales de la zona 8, al mantener un nuevo medio de valoración que reduzca la cantidad de pacientes con auto-referencia al área de emergencia, para que el tiempo de espera de los usuarios que tienen una emergencia y urgencia de nivel I y II sea más eficiente y puedan recibir una atención de calidad e inmediata dependiendo su caso.

La investigación realizada permitirá que las estadísticas que poseen actualmente los tres hospitales mencionados anteriormente se puedan integrar, de tal forma que brinden una mayor claridad sobre las debilidades que existen en cuanto al protocolo de triaje de cada una de ella y así poder brindar las estrategias necesarias para la mejora en el área de emergencia, la cual es considerada área crítica debido al estado de salud de los pacientes que esta alberga. Así como también se podrá ofrecer una mejor calidad de atención a las personas que llegan a estos hospitales desde otras casas sanitarias, lo cual les proporcionará una mayor confianza y tranquilidad a los usuarios y sus acompañantes.

Preguntas de Investigación

¿Cuáles son las teorías relacionadas a la calidad del servicio y satisfacción del protocolo de triaje?

¿Cuáles son los estudios científicos que permitirán analizar las variables de calidad y satisfacción del protocolo de triaje en hospitales?

¿Cuál es la relación entre el nivel de calidad del servicio y la satisfacción del producto de triaje hospitalario en tres hospitales de referencia de la zona 8?

¿Qué acciones permitirán incrementar la satisfacción de los usuarios en el momento de su atención médica por el triaje de emergencia de tres hospitales de referencia de la zona 8?

Hipótesis

La calidad del servicio influye de forma positiva en la satisfacción del protocolo de triaje hospitalario para los usuarios auto-referidos en el área de emergencia de tres hospitales de la zona 8.

Objetivos

General

Evaluar la calidad del servicio y satisfacción del protocolo de triaje hospitalario para los usuarios auto-referidos en el área de emergencia de tres hospitales de referencia de la zona 8, para proponer acciones que incrementen la satisfacción de los usuarios en el momento de su atención médica.

Específicos

1. Desarrollar un marco teórico de calidad del servicio y satisfacción del protocolo de triaje.
2. Identificar los estudios científicos similares que analicen las variables calidad del servicio y satisfacción del protocolo de triaje en hospitales.
3. Establecer la metodología para medir la relación entre la calidad del servicio y la satisfacción del protocolo de triaje hospitalario en tres hospitales de referencia de la zona 8 mediante la aplicación de la encuesta.
4. Proponer acciones que incrementen la satisfacción de los usuarios en el momento de su atención médica por el triaje de emergencia de tres hospitales de referencia de la zona 8.

Capítulo 1

Marco Teórico

El marco teórico es el capítulo que permitirá tener las bases sólidas para desarrollar un adecuado trabajo de investigación; como se especifica más adelante en la metodología, el realizar una revisión de la literatura propicia es parte fundamental del método utilizado, por lo que esta sección es muy importante para este trabajo. En la parte inicial se especifica el concepto de triaje hospitalario identificándose las categorías que los componen. Posteriormente se especifica las teorías y conceptos sobre la calidad en la salud, así como las diversas dimensiones que la componen. Luego se brinda el concepto de protocolo, satisfacción del usuario, métodos para evaluar esta satisfacción. Finalmente se revisa la teoría sobre emergencia médica y urgencia.

Triaje

De acuerdo a lo descrito por Acuña et al. (2015) el término triaje proviene de la palabra en francés *trier* la misma se define como *clasificar, ordenar o separar*, el triaje según los antecedentes históricos se ha empleado desde las guerras napoleónicas, en ese tiempo fue cuando se intervino con el término por primera vez, actualmente triaje tiene una gran significancia e importancia en el sector sanitario, por medio del mismo se ha diseñado un sistema el cual es el protocolo de triaje, su función es clasificar, identificar y dar prioridad de atención a las personas o pacientes que acuden a la unidad hospitalaria según el nivel de dificultad de su estado o condición de salud, este sistema se emplea en los servicios de urgencia, también en el sistema de atención pre-hospitalario y especialmente en escenarios de catástrofes.

El término triaje fue empleado por primera vez en la guerra napoleónica, donde se dispuso que solo aquellos pacientes que puedan recuperarse podrán estar sujetos a un proceso de atención. El sistema triaje tiene como objetivo identificar los problemas de salud de los pacientes con mayor eficacia con el fin de clasificarlo al área más apropiada para tratar sus problemas de salud. Este sistema se utiliza para reducir la congestión que se forma en las áreas de emergencia de los centros hospitalarios con el propósito de mejorar el flujo de usuarios (Velázquez, Hernández, Fonseca y Brugada, 2017).

Según Sánchez (2015) el triaje se ha definido como la clasificación y distribución de pacientes basado en diversos grupos prioritarios considerando sus necesidades visualizadas en las áreas de emergencias. El triaje tiene como finalidad asegurar que la persona reciba atención inmediata considerando el nivel de gravedad derivado de la valoración clínica, esto con el objetivo de proteger su salud a través de un proceso de atención sanitaria de calidad.

La identificación o clasificación de riesgo o también considerado como el método de triaje ha demostrado durante su creación, los cambios generacionales y desarrollos tecnológicos, una gran importancia dentro del campo de la medicina, su participación es clave y por lo tanto nunca debe de hacer falta en el servicio de urgencia puesto que su implementación es fundamental para incrementar la calidad del servicio y mejorar la percepción de los pacientes y usuarios en cuestión de rapidez. El principal objetivo que tiene el funcionamiento de este protocolo es categorizar a los diferentes pacientes en base al nivel de urgencia por el que necesitan ser evaluados, tratados y estudiados por los integrantes del conjunto de profesionales sanitarios, es importante saber que el protocolo de triaje desarrolla cada una de sus capacidades en los escenarios en que una gran cantidad

de pacientes acuden a los hospitales de forma frecuente y los profesionales sanitarios sólo pueden tratar o hacerse cargo de un pequeño segmento de ese gran grupo a la vez (Rosero, Dueñas y Mogro, 2015).

Fernández, Ayala, Azcona, Bayo y Campillos (2018) mencionaron que el triaje ha sido implementado en los hospitales y casas sanitarias con el fin de direccionar de forma correcta a los pacientes y que estos sean atendidos de acuerdo al nivel de gravedad real que presente cada paciente. Por lo que es necesario conocer la cadena de mando en cuanto a la asistencia, en donde interviene la valoración, estabilización, tratamiento y traslado. Los tipos o niveles de triaje que existen son: básico, avanzado, hospitalario y extrahospitalario. Así como también se encuentran los métodos usados de acuerdo a la situación que se presente por lo que se encuentran el de estabilización, valoración médica de las lesiones, mixtas y las de traslado o evacuación.

Considerando lo expuesto por Cañizares (2018) el triaje se ha establecido como una herramienta de valoración clínica que permite clasificar a los pacientes según el nivel de urgencia por medio de una evaluación clínica. Por lo general, el triaje es un proceso desarrollado por enfermería, quienes deben cumplir con la función de reconocer la situación clínica del paciente, clasificar al mismo de acuerdo a la gravedad de la urgencia, establecer la ubicación donde la persona será atendida e informar a sus familiares qué tipo de atención recibirá el usuario y el tiempo de espera que se deriva del proceso de atención.

Modelos de triaje

Vásquez (2019) mencionó la existencia de varios modelos de triaje en el ámbito hospitalario, los cuales han sido aplicados a lo largo de los años por diferentes hospitales a nivel mundial. Dentro de los tipos de triaje existentes se

destacan cinco, siendo uno de los primeros el Triage del Departamento de Urgencias de Canadá; la Escala de Triage Australiana; el Triage de Manchester; el Sistema español de Triage o Sistema Andorrano y el Índice de Severidad de Urgencia. Estos modelos se caracterizan por tener como objetivo la atención adecuada para cada paciente de acuerdo a la severidad de sus daños y peligro de vida.

De acuerdo a lo expuesto por Schmitz (2016) la Escala Canadiense de Triage y Severidad (CTAS) ha sido aplicado a nivel mundial por al menos 20 años por el departamento de urgencias de diferentes hospitales, este fue creado con el afán de reducir la gran demanda en esta área de las casas sanitarias, puesto que a estas acuden personas con diferentes tipos y grados de complejidad, por lo que se vio la necesidad de ubicar a los pacientes en cinco secciones o niveles que van acorde al riesgo vital que cada uno posea siendo la no urgencia como la de menor gravedad, semiurgencia, urgencia, emergencia y reanimación que es atención inmediata; esta selección es realizada al momento de ingresar al paciente al registro del hospital para su posterior atención.

Según Velázquez, Hernández, Fonseca y Brugada (2017) el sistema CTAS emplea un registro de especificaciones que permiten la asignación de pacientes a una de las cinco categorías del triaje. La Escala Canadiense de Triage y Severidad (CTAS) es de uso universal, el cual fue implementado desde 1999. Este sistema se ha considerado una herramienta de utilidad para la clasificación de pacientes, debido que, se fundamenta en la experiencia del personal que lo ha elaborado y las razones de consulta, generando altos índices de calidad a nivel internacional en los cinco niveles. En el primer nivel se mantiene un índice del 98%, segundo nivel 95%, tercer nivel 90%, cuarto nivel 85% y el quinto nivel 80%.

Vásquez, Luna y Ramos (2019) mencionaron en su artículo que el triaje de la escala Australiana se basa en la observación y análisis del paciente que llega a un hospital por atención. Una vez realizada esta evaluación se determinará cual es el siguiente paso a seguir, por lo que los autores mencionaron cinco pasos en los que se basa la escala en relación al diagnóstico del paciente, cuando el paciente no presenta mayor grado de complejidad en su salud se le orienta a que este pueda dirigirse a una casa de salud de menor grado de atención, la cual puede brindar una atención adecuada. Si su diagnóstico arroja que es una emergencia leve se ingresará al registro de acuerdo al orden de llegada; para los casos de emergencia mayor se presentará la historia clínica al inicio para que este sea atendido rápidamente; se direcciona al paciente al médico que se encuentre disponible y para los casos en donde la vida del usuario se encuentre en riesgo se procede a brindar reanimación y pedir al médico de turno la atención inmediata.

Amthauer y Chollopetz (2016) indicaron que el sistema de triaje de Manchester no solo determina el nivel de gravedad que presentan los pacientes, sino que además este se caracteriza por poseer una tabla la cual se encuentra señalada por colores y el tiempo estimado para ser atendido. Una de las ventajas que posee el sistema es que el paciente se encuentra al tanto del periodo de tiempo aproximado que deberá esperar para que un médico lo revise y diagnostique. Los colores que maneja la tabla son: azul para los no urgentes, verde poco urgentes; amarillo urgentes, muy urgente color naranja, finalizando con rojo el cual es emergente y la atención debe de ser inmediata. En cuanto a las horas, esta varía siendo cuatro horas de espera la máxima con color azul y va reduciendo a la mitad el tiempo de forma gradual hasta el color naranja, puesto que el color rojo no debe de esperar por atención.

El sistema Manchester nació en el año 1994 y se orientaron en un conjunto de objetivos, los cuales abordan la elaboración de una nomenclatura común, utilizar dictámenes comunes, elaborar una metodología de triaje sólida, implementar un modelo universal de formación y posibilitar la auditoría del modelo de triaje que se ha desarrollado. En este sistema, se estableció la clasificación de cinco niveles a través de un conjunto de colores. Para el color rojo la atención debe ser inmediata por lo que no se debe esperar para el proceso de atención, el color naranja indica que la situación es muy urgente y el tiempo máximo de espera es de 10 minutos; el color amarillo indica una posición urgente; no obstante, el tiempo de espera será máximo de 60 minutos. Respecto a situaciones normales, este se caracteriza por el color verde, donde el tiempo máximo será de 120 minutos y el color azul significa que la situación del paciente no es de urgencia por lo que su tiempo de espera será de 240 minutos (Breblein, 2017).

Mesquita, Pavlicich y Luaces (2017) analizaron que si bien es cierto que el Sistema Español de Triage o Sistema Andorrano de triaje se encuentra conformado por cinco niveles de atención, a pesar de que se han hecho ciertas modificaciones de acuerdo a las necesidades de cada hospital, se mantienen establecidos ciertos parámetros en donde se busca brindar prioridad a aquellos pacientes en estado crítico, direccionar al usuario de forma correcta de acuerdo a sus necesidades, reducir la demanda de pacientes en el área de emergencia, conocer el estado de cada paciente y el tiempo en el que este será atendido para brindar dicha información al acompañante. Todos estos puntos mencionados anteriormente, si son implementados de forma correcta en las instituciones estas podrán brindar un servicio de calidad y calidez reduciendo los errores que se pueden producir a la hora de atender una sala congestionada por los usuarios.

El sistema español de triaje o también conocido modelo andorrano consiste en comprender los distintos niveles de emergencias derivados del paciente. Es uno de los sistemas más avanzados y se caracteriza por clasificar y controlar a todos los pacientes que se encuentra dentro y fuera del área de emergencia permitiendo administrar tiempo de atención de forma adecuada. Este modelo de triaje se encuentra fundamentado por un programa informático que posibilita la valoración y atención clínica en el triaje (Quesada y López, 2018).

El sistema español de triaje o denominado SET-MAT se clasifica en cinco niveles de emergencia; el primer nivel se denomina resurrección, esto hace referencia a las situaciones que generan un riesgo vital al paciente; el segundo nivel denominado emergencia, se manifiesta cuando el paciente mantiene un riesgo vital predecible; el tercer nivel hace referencia a una urgencia media, el cuarto nivel se deriva cuando los problemas de salud representan una urgencia compleja pero que no incurre en un problema mayor, por último el quinto nivel se denomina no urgente, donde el proceso de atención sanitaria puede ser programado. El objetivo de este modelo es identificar de forma eficaz a los pacientes que presentan situaciones de riesgos vitales, establece el área de tratamiento apropiada y determina las necesidades del paciente mediante valoraciones clínicas de forma preliminar (Centro de Estudios Colegiales, 2020).

Mientras que el Índice de Severidad de Urgencias se diferencia por poseer diferentes escalas a la hora de evaluar al paciente que llega a la sala, este sistema no solo se enfoca en determinar la gravedad del usuario, sino que también busca determinar si el paciente requiere alguna otra atención para que esta sea realizada mientras espera que el médico lo atienda, mejorando así el servicio que se brinda y a la vez optimizando los recursos con los que posee cada hospital; al igual que el

resto de modelos de triaje este también cuenta con una escala de cinco fases de gravedad (Valenzuela, 2018).

Categorías de triaje

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia (2019) el triaje es un sistema que permite la selección, identificación y clasificación de pacientes en las áreas de emergencia conforme el nivel de gravedad, clasificándose en cinco categorías; la primera hace referencia a la condición que mantiene el paciente y que supone riesgo de muerte para el mismo, por lo que indispensable la atención médica de forma inmediata. El segundo nivel de triaje se manifiesta cuando la salud del paciente puede incurrir en un riesgo mortal por lo que es importante que la atención no supere los 30 minutos de espera. El tercer nivel de triaje se presenta cuando el paciente demanda un diagnóstico en urgencias; el cuarto nivel se establece cuando las condiciones médicas del paciente no complican de forma total su estado general de salud; finalmente, el quinto nivel de triaje se genera cuando la valoración clínica no representa algún tipo de riesgo en la vida del paciente.

El protocolo, sistema o método de triaje presenta varias categorías que son las que clasificarán a los pacientes y brindarán la prioridad de atención de acuerdo a la dificultad de sus enfermedades y condiciones de salud, con esto se presentan cinco categorías a continuación, las cuales han sido clasificadas en: (a) Triaje I: Atención inmediata; (b) Triaje II: Manejo dentro de 10 minutos como máximo; (c) Triaje III: Atención médica en los siguientes 30 minutos; (d) Triaje IV: Atención médica en los siguientes 60 minutos, (e) Triaje V: Evaluación y manejo en los siguientes 120 minutos.

Se considera a una situación con triaje I cuando la persona afectada por

alguna enfermedad especial o particular debe tener atención prioritaria, en este caso el personal profesional encargado del caso debe acudir a brindar el servicio de atención inmediatamente puesto que el estado del usuario pone en un alto riesgo su vida, los casos en donde este nivel de método se aplica es cuando existe una situación de cardiorrespiratorio, apnea, insuficiencia respiratoria severa, intoxicaciones, hemorragias severas, quemaduras de la vía aérea, entre otras complicaciones (Red de Salud UC, 2018).

Se lleva a cabo el triaje de categoría II cuando los profesionales sanitarios consideran que el paciente tiene que recibir atención después de los pacientes que son prioridad, es decir que debe de ser atendido en segunda orden, este tipo de triaje se lo emplea cuando las personas son afectadas por dolor severo, especialmente cuando se trata de mayores de edad o también cuando existen aspectos de riesgo vinculados con patologías como la diabetes, hipertensión arterial o cardiopatías, no hay que dejar de lado a los individuos que tienen comprometidas sus vías respiratorias, sufren de dolor de cabeza intenso y de inicio súbito, signos de deshidratación en menores, trauma ocular, entre otras complicaciones (Coomeva Entidad Promotora de Salud S.A., 2018)

El triaje III se produce cuando el paciente necesita pasar por un control urgente a través de medidas diagnósticas y terapéuticas, cuando existe una situación en que los profesionales de la salud deben guiarse por la metodología de trabajo de este triaje es cuando las personas por necesidad deben de hacerse exámenes complementarios o tienen que pasar por un tratamiento de manera inmediata, puesto que sus condiciones muestran estabilidad pero su bienestar puede recaer si es que no se toman las medidas necesarias. El triaje IV se produce cuando las condiciones de una persona no llegan a comprometer o tener alguna

incidencia negativa sobre su estado general, tampoco se caracterizan como un riesgo latente para el estado de salud, la vida o pérdida de un órgano del paciente; sin embargo se tiene que tener muy en cuenta situaciones como esta, ya que se pueden presentar riesgos de complicaciones a causas de la afección, dolencias o lesiones si es que la persona no es tratada adecuadamente, en tiempo y forma (Vásquez, Luna y Ramos, 2019).

En el caso del triaje V, la persona que cumple la función como paciente se define por sus condiciones clínicas vinculadas con inconvenientes de salud agudos o crónicos, estas no muestran alguna señal o evidencia de la presencia de una actividad deteriorativa que ponga en riesgo el estado general de la persona, se considera que no representa un peligro evidente para el movimiento de alguna parte del cuerpo, órgano o la vida misma (Gobierno de Colombia, 2018).

El triaje fue creado con la misión de atender de manera más eficaz y eficiente a los pacientes que requieran atención médica. De acuerdo a García, Arellano y Loría (2016) si este tipo de procedimientos es captado por el personal y aplicado de forma correcta permitirá reducir la aglomeración de personas en una situación de emergencia, permitiendo a su vez que los pacientes con mayor gravedad sean atendidos rápidamente reduciendo así los índices de complicaciones médicas, mortalidad y demás efectos adversos que puedan resultar de una intervención tardía o errónea.

Teorías de Calidad

Modelo European Foundation for Quality Management (EFQM)

Chacón y Rugel (2018) mencionaron que existen varios modelos y teorías que permiten evaluar y mejorar la calidad de los servicios, ya que el analizar los servicios que se brindan permite a las organizaciones a mejorar de forma continua

por medio de la optimización de los recursos, productividad y del desenvolvimiento de los colaboradores. El modelo EFQM describe que: por medio de la aplicación y optimización de los recursos, estrategias de organización, gestión de procesos y un líder que motive a que estos puntos se cumplan de forma adecuada se podrá alcanzar el éxito y la satisfacción de empleados y clientes al mismo tiempo. Es por ello que este evalúa tres elementos básicos como es el criterio, el esquema lógico REDER y los valores de excelencia.

En los valores de excelencia se encuentra: añadir valor a los clientes, desarrollar la capacidad de la organización, crear un futuro sostenible, obtener el éxito por medio del talento de las personas, liderar con visión, integridad e inspiración, optimizar la innovación y creatividad, gestionar con agilidad y mantener buenos resultados en el tiempo. En el esquema lógico REDER evalúa la empresa de la siguiente manera: establece los objetivos y resultados que desea alcanzar, planifica y desarrolla, implementa de forma sistemática y evalúa, revisa y perfecciona las estrategias aplicadas. En los criterios se encuentran los resultados y los agentes facilitadores, los cuales se conforman mediante los productos, procesos y servicios; la estrategia, los recursos y las alianzas, las personas y el liderazgo. En los resultados se encuentran los resultados de los clientes, de la sociedad, de las personas y los resultados claves, mismos que son evaluados por indicadores externos e internos (Chacón & Rugel, 2018).

Calidad del cuidado de enfermería

Lenis y Manrique (2015) mencionaron que el Cuestionario de Calidad del Cuidado de Enfermería (CUCACE) busca orientar los cuidados brindados por el personal de enfermería en las casas de salud, este se encuentra validado mostrando una fiabilidad de 0.90, según el alfa de Cronbach. El instrumento se encuentra

compuesto por un total de tres secciones que se encargan de evaluar aspectos sociodemográficos, experiencia recibida de los cuidados enfermeros y la satisfacción de los cuidados brindados por el personal del área. La dimensión de satisfacción de los cuidados cuenta con 19 ítems, mientras que la experiencia tiene 26 ítems, esta última se encuentra formulada de la siguiente forma: 12 de manera negativa y 14 de forma positiva y es medida con una escala de Likert de tres puntos siendo uno positivo; dos neutro y tres negativo. En cuanto a la satisfacción percibida es evaluada de la siguiente forma: muy y completamente satisfecho; bastante satisfecho y poco y nada satisfecho.

Modelo de calidad total en el servicio (TQS)

Este modelo es aplicado a los centros de atención hospitalaria, es un cuestionario compuesto por variables sociodemográficas o moderadoras, variables dependientes y variables independientes las mismas que se entrelazan. Las variables independientes son: calidad del personal, infraestructura, indicadores de seguridad, experiencia global con cuidado médico, procedimientos administrativos y procesos clínicos. En las variables dependientes se encuentra la satisfacción global con el: personal administrativo y de apoyo; los procesos hospitalarios, tratamiento y cuidado por parte del médico, confort obtenido durante la estadía en la casa hospitalaria; mientras que en las variables moderadoras se encuentran el tipo de usuario, institución, sexo, nivel de estudio, estado civil (Ferrer, Gutiérrez y Campos, 2019).

Calidad en la Salud

Existen varias definiciones para la calidad en la salud, en la que cada individuo que está en el proceso de calidad tiene ideas distintas y los mismos pondrán mayor importancia en los aspectos que más valoren; en primer lugar está

el paciente que toma como referencia las características como pronta y cálida atención, la imagen de la institución, las instalaciones del hospital y la reputación del profesional, que son aspectos que denotan un valor para la calidad; por lo contrario para el proveedor del servicio de salud el valor de la calidad se justifican en los aspectos tecnológicos, científicos y técnicos que se involucran en el proceso como son la tecnología disponible y la experiencia de los médicos; finalmente para la persona que paga el servicio, la conexión entre la efectividad para eludir la enfermedad o recobrar la salud y el precio de cualquier intervención es lo que más valora, esto indica que la calidad en la salud no requiere de una sola característica, al contrario necesita de varios aspectos que se crean desde varios enfoques y que se valoran de diversas maneras de acuerdo con el rol que tienen en el proceso (Escuela Superior de Administración y Negocios [ESAN], 2016).

La calidad asistencial es la medida en que los servicios de salud que se proponen a los pacientes perfeccionan los resultados de salud estimados (Universidad Internacional de Valencia, 2018). Es importante la calidad en la salud porque se fundamenta en la satisfacción del cliente, es decir la finalidad de mejorar los aspectos de la calidad va a ser alcanzar la máxima satisfacción del usuario; mediante la retroalimentación positiva del cliente se logra obtener una adecuada voluntad de los proveedores sanitarios que brindan el servicio en el mercado, lo que permite ampliar su negocio, en tanto la retroalimentación negativa genera una disminución de su voluntad, esta teoría también se aplica a los proveedores de atención en el servicio médico (MPG Escuela de Formación Sanitaria, 2018).

Dimensiones de la calidad en salud

La calidad en salud para que pueda satisfacer a todos los involucrados debe

obtener unos estándares de calidad favorables mediante los siguientes aspectos:

(a) efectividad, a este aspecto corresponde cualidades de calidad que son la experiencia y el conocimiento que son habilidades de los profesionales que otorgan el servicio, además de su facilidad para relacionarse con los pacientes e informar, asimismo la tecnología, la praxis y los conocimientos científicos en los protocolos de comunicación y actuación, el trato con los pacientes y los tratamientos que realicen; (b) equidad, se refiere a un trato igualitario sin distinción de raza, ubicación geográfica, sexo, ideología política, nivel socio económico, creencias religiosas, en casos como este es necesario obtener similares grados de efectividad; (c) oportunidad, el paciente debe obtener una excelente atención cuando lo necesite sin importar el tratamiento que requiera y su patología, es por eso que es considerado un principio básico de la calidad en la salud (Isotools, 2015).

De igual forma se considera, (d) atención centrada en el paciente, esto indica que la atención que se brinda debe ser considerada con respecto a las preferencias, valores y necesidades de los usuarios, por otra parte es necesario comprobar mediante indicadores fidedignos que la atención que se otorga a los usuarios respetan las características como la seguridad, centrada en el paciente, efectividad, igualdad, oportuna y eficiente además que posee un equipo de talento humano con las competencias esenciales, de la misma forma la calificación debe realizarse con índole integral en otras palabras debe evaluar todas las características, comportamientos y funciones; (e) eficiencia, el usuario debe recibir la atención que necesite, en el instante que lo solicite, con el menor precio dable y usando con eficiencia bienes disponibles; y (f) seguridad, toda participación asistencial sea diagnóstica, terapéutica o preventiva debe realizarse sin producir daños

adicionales que se puedan evitar, mejor dicho, todo tratamiento que se vaya a efectuar al paciente es necesario que este cumpla con las medidas de seguridad y preventivas que mantienen las instituciones del sector de la salud, para de esta manera evitar inconscientemente problemas adicionales o diferentes con el cual ingresó el paciente (Isotools, 2015).

Lezcano y Cardona (2018) mencionaron que la calidad puede ser evaluada en cualquiera de sus ámbitos por medio de la aplicación de un modelo, el cual se encuentra compuesto por cinco dimensiones que permiten abarcar de mejor manera las opiniones de los usuarios, logrando determinar cuál es el nivel del servicio que estos brindan y la calidad percibida por los mismos. Es por ello que presentaron las siguientes dimensiones: empatía, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y aspectos tangibles. En donde la empatía se refiere al grado de agrado o simpatía que muestran los colaboradores al momento de proporcionar información, servicios o la ayuda requerida por el paciente; en cuanto a fiabilidad encierra el cumplimiento de la palabra dada por el personal de las diferentes áreas, ya sea esto atención, información, entre otros.

La capacidad de respuesta hace referencia al tiempo que debe de esperar el usuario para poder recibir atención y resolución a sus necesidades por parte de los profesionales; seguridad es el grado de conocimiento que reflejan los trabajadores al momento de desempeñar sus labores, lo cual genera un grado de tranquilidad en las personas que reciben el servicio; mientras que aspectos tangibles son aquellos equipos, áreas y estructura física con la que cuenta la institución, lo cual causará en los usuarios una buena impresión del lugar (Lezcano & Cardona, 2018).

De acuerdo a lo citado por la empresa especializada en la implementación de sistemas de gestión de calidad Vien (2017) la existencia de varias dimensiones

que se deben de tomar en cuenta a la hora de ofertar un servicio o producto para que este cumpla las expectativas de los usuarios, son: sensibilidad, confiabilidad, empatía, estética, durabilidad, tangibles, desempeño y capacidad de servicio.

Siendo la sensibilidad el nivel de ayuda que se le ofrece para aclarar sus dudas sobre algún tema que no sea de la institución; confiabilidad se refiere al grado de confianza que inspire el servicio, la marca o el producto que se está ofertando, permitiendo que exista una conexión más rápida entre ambos.

La empatía se basa en brindar al usuario la sensación de que es comprendido por el personal, el cual brindará a su vez acompañamiento personalizado durante la entrega del servicio; estética encasilla el aspecto físico que es presentado al usuario externo causando cierta confianza sobre las instalaciones, producto o servicio; la durabilidad es medida en relación al tiempo de vida útil en caso de ser un producto, mientras que en los servicios se mide de acuerdo a la efectividad que este proporciona, en el ámbito de la medicina se mide con la eficacia del tratamiento o la rapidez con la que se encuentra el daño o brinda la mejoría; tangibles, son las maquinarias y equipos que posea la institución para dar un servicio óptimo y de calidad; en desempeño y capacidad de servicio, es el nivel de cobertura que posee la prestadora del servicio para la satisfacción del cliente (Vien, 2017).

Protocolo

Dentro de la ciencia de la psicología y medicina, se define como la conexión escrita de directrices a seguir para efectuar una inspección médica, para de esta manera brindar un servicio asistencial por alguna enfermedad determinada o para efectuar un test psicológico al paciente (Enciclopedia salud, 2016). Los protocolos clínicos son herramientas desarrolladas para ayudar a los médicos en la toma de

decisiones, ya sean simples o más complejas, en las cuales requieran modelos clínicos y contribución teórica, para que puedan utilizar los profesionales cuando asisten a un usuario dentro de la instalación sanitaria. Los protocolos reducen la necesidad de llevar a cabo exámenes innecesarios que puedan causar alguna complicación para el paciente y costos para la organización de salud; las herramientas de esta industria son fabricadas por medio de un estudio organizado de las pruebas científicas de cierta conducta, en donde se involucra a profesores, expertos e investigadores, a acarrear resultados consensuales correspondientes a trabajos clínicos que sean de gran utilidad para mejorar los procedimientos internos de un hospital, proporcionando más seguridad, rapidez, normalización y confianza a la asistencia (Tariche, 2015).

Serena (2019) señaló que en el área de emergencia el protocolo utilizado debe de ser aplicado de forma inmediata y eficaz, puesto que de estos dependen el análisis del paciente, logrando determinar el estado de salud del mismo y así poder suministrar la medicina adecuada. El protocolo aplicado debe de contener cierta información y pasos a seguir como lo es un informe breve sobre los síntomas que presente el paciente y durante que el tiempo ha presentado esta molestia, realización de exámenes de imágenes, el ingreso del paciente al sistema, valoración necesaria para estabilizar al usuario, toma de signos vitales y direccionamiento al área médica de acuerdo a las necesidades.

Morales, Vila y Rodríguez (2018) mencionaron que los protocolos implementados para las casas de salud, hospitales y demás instituciones que brindan servicios de atención médica variará de acuerdo al caso clínico presentado, a la complejidad y a la demanda que exista en las instituciones. En el caso de los hospitales en el área de emergencias específicamente, los protocolos

que deben de usar los enfermeros, residentes y demás personal que labore allí deben de ser casi automáticos, puesto que en esta área usualmente se presentan casos de gran complejidad, por lo que se debe de actuar de forma inmediata para salvaguardar la vida del usuario. Cabe destacar que los protocolos antes de ser establecidos para cada unidad han sido aprobados por expertos, lo que hace que este sea confiable permitiendo obtener información valiosa que ayude a la aplicación del tratamiento correcto, por medio del conocimiento de los antecedentes clínicos del usuario.

Un protocolo clínico puede trabajar como un documento que sirva de auxilio a los profesionales sanitarios, cuando existan dudas sobre el suministro de la medicina para algún tipo de dolor, el profesional puede acceder a la información de los distintos tratamientos de consenso; es importante resaltar que los profesionales de la salud laboran bajo presión y cuentan con poco tiempo para la toma de decisiones, por lo que los protocolos clínicos se transforman en un aspecto primordial en especial en las clínicas y hospitales que se labora con diferentes procedimientos (Tariche, 2015).

Rubio (2017) mencionó que los protocolos han sido diseñados específicamente para facilitar el desempeño de los médicos de las instituciones de salud, los protocolos además sirven como respaldo ético, clínico y legal para ambas partes, puesto que en las salas de emergencia los pacientes que llegan se encuentran en estado grave, en donde un gran porcentaje de estos no logra mejorar en su totalidad. Es ahí donde interviene este como respaldo legal puesto que, si el médico ha aplicado paso a paso todo lo estipulado en este, se encontrará fuera de cualquier problema legal. Cabe destacar que existe una gran variedad de situaciones en donde se aplican protocolos, sin mencionar que en las casas

hospitalarias los protocolos deben de ser aplicados para cada una de las acciones realizadas por el personal; así como también intervienen los permisos y requerimientos realizados por el paciente y/o sus familiares en caso de que este sea menor de edad o no se encuentre en condiciones de tomar decisiones.

Paniagua, Crespo, Sanz y Albillo (2019) mencionaron que los protocolos establecidos por los superiores no solo se deben de aplicar en el análisis realizado al paciente para su estabilización y direccionamiento del área clínica, sino que en este también intervienen las acciones que se deben de realizar como la obtención de turnos en la sala de imágenes, el contacto con los especialistas y auxiliares que llevarán el caso, el diagnóstico del médico y el tratamiento establecido. Es decir, para que el protocolo sea completado la persona que atendió al enfermo deberá completar toda la información sobre el paciente, mientras el paciente permanezca en la unidad, se encuentre a cargo sea derivada a otra institución.

Satisfacción del Usuario

La satisfacción al usuario es el nivel de satisfacción que puede proporcionar un servicio o bien de una determinada organización, el cual se puede ver reflejado en el grado de fidelización que esta posee; es importante recordar que aunque los clientes estén felices por su producto o servicio esto no quiere decir que vaya a proporcionar mayores ganancias, sino que es necesario que estos clientes recomienden los productos o servicios que se ofrece a otras personas logrando de esta manera que se genere una acción en cadena de compras; por consiguiente es necesario que primero se preocupe por saber si los clientes están satisfechos con los servicios y productos adquiridos y después es importante conocer si los clientes satisfechos recomendarán los servicios o productos de la empresa y si estos volverán a adquirirlos (EFFICY, 2017)

Métodos para evaluar la satisfacción de los clientes

Los métodos que son usados para poder evaluar la satisfacción de los clientes son los siguientes: (a) encuesta de satisfacción, es cuando se efectúan encuestas a los diferentes clientes mediante un cuestionario de preguntas bien elaborado donde se enfoque los objetivos primordiales, los cuales permitan tener conocimiento de las opiniones de los usuarios después de haber adquirido un servicio o producto; (b) analizar la información en las redes sociales, al existir una comunicación frecuente con los clientes mediante alguna red social ya sea por la web o aplicaciones, es importante tomar en cuenta sus comentarios de molestias o de felicitación para de esta manera buscar los beneficios que puede brindar el negocio al consumidor; (c) panel de usuarios, esto quiere decir que la empresa selecciona a ciertos clientes que tengan conocimiento del servicio o producto para que cada cierto tiempo puedan proporcionar a la empresa su opinión, expectativa y sugerencias del mismo y de esta manera, mediante estos datos poder sacar conclusiones que ayuden a mejorar constantemente; (d) entrevistas personales, se trata de contactar al cliente de manera aleatoria después de la compra de un producto o servicio para consultar si le agradó el mismo, lo que brinda una información objetiva de los datos proporcionados por el cliente (Vélez, 2018).

Asimismo se tiene (e) gestión de peticiones, sugerencias, reclamos y quejas, es importante analizar esta información porque indica las falencias que tiene la organización y ayuda a mejorar dentro del mercado; (f) análisis de medidas operativas, se trata de un sistema que permite mediante métodos de medición analizar las diferentes acciones que provocan cambios de menor o mayor medida en la satisfacción del usuario, para de esta manera tener una información apropiada y real de la conexión entre los datos de los indicadores y la opinión de

los clientes; (g) cliente oculto, se trata de enviar a una persona a la empresa como cliente para que valore aspectos en la atención al cliente, en el servicio o producto y el trato con el personal, de esta manera se pueden generar conclusiones enfocadas a una base de estudio para evitar malinterpretaciones; (h) grupos de discusión o sesiones de grupo, se realiza por medio de reunir a diferentes personas con criterio formado, sea cliente o no para que brinde datos de los productos y servicios actuales y futuros; (i) encuestas al personal, las personas de la organización que tienen contacto con los clientes, tienen datos relevantes que se pueden usar para medir la satisfacción y conocer sus expectativas (Vélez, 2018).

De acuerdo a lo expuesto por Maggi (2018) se puede evaluar la satisfacción de los usuarios por medio de las percepciones que estos posean sobre ciertos servicios que brinde la institución como pueden ser (a) la cortesía del personal; (b) la facilidad que posea para ingresar al establecimiento; (c) completitud, es decir si este contiene lo necesario para una atención adecuada; (d) rapidez en cuanto a la atención; (e) cantidad de errores en el servicio ofrecido. Por medio de este análisis se puede conocer más a fondo el nivel de satisfacción de las personas en cuanto al servicio con el que cuenta la institución y así poder implementar de manera más eficiente nuevas estrategias para mejorar las deficiencias encontrada.

Jiménez (2016) mencionó que antes de realizar una evaluación para medir qué tan satisfecho se encuentra el cliente, es necesario ahondar un poco más en cuanto a las características que posee cada cliente; es decir hay que conocer qué tipo de clientes posee la institución para de acuerdo a eso poder aplicar una evaluación correcta, puesto que existen varios tipos. Los clientes habituales, los influyentes y los clientes externos son los que brindarán una información más certera sobre la satisfacción que brinda el producto o servicio que se está

ofreciendo por la frecuencia con la que acuden a la organización, por lo que para estos clientes es recomendable realizar encuestas o entrevistas en el lugar donde se entrega el servicio, las mismas que deben de encontrarse bien formuladas para que el tiempo de duración sea mínimo, pero que recolecte a su vez información muy valiosa.

Mientras que González, Carmona y Rivas (2016) mencionaron la existencia de dos formas de medición los cuales son indirectos y los directos. En los indirectos intervienen ciertos indicadores que permiten conocer sobre el nivel de satisfacción del cliente con respecto al producto o servicio que brinda la institución, estos pueden conocerse por medio de los rechazos que posean los productos que presentan defectos; el porcentaje de reclamos que hagan los clientes; el incremento o disminución en la demanda de productos o servicios; crecimiento de la competencia; tiempos de espera adecuados, entre otros. Mientras que los directos mencionaron dos modelos que permiten medir la satisfacción los cuales son el Servqual y el Servqhos, estos se encuentran diseñados para conocer de forma precisa la opinión de los usuarios por medio de una encuesta.

Servqual

La calidad puede ser observada desde varios aspectos, los cuales según lo descrito por Gronroos se divide en calidad funcional, la misma que se basa en la forma en que el servicio es brindado y la calidad técnica que se basa en el servicio que realmente el usuario se encuentra percibiendo. Mientras que Lehtinen y Lehtinen mencionaron a la calidad corporativa que se enfoca en la imagen que proyecta la empresa; la calidad interactiva que es dada por la conexión que exista entre el usuario y el personal de servicio y la calidad física en la que se encuentra

la estructura de la organización como tal; es decir la infraestructura, los implementos con los que cuenta como equipos, materiales para la atención al cliente (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1985).

La escala del Servqual permite conocer la calidad de los servicios que ofrecen las instituciones desde el punto de vista de los usuarios, puesto que esta escala permite evaluar las expectativas y las percepciones de los usuarios, lo cual indicará si este servicio dado es bueno o malo mediante la relación de ambas. El modelo Servqual es uno de los más usados en los estudios realizados a empresas, ya que es de fácil comprensión y aplicación, además de que posee alto porcentaje de validez y confiabilidad, lo cual otorga resultados veraces. Dentro de las dimensiones que evalúa el Servqual se encuentran: fiabilidad, empatía, elementos tangibles, seguridad, y capacidad de respuesta, seguido de los factores que intervienen en las expectativas los cuales son: experiencias pasadas, comunicaciones externas, comunicación oído-boca y las necesidades personales que influyen en la calidad percibida por el usuario (Yovera & Rodríguez, 2018).

Numpaque y Rocha (2016) mencionaron que el modelo Servqual ha sido destacado por cuatro discrepancias que posee al aplicarlo en el ámbito sanitario, las mismas que son: la prestación del servicio con las especificaciones de la calidad del mismo; las percepciones de los directivos con las expectativas de los usuarios; la comunicación externa con las prestaciones del servicio y las especificaciones de las normas de calidad con las percepciones de los directivos. Este se encuentra compuesto de 22 ítems los cuales permiten evaluar el servicio recibido y 22 para medirlas expectativas de los clientes.

Servqhos

El modelo Servqhos fue creado en España en base al modelo Servqual con el

propósito de poder evaluar la calidad de los servicios de salud. Este cuestionario se caracteriza por ser de tipo cuantitativo, puesto que es implementado para medir la calidad en las instituciones ya que posee altos niveles de confiabilidad en cuanto a los datos obtenidos. Este se encuentra estructurado por cuatro secciones en las que se encuentran como primer punto los aspectos éticos, importancia y objetivos de la encuesta; seguido se muestra la escala en la que se medirán los niveles de calidad recibida basada en la escala de Likert de cinco puntos siendo el cinco el valor máximo de calidad y uno el mínimo. En la sección tres se busca obtener información sobre los aspectos y satisfacción de los usuarios de forma global, finalizando con la evaluación de los aspectos sociodemográficos de los usuarios en los cuales se encuentran el estado civil, ocupación, sexo, nivel de educación y edad (Barragán & Manrique, 2010).

Borré y Vega (2014) mencionaron que el cuestionario del Servqhos evalúa la satisfacción de forma objetiva y subjetiva. Este cuestionario se encuentra compuesto por 19 ítems que analizan la calidad de la asistencia sanitaria, para satisfacción global ocho ítems y en factores sociodemográficos se encuentran cinco ítems. La escala con la que es medido va de uno siendo mucho peor de lo que esperaba; dos peor de lo que esperaba; tres como lo esperaba; cuatro mejor de lo que esperaba y cinco mucho mejor de lo que esperaba. En la calidad objetiva se analiza la información brindada por parte de los colaboradores de la institución, los niveles de accesibilidad que posee la institución y sus instalaciones internas, la comodidad y estado de las habitaciones. En cuanto a la calidad subjetiva interviene: la opinión del usuario; amabilidad; trato recibido; interés personal, entre otros.

Mira et al (1998) indicaron que la escala del Servqhos busca medir los

aspectos propios del paciente en lo que respecta a los cuidados percibidos por el usuario, además que el cuestionario permite obtener respuesta de forma más sencilla y veraz de la satisfacción del usuario, ya que este contiene ciertas preguntas que indagan sobre el comportamiento de los profesionales como si se presentó ante al paciente, si mostró interés sobre su caso clínico, si le generó confianza la institución, si cuenta con personal capacitado, si considera recomendar la institución a familiares o extraños, el tiempo que estuvo internado en la casa de salud, si considera que la institución se encuentra debidamente equipada, el tiempo que debe de esperar para la consulta o exámenes o si el médico fue claro durante su explicación. Esto permite que se puedan observar los puntos en los que debe de mejorar cada institución. Así como también brinda mayor claridad a los directivos a la hora de tomar decisiones.

Emergencia Médica y Urgencia Médica

Las emergencias médicas son todas las situaciones que se presentan en las que es necesario decidir y realizar acciones médicas de forma inmediata, dando prioridad a las afecciones graves que puedan poner en peligro la vida del paciente, como por ejemplo son el caso de traumatismos severos, pérdida del conocimiento, asfixia, hemorragia severa, dolor torácico, convulsiones, entre otros; al contrario la urgencia médica se trata de los casos que no implican peligro en la vida del paciente y pueden realizarse con mayor tiempo para tratar o poder a su vez derivar al paciente, varios ejemplos de esto son la pérdida recuperada de conocimiento, crisis nerviosa, cólico renal, entre otros (OMINT, 2017).

Marco Conceptual

El área de emergencia es una zona de un hospital dedicada a la atención primaria de salud, cuya finalidad es la atención de pacientes con lesiones

preocupantes que pueden llegar hacer mortales poniendo en peligro la vida del usuario. Por tanto, la capacidad de respuesta resulta un factor en esta área (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2019). De acuerdo a Matzumura, Gutiérrez y Zamudio (2018) el área de emergencia se caracteriza por recibir pacientes que llegan con un estado de salud crítico, por lo que la atención que esta área debe de brindar tiene que ser rápida, de calidad y oportuna para lograr estabilizar al usuario, otro punto que la caracteriza es que acoge problemas de diferentes áreas médicas.

La emergencia médica tiene la particularidad de ser una situación donde el personal hospitalario debe de tomar acciones y decisiones enfocadas a salvar la vida de un paciente determinado (Gobierno de la Rioja, 2019). Esta se refiere a un evento por el que se encuentre pasando una persona el cual ponga en riesgo la vida del mismo, por lo que debe de ser atendido de forma inmediata por parte de profesionales médicos a fin de estabilizar y salvaguardar la vida del paciente que posea un cuadro crítico (Healthy Children.Org, 2019).

Dentro del área de emergencia se categoriza a los pacientes por medio del triaje. El triaje sirve para clasificar de forma oportuna a los pacientes en una determinada situación de emergencia o desastre; por tanto, este es un protocolo a aplicar para calificar al enfermo de acuerdo a la posibilidad que tiene el mismo de sobrevivencia (Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia, 2019). De acuerdo a Hernández (2016) el triaje permite identificar de manera visual el nivel de gravedad que posee un enfermo en la sala de emergencia, ya que este es aplicado al paciente en una zona del cuerpo que se encuentre visible una vez realizado un análisis breve de la sintomatología, frecuencia cardiaca, nivel de respuesta del paciente, entre otras preguntas y chequeos.

En el triaje, es importante la categorización. Acuña et al. (2015) señalaron que es la calificación que se le brinda a una emergencia en función de la gravedad del paciente, partiendo del nivel uno que se enfoca a la resucitación donde está en peligro la vida del usuario llegando hasta cinco donde la urgencia es leve. Castro, Correa, Cuartas y Arcos (2015) mencionaron que las categorías de triaje se han establecido para poder diferenciar y categorizar a los pacientes de acuerdo al diagnóstico médico, el cual va acompañado de un nivel y color que permite identificar a simple vista el estado del usuario y este se encuentra compuesto por cinco niveles médicos.

La evaluación del paciente es un diagnóstico situacional practicado en función del estado de salud de un individuo en particular, para conocer la gravedad de la situación del mismo y así aplicar las acciones necesarias para preservar la vida (Rodríguez & Mena, 2014). Para el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (2017) la evaluación del paciente se caracteriza por recopilar cierta información personal, médica y familiar del paciente, para posteriormente llenar una historia clínica la cual le sirva al médico como guía, en donde se encontrará detallada la sintomatología presentada por el paciente al llegar a la unidad.

Todo esto forma parte de los servicios de salud, los cuales hacen referencia al conjunto de prestaciones sanitarias que se brindan al paciente, con la finalidad de sanar la dolencia que padecen y la suma de todos estos servicios prestados constituyen el sistema de atención, el cual tiene como finalidad promover la salud por medio de la prevención y curación mejorando con ello la calidad de vida de las personas (Fajardo, Gutiérrez y García, 2015). La Organización Internacional del Trabajo (2020) ha considerado a los servicios de salud como un aporte

fundamental para la prevalencia de vida en los países, puesto que estos se encuentran conformados por un gran número de acciones y prestaciones por parte del personal sanitario en las diferentes instituciones y casas de salud a donde los usuarios pueden acceder al momento de presentar descompensación en su salud.

Dentro de los servicios de la salud, una característica importante es la calidad, la cual hace referencia al tipo de servicio que recibe un paciente al momento de ingresar a una unidad hospitalaria; es decir, el conjunto de servicios que percibe para mejorar su estado de salud entre los cuales resaltan el diagnóstico y los conocimientos generales sobre el historial clínico del paciente (Forrellat, 2014). La calidad en la salud no es más que el cumplimiento satisfactorio de las necesidades médicas que un paciente posea, en donde debe de estar involucrada una atención médica de alto nivel en donde el paciente logre recuperarse en el menor tiempo posible y con errores mínimos o nulos cometidos por parte del personal (Minaya, 2018).

Los estándares de calidad en salud tienen como característica el cumplimiento de normas previamente establecidas con la finalidad de garantizar la seguridad del paciente al momento de recibir atención integral de salud (Isaza, 2018). De acuerdo a lo expuesto por Isotools (2015) las entidades sanitarias deben de regirse bajo ciertos parámetros o niveles estipulados por entidades encargadas de la seguridad sanitaria, en donde todas las atenciones y servicios que estas instituciones brinden deben de alcanzar el mayor nivel de excelencia.

Para alcanzar estos estándares, se necesita de proveedores sanitarios adecuados, lo que hace referencia al conjunto de profesionales calificados para prestar servicios con la finalidad de curar una dolencia particular de un paciente determinado (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019).

MedlinePlus (2019) mencionó que los proveedores de salud son aquellos médicos que prestan atención a los usuarios en las diferentes áreas en las que han sido especializados, con el fin de proporcionar la cura o mejoría a aquellos pacientes que acuden por sus servicios.

Un aspecto importante son los protocolos de salud que son el conjunto de técnicas y procedimientos a seguir en una determinada situación específica, para garantizar la recuperación oportuna del paciente tratado; es decir, son los pasos a seguir al momento de prestar el servicio sanitario (Morales, Vila y Rodríguez, 2018). Mientras que la Universidad Internacional de Valencia (2018b) ha establecido a los protocolos como herramienta principal y pasos que deben de seguir los profesionales en el área a la hora de brindar atención a un paciente, puesto que de ello depende que el usuario presente mejorías en su salud, reduciendo los niveles de accidentes, caos y de mortalidad en las casas asistenciales de salud.

El resultado final del servicio es alcanzar la satisfacción del usuario que se define como la diferencia que existe entre el servicio recibido y las expectativas que se tiene del mismo. Este es considerado como uno de los indicadores más fiables para establecer el nivel de calidad de los servicios prestados a los pacientes (Sihuín, Gómez y Ibáñez, 2015). Gómez, Dávila, Campins y Colmenarez (2017) señalaron que la satisfacción del usuario se encuentra compuesta de varios factores que intervienen en un determinado momento y lugar, en donde a mayor cantidad de respuestas y cumplimiento de las necesidades del usuario en el momento mayor será su percepción de la satisfacción.

Capítulo 2

Marco Referencial

Este capítulo comprende resultados de trabajos investigativos relacionados a la presente investigación. Es importante destacar que la evaluación de la calidad y satisfacción con respecto al triaje hospitalario viene dado de la satisfacción general que tuvo el usuario con respecto al servicio de urgencias y con respecto al protocolo de triaje hospitalario. Es decir, la percepción de calidad recibida del servicio de emergencia y la percepción de calidad recibida con respecto al protocolo aplicado van a permitir observar la relación que existe entre estas variables, por tanto, se presentan investigaciones en donde se evalúa al triaje hospitalario, pero también se presentan investigaciones generales que investigan la calidad y satisfacción usuaria del servicio de emergencia.

Los elementos claves derivados de la calidad de atención dentro de un área de emergencia son la clasificación e identificación adecuada de la enfermedad del paciente por medio del triaje. La investigación tuvo como objetivo general determinar los beneficios que provienen de los métodos de triaje con la finalidad de jerarquizar de forma correcta la gravedad de la salud de los niños. La investigación fue un estudio transversal caracterizado por ser una prueba de diagnóstico ejecutada en el servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel. Se estableció la participación de aquellos niños que asistieron al servicio de urgencias, los cuales se encontraban en el rango de edad entre los 0 a 14 años empleando un muestreo aleatorio simple (Avilés et al. 2016).

El proceso se realizó mediante la clasificación y asignación del nivel de gravedad a través de un pediatra en triaje; posteriormente, los datos se recolectaron mediante los métodos Triángulo de evaluación pediátrica, Save a

child y el sistema de alerta temprana. Se evaluaron un total de 1 120 niños, de los cuales 560 ingresaron de forma directa a una cama de urgencias a través del triaje y el porcentaje restante fueron examinados en el consultorio luego del triaje. De manera general se determinó que, los métodos de triaje mencionados anteriormente fueron herramientas eficientes para reconocer y clasificar de forma correcta el nivel de gravedad de una urgencia pediátrica; no obstante, se determinó que, para obtener mejores resultados es necesario emplearlos de manera conjunta (Avilés et al., 2016).

La Organización Mundial de la Salud ha definido el triaje como un proceso donde se clasifica al paciente conforme a gravedad de sus necesidades clínicas, rol que por lo general lo cumple enfermería. Bajo este enfoque, Sánchez (2015) desarrolló una investigación con la finalidad de conocer la opinión del personal de enfermería de un centro hospitalario español a fin de determinar los aspectos que se relacionan con el sistema de triaje hospitalario e identificar su nivel de satisfacción profesional. Respecto al marco metodológico, fue un estudio descriptivo donde se empleó el uso de una encuesta de autocomplimentación a través de internet, dicha herramienta estuvo conformada por 17 preguntas donde se incluyeron aspectos demográficos, nivel de formación, experiencia y satisfacción además de aspectos vinculados con el triaje general; la encuesta estuvo dirigida al profesional de enfermería que labora en los servicios de urgencias hospitalarias.

Los resultados de la investigación se obtuvieron a través de 833 encuestas, las cuales procedían de 161 hospitales. Se evidenció que el triaje es ejecutado en gran proporción por enfermería lo cual fue representado por el 87% de las encuestas; sin embargo, se determinó que este proceso debe realizarse de manera conjunta

con el médico. Por otra parte, el 85.1% manifestó que el triaje tiende a garantizar un mejor proceso de asistencia a los pacientes cuya valoración clínica deriva de mayor urgencia. Respecto al grado de satisfacción, se evidenció un nivel bueno; no obstante, dicho criterio suele variar según la función del triaje que ha sido implantado en el centro hospitalario (Sánchez, 2015).

Alonso, Alonso y Cabral (2016) realizaron una investigación la cual buscaba conocer el nivel de calidad que presentan el sistema y área de triaje del servicio de urgencias de un Hospital de la ciudad de Burgos. La metodología de investigación que permitió la recolección de la información fue de tipo descriptivo, transversal y observacional, la población con la que cuenta la institución sanitaria corresponde a un poco más de 177 000 usuarios, por lo que fue necesario determinar la muestra sobre los 40 443 pacientes que acudieron por servicios durante el año 2015 lo cual dio como resultado una muestra de 345 pacientes a los que se realizó el estudio, que a su vez cumplieron los criterios de inclusión establecidos al inicio del estudio. Los resultados obtenidos mostraron que el tiempo que dura el triaje se encuentra dentro de los cinco minutos, siendo en su mayoría la duración de tres minutos, en el tiempo de espera con un 42.4% se asignó un nivel cuatro, con un 26% fueron asignados el nivel tres y cinco, con 4.4% se encontró el nivel dos, mientras el nivel uno de triaje que representa atención inmediata fue de 1.2%.

Para el tiempo entre admisión y triaje se encontró que el 99.4% tuvo que esperar máximo 10 minutos; mientras que los pacientes que abandonaron las instalaciones sanitarias sin que un médico los revisara luego de haberse realizado el triaje fue del 1% del total analizado. Se puede evidenciar que el servicio de triaje se encuentra dentro de los parámetros de espera lo cual no presenta mayor inconformidad. Sin embargo, se presenciaron quejas en cuanto al tiempo de espera

luego de ser clasificados de acuerdo a su nivel de urgencia, se pudo conocer que en el nivel dos el 13% esperó más de siete minutos por atención de enfermería, en el nivel tres el 17% superó los 15 minutos de espera, nivel cuatro el 32% tuvo que esperar más del tiempo para ser atendidos y en el nivel cinco el 13% esperó más tiempo del establecido. Por lo que se pudo concluir que el malestar de los pacientes se debe al tiempo que se demora el médico en brindar la atención, lo cual se puede deber a la afluencia de los pacientes (Alonso et al., 2016).

En la investigación de Monterrosa (2017) que trató sobre el proceso de triaje; es decir clasificación, selección e intervención de pacientes que acuden por emergencias en el Hospital Nacional Rosales, fue realizado en un periodo de cinco meses correspondientes al año 2017. En cuanto a la metodología de investigación para la recolección de los datos, la investigación que se realizó fue descriptivo-transversal, con variables de tipo cuantitativas y cualitativas medidas por contacto directo con 400 sujetos de estudio en los que hay 380 pacientes y 20 que corresponden al personal de salud.

Los resultados obtenidos fueron que el 45% de los encuestados opinan que su valoración personal del sistema de triaje es bueno, también el 50% de los usuarios indican que están regularmente satisfechos con el servicio que reciben, con respecto a la consulta sobre el mayor problema que tuvo en la unidad de emergencia el 77.40% de los usuarios indicaron que la saturación de servicios era su principal queja, seguida del 69.61% de los usuarios que señalaron que el tiempo de atención era prolongado; en relación a las sugerencias que deseen brindar para mejorar el servicio a los pacientes, el 70.12% de los pacientes afirmaron que deben tener mayor presupuesto para mejorar los servicios que

reciben, seguidos por el 57.40% que eligieron la falta de organización (Monterrosa, 2017).

Adicional a las investigaciones de triaje es importante conocer la calidad y satisfacción del servicio que se tiene en el área de emergencia, por lo cual se citan las siguientes investigaciones. En la investigación de Montoya (2017) referente a la implementación de un plan para mejorar la calidad de la atención y satisfacción de los usuarios que acuden al área de emergencia en el Hospital de Chiclayo en Perú, se utilizó un método de investigación descriptivo, un diseño de tipo cuantitativo, se realizaron 80 encuestas a los usuarios del servicio de urgencias.

Para la recolección de los datos se aplicó como instrumento el SERVQUAL, ya que es un instrumento que ha sido validado anteriormente por otros autores. En cuanto a la dimensión sociodemográfica se conoció que la mayor parte de los encuestados eran de sexo femenino, con edad menor a 30 años con nivel educativo superior. Los resultados de la investigación mostraron además que el nivel de satisfacción de los usuarios es considerado bueno, encontrándose por debajo del 30% el grado de insatisfacción. En cuanto a las dimensiones, la que mayor puntaje alcanzó fue capacidad de respuesta con el 77.5% de satisfacción, seguridad con un 73.5%, seguido de empatía con un 72.5%, fiabilidad con 71.5% y aspectos tangibles con un 59.3%, por lo que se puede evidenciar que el hospital analizado cuenta con una gestión administrativa buena; sin embargo, se debe de continuar mejorando en ciertas dimensiones.

Cobo, Gómez y Rodríguez (2017) realizaron una investigación para conocer cuál es la percepción que poseen los usuarios sobre la calidad de los servicios brindados en el área de urgencias. La metodología empleada fue de tipo descriptiva, transversal, con enfoque cuantitativo, para la selección de usuarios a

estudiar se estableció como regla los familiares de los menores de edad y los adultos que acudieron a la institución objeto de estudio, dando una muestra de 108 pacientes los cuales habían acudido durante los últimos seis meses del año; el instrumento utilizado fue el cuestionario de Servperf con cinco dimensiones y 22 ítems diseñados para medir la calidad desde la perspectiva del paciente.

Como resultado se evidenció que de acuerdo a las dimensiones del cuestionario Servperf el aspecto tangible tuvo una puntuación de 3.79, fiabilidad, con 4.09, capacidad de respuesta por parte del personal que labora en la institución con un 4.14, empatía con 4.18, mientras que seguridad se mostró con el mayor porcentaje dentro de las variables analizadas, obteniendo como promedio general de calidad 4.09 (Cobo et al., 2017).

De acuerdo a lo establecido por Cuji (2017) en su investigación sobre la satisfacción de los pacientes en el área de emergencias de un hospital de la ciudad de Ambato, utilizó una metodología de diseño transversal, método inductivo deductivo, el enfoque fue cuantitativo y cualitativo de tipo exploratoria, descriptiva. Para recolectar los datos fue necesario el uso de ciertas técnicas e instrumentos como lo son el cuestionario, en base a la encuesta de medición del Servqual, compuesta de 44 ítems que evalúan la empatía, fiabilidad, aspectos tangibles, seguridad y capacidad de respuesta. La muestra seleccionada de forma aleatoria dio como resultado 360 pacientes, se incluyeron los pacientes que se encontraban en plena capacidad y conocimiento de responder las encuestas.

Se evidenciaron los siguientes resultados en aspectos físicos el 55% indicó que este cuenta con un nivel bajo de señalización interna, el trato brindado del personal de admisión fue bajo con un 42% similar al trato de los enfermeros que se encontró con 43%; mientras que el servicio brindado por parte del médico fue

de 51% como adecuado. En cuanto a los tiempos de espera para los distintos servicios de la casa sanitaria fueron reflejado con una puntuación de bajo (Cuji, 2017).

De acuerdo a lo establecido por Vera (2019) sobre la influencia de la calidad y la satisfacción, se pudo conocer que realizó un estudio a través de una metodología cuantitativa con alcance descriptivo, el diseño fue no experimental a una población de 1,000 usuarios y la muestra de 300 comprendidos en pacientes de imágenes y laboratorio clínico. Se contó con un cuestionario, el cual midió cinco variables y cada ítem fue respondido en base a la escala de Likert de cinco puntos siento uno muy malo y cinco excelente.

Los encuestados ratificaron problemas en la atención al usuario, la información sobre posibles riesgos, el nivel de confidencialidad, el trato del personal y la información sobre pasos después del examen. En cuanto a la seguridad del 36% al 46% afirmó que la toma de examen causó dolores, la institución no cumplió con sus necesidades y expectativas, conllevando a que no recomienden el servicio. En la dimensión de oportunidad, en la atención el 70% de usuarios tuvo que esperar más de 20 minutos. Con respecto a los usuarios externos que provenían de emergencia y consulta externa mostraron insatisfacción en la información brindada por secretaría, la información sobre posibles riesgos, confidencialidad y la información sobre derechos y deberes. En la atención asistencial se evidenciaron problemas en el trato del personal profesional, la información sobre pasos a seguir después del examen, repetición del examen, toma de muestra e incumplimiento de expectativas; se identificó que, el 25% no recomendaría el servicio (Vera, 2019).

En la investigación de Peñaloza (2017) la cual fue realizada en el Hospital del IESS Santo Domingo, misma que se enfocó en la creación de un modelo organizacional el cual permita mejorar la atención brindada en el área de emergencias del hospital. La metodología de investigación que se aplicó para poder obtener la información fue de tipo bibliográfica, descriptiva y de campo, el método de investigación fue sintético y deductivo, las técnicas e instrumentos de investigación fueron la encuesta y la entrevista, el instrumento de estudio fue el cuestionario y la guía de observación, se encuestaron a 376 pacientes que acuden al servicio de emergencias.

Los resultados que se pudieron obtener con respecto a las encuestas realizadas a los pacientes del Hospital del IESS de Santo Domingo fueron que el trato recibido en el servicio de emergencia del Hospital por parte del personal (médico, enfermera, auxiliar, camillero, guardia y limpieza) fue bueno con un 38%, por otra parte el 42% de los pacientes afirmaron la insatisfacción que tienen por no tener información sobre sus problemas de salud al ser atendidos por el profesional, el 40% de los usuarios que acudieron a realizarse exámenes complementarios aseguraron que existe demora en la atención, el 64% de los encuestados mencionaron que si hay señalización para identificar las áreas de emergencia (Peñaloza, 2017).

Guadalupe, Suárez, Guerrero y Yanca (2019) realizaron una investigación en la ciudad de Milagro sobre los niveles de satisfacción presentados en las pacientes al Hospital General de Milagro y la calidad del servicio de las enfermeras del área. El tipo de investigación realizada fue de diseño no experimental, de tipo transversal y descriptivo, un enfoque cuantitativo, se

efectuaron 383 encuestas a los usuarios. El instrumento estuvo compuesto de 21 ítems los cuales se dividían en cinco dimensiones.

Los resultados mostraron que las dimensiones menores calificadas fueron seguridad y capacidad de respuesta; mientras que la que mejor puntaje obtuvo fue tangibilidad, mostrando niveles de satisfacción, seguida de la dimensión de empatía. Estos resultados permiten evidenciar que la institución posee un nivel de limpieza y orden acorde al tipo de servicio que se brinda tanto en las instalaciones como en la vestimenta de sus colaboradores; en cuanto a la empatía existió una mayor cantidad de usuarios que se inclinaron por la satisfacción; sin embargo, existieron unos cuantos pacientes que mencionaron que el personal no muestra mayor interés en las necesidades del usuario, lo cual se encuentra relacionado a la dimensión de capacidad de respuesta que fue la más insatisfactoria, mientras que calidad del servicio brindado por parte de los colaboradores se mantuvo con un nivel neutro de satisfacción.

En la investigación de Parra (2017) realizada en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz se buscó determinar si los niveles de satisfacción de los usuarios habían mejorado después de poner en marcha un modelo de gestión de calidad. Esta investigación se desarrolló por medio del tipo de estudio descriptivo de corte transversal, con un enfoque cuantitativo, se realizaron 358 encuestas a los usuarios que acuden al Hospital Pediátrico Baca Ortiz. Los resultados que se obtuvieron en las encuestas realizadas a los usuarios fueron los siguientes: en la dimensión fiabilidad se halló insatisfacción por la atención inmediata, por la atención recibida por el médico y con los medicamentos que la farmacia brinda.

En la capacidad de respuesta se encontró insatisfacción por la atención inmediata del médico en emergencia, por la entrega de resultados en laboratorio y

por la atención en la entrega de los exámenes radiológicos. En la dimensión seguridad se mostró insatisfacción por la valoración física completa, por el respeto a su privacidad e integridad y por la resolución de problemas. En la dimensión empatía se evidenció insatisfacción por el trato amable, respetuoso, paciente e igualitario, por la contestación de dudas, inquietudes o preguntas, así como, por la explicación del tratamiento. En la dimensión infraestructura/ambiente el 7% de los encuestados aseguraron estar insatisfechos por los materiales y equipos necesarios, así como, por el espacio físico (Parra, 2017).

La investigación de Maggi (2018) tuvo como objetivo evaluar la calidad de atención y el nivel de satisfacción de los pacientes del Hospital General de Milagro- en el área de emergencias de pediatría. El tipo de estudio de la investigación fue deductivo, cuantitativo, descriptivo, transversal analítico, se realizaron 357 encuestas a los padres de los pacientes del servicio de emergencia. La herramienta usada para la recolección de los datos fue la encuesta basada en el modelo SERVQUAL, la cual permitió analizar cinco dimensiones que determinan el grado de satisfacción.

Dentro de los resultados obtenidos sobre las percepciones y expectativas de los usuarios sobre el servicio brindado, se pudo conocer que en la dimensión de fiabilidad se encontró que las personas no se encontraban satisfechas con la calidad del servicio recibido, en la tangibilidad alcanzó niveles bajos de satisfacción, en cuanto a la seguridad clínica que siente el usuario durante su estadía en las instalaciones se pudo verificar que no están del todo satisfechos, en capacidad de respuesta se conoció que esta fue buena, mientras que la dimensión de empatía no mostró resultados positivos. Por lo que se recomienda que las

autoridades de la institución implementen un nuevo sistema y capacitación a los colaboradores para que estos puedan brindar una mejor calidad del servicio.

Se agregan dos investigaciones sobre calidad y satisfacción en general para comprender mejor estas variables y poderlas relacionar con el triaje hospitalario. En la investigación de Torres (2015) se buscó determinar la eficiencia en cuanto a la admisión de las mujeres que acuden a la maternidad de la ciudad de Guayaquil y la calidad de gestión realizada en la institución. La metodología de investigación realizada fue descriptiva, analítica, de campo y bibliográfica; el instrumento de investigación fue cuantitativo, se realizó en total 203 encuestas a pacientes y 44 encuestas al personal de la salud que trabaja en el área de admisión de la Maternidad Enrique Sotomayor.

Los resultados indicaron que el 50% de las personas encuestadas están poco de acuerdo en que reciben servicios con calidez y calidad por parte del personal de admisión de la Maternidad Enrique Sotomayor; el 67% de las encuestadas señaló que están poco de acuerdo en que recibieron un trato cordial por parte del personal de admisión; por otro lado, el 49% de las encuestadas estuvo de acuerdo en que está capacitado el personal de salud de admisión. Además, el 66% de las encuestadas está poco de acuerdo con el servicio brindado por el departamento de laboratorio de admisión de la Maternidad; asimismo el 52% de las usuarias estuvieron poco de acuerdo en que entregan la medicación necesaria. Por otro lado, el 83% de las usuarias están en desacuerdo en haber recibido en la sala de espera de admisión charlas sobre planificación familiar y educativas; de igual manera el 77% de las usuarias estuvo poco de acuerdo con los servicios; de igual manera el 69% de las encuestadas estuvo en desacuerdo con los tiempos de espera que se realizan en la atención al momento de llegar al área (Torres, 2015).

En la investigación de Sotomayor (2015) sobre la satisfacción y calidad del servicio brindado a las pacientes de un hospital gineco-obstétrico de la ciudad de Lima en Perú, se presentó una metodología de investigación de tipo correlacional y descriptiva, el diseño de estudio fue no experimental, de corte transversal, el instrumento de investigación fue la encuesta, las cuales se realizaron a 148 pacientes atendidas en los servicios de ginecología y obstetricia del Hospital José Agurto Tello, Chosica.

Los resultados que se pudieron observar fueron que: el 25% de las usuarias afirmaron que el nivel de calidad de servicio del hospital es bajo, el 23.6% determinó que está insatisfecha con el personal no médico, además el 32.4% de las pacientes gineco obstétricas indicó que están insatisfechas con el personal médico del hospital; de la misma manera el 23% de las pacientes respondieron que se muestran indiferentes con respecto al servicio brindado (Sotomayor, 2015).

Situación Actual de los Hospitales

Ministerio de Salud Pública.

Los siguientes hospitales pertenecen al MSP del Ecuador, mismos que se encuentran ubicados en distintos sectores de la ciudad de Guayaquil, dentro de la visión, misión y valores se encuentra:

Visión. - El MSP, ejercerá plenamente la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, con un modelo referencial en Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad, con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad (MSP, 2019, párr. 1).

Misión. - Ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la Salud Pública ecuatoriana a través de la gobernanza y vigilancia y control sanitario y garantizar el derecho a la Salud a través de la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, la gobernanza de salud, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología; articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la Salud (MSP, 2019, párr. 2).

Valores

Justicia “Vela porque toda la población tenga las mismas oportunidades de acceso a una atención gratuita e integral con calidad y calidez”.

Respeto “Todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio, por lo que se respetará su dignidad y atenderá sus necesidades teniendo en cuenta, todo momento sus derechos”.

Vocación de servicio indica que “La labor diaria se cumplirá con entrega incondicional y satisfacción”.

Inclusión establece que “Se reconocerá que los grupos sociales son distintos, por lo tanto, se valorará sus diferencias, trabajando con respeto y respondiendo a esas diferencias con equidad” (MSP, 2019, párr. 3-6).

Hospital General Guasmo Sur

El hospital General Guasmo Sur perteneciente al MSP ha sido considerado como el hospital más grande del país, el hospital fue inaugurado en enero del 2017 y se encuentra ubicado en la Avenida Cacique Tomalá y Callejón Eloy Alfaro de la ciudad de Guayaquil. Esta casa hospitalaria cuenta con un nivel segundo nivel en cuanto a atención, mientras que en complejidad se establece en como hospital de cuarto nivel, por lo que es necesario que para la recibir atención los usuarios

hayan sido referidos desde otros puntos de atención de acuerdo a lo establecido por la entidad. Sin embargo, este brinda atención durante las 24 horas del día en emergencias, cuidados intensivos, diagnósticos de imagenología y laboratorio clínico.

Las especialidades que brinda el hospital son aproximadamente 20 entre las que se encuentran Gastroenterología, Ginecología, Hematología, Cirugía general, Emisiones Otoacústicas y Mastología, Neurología, Pediatría, Neumología, Dermatología, Psicología, Nefrología, Traumatología, Otorrinolaringología, Cirugía maxilofacial, Oftalmología, Diálisis, entre otras. La unidad cuenta con una capacidad de 494 camas en sus diferentes áreas de internación. Además, cuenta con servicios catalogados de apoyo como Laboratorio de Patología y Morgue, farmacia, nutrición, endoscopías, laboratorio clínico, medicina transfuncional y rehabilitación (Ministerio de Salud Pública, 2019).

En el Hospital General Guasmo Sur, de cada 10 pacientes que acuden al área de emergencia en promedio cuatro son hospitalizados, cuatro son traumatológicos y dos son referidos a atención primaria. En este hospital su principal atención es el área de gineco-obstetricia ya que es aquí donde se da un amplio manejo de 20 a 30 madres diarias. Con respecto a los usuarios que atienden, en su mayoría son mujeres embarazadas; por otro lado, a pesar de que dispone para consulta externa de un amplio portafolio de servicios, aun así, este hospital no cuenta con un área de traumatología ni laparoscopia.

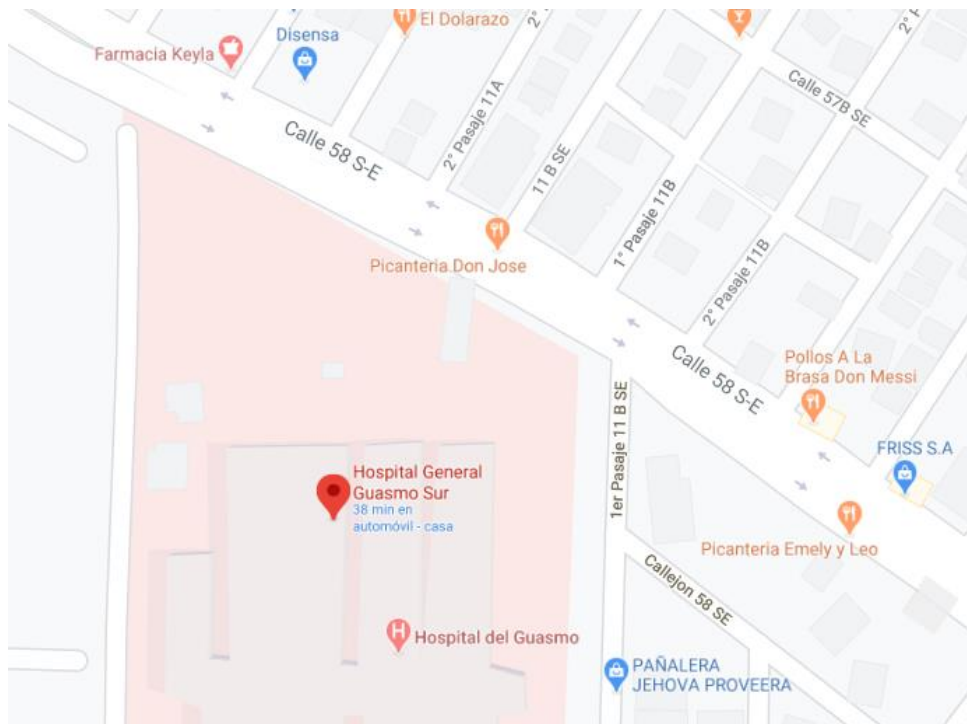


Figura 1. Ubicación del Hospital General Guasmo Sur. Tomado de Google Maps.

Hospital Universitario de Guayaquil

El complejo hospitalario se encuentra ubicado en el kilómetro 23.5 de la vía perimetral en la ciudad de Guayaquil, este cuenta con varios edificios los cuales han sido divididos de la siguiente forma, casa de máquinas, consulta externa, consulta externa de residencia con tres pisos y brinda atención de lunes a viernes de ocho de la mañana a ocho de la noche; administración y docencia con tres pisos en donde en la primera planta se ubica la clínica odontológica, misma que labora de ocho de la mañana a seis de la tarde, los dos pisos restantes han sido destinados para el área administrativa y por último el edificio principal el cual cuenta con dos pisos y ha sido destinado para el área administrativa y hospitalaria. En el segundo piso se encuentran la sala de espera, baños, quirófanos, esterilización, partos, cuidados intensivos, y salas para hospitalización. En el primer piso está la morgue, consulta externa, emergencia, patología, imágenes, banco de sangre, farmacia, trabajo social, información entre otros (MSP, 2019).

Dentro de los servicios que este brinda se encuentra internación con 104 camas para ginecología y pediatría, neonatología, con 25 camas, obstetricia con nueve camas y una sala de partos, emergencia con 53 puestos, cuidados intensivos con un total de nueve espacios. En cuanto a las especialidades que se brindan en consulta externa se encuentran 12 las cuales son nutrición y dietética, cardiología, pediatría, anestesiología, medicina interna, psicología, ginecología, psicopedagogía, unidad de atención integral VIH, pediatría, terapia respiratoria, cirugía pediátrica, mastología. En cuanto a los servicios de apoyo cuenta con farmacia, laboratorio clínico, terapia física, salud mental, laboratorio de anatomía patológica, ecografía, radiografía, mamografía y medicina transfuncional (MSP, 2019).



Figura 2. Ubicación del Hospital Universitario de Guayaquil. Tomado de Google Maps.

La estructura del Hospital Universitario de Guayaquil dispone de división de labores en unidades especializadas que cuentan cada una con un jefe independiente; además, dispone de cuatro áreas de asesoría sobre gestión de comunicación; calidad; asesoría jurídica y planificación, seguimiento y evaluación.



Figura 3. Organigrama Hospital Universitario de Guayaquil. Tomado de Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil (2019).

Hospital General Monte Sinaí

El Hospital General Monte Sinaí fue aperturado al público en julio del 2018, considerado en el año de apertura como uno de los más grandes, este cuenta con un total de 494 camas, 34 consultorios, 11 especialidades médicas entre las que se

encuentran cardiología, neumología, nefrología, endocrinología, pediatría, neurología, psiquiatría, nutrición, geriatría, psicología y medicina interna; además cuenta con área para archivo, admisión, farmacia, hemodiálisis que posee capacidad para 14 usuarios en horarios específicos, laboratorio de anatomía patológica, imagenología y endoscopía. Se encuentra ubicado en el sector Monte Sinaí, al noroeste de la ciudad de Guayaquil (Ministerio de Salud Pública, 2019).

La demanda de pacientes es similar a la del Hospital General Guasmo Sur, de los pacientes que llegan a emergencia en promedio el 40% son hospitalizados, el 40% son casos traumatológicos y el 20% son referidos a atención primaria. En el área de gineco-obstetricia se atienden entre 20 a 30 pacientes por día.



Figura 4. Ubicación de Hospital General Monte Sinaí. Tomado de Google Maps.

Marco Legal

Según la Constitución de la República una de las prioridades principales del Estado ecuatoriano es

Garantizar la salud de todos los habitantes de la patria, la misma que se encuentra vinculada a otros derechos básicos y para su realización fomentará políticas de Estado en torno a lo económico, educativo, social y cultural para que los habitantes puedan alcanzarlos de manera satisfactoria (Asamblea Nacional Constituyente, 2008, p.11).

El Estado garantizará el libre acceso a la salud de calidad y gratuita por medio de la implementación de programas y políticas públicas enfocadas a los adultos mayores, jóvenes y mujeres embarazadas por medio de los organismos delegados para esta función como lo es el Ministerio de Salud Pública (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

En el art. 361 de la Constitución menciona que:

El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector (Asamblea Nacional Constituyente, 2008, p. 111).

En el art. 1 de la Ley Orgánica de Salud se establece que:

La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético (Asamblea Nacional Constituyente, 2017, p. 1).

En la ley en mención se estipula que la salud hace referencia al bienestar intelectual, físico y social que tienen las personas y no solo a la ausencia de una dolencia ocasionada por una enfermedad determinada; por tanto, esta condición el Estado deberá de cumplirla y es un derecho irrenunciable por parte del ciudadano (Asamblea Nacional Constituyente, 2017).

La entidad reguladora de la salud es el Ministerio de Salud y entre sus funciones principales está que se cumpla la ley, para ello ejecutará disposiciones que son obligatorias a seguir como normas y regulaciones con la finalidad de que los recursos dados por el gobierno nacional lleguen a mejorar las condiciones de salud de la población ecuatoriana (Asamblea Nacional Constituyente, 2017).

Según el art. 6 de la ley en mención entre las responsabilidades más relevantes del Ministerio de Salud Pública están: promulgar de manera adecuada las políticas de salud para dar fiel cumplimiento a lo establecido en art. 1 de la presente ley. Realizar un seguimiento continuo sobre el Sistema Nacional de Salud, ya que al ser el órgano rector debe de garantizar que todo marche de acuerdo a lo estipulado en la Constitución de la República. Garantizar que la prestación de salud entregada a la ciudadanía sea de calidad y para ello deberá implementar programas para mejorar la calidad de vida de los ecuatorianos en todas las etapas de su vida (Asamblea Nacional Constituyente, 2017).

Las investigaciones tanto de calidad de triaje, calidad y satisfacción del servicio de emergencia, y calidad y satisfacción del servicio de salud en general, permitieron tener una visión más amplia de los conceptos de calidad y satisfacción, esto ayudará a que se lo pueda relacionar de manera adecuada con el protocolo de triaje hospitalario.

Capítulo 3

Marco Metodológico

Este capítulo detalla la estructura metodológica necesaria para poder lograr el objetivo general planteado. Por tanto, el propósito de este capítulo es mostrar el camino metodológico para medir las variables y buscar si se relacionan.

Para cumplir este cometido, primero se mencionan tanto a la variable independiente como dependiente, posteriormente se realiza la operacionalización de las variables en donde se presenta a las variables definidas anteriormente, se coloca un concepto en base a la revisión de la literatura y finalmente se especifica la técnica de investigación utilizada que para este proyecto de investigación será un cuestionario de preguntas cerradas para ambas variables.

En base a esto, se presenta el alcance de esta investigación que fue de tipo descriptivo y correlacional por el uso de la estadística descriptiva para la caracterización de las variables y entendimiento del fenómeno; también se utiliza el alcance correlacional, ya que se busca determinar la relación que existe entre la variable independiente y dependiente, para esto se utiliza la estadística inferencial y la comprobación de hipótesis (González, Escoto y Chávez, 2017).

En la siguiente sección se presenta el tipo de estudio, el cual se definió como no experimental, debido a la nula manipulación de las variables para su estudio, asimismo se definió como transversal, dado que los cuestionarios evaluados mediante la encuesta se realizaron en una sola ocasión de tiempo y no respondieron a análisis evolutivos, además la muestra fue interrogada una sola vez (Crismán, 2016).

El método de investigación definido fue el deductivo debido a que se utiliza un enfoque cuantitativo de la investigación, no obstante el uso de mediciones

numéricas y estadísticas justifica este enfoque; el método deductivo fue escogido debido a que se realiza un análisis vasto de la literatura, en donde se identifican las características del protocolo de triaje y lo que significa calidad y satisfacción en salud, para posteriormente someterlo a un análisis estadístico descriptivo y correlacional que ayude a la identificación de la relación existente entre las variables (Ibañez, 2015).

En las técnicas de recopilación de la información se elige el cuestionario como la herramienta adecuada, debido a que es un conjunto de preguntas que ayudará a cumplir el cometido de este trabajo, las preguntas cerradas ayudarán a no desviarse del tema investigado (Alonso, 2018); en tanto que la encuesta servirá para llegar a una cantidad representativa de los tres establecimientos de salud de la zona 8 que van a ser analizados (Arenal, 2018); es importante destacar que la toma de datos se realizará de manera presencial dentro del área de emergencia a los usuarios auto-referidos.

El instrumento escogido se compone de cuatro dimensiones que son: calidad de la información clínica, trato del personal sanitario, condiciones de iluminación, ambiente y ruido, tiempo de espera y valoración global del servicio, las cuales ayudarán a medir la calidad del servicio en donde se evalúa el protocolo de triaje aplicado y la satisfacción que el usuario tuvo con respecto a este, dicho instrumento mantuvo un alfa de Cronbach de 0.880 (Werlinger et al. 2017). Además, se agrega una valoración total de la satisfacción, para de esta forma poder relacionar las variables de satisfacción de triaje con respecto a la de satisfacción total.

La muestra calculada es del tipo probabilística estratificada debido a que se realizará la recopilación de datos a los tres establecimientos de salud que poseen

similar demanda de pacientes en el área de emergencia. De esta forma, partiendo del número total mensual aproximado de atenciones de emergencia, se procede a calcular la misma, en donde el resultado se divide para los tres lugares objeto de estudio.

Variables de la Investigación

Variable independiente: Calidad del servicio.

Variable dependiente: Satisfacción del protocolo del triaje hospitalario.

Operacionalización de las Variables

Tabla 1
Operacionalización de las variables

Variable	Concepto	Técnica
Calidad del servicio	Clasificar, seleccionar o elegir. “Proceso con el que se selecciona a las personas a partir de su necesidad de recibir tratamiento médico inmediato cuando los recursos disponibles son limitados” (Red de Salud UC, 2018, párr. 1).	Cuestionario
Satisfacción del protocolo del triaje hospitalario	Percepción positiva sobre el servicio recibido de parte del personal sanitario. Esto sucede cuando las expectativas del usuario han sido cubiertas o sobrepasadas (Landman et al., 2015).	Cuestionario

Alcance de la Investigación

Los especialistas en metodología de la investigación han llegado a un aparente consenso con respecto a los tipos o alcances de investigación los cuales pueden ser descriptivos, exploratorios, correlacionales y explicativos; desde el punto de vista histórico-lógico tiene una asociación con el estado del conocimiento que se posee con respecto a un objeto de investigación. Las investigaciones descriptivas provienen de estudios exploratorios anteriores, de donde ya se conocen atributos previos del objeto de investigación; por tanto, se parte de algo que ya ha sido investigado en el pasado. Desde el enfoque cuantitativo se afirma que este alcance investigativo ayuda a una medición más precisa de las características identificadas en investigaciones previas (Díaz & Calzadilla, 2016).

La investigación descriptiva se enfoca en mostrar las características que tiene un evento u objeto que se encuentra para investigación de sus atributos, elementos, propiedades, relaciones y características entre ellos; es decir que mediante la información que hay disponible y que se obtiene en el proceso se desea descubrir cómo es el comportamiento de las variables y cómo esto ayuda a comprender la problemática que está siendo analizada (Muñoz, 2018).

En los alcances de la investigación, según el nivel de conocimientos y naturaleza de objetivos, se encuentra el alcance correlacional el cual forma parte también de la investigación analítica que tiene como objetivo establecer si existe alguna relación entre dos o más variables, es importante destacar que no se identifica una causalidad en sí, sino que más bien determina es si existe una asociación entre las variables analizadas; esto se determina en un ambiente probabilístico (Rojas, 2015).

En base a los conceptos descritos, se menciona que el alcance descriptivo es utilizado en esta investigación debido a que se buscan definir características claras del objeto de estudio, en donde se puedan identificar principales rasgos y preferencias de los pacientes con respecto al protocolo de triaje dentro del área de emergencia en el lugar objeto de estudio, de esta forma y gracias a la estadística descriptiva se podrá tener un panorama más amplio de la situación real con respecto al problema.

Este alcance también se utiliza en esta investigación, debido a que se busca establecer si existe una relación entre la calidad del servicio con respecto a la satisfacción del protocolo de triaje. Este análisis va a necesitar de técnicas estadísticas especializadas en determinar asociaciones entre variables, por lo cual este sentido de definir relaciones, coloca a la investigación dentro de este alcance.

Tipo de Estudio

Los estudios investigativos se pueden clasificar en los de tipo experimental y no experimental. Los diseños no experimentales son aquellos que se desarrollan sin una manipulación deliberada de las variables; en otras palabras, es aquella investigación que analiza sus variables desde un punto de vista natural, o sea estudia el fenómeno tal cual se presenta; algunos investigadores la denominan también como ex post facto, debido a sus características metodológicas (Dzul, 2018).

Dentro de los tipos de estudio se puede nombrar a los transversales, que también son conocidos como transeccionales o verticales (Rojas, 2015). El diseño o estudio transversal tiene como particularidad que las mediciones se realizan en una única ocasión, es decir su clasificación viene dada por una característica de temporalidad en la recolección de datos (Corona, 2016).

Esta investigación fue de tipo no experimental, debido a que recopila los datos en el área de emergencia de manera natural, esto quiere decir que no existe una manipulación deliberada de los datos, ni tampoco se somete a algún tipo de prueba o externalidades a las variables. Este sentido de toma de datos sin estímulos, otorga a este trabajo el calificativo de investigación no experimental. La recolección de datos de este trabajo, se desarrolló en un período de tiempo específico en el 2020, con datos recogidos una sola vez a la muestra, no se buscaron análisis evolutivos ni cohortes, por lo que el trabajo tomó un tipo de estudio de corte transversal.

Técnicas de Recopilación de la Información

Una de las técnicas de recopilación de información más reconocida es el cuestionario, el cual se compone de un grupo de preguntas que tienen como intención medir variables; adicionalmente se considera que este conjunto de interrogantes debe tener una congruencia con el problema planteado y la hipótesis especificada; estos cuestionarios a su vez hacen uso de la encuesta que se puede utilizar para diversos objetivos de investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Una de las formas comúnmente utilizada para brindar un mayor detalle de la percepción de la persona que responde un cuestionario es la escala de Likert. Esta escala se caracteriza por ser instrumento psicosométrico en donde el individuo especifica su acuerdo o desacuerdo con respecto a una interrogante, esta especificación se la realiza a través de una escala que debe tener un orden y debe ser de una sola dimensión. Entre las características más importantes de este tipo de escala es que no debe ser de opciones diversas, por lo general su forma es de cinco opciones en donde el tres es el centro, mientras que el uno muestra total

descuerdo y el cinco total acuerdo, este tipo de dato estadístico se lo considera como ordinal (Matas, 2018).

Instrumento

El instrumento escogido, luego de una exhaustiva revisión de otras investigaciones y habiendo notado que no disponían de la validez estadística pertinente, fue el de “Satisfacción usuaria en urgencia oftalmológica: evaluación de la consistencia interna y validez de constructo de un instrumento aplicado en Chile” (Werlinger et al., 2017). Los autores consideraron imprescindible que, para la evaluación de la satisfacción y calidad percibida por los usuarios del área de urgencias, se cuente con un instrumento eficaz, consistente y con validez en la medición de resultados.

El estudio de validez del constructo se realizó en la Unidad de Trauma Ocular y Urgencia Oftalmológica del Hospital del Salvador (UTO) en Santiago de Chile. Este diseño fue de corte transversal, la recopilación de datos la realizaron dos encuestadores a través de un cuestionario, el cual fue contestado por las personas luego de haber sido dada de alta y haber firmado un consentimiento informado. La elaboración del constructo tuvo una fase previa en donde se utilizó el método Delphi, para la cual acudieron un panel de expertos compuesto por 11 profesionales con más de cinco años en el campo profesional (Werlinger et al., 2017).

Una de las principales características es que se incluye la categorización de prioridades en base al protocolo o triaje de tres colores, el cual fue tomado de otro trabajo de investigación sobre validez de un constructo similar. El instrumento presentado pasó por un procedimiento para comprobar su validez estadística mediante el coeficiente del alfa de Cronbach, tanto para las preguntas individuales

como para la totalidad del constructo; la correlación entre ítems se realizó mediante la correlación de Pearson, se desarrolló un análisis factorial donde se extrajeron los factores, para los puntos de corte se escogieron los eigenvalores con valor igual o mayor a uno. Como método para visualizar mejor los grupos de ítems se utilizó el modelo Varimax, para valores con carga mayor a 0.4, la distribución normal se evaluó en base al modelo Shapiro-Wilk, el software estadístico utilizado fue el Stata 11.0; el coeficiente del alfa de Cronbach para la totalidad del cuestionario fue de 0.880 por lo que se considera que el constructo utilizado es válido estadísticamente (Werlinger et al., 2017).

La dimensión de la escala se determinó en base al análisis factorial, en donde se reflejó que cuatro factores representan al 74.1% de la varianza del constructo, el índice Kaiser-Meyer-Olkinde presentó un valor de 0.83. Con estos valores, se establecieron las dimensiones de (a) calidad de la información clínica, (b) trato del personal sanitario, (c) condiciones de iluminación, ambiente y ruido, y (d) tiempo de espera y valoración global del servicio. La pregunta de la valoración global del servicio se la considera como la satisfacción general del usuario, por lo que se lo consideró en el cuestionario como la pregunta para establecer el nivel de satisfacción.

Adicionalmente de la encuesta validada y original, se añade una pregunta para fines pertinentes a esta investigación la cual declara ¿Cómo puntuaría el protocolo de triaje recibido?, el objetivo de añadir esta pregunta es para que la calidad y satisfacción usuaria evaluadas en las preguntas anteriores pueda ser correlacionada con la satisfacción específica con respecto al servicio de triaje, de esta forma se obtienen dos valores numéricos que pueden ser correlacionados. El coeficiente de correlación de Pearson es el valor que permitirá identificar el grado

de asociación entre las variables. A continuación, se presenta la escala de fuerza de la relación:

Tabla 2
Grado de correlación

Valor	Grado de correlación
-0.90	Correlación negativa muy fuerte
-0.75	Correlación negativa considerable
-0.50	Correlación negativa media
-0.25	Correlación negativa débil
-0.10	Correlación negativa muy débil
0.00	No existe correlación alguna entre las variables
+0.10	Correlación positiva muy débil
+0.25	Correlación positiva débil
+0.50	Correlación positiva media
+0.75	Correlación positiva considerable
+1.00	Correlación positiva perfecta

Nota. Tomado de *Metodología de la investigación. 6a. Ed.*, por R. Hernández; C. Fernández; M. Baptista, 2014. México D.F: Pearson Educación.

En los apéndices se presenta el instrumento.

Población y Muestra

La muestra es considerada como un subconjunto que forma parte de una población, la muestra tiene como objetivo representar la realidad de la población, de esta forma se garantizan las conclusiones generadas a partir de la investigación. La población puede dividirse en diana y accesible; la primera es aquella a la que el investigador no tiene acceso por ser la población muy extensa, en tanto que a la segunda el investigador tiene acceso por tener una menor cantidad de unidades de análisis. En este tipo de poblaciones es donde se calcula el tamaño de la muestra y se delimitan los criterios de exclusión e inclusión (Ventura, 2017).

El tipo de muestreo puede ser probabilístico o no probabilístico; en este caso de investigación se procede al muestreo probabilístico, este a su vez puede ser simple, estratificado, conglomerado o sistemático (Ventura, 2017). En este proyecto de investigación se utiliza el muestreo probabilístico estratificado, debido a que el estudio se va a realizar en los tres hospitales.

La población del estudio se especificó en base a la cantidad de personas que acuden al área de emergencia de tres hospitales de la zona 8, los cuales son Hospital General Monte Sinaí, Hospital Universitario de Guayaquil y Hospital General Guasmo Sur. Cada uno de estos hospitales atiende en promedio 3 000 emergencias mensuales, dando un total de 9 000 casos en un mes, lo que se toma como población de este trabajo. A continuación, se presenta el cálculo de la muestra para población finita.

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

N – Población = 9 000

Z α – Valor de la tabla Z para un intervalo de confianza del 95% = 1.962

p – probabilidad de acierto = 50%

q – probabilidad de fracaso = 50%

d – error de la muestra = 5%

n – muestra = 369

Debido a que son tres hospitales los que son objeto de estudio se va a dividir la muestra para tres, dando un total de 123 encuestas por cada hospital. El criterio de inclusión es que sean personas que acuden al área de emergencia y reciban el protocolo de triaje, el criterio de exclusión es que sean menores de edad, mayores de 64 años o que tengan problemas mentales y no puedan responder adecuadamente las preguntas presentadas.

El protocolo de triaje se encuentra en todas las emergencias de los hospitales en referencia. Cabe destacar que, esta es un área de tránsito dentro del área de emergencia, en la cual al paciente se lo guía desde la primera barrera de contención que es el guardia, hasta sentarse con el médico, el cual le explica el

triaje de Manchester. Dentro del estudio, la encuesta fue explicada a los pacientes en el área de emergencia para que ellos entiendan y valoren la atención dentro del triaje.

Análisis de Resultados

Al inicio de la investigación de campo, se realizó un pilotaje a 30 personas para identificar que las preguntas sean comprendidas y no haya un mayor error muestral. A continuación, se presentan los resultados de toda la muestra por medio de pasteles estadísticos.

Edad

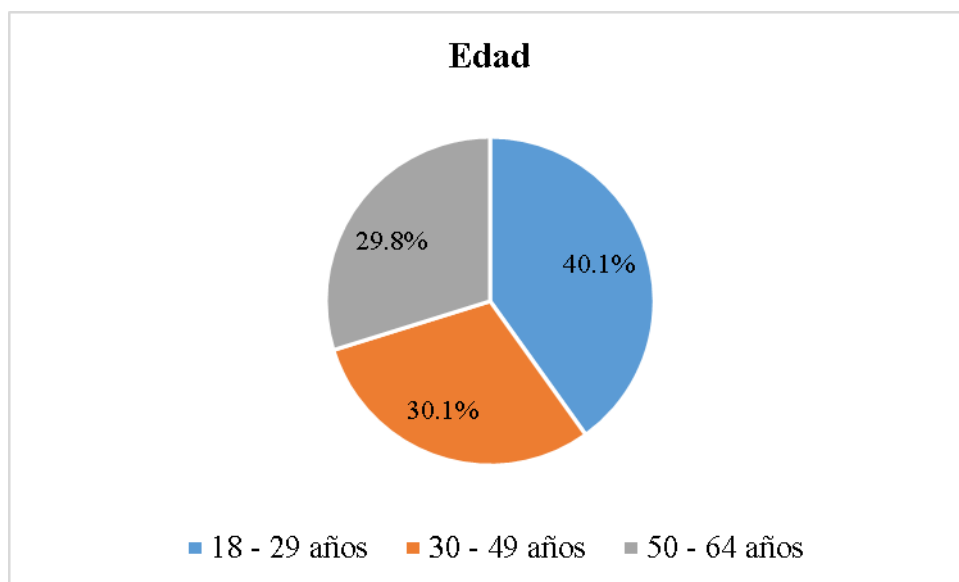


Figura 5. Edad. Tomado de encuestas.

La edad de los encuestados se concentró en la franja de 18 a 29 años con un total del 40.1%, seguido del rango de 30 a 49 años con el 30.1%. Se evidencia que, a mayor edad, las personas acuden menos a los servicios médicos brindados por el MSP.

Estado civil

En lo que concierne al estado civil, el 59.9% es casado o unido, seguido de los solteros con un 19.5% y los separados o divorciados con un 15.2%. Por tanto,

se evidencia que la mayor cantidad de personas cuenta con una pareja estable.

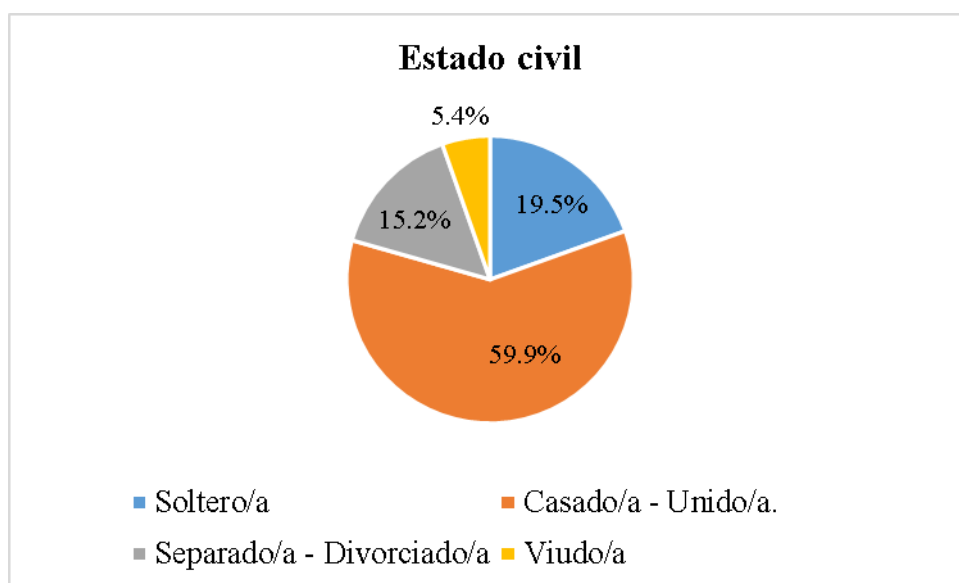


Figura 6. Estado civil. Tomado de encuestas.

Instrucción

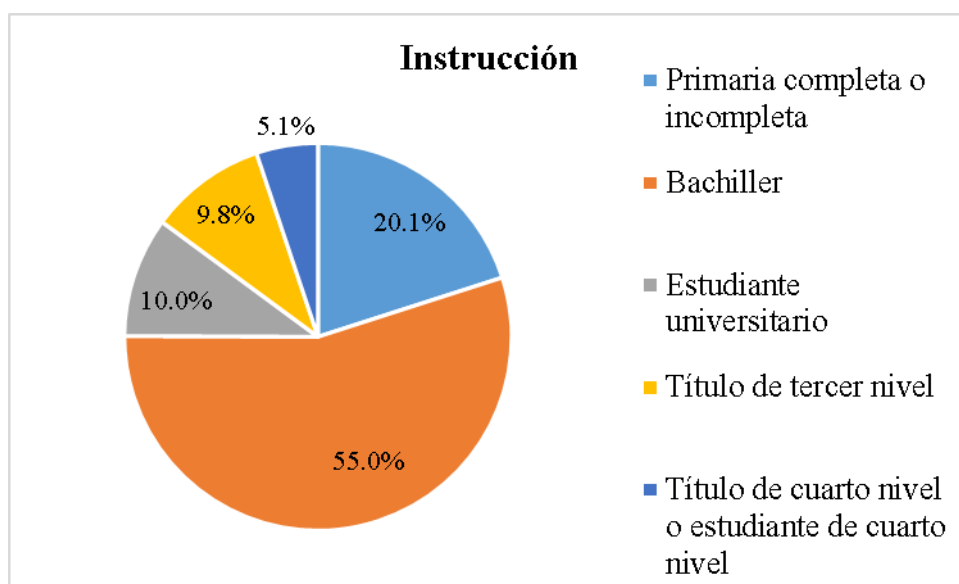


Figura 7. Instrucción. Tomado de encuestas.

La instrucción de los encuestados se concentró con el 55.0% en bachillerato terminado, seguido de la primaria completa o incompleta con el 20.1% y estudiante universitario con el 10.0%. Por tanto, se evidencia que no posee

mayores estudios universitarios o de cuarto nivel, sino que más bien las personas que acuden por los servicios, en su mayoría solo han culminado el bachillerato.

¿Cómo se autoidentifica?

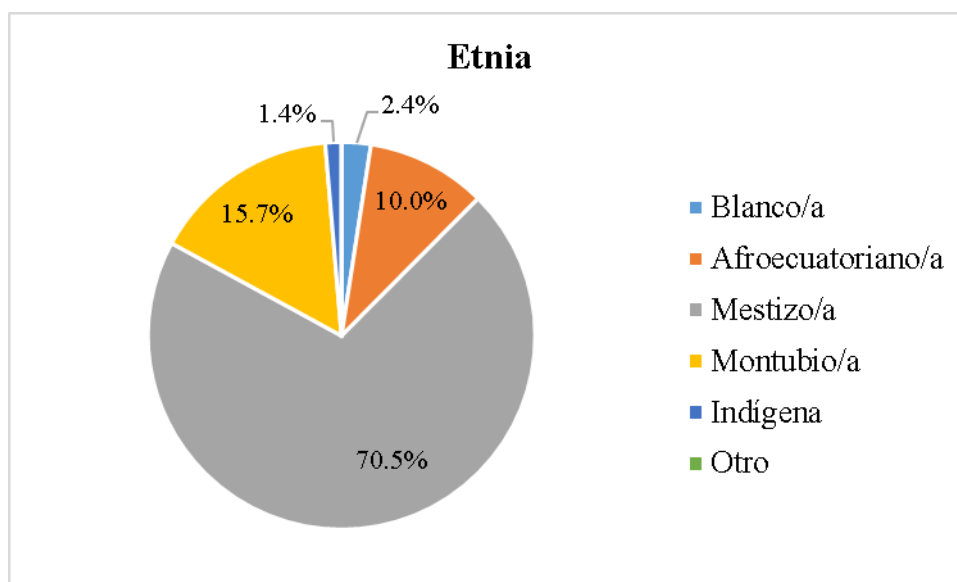


Figura 8. Etnia. Tomado de encuestas.

En lo que se refiere a la etnia, los encuestados afirmaron en su mayoría que es mestizo con un 70.5%, seguido de montubio con un 15.7% y afroecuatoriano con un 10.0%. Se evidencia que los blancos y los indígenas, son los que menos acuden al servicio brindado por los hospitales objeto de estudio.

1. ¿Cómo considera la información recibida por el personal administrativo?

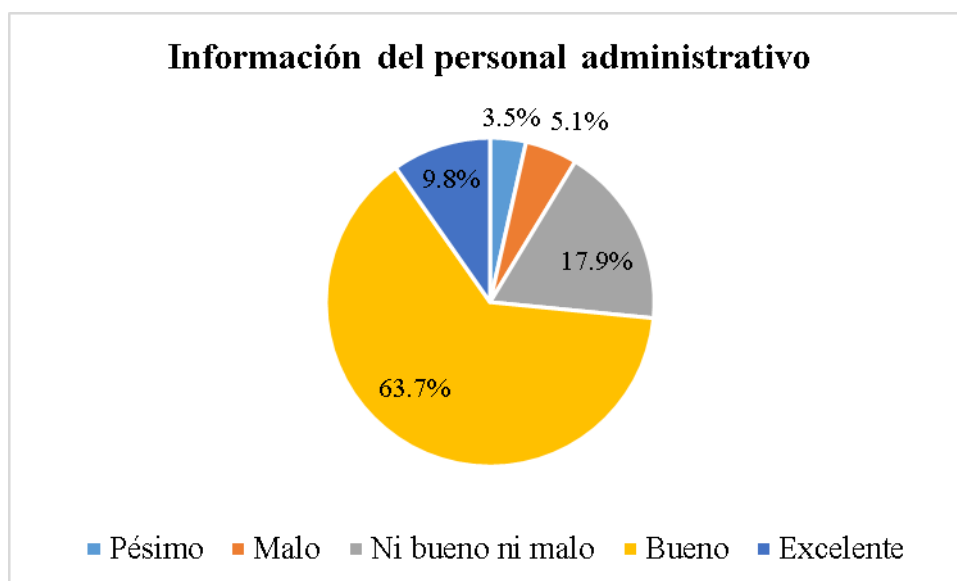


Figura 9. Información del personal administrativo. Tomado de encuestas.

Con respecto a cómo considera la información recibida por el personal administrativo, se obtuvo que el 63.7% lo considera bueno, seguido del 17.9% que lo consideró ni bueno ni malo y del 9.8% que estableció que era excelente. Se evidencia que el servicio no es deficiente; sin embargo, no alcanza altos niveles de calidad.

2. ¿Cómo considera la información recibida por el personal paramédico o tecnólogo?

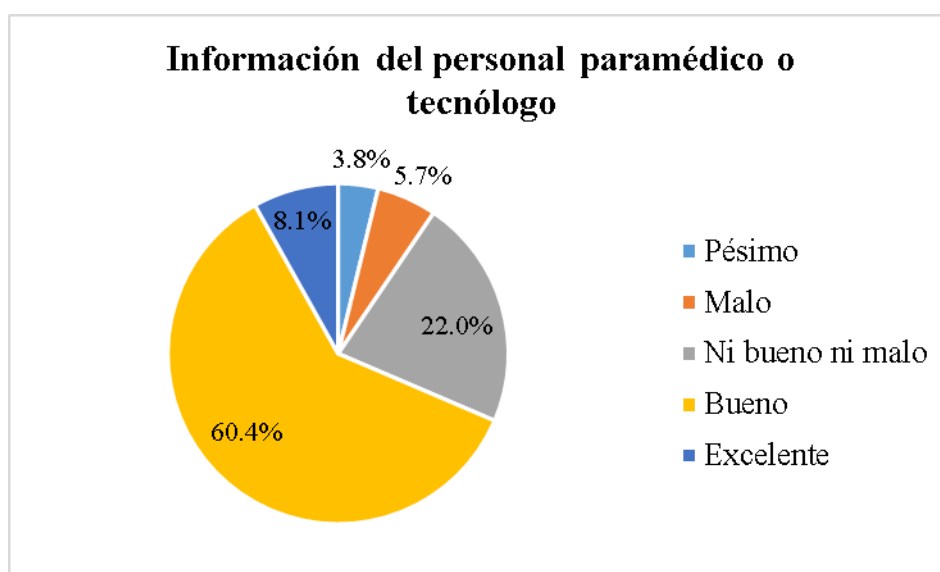


Figura 10. Información del personal paramédico o tecnólogo. Tomado de encuestas.

En relación a cómo considera la información recibida por el personal paramédico o tecnólogo se determinó que el 60.4% lo considera bueno, seguido del 22.0% que lo encasilla como ni bueno ni malo, mientras que el 8.1% lo estableció como excelente. Esta pregunta tuvo un comportamiento similar a la anterior.

3. ¿Cómo considera la información recibida por el personal médico?

En lo que se refiere a la información del personal médico, el 63.7% expresó que era bueno, el 17.9% ni bueno ni malo, mientras que el 9.8% señaló que era excelente. Por tanto, en todo lo que concierne a información de parte de los colaboradores se consideró como bueno, sin llegar a la excelencia como opinión mayoritaria.

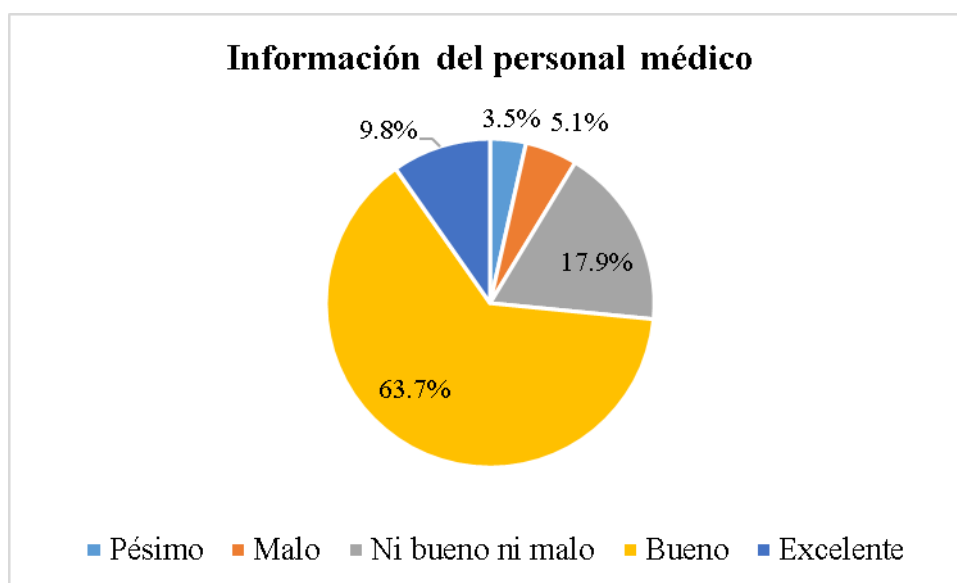


Figura 11. Información del personal médico. Tomado de encuestas.

4. ¿Cómo calificaría el trato recibido por el personal administrativo?

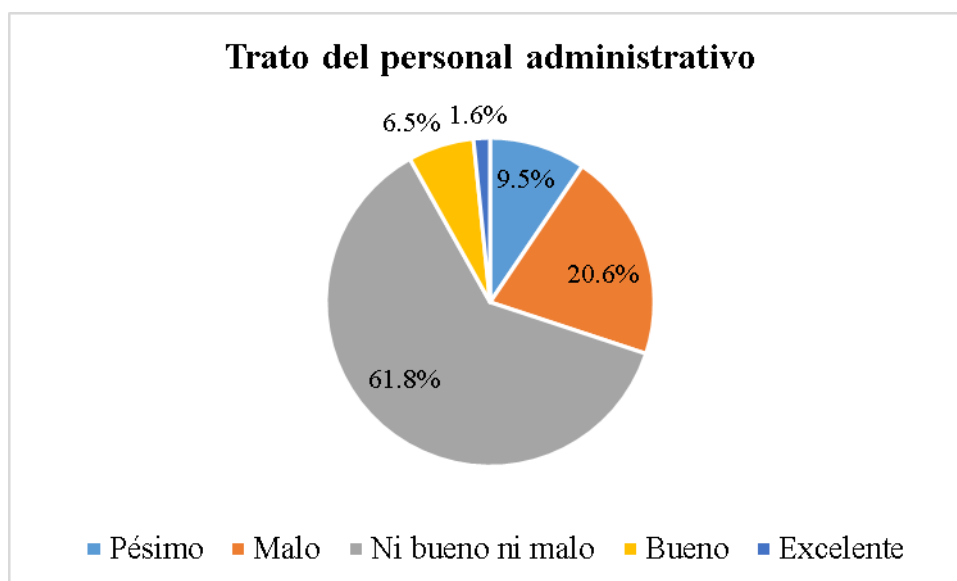


Figura 12. Trato del personal administrativo. Tomado de encuestas.

En lo que respecta al trato del personal administrativo, el 61.8% indicó que este era ni bueno ni malo, el 20.6% afirmó que este era malo, mientras que el 9.5% señaló que era pésimo. Los resultados reflejan que la mayoría de personas considera que el trato administrativo posee deficiencias que deben ser mejoradas para incrementar la calidad del servicio.

5. ¿Cómo calificaría el trato recibido por el personal paramédico o tecnólogo?

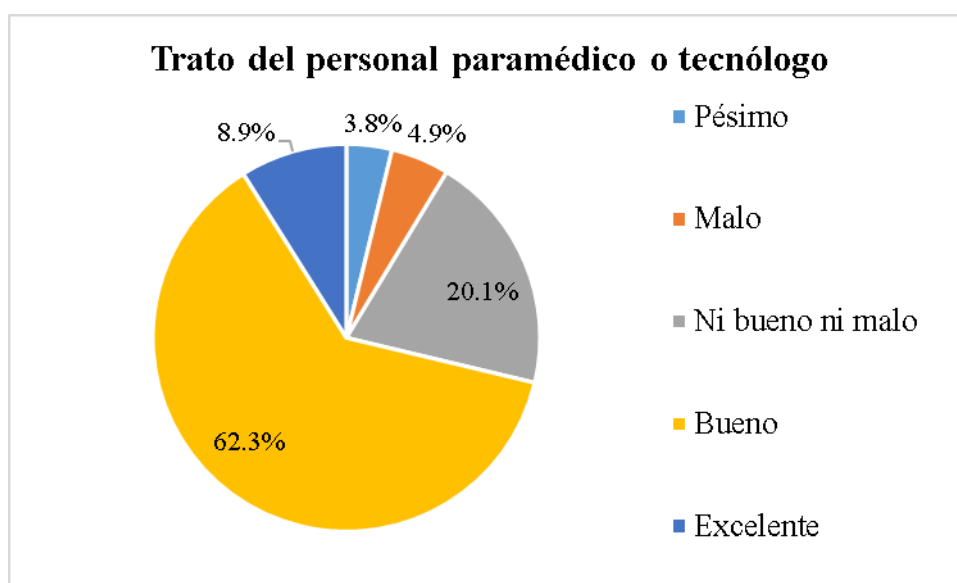


Figura 13. Trato del personal paramédico o tecnólogo. Tomado de encuestas.

En lo que se refiere al trato del personal paramédico o tecnólogo, los resultados permitieron apreciar que el 62.3% lo consideró como bueno, el 20.1% como ni bueno ni malo, mientras que el 8.9% como excelente. Por tanto, se refleja que este personal brinda un mejor servicio que el administrativo.

6. ¿Cómo calificaría el trato recibido por el personal médico?

El trato del personal médico fue valorado como bueno por el 62.1% de los encuestados, el 20.1% lo estableció como ni bueno ni malo, mientras que el 10.6% lo consideró como excelente. Por tanto, se refleja que no existen mayores problemas con el trato de este personal, a pesar que no llega a la excelencia como opinión mayoritaria.

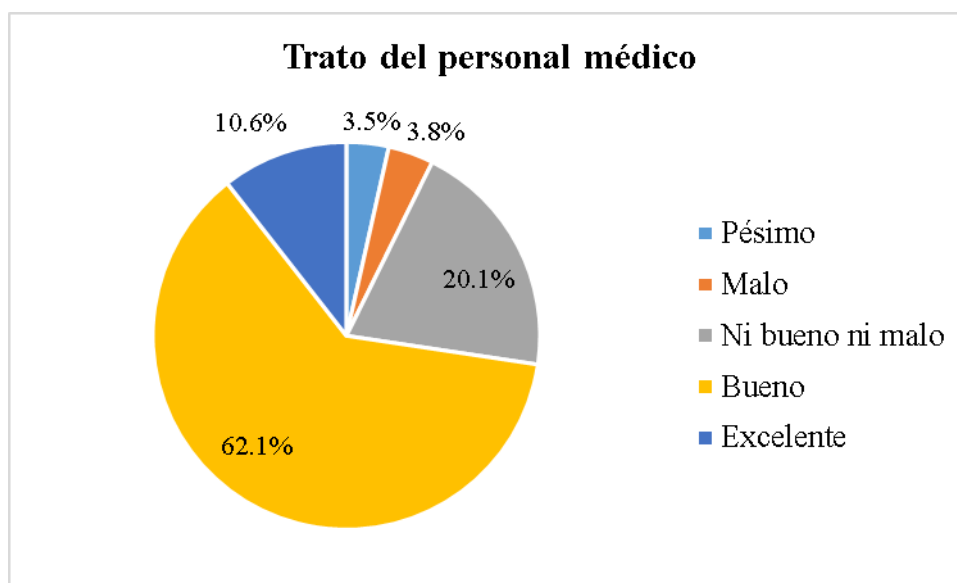


Figura 14. Trato del personal médico. Tomado de encuestas.

7. Su valoración de la limpieza de las instalaciones ha sido

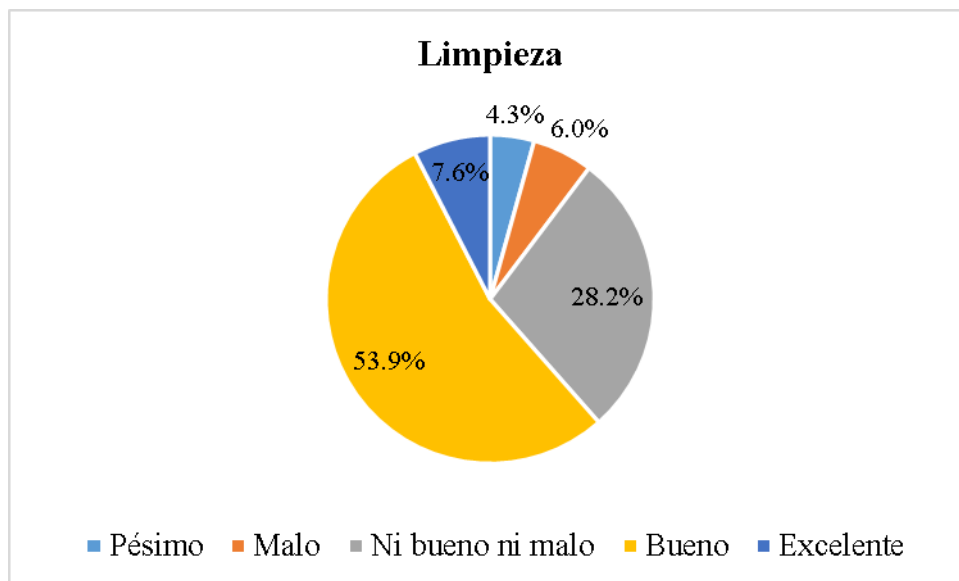


Figura 15. Limpieza. Tomado de encuestas.

En lo que concierne a la limpieza se verificó que el 53.9% la considera como buena, el 28.2% como ni buena ni mala, mientras que el 7.6% la estableció como excelente. Los resultados demuestran que no existen mayores problemas con respecto a la limpieza.

8. Su valoración de la temperatura ambiente de las instalaciones ha sido

En la pregunta que respecta a la valoración de la temperatura ambiente de las instalaciones, se mostró que el 55.8% lo considera como bueno, el 25.2% como ni bueno ni malo, mientras que el 9.5% como excelente. Por tanto, los resultados reflejan que no existen problemas con respecto a la temperatura.

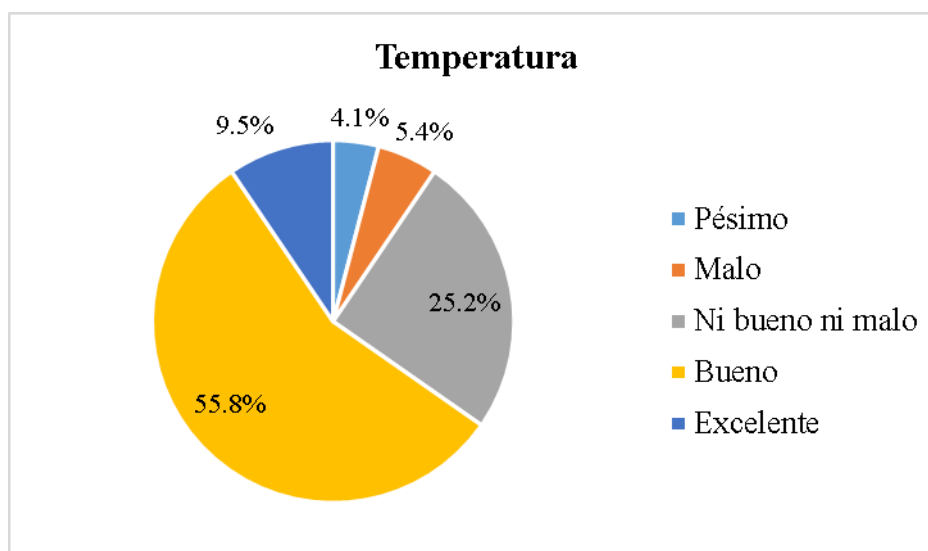


Figura 16. Temperatura. Tomado de encuestas.

9. Su valoración de la luz y condiciones ambientales (ruido) de las instalaciones ha sido

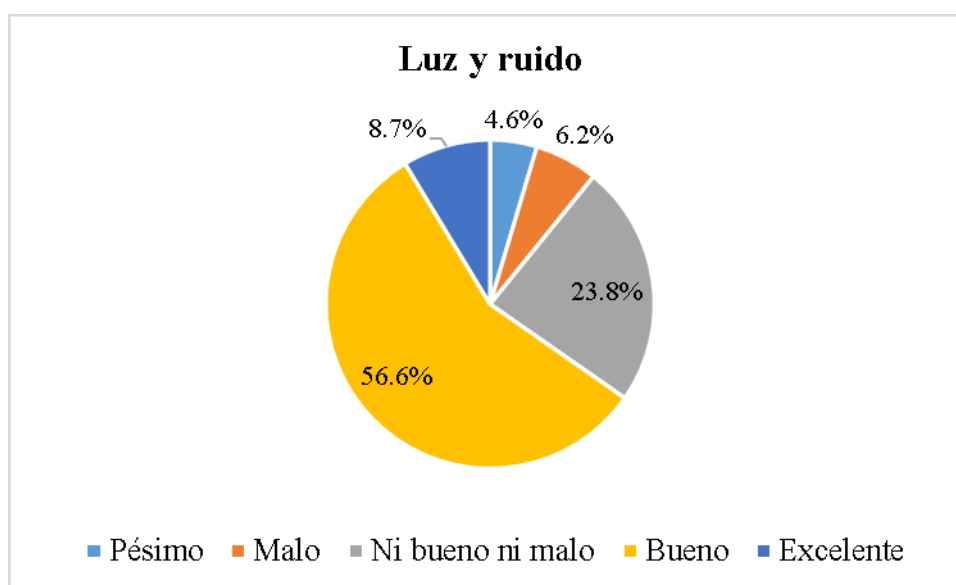


Figura 17. Luz y ruido. Tomado de encuestas.

En lo que se refiere a luz y ruido se pudo identificar que el 56.6% lo consideró como bueno, el 23.8% como ni bueno ni malo, mientras que el 8.7% como excelente. Por tanto, no se evidencian problemas con respecto a esta característica.

10. ¿Cómo considera el tiempo en ser atendido por el médico?

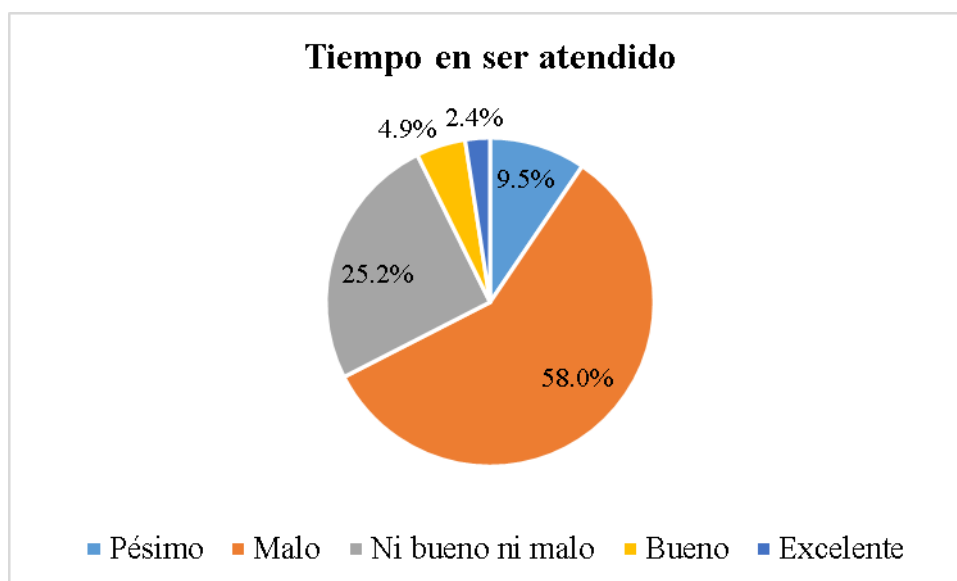


Figura 18. Tiempo en ser atendido. Tomado de encuestas.

En relación a cómo considera el tiempo en ser atendido por el médico, los encuestados afirmaron en un 58.0% que fue malo, seguido del 25.2% que consideró que fue ni bueno ni malo, mientras que el 9.5% estableció que era pésimo. Por tanto, los resultados demuestran que existen problemas con respecto a los tiempos de espera, situación que debe ser corregida para mejorar la calidad de los hospitales.

11. ¿Cómo puntuaría globalmente la atención recibida en el servicio de urgencias?

En lo que se refiere a la puntuación global de la atención recibida en el servicio de urgencias, se constató que el 63.4% lo consideró como ni bueno ni malo, para el 17.3% fue bueno, mientras que para el 7.9% fue excelente. Se puede observar que existe un alto porcentaje de personas que estableció el servicio como regular, es decir ni bueno ni malo, lo que obliga a los directivos a tomar acciones para que mejore esta puntuación.

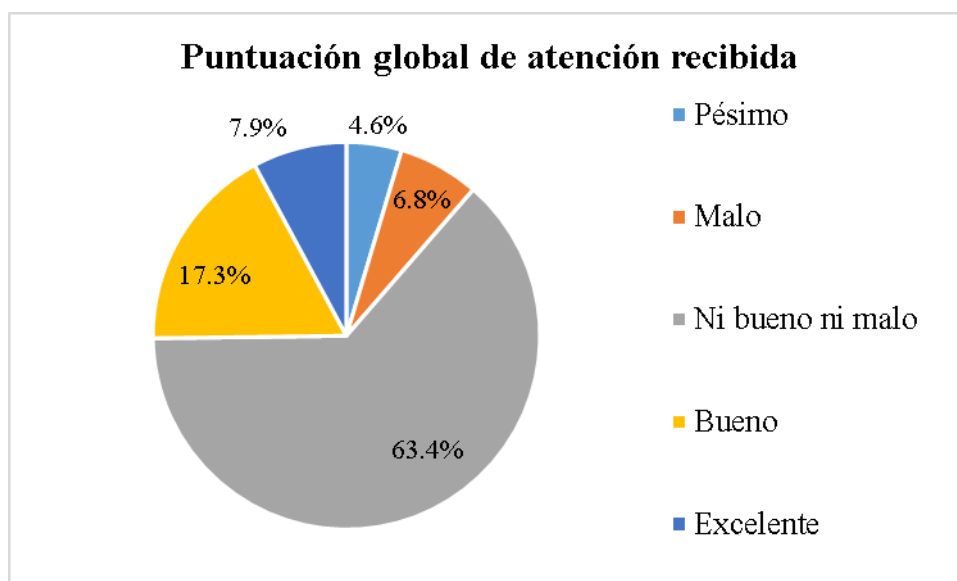


Figura 19. Puntuación global de atención recibida. Tomado de encuestas.

12. ¿Cómo puntuaría el protocolo de triaje recibido?

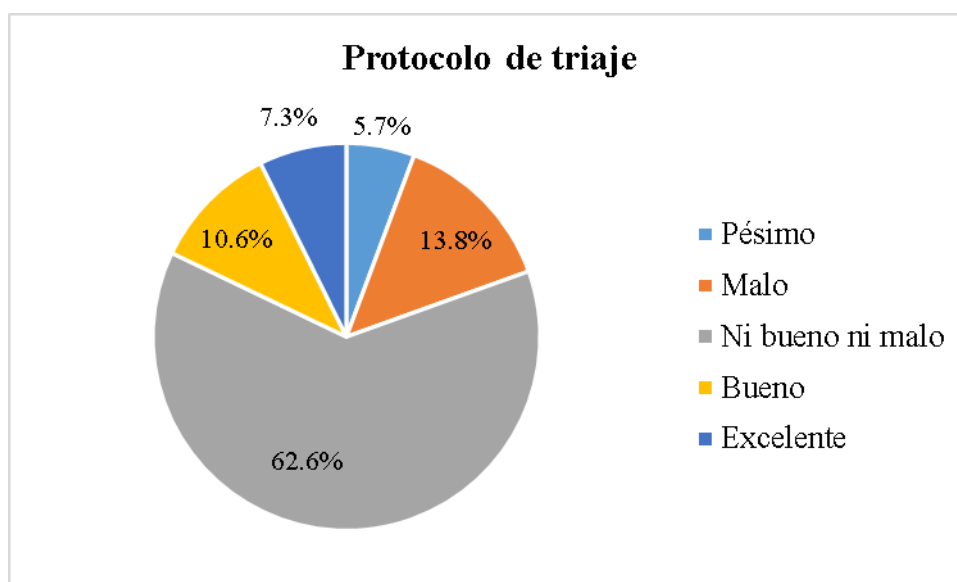


Figura 20. Protocolo de triaje recibido. Tomado de encuestas.

En lo que concierne al protocolo de triaje recibido, el 62.6% de las personas lo consideró como ni bueno ni malo, el 13.8% lo estableció como malo, mientras que el 10.6% señaló que es bueno. Por tanto, se evidencian deficiencias en el servicio de triaje que deben ser gestionadas para mejorar la calidad.

Análisis General de Resultados

En la encuesta realizada a una muestra de 369 personas que tenían como particularidad acudir a tres hospitales de la zona 8 se pudo establecer que en cuanto a la edad la gran mayoría estuvo entre 18 y 49 años, seguido del estado civil más representativo que fue el casado o unido, y soltero. Con respecto a la instrucción formal de los encuestados, el 75.1% estuvo entre primaria completa e incompleta y bachiller; entre tanto que, la etnia estuvo concentrada específicamente entre mestizos y montubios.

En relación a la dimensión calidad de información clínica se estableció que la información recibida por parte del personal administrativo fue satisfactoria, igual comportamiento que se pudo observar en la información recibida por el personal paramédico, tecnólogo y médico. Con respecto a la dimensión trato del personal sanitario se estableció que el trato recibido por el personal administrativo fue inadecuado en un 30.1%; mientras que el personal paramédico, tecnólogo y médico fue adecuado.

En referencia a la dimensión condiciones de iluminación, ambiente y ruido el 61.5% proporcionó una valoración óptima, en cuanto a la temperatura ambiente de las instalaciones la gran mayoría le brindó una puntuación adecuada, seguido de la valoración positiva en relación a la luz y condiciones ambientales como ruido en las instalaciones. Con respecto a la dimensión tiempo de espera los encuestados mencionaron en su gran mayoría que el tiempo transcurrido hasta que son atendidos por el medico es insatisfactorio.

En la dimensión sobre la satisfacción los encuestados establecieron con respecto a la valoración global de la atención recibida del servicio de urgencia una calificación neutra con el 63.4%, donde mencionaron que el servicio no es bueno

ni malo; mientras que con respecto al protocolo de triaje recibido, los encuestados mencionaron de igual forma una calificación neutra. En la tabla 3, se muestran los promedios de las dimensiones estudiadas.

Con respecto a la dimensión de calidad de la información clínica se obtuvo un promedio de 3.68, lo cual supera el valor medio de tres, considerándose que es positiva esta dimensión; cabe destacar que esta dimensión presentó la mejor calificación de todas las dimensiones a pesar de que no alcanzó un valor cercano al máximo que es cinco y que denota excelencia en el servicio.

Tabla 3
Promedio de dimensiones

Dimensiones	Promedios
Calidad de la información clínica	3.68
Trato del personal sanitario	3.37
Condiciones de iluminación, ambiente y ruido	3.53
Tiempo de espera	2.33
Variable Calidad	3.23
Variable Satisfacción	3.09

La segunda dimensión fue el trato del personal sanitario que mostró un valor de 3.37, denotándose problemas en el trato del personal administrativo. Las demás dimensiones no tuvieron calificaciones cercanas a cinco, por lo que se debe trabajar en este aspecto.

Con respecto a las condiciones de iluminación, ambiente y ruido, se reflejó una calificación de 3.53, que es superior al valor medio de tres, lo que muestra que no existen mayores problemas al respecto; sin embargo, tampoco es un valor

cercano a la excelencia que es cinco, por lo que se considera como regular este aspecto.

La dimensión tiempo de espera obtuvo un valor de 2.33, muy por debajo del valor medio de tres; esto refleja que existen problemas en cuanto a los tiempos de espera, lo que puede deberse a deficiencias en el protocolo de triaje, ya sea por falta de información hacia el usuario o por demoras propias del personal. Debido a esto, se considera que se debe trabajar en el protocolo de triaje para que la percepción del tiempo de espera mejore.

La variable calidad presentó un porcentaje global de 3.23 que está ligeramente por encima del valor medio tres, por lo que se considera que esta es regular y que se deben trabajar en algunos aspectos como el trato del personal administrativo y los tiempos de espera.

La variable satisfacción, en cambio, mostró un promedio de 3.09, lo que fue menor a la calidad. Esto demuestra una satisfacción neutra con respecto al servicio en general y al protocolo de triaje aplicado; por esta razón se considera necesario trabajar en este aspecto dentro de la propuesta.

Las pruebas de fiabilidad mediante el alfa de Cronbach mostraron un valor de 0.942 para el cuestionario de calidad y de 0.950 para satisfacción. Debido a que son valores cercanos a 1, se considera que los instrumentos son fiables estadísticamente por lo que los resultados son concluyentes. En la tabla 4 y 5, se presentan los resultados de estas pruebas.

En lo que respecta a las correlaciones de cada una de las dimensiones con la variable satisfacción, se encontró que la dimensión calidad de la información clínica tuvo un coeficiente de correlación de Pearson de 0.729 (ver tabla 6), lo que

se considera positivo y moderado, demostrando que la satisfacción responde a la calidad de la información clínica brindada.

Tabla 4
Alfa de Cronbach Calidad

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	369	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	369	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,942	10

Tomado del programa informático SPSS 25.

Tabla 5
Alfa de Cronbach Satisfacción

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	369	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	369	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,950	2

Tomado del programa informático SPSS 25.

Tabla 6
Correlación dimensión calidad de la información clínica - satisfacción

		Dimensión Calidad de la información clínica	Satisfacción
Dimensión Calidad de la información clínica	Correlación de Pearson	1	,729**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	369	369
Satisfacción	Correlación de Pearson	,729**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	369	369

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Tomado del programa informático SPSS 25.

La correlación entre la dimensión de trato del personal sanitario con la satisfacción mostró un valor de 0.529 (ver tabla 7), lo cual se considera positivo y moderado. Esta dimensión fue la que menor valor obtuvo del coeficiente; sin embargo, se considera que sí está correlacionado, aunque en menor intensidad. Por tanto, si se desea mejorar la satisfacción, también se debe trabajar en el trato del personal, especialmente del personal administrativo que fue quien presentó el menor valor dentro de las preguntas de la dimensión.

Tabla 7
Correlación dimensión trato del personal sanitario - satisfacción

		Dimensión Trato del personal sanitario	Satisfacción
Dimensión Trato del personal sanitario	Correlación de Pearson	1	,529**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	369	369
Satisfacción	Correlación de Pearson	,529**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	369	369

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Tomado del programa informático SPSS 25.

Tabla 8
Correlación dimensión condiciones de iluminación, ambiente y ruido - satisfacción

		Dimensión Condiciones de iluminación, ambiente y ruido	Satisfacción
Dimensión Condiciones de iluminación, ambiente y ruido	Correlación de Pearson	1	,593**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	369	369
Satisfacción	Correlación de Pearson	,593**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	369	369

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Tomado del programa informático SPSS 25.

La correlación entre la dimensión de condiciones de iluminación, ambiente y ruido con la satisfacción mostró un valor de 0.593 (ver tabla 8), lo que denota una correlación positiva moderada. Este coeficiente presentó un valor ligeramente superior a la dimensión de trato, por lo que a pesar de estar relacionadas tienen una menor influencia sobre la satisfacción.

Tabla 9
Correlación dimensión tiempo de espera - satisfacción

		Dimensión Tiempo de espera	Satisfacción
Dimensión Tiempo de espera	Correlación de Pearson	1	,749**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	369	369
Satisfacción	Correlación de Pearson	,749**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	369	369

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Tomado del programa informático SPSS 25.

Tabla 10
Correlación calidad - satisfacción

		Calidad	Satisfacción
Calidad	Correlación de Pearson	1	,818**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	369	369
Satisfacción	Correlación de Pearson	,818**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	369	369

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Tomado del programa informático SPSS 25.

La dimensión de tiempo de espera fue la más correlacionada con la satisfacción, mostrando un valor de 0.749 (ver tabla 9), que se considera positivo y moderado fuerte. Este resultado refleja que la satisfacción viene mayormente influenciada por los tiempos de espera que deben afrontar los usuarios del área de emergencia; por esta razón, se considera que se deben tomar medidas con respecto al servicio de triaje, ya que se puede deber a desconocimiento o saturación de los servicios.

La hipótesis del presente trabajo de investigación señala que la calidad del servicio influye de forma positiva en la satisfacción del protocolo de triaje hospitalario para los usuarios auto-referidos en el área de emergencia de tres hospitales de la zona 8. Esto se comprobó por medio del coeficiente de correlación de Pearson, entre ambas variables de estudio. Este brindó un valor de 0.818 con una significancia menor a 0.05 (ver tabla 10), lo cual comprueba que la satisfacción del protocolo de triaje hospitalario viene influenciada por la calidad del servicio. A continuación, se presenta la propuesta del presente trabajo de investigación.

Capítulo 4

Propuesta

En este capítulo se entablará todo lo concerniente a las acciones o estrategias necesarias que permitan de alguna forma mejorar la calidad del servicio, esto se hará en base a los problemas que se detectaron en la evaluación de la calidad y satisfacción del protocolo de triaje hospitalario. La propuesta estará conformada por el objetivo, los beneficiarios, las actividades, el presupuesto, el cronograma de actividades y la evaluación de la propuesta.

Objetivos

General

Establecer estrategias que permitan mejorar la calidad del servicio y la satisfacción del protocolo de triaje hospitalario de los usuarios auto-referidos en el área de emergencia de tres hospitales de referencia de la zona 8.

Específicos

- Efectuar capacitaciones al personal de emergencia sobre el proceso de clasificación de paciente mediante el triaje y procesos esenciales en casos de emergencias puntuales.
- Diseñar un área de triaje telefónico con el fin de reducir la demanda de servicios de atención en el área de emergencia de los tres hospitales de la zona 8.
- Crear un comité de mejora de la calidad del servicio de atención en el área de emergencia de los tres hospitales de la zona 8.

Actividades

Triaje telefónico

El triaje se ha vuelto un protocolo indispensable para el área de emergencia

de los hospitales, es por eso que este proceso debe llevarse a cabo de forma adecuada a fin de poder brindar atención inmediata a los pacientes que llegan a dicha área con problemas graves de salud o lesiones que requieran una intervención óptima y rápida. Es por ese motivo que se plantea la creación de un sistema de triaje mediante vía telefónica, el cual se lleve a cabo mediante una línea exclusiva para este servicio donde los usuarios se contacten y puedan ser evaluados por un médico, donde según sus síntomas pueda recetar y dar indicaciones específicas que le permitan mejorar su salud, en caso de requerir hacer una evaluación más exhaustiva se direccionará a uno de los hospitales de la zona 8 para que se realice los estudios necesarios para completar su diagnóstico.

Para llevar a cabo la propuesta se requiere de la contratación de dos médicos generales para que operen el servicio de call center con un salario cada uno de \$2034.00 que laborarán en un horario de 8:00am a 17:00pm, la adquisición de dos líneas de teléfono, dos teléfonos, dos computadoras, dos escritorios y sillas. El plan de línea telefónica para el servicio se contratará con la empresa Consorcio Ecuatoriano de Telecomunicaciones Concel S.A. que brinda entre sus servicios identificador de llamadas, la agrupación PBX que permite agrupar dos o más líneas en un mismo número y la opción de transferencia, además de incluir 200 minutos para llamadas a todas las operadoras fijas y celulares Claro. El precio de inscripción es de \$90 incluido el Impuesto al Valor Agregado (IVA) y se cancela de manera mensual \$11.20 (Consorcio Ecuatoriano de Telecomunicaciones Concel S.A., 2020).

Se adecuará un consultorio en uno de los hospitales de la zona 8 para que sirva como call center de triaje, este consultorio tendrá dos escritorios los mismos que tienen un costo de \$99 cada uno y las sillas giratorias con apoya brazos a \$53

cada una, las cuales se encontraron en la página de Mercado Libre. Para que los médicos puedan visualizar la historia clínica de los usuarios o pacientes requieren de un computador que se le adecúe los programas y sistemas necesarios que utiliza el MSP. El costo de las computadoras es de \$595 cada una con una capacidad de 1 TB y 4 GB de RAM, el modelo es de 9na generación y sistema operativo Windows 10. Para contestar las llamadas se adquirirá dos teléfonos fijos con pantalla gráfica, que permite el uso de audífonos, con funciones como transferencia, altavoz, volumen, radiolocalización, mensaje, grabar, entre otras; este teléfono tiene un precio de \$42 cada uno.

El responsable de poner en marcha la implementación del triaje telefónico será el jefe del área de emergencia, ya que debe constatar que el área donde se hará el proceso de triaje telefónico cuenta con todas las herramientas y equipos necesarios, para que los médicos puedan evaluar y registrar las atenciones mediante la vía telefónica; de esta manera se mantendrá un registro de todos los procedimientos que se indican mediante la llamada y en caso de tener el paciente algún síntoma adicional se pueda dar un tratamiento más especializado a su caso, el costo total de esta propuesta será de \$11 247.60, el mismo que se puede revisar de manera más detallada en la tabla 11.

Cabe mencionar que el área de emergencias implica de gran demanda; por ende, el triaje telefónico se ha determinado como una herramienta que va a permitir complementar el sistema de gestión de emergencias. Bajo este modelo de triaje se tiene como propósito regular dicha demanda a través de una base clasificatoria de prioridades, donde se tomarán en cuenta aspectos como el tipo de problema, motivo de la consulta, disposición de recursos y la respuesta del actor intermedio o el actor final, en este caso hace referencia al empleo de la

ambulancia para finalmente ser trasladado a un centro hospitalario, tal como se muestra en la siguiente figura.

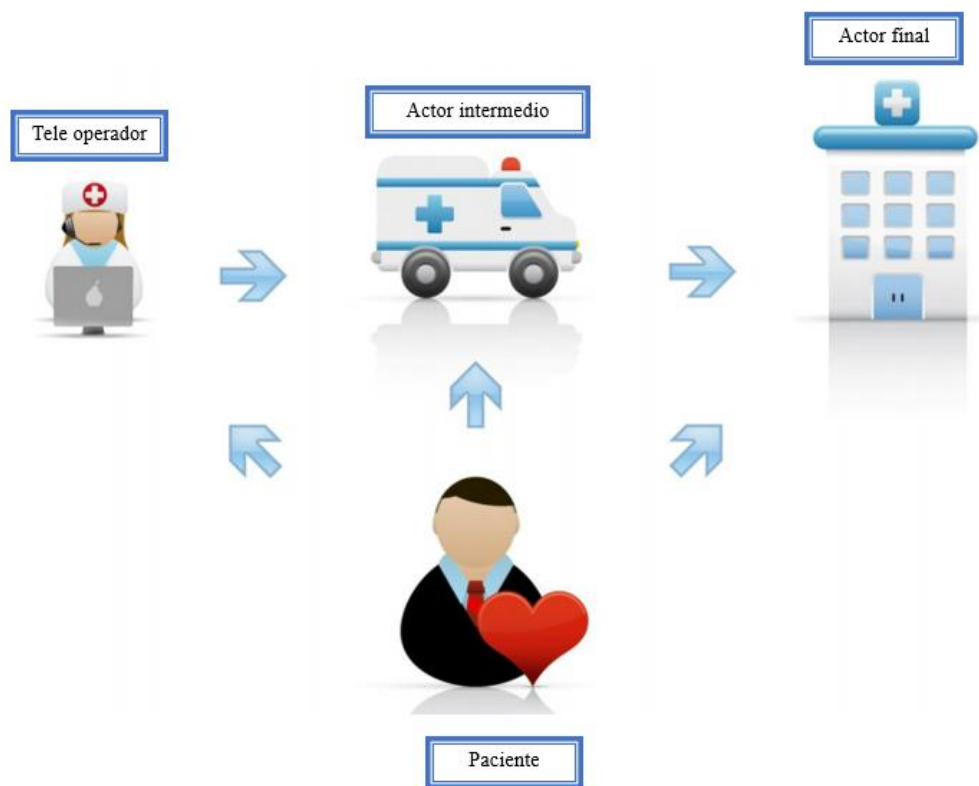


Figura 21. Triaje telefónico

La implementación de un triaje telefónico genera un conjunto de ventajas que favorece en gran proporción al paciente y al área de emergencias. Primero, se reduce la frecuencia de usuarios en dicha área, debido a los consejos y explicaciones transmitidos por el médico a través de la línea telefónica, lo cual incide a su vez en la atención rápida del paciente. Por otra parte, la derivación de los individuos se realiza con mayor efectividad, debido que, de acuerdo a su nivel de gravedad será transportado a los centros hospitalarios más adecuados. En caso de que la salud del paciente supone un riesgo de muerte, la identificación del problema permite conocer qué aspectos se deben desarrollar antes de que el

mismo llegue al hospital, factor que optimiza tiempo y permite otorgar un proceso sanitario eficaz.

Esta estrategia requiere de otras actividades esenciales que permitan informar a los usuarios acerca del nuevo servicio por medio de llamada telefónica, para lo cual se ideó una estrategia promocional del servicio.

Promoción de triaje telefónico



Figura 22. Promoción para Facebook

Con el propósito de dar a conocer el nuevo servicio de triaje mediante línea telefónica se consideró de gran importancia el establecer una estrategia de marketing, para lo cual se ha tomado de referencia el uso de volantes que serían entregados a todos los usuarios que acudan a los tres hospitales de la zona 8. Se dispondrá del uso de las redes sociales, específicamente la aplicación de

Facebook, debido a que estas instituciones disponen de una cuenta en dicha aplicación; esto permite que se comunique a todos los usuarios que siguen su perfil y se informe de los números específicos para este servicio. La publicidad mediante las cuentas de Facebook de los tres hospitales de la zona 8 no generará costo, ya que serán subidos como estados para que los usuarios puedan apreciarlo.



Figura 23. Flyer informativo

Una forma de dar a conocer un nuevo medio para atención de salud para los

hospitales son los flyers, ya que estos son fáciles de entregar y llaman la atención por sus colores. Los flyers se entregarán en el área de emergencia de los tres hospitales de la zona 8 a todos los pacientes que acudan a ser evaluados para admisión a emergencia mediante el protocolo de triaje de Manchester. Se consideró para esto que la impresión de esta información sea en papel couche 115 gramos con dimensiones de 14.8cm*10.5cm, cuyo costo por los 1 000 flyers será de \$25.

Otro de los medios que se han planteado para dar a conocer el nuevo servicio de triaje telefónico es a través de cuñas radiales, en este caso se tomó de referencia el servicio de la Radio La Tuya 104.5 que requiere de una inversión mensual de \$2 400, este servicio se hará en el horario de lunes a viernes de 12:00pm a 13:25pm, el servicio incluye tres cuñas de 30", dos menciones de 30" en vivo y la despedida.

Proceso de atención en triaje telefónico

El proceso de triaje telefónico se basará en brindar atención a los dos últimos niveles de prioridad y se encargará de derivar al hospital más cercano a los pacientes que requieren de una mayor evaluación, este proceso se desarrolló de acuerdo al listado de condiciones de salud que existen para estos niveles conocidos por sus colores que son el verde y azul donde los pacientes no presentan compromiso de sus funciones vitales, ni de riesgos de complicación, donde se va a tratar mediante llamada los síntomas que presenten y se enviará por medio de correo la respectiva receta médica con sus indicaciones. Esta información se informará al personal previo al inicio de sus funciones, estará encargado el jefe de emergencia de socializarlo con los futuros profesionales destinados a esta área.

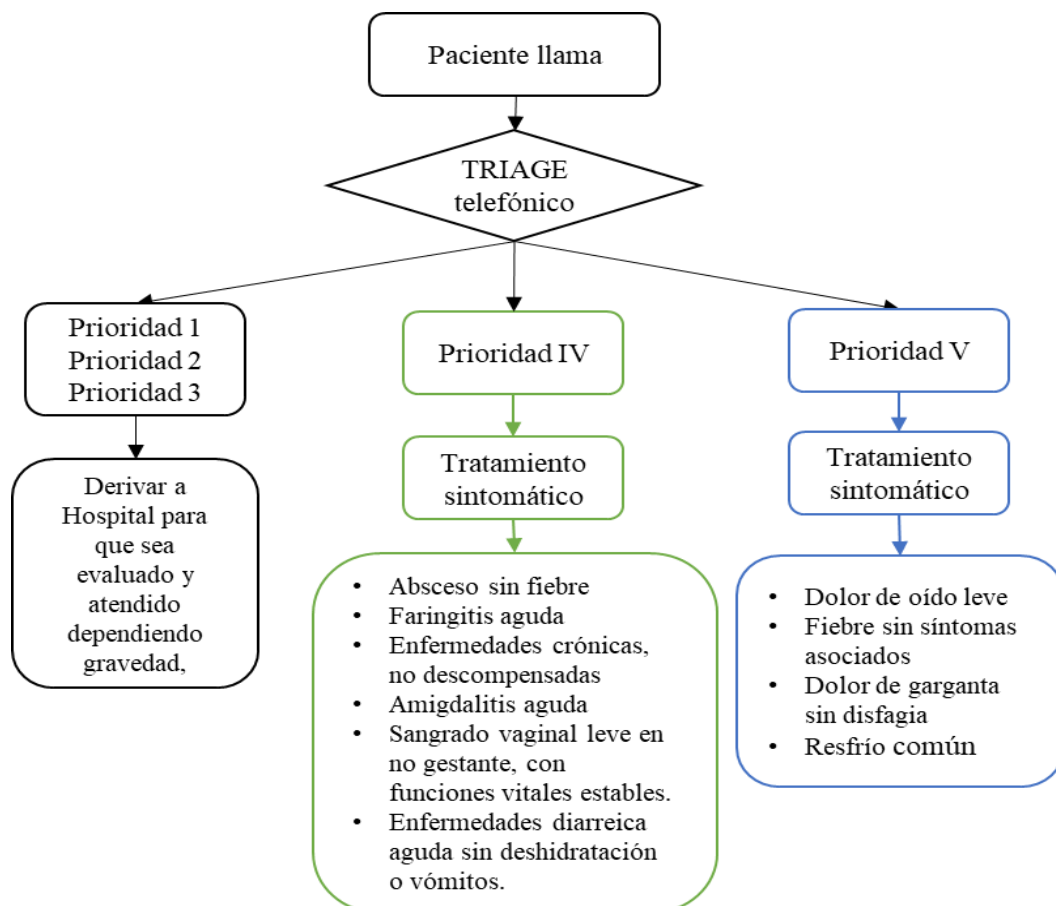


Figura 24. Proceso de atención triaje telefónico

Capacitación al personal de emergencia

Para que exista una mayor agilidad en el área de emergencias, es indispensable que el personal encargado de clasificar los pacientes a través del triaje esté debidamente capacitado; de esta manera se logrará optimizar la atención y se reducirá tiempo de espera para ser evaluado y catalogado para la atención. Dicha capacitación tendrá temas de importancia como la identificación de las prioridades para la clasificación del paciente, abordando los cinco colores que son el rojo, naranja, amarillo, verde y azul.

Adicional se les impartirá conocimiento acerca de los procesos que deben llevar a cabo para la clasificación, cómo intervenir cuando un paciente llega con problemas de obstrucción de vía aérea, la reanimación cardiopulmonar, cómo tratar las emergencias cardiovasculares, los choques, crisis hipertensivas y

asmáticas, así como las emergencias por traumas, heridas y partos de emergencias. Cada una de las distintas emergencias pueden darse cuando menos se lo esperan, por lo que es necesario que conozcan los procesos estandarizados que manejan las distintas instituciones que pertenecen al MSP.

Esta propuesta dispondrá como responsable al jefe de recursos humanos de cada hospital, para esto se seleccionará a uno de los profesionales con experiencia que laboran en dichas instituciones respectivamente para que imparta la capacitación, la misma que se hará en horario de la mañana en el mes de octubre del 2020 y que tendrá una duración de una hora, al emplear como capacitadores al mismo personal de los hospitales, este programa de capacitación está basado un proceso de autogestión por lo cual no va a generar costos. Los trabajadores serán informados con anticipación sobre la fecha que les toca asistir a capacitarse, se hará uso de material digital por medio del uso del programa Microsoft Power Point y al finalizar se hará una dinámica en pareja sobre casos de emergencia, con lo cual se dará por terminado el aprendizaje. La actividad no requiere de presupuesto, debido a que el capacitador será uno de los médicos con experiencia en el tema, además que será impartido dentro de las instalaciones del hospital concluyendo con un taller que es participativo.

Tabla 11.

Cronograma de capacitaciones al personal de emergencia

Capacitación al personal de emergencia						
Temas	Octubre					
	2	9	16	23	30	31
Clasificación del paciente bajo la identificación de prioridades	■					
Procesos para clasificar al paciente		■				
Intervención del paciente en problemas de salud			■			
Proceso empleado en emergencias cardiovasculares				■		
Proceso empleado en emergencias por traumas, heridas y urgencia en partos					■	
Taller participativo relacionado con los temas de capacitación						■

Cabe destacar que no se incluye una tabla de costos, debido a que estas capacitaciones las realizará el mismo personal.

Algoritmo de triaje del MSP

El algoritmo de triaje es un aspecto que se debe tener en cuenta en todo momento por parte del personal que trabaja en el área de triaje, el cual se basa en cinco niveles de prioridad, los cuales se diferencian por el color de cada uno de ellos, siendo el primer nivel de color rojo con un tiempo de espera de cero minutos, el segundo nivel el color naranja con 10 minutos, el tercer nivel es de color amarillo con un tiempo de espera de una hora, el cuarto nivel es color verde con un tiempo de espera de 120 minutos y el quinto nivel de color azul con una derivación a consulta externa.

El algoritmo se puede apreciar en la siguiente imagen que contiene los cuatro niveles iniciales con sus respectivos colores.

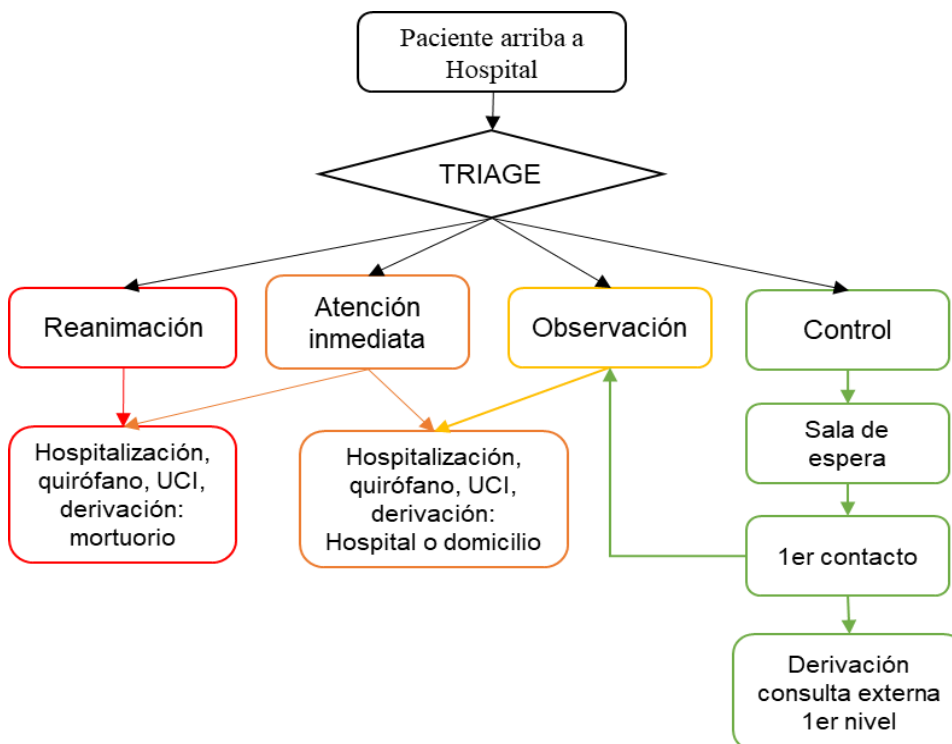


Figura 25. Algoritmo de trabajo en triaje. Adaptado de *Sistema de triaje de Manchester en emergencia Hospital General de Chone*; por el Ministerio de Salud Pública, (2015).

Creación de comité o grupo de trabajo

Como se ha visualizado en el desarrollo de la investigación, el proceso de triaje es un rol de enfermería; sin embargo, es indispensable el desarrollo de una comisión que valore las actividades de triaje, esto con la finalidad de que dicho procedimiento se ejecute con mayor eficiencia y eficacia. A pesar de que se ha planteado el desarrollo de un triaje telefónico, es importante la creación de un comité o grupo de trabajo que tenga como finalidad definir los protocolos de atención sanitaria con el propósito de otorgar un servicio de atención de calidad; factor que se ha considerado conveniente, generando un beneficio no solo para los pacientes que acuden a las áreas de emergencia, sino también para el profesional y la comunidad en general. Cabe destacar que, los comités deben ser considerados una parte esencial en los centros hospitalarios, puesto que, a través de este esquema se logra mejorar la gestión de calidad de los servicios sanitarios.

Este comité lo conforman los jefes de área de emergencia de los tres hospitales objeto de estudio, quienes deben reportar a los directores de dichos hospitales, entre sus obligaciones se encuentran coordinar los procesos de triaje telefónico que está enfocado en mejorar el desarrollo de los servicios de atención médica en el área de emergencia de los tres hospitales de la zona 8. Sus funciones específicas serán: contribuir a la mejora de la calidad del servicio, clasificar los problemas localizados en el área de urgencias, definir estrategias para dar solución a dichos problemas estableciendo un control y seguimiento a dichas acciones. Finalmente, se encuentra la fomentación de mecanismos para implantar un diagnóstico integral que ayuda en la toma de decisiones, las mismas que estarán dirigidas a mejorar la organización en los servicios de emergencia.

En este ámbito se ha desarrollado un pequeño esquema de los protocolos de atención sanitaria que podría establecer el comité o grupo de trabajo en las actividades de triaje. Dicho protocolo consiste en seis pasos, donde inicialmente se valora al paciente, se demanda información respecto a síntomas o antecedentes clínicos que permitan una valoración mucho más acertada para que posteriormente sea clasificado de acuerdo a los síntomas que presenten; en este punto, de acuerdo al nivel de gravedad la persona estará asignada en cualquiera de los cinco criterios empleados en el triaje. Una vez realizado este proceso, se valora nuevamente al paciente para otorgar un servicio de atención, se ingresan los datos al sistema de la Historia Clínica y por último, el personal de triaje deberá informar a las personas o familiares que acompañen al paciente el servicio que recibirá, esto con la finalidad de instaurar un nivel de comunicación preservante (ver figura 26).

Presupuesto

Para poder implementar el servicio de triaje telefónico se requiere de mobiliario, equipos de cómputo y oficina, además de todos los materiales y servicios que se contraten para promocionar este servicio. El presupuesto que se necesita para que funcione la propuesta es de un total de \$11 247.60.

Tabla 12
Presupuesto de la propuesta

Cantidad	Descripción	Precio	Total
3	Escritorios	\$ 99,00	\$ 297,00
3	Sillas	\$ 53,00	\$ 159,00
3	Computadoras de escritorio	\$ 595,00	\$ 1.785,00
3	Plan fijo comercial	\$ 11,20	\$ 33,60
3	Inscripción de líneas telefónicas	\$ 90,00	\$ 270,00
3	Teléfonos	\$ 42,00	\$ 126,00
3	Médicos generales	\$ 2.034,00	\$ 6.102,00
1	Cuña radial	\$ 2.400,00	\$ 2.400,00
3	Flyers informativos	\$ 25,00	\$ 75,00
Total			\$ 11.247,60

Calendario de Actividades

Las distintas actividades que se deben realizar para que la propuesta se ponga en marcha son nueve acciones con sus respectivas fechas que serán durante el 2020, las mismas que se pueden verificar a continuación en la tabla 13.

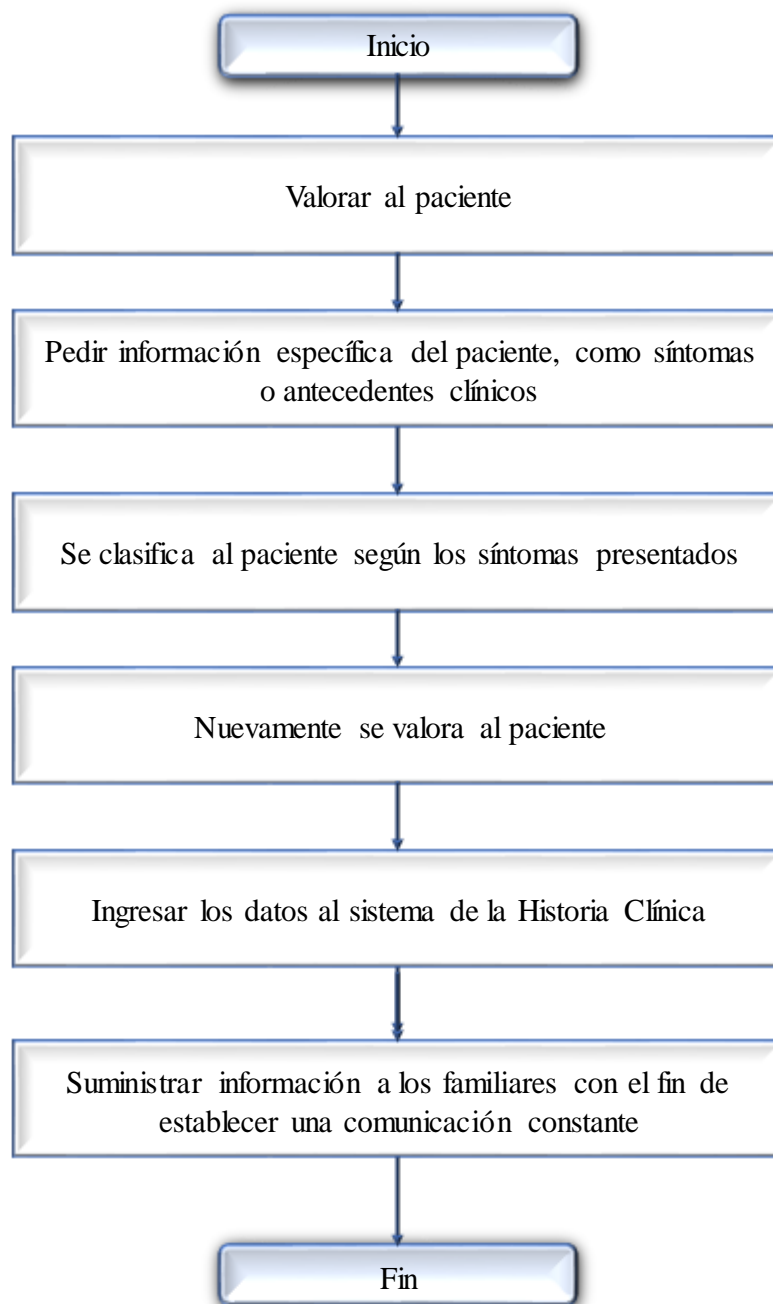


Figura 26. Protocolos de atención sanitaria en triaje.

Evaluación de la Propuesta

Una de las maneras que se utilizan para conocer si una propuesta implementada ha rendido frutos, es por medio de un control constante, para esto se pretende revisar la cantidad de atenciones que se lleven a cabo mediante la línea telefónica. Se debe revisar la afluencia de personas que acudan al área de emergencia de manera diaria, llevando un control y comparándolos con otras fechas. Además, se sugiere que se lleve a cabo encuestas breves a los usuarios que acudan al área de emergencia con patologías leves y moderadas, para conocer de esta forma si no conocen el nuevo servicio o si existe algún problema por ese medio; de esta manera se logrará ir perfeccionando el servicio y reduciendo la afluencia de pacientes a esta área con casos que pueden ser evaluados y atendidos mediante consulta.

Tabla 13
Cronograma de actividades

Descripción	J	J	A	S	O	N	D
Cotizar los muebles y equipos de oficina para el call center							
Cotizar la publicidad radial e impresa							
Adquirir mobiliario y equipos para propuesta							
Adecuar consultorio para el triage telefónico							
Publicar apertura de plazas de empleo mediante página del MSP							
Capacitación sobre el puesto, protocolo de triage y procesos estandarizados de emergencia del MSP							
Contratación de publicidad por radio e impresa mediante flyers.							
Subir promocional sobre triage telefónico por medio de cuentas de Facebook de hospitales							
Inicio de operaciones de triage							

Conclusiones

Las bases teóricas acerca de los protocolos de triaje, la calidad del servicio y la satisfacción del protocolo de triaje, permitieron conocer que estos permiten establecer el nivel de gravedad que tienen los pacientes, así como disponer de una tabla de colores ajustada con un tiempo para que sea atendido. Los protocolos son variados y los más conocidos son el triaje del departamento de urgencias de Canadá, el triaje de Manchester, el índice de severidad de urgencias, la escala de triaje australiana y el sistema español de triaje. Con respecto a la satisfacción se pudo determinar que se refiere al nivel de satisfacción que puede proporcionar un servicio, el cual se puede ver reflejado en el grado de fidelidad de los pacientes. La calidad en la salud se refiere a la asistencia médica efectiva, la cual se da al tener un grado de satisfacción de la población y un nivel de salud adecuado. En vista de toda la información que se recabó, se pudo determinar que la calidad en la clasificación de los pacientes mediante los protocolos de triaje es indispensable para obtener una mayor satisfacción de los pacientes que acuden al área de emergencia, así como relevantes para asegurar una óptima atención de los servicios de atención.

Los distintos trabajos de investigación proporcionaron datos importantes acerca de la calidad y satisfacción de los usuarios, iniciando con la variable satisfacción de los usuarios que se encontró con un alto grado de insatisfacción, debido a problemas como la mala organización por parte de la institución de salud, la falta de presupuesto para atender adecuadamente, el tiempo de espera para que el paciente logre recibir atención. Además, con respecto a la variable calidad se pudo determinar que existieron problemas en lo que se refiere a la dimensión empatía a causa del trato por parte del personal de salud y en la

dimensión capacidad de respuesta ocasionado por la opinión de los pacientes derivada por la falta de interés de las necesidades de estos, que muestra el personal médico de la institución.

En cuanto a la metodología, la investigación fue descriptiva y correlacional, de tipo no experimental manteniendo un corte transversal. El método empleado fue el deductivo y se mantuvo un enfoque cuantitativo. Como herramienta de recolección de datos, se empleó una encuesta dirigida a tres hospitales de la zona 8. Los resultados de la investigación mostraron que la información recibida por parte de los hospitales fue considerada como buena. Con respecto al rato recibido se verificaron problemas con el personal administrativo al tener una calificación intermedia. No se evidenciaron mayores problemas en la limpieza, temperatura y ambiente. El principal problema identificado fueron los tiempos de espera en el área de urgencias, lo que tiene que ver con el protocolo de triaje aplicado y su socialización. La puntuación global de la atención recibida obtuvo una puntuación intermedia, al igual que la percepción sobre el protocolo de triaje recibido. Las dimensiones que obtuvieron un mayor coeficiente de correlación de Pearson fueron la calidad de la información clínica y los tiempos de espera. Se comprobó que la calidad del servicio influye de forma positiva en la satisfacción del protocolo de triaje hospitalario para los usuarios auto-referidos en el área de emergencia de tres hospitales de la zona 8, a través del coeficiente de correlación de Pearson que mostró un valor de 0.818.

Las acciones que se tomaron en cuenta para incrementar la satisfacción de los usuarios al momento de recibir atención médica a través del proceso de triaje fueron tres, las cuales se basan principalmente en la creación del servicio de triaje telefónico, el mismo que será debidamente promocionado a través de información

por medio de la aplicación de Facebook, por medio de radio mediante cuñas informativas y mediante la entrega de flyers informativos a los usuarios que acuden al área de emergencia de los tres hospitales de la zona 8. Otra de las acciones que se consideraron fue la capacitación al personal médico que labora en el área de emergencia acerca de la clasificación de triaje, procesos estandarizados del MSP sobre casos de emergencia, finalizando con un taller participativo. Por último, se propuso capacitar al personal del área de triaje acerca del algoritmo de trabajo en triaje, el cual será impartido previo a la inauguración del servicio de triaje telefónico, con la finalidad de que los profesionales que trabajen en este servicio puedan brindar atención a los pacientes con emergencia de nivel cuatro y cinco; los demás niveles que se considere necesario una evaluación profunda se deben direccionar al hospital o consulta externa. A esto se agrega la creación de un comité o grupo de trabajo que permita la redefinición de los protocolos de atención sanitaria en triaje.

Recomendaciones

Llevar a cabo un estudio más amplio acerca del protocolo de triaje hospitalario y de los algoritmos que se aplican en distintas instituciones de salud, sean estos privadas y públicas; con lo cual se espera que se vaya mejorando continuamente la calidad del servicio en esta área y que conlleve al incremento de la satisfacción de los usuarios.

Revisar estudios científicos que se encuentren en otros contextos e idiomas, ya que estos suelen abarcar otras perspectivas y soluciones a las problemáticas observadas, pudiendo analizar de una manera integral el protocolo de triaje, de la calidad del mismo y de la satisfacción de los usuarios.

Efectuar nuevas evaluaciones acerca de la calidad del servicio en los tres hospitales de la zona 8, para de esta forma establecer si las acciones que se han desarrollado han permitido mejorar la satisfacción del protocolo de triaje, así como la reducción de la demanda de pacientes con casos de prioridad cuatro y cinco que deben ser atendidos por triaje telefónico.

Evaluar el servicio de triaje telefónico, a fin de poder conocer si la atención que se brinda por este medio satisface las necesidades de salud de los pacientes y si se está clasificando a los pacientes de manera adecuada, con lo cual se pretende mejorar la calidad de los servicios y llegar a nivel más alto de satisfacción de los usuarios.

Referencias

- Acuña, D., Lara, B., Basaure, C., Navea, Ó., Kripper, C., & Saldías, F. (2015). Estratificación de riesgo (Triage) en el Servicio de urgencia. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, 30(2), 79-86. Retrieved from <http://www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/indice/2015-2/pdf/6.pdf>
- Alonso, M. (2018). *Investigación de Mercados: Manual universitario*. España: Ediciones Díaz de Santos.
- Alonso, M., Alonso, S., & Cabral, G. (2016). Evaluación de la calidad del sistema de triaje del HUBU. (Artículo Científico). Repositorio Institucional de la Universidad de Burgos.
- Alpízar, C. (2015). Los sistemas de triaje: respuesta a la saturación en las salas de urgencias. *Revista Electrónica Enfermería Actual en Costa Rica*(27), 1-11. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4895864.pdf>
- Amthauer, C., & Chollopetz, M. (2016). Sistema de triaje de Manchester: organigramas principales, discriminadores y resultados de la atención de una emergencia pediátrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, 1-7. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1078.2779>
- Arenal, C. (2018). *Sistemas de información y bases de datos de consumo*. Logroño: Tutor Formación.
- Asamblea Nacional Constituyente (2017). *Ley Orgánica de Salud*. Obtenido de <http://www.lexis.com.ec/wp-content/uploads/2018/07/LI-LEY-ORGANICA-DE-SALUD.pdf>

- Asamblea Nacional Constituyente (2008). *Cosntitución de la República del Ecuador*. Obtenido de https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
- Avilés, K., López, A., Lluévanos, A., Jiménez, B., García, M., Ceja, H., . . .
Álvarez, G. (2016). Triage: instrumentos de priorización de las urgencias pediátricas. *Acta Pediátrica de México*(37), 4-16.
- Barragán, J., & Manrique, F. (2010). Validez y confiabilidad del Servqhos para enfermería en Boyacá, Colombia. *Revista Avances en Enfermería*, 28(2), 48-61.
- Bedoya, E. (2017). Atención de urgencias en Cartagena, Colombia. *NOVA*, 15(27), 91-101. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/nova/v15n27/1794-2470-nova-15-27-00091.pdf>
- Borré, Y., & Vega, Y. (2014). Calidad percibida de la atencion de enfermería por pacientes hospitalizados. *Revista Ciencia y Enfermería*, 20(3), 81-94.
doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000300008>
- Breßlein, A. (2017). *Pflegerische Ersteinschätzung in der Kinder-Notfall-Ambulanz. Konzept zur Implementierung eines Triage-Systems in der Pädiatrie*. Múnich: GRIN Verlag.
- Cañizares, R. (2018). Enfermería en la clasificación de pacientes en urgencias: dificultades y propuestas de mejora. *Revista Enfermería CyL*, 10(2), 17-27.
- Castelo, W., Castelo, A., & Rodríguez, J. (2016). Satisfacción de pacientes con atención médica en emergencias. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(3).

Obtenido de

<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/942/184>

Castro, R., Correa, A., Cuartas, T., & Arcos, P. (2015). Bases conceptuales del triaje prehospitalario en incidentes de múltiples víctimas. *Revista de Enfermería basada en la evidencia, Julio-Diciembre*(12), 51-52.

Centro de Estudios Colegiales (2020). *Sistema español de triaje. Fundamentos.*

Obtenido de

http://www.campuscec.es/Material/master_urgencias/u62_triaje/621_sistema_espaol_de_triaje_fundamentos.html

Chacón, J., & Rugel, S. (2018). Artículo de Revisión. Teorías, Modelos y Sistemas de Gestión de Calidad. *Revista Espacios, 39*(50), 14-22.

Cobo, E., Gómez, F., & Rodríguez, M. (2017). Percepción de la calidad de la atención en un servicio de urgencias. *Revista de Investigación en salud de la Universidad de Boyacá, 4*(2), 188-204.

doi:<https://doi.org/10.24267/23897325.262>

Consortio Ecuatoriano de Telecomunicaciones Concel S.A (2020). *Plan*

Comercial Pyme 10. Obtenido de

<https://www.claro.com.ec/negocios/servicios/voz/telefonía-fija-comercial/planes-precios/893/>

Coomeva Entidad Promotora de Salud S.A (2018). *Triaje. Clasificación de urgencias de acuerdo con la gravedad del paciente.* Obtenido de

<http://eps.coomeva.com.co/publicaciones.php?id=45364>

Corona, J. (2016). Apuntes sobre métodos de investigación. *Medisur, 14*(1), 81-83. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2016000100016&script=sci_arttext&tlng=pt

- Crismán, R. (2016). *La construcción de escalas de medición para la investigación lingüística y sus aplicaciones didácticas. Una propuesta con respecto a la modalidad lingüística andaluza*. Madrid: ACCI.
- Cuji, G. (2017). Satisfacción de los usuarios que acuden al servicio de emergencia del Hospital Dr. Gustavo Domínguez de Santo Domingo de los Tsáchilas. (Tesis de Maestría). Repositorio de la Universidad Regional Autónoma de los Andes.
- Díaz, V., & Calzadilla, A. (2016). Artículos científicos, tipos de investigación y productividad científica en las Ciencias de la Salud. *Revista Ciencias de la Salud*, 14(1), 115-121. doi:dx.doi.org/10.12804/revsalud14.01.2016.10
- Dzul, M. (2018). *Aplicación básica de los métodos científicos: Diseño no experimental*. Obtenido de https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Presentaciones/licenciatura_en_mercadotecnia/fundamentos_de_metodologia_investigacion/PRES38.pdf
- EFFICY. (2017). *Satisfacción del cliente, Experiencia del cliente, Servicio al cliente y Viaje del cliente: ¿En qué se diferencian unos de otros?* Obtenido de <https://www.efficacy.com/es/satisfaccion-del-cliente-experiencia-servicio-y-viaje-del-cliente/>
- Enciclopedia salud (2016). *Definición de protocolo*. Obtenido de <https://www.encyclopediasalud.com/definiciones/protocolo>
- ESAN (2016). *Los diferentes conceptos de calidad en salud*. Obtenido de <https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2016/05/los-diferentes-conceptos-de-calidad-en-salud/>

- Fajardo, G., Gutiérrez, J., & García, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública de México*, 57(2), 180-186.
- Fernández, A., Ayala, M., Azcona, C., Bayo, M., & Campillos, A. (2018). Métodos de triaje y uso en emergencias y otros escenarios extrahospitalarios. *Revista Médica Electrónica Portales Médicos*.
- Ferrer, J., Gutiérrez, J., & Campos, A. (2019). Evaluación de la calidad en el servicio de hospitalización. (Paper Académico). Repositorio del Instituto Tecnológico de Celaya.
- Flores, C. (2011). La saturación de los servicios de urgencias. *Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 23(1), 59-64. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3423253>
- Forrellat, M. (2014). Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 30(2), 179-183.
- García, J., Arellano, N., & Loría, J. (2016). Triage hospitalario. Revisión de la literatura y experiencia en México. *La Prensa Médica Argentina*, 102(4), 233-241.
- García, M. (2013). Estudio del triaje en un servicio de urgencias hospitalario. *Revista de Enfermería C y L*, 5(1), 42-49. Obtenido de <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/articloe/viewFile/91/69>
- Gobierno de Colombia (2018). *Nuevos criterios para clasificación de triaje en urgencias*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Nuevos-criterios-para-clasificaci%C3%B3n-de-triaje-en-urgencias.aspx>

- Gobierno de la Rioja (2019). *Qué es una urgencia y una emergencia*. Obtenido de <https://www.riojasalud.es/ciudadanos/centros-y-servicios/urgencias/77-urgencias-y-emergencias1?start=1>
- Gómez, W., Dávila, F., Campins, R., & Colmenarez, S. (2017). Satisfacción del usuario en la emergencia del Hospital Central de Maracay. *Revista de Salud Pública*, 21(1), 88-98.
doi:<https://doi.org/10.31052/1853.1180.v21.n2.15151>
- González, F., Escoto, M., & Chávez, J. (2017). *Estadística aplicada en psicología y ciencias de la salud*. México: Manual Moderno.
- González, L., Carmona, M., & Rivas, M. (2016). *Guía para la medición directa de la satisfacción de los clientes*. Obtenido de <http://www.centrosdeexcelencia.com/wp-content/uploads/2016/09/guia-satisfaccion-clientes.pdf>
- Guadalupe, F., Suárez, G., Guerrero, G., & Yancha, C. (2019). Satisfacción de los usuarios y la calidad de atención que se brinda en el área de emergencia del hospital General Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Milagro; 2018. *Revista Ciencia Digital*, 3(3), 162-177.
doi:<https://doi.org/10.33262/cienciadigital.v3i3.621>
- Healthy Children.Org. (2019). *Emergencia Médica*. Obtenido de <https://www.healthychildren.org/Spanish/family-life/health-management/Paginas/Is-It-a-Medical-Emergency-or-Not.aspx>
- Hernández, I. (2016). Propuesta de tarjeta de triaje en incidentes NBQ con múltiples heridos. *Revista Sanidad*, 72(4), 266-274.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. d. (2014). *Metodología de la investigación*. 6a. Ed. México D.F.: McGraw-Hill.

- Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil (2019).
Organigrama de la Institución. Obtenido de
<http://www.hug.gob.ec/index.php/hospital/organigrama>
- Ibañez, J. (2015). *Métodos, técnicas e instrumentos de la investigación criminológica*. Madrid: Dykinson S.L.
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (2017).
Evaluación del Paciente. Obtenido de
<http://www.iner.salud.gob.mx/descargas/calidad/sistemagestion/atencionpaciente/AOP/AOP-EvaluacionPaciente.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2019). *Camas y egresos hospitalarios*.
Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/>
- Isaza, A. (2018). *Garantía de la calidad en salud*. Bogotá: Ediciones de la U.
- Isotools. (2015). *Conceptos fundamentales de la calidad en salud*. Obtenido de
<https://www.isotools.org/2015/06/29/conceptos-fundamentales-de-la-calidad-en-salud/>
- Jiménez, S. (2016). *Investigación y recogida de información de mercados*.
Málaga: IC Editorial.
- Landman, C., Curz, M., García, E., Pérez, P., Sandoval, P., Serey, K., & Valdés, C. (2015). Satisfacción usuaria respecto a competencia de comunicación del profesional de enfermería. *Ciencia y Enfermería*, 21(1), 91-102.
- Lenis, C., & Manrique, F. (2015). Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados. *Revista Aquichan*, 15(3), 415-425.
- Lezcano, L., & Cardona, J. (2018). Evaluación de la Calidad de los servicios médicos según las dimensiones del SERVQUAL en un Hospital de

Colombia. *Revista Archivos de Medicina*, 14(4), 1-9. doi:doi:
10.3823/1402

- Maggi, W. (2018). Evaluación de la calidad de la atención en relación con la satisfacción de los usuarios de los servicios de emergencia pediátrica Hospital General de Milagro. (Tesis de Maestría). Repositorio de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Recuperado de <http://192.188.52.94/bitstream/3317/9976/1/T-UCSG-POS-MGSS-115.pdf>.
- Matas, A. (2018). Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 20(1), 38-47. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412018000100038
- Matzumura, J., Gutiérrez, H., & Zamudio, L. (2018). Satisfacción de la atención en el servicio de emergencia de una institución privada de salud. *Revista de Ciencias de la Salud*, 2(1), 1-11.
- MedlinePlus. (2019). *Tipos de proveedores de cuidados médicos*. Obtenido de https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/9364.htm
- Mesquita, M., Pavlicich, V., & Luaces, C. (2017). El sistema español de triaje en la evaluación de los neonatos en las urgencias pediátricas. *Revista Chilena de Pediatría*, 88(1), 107-112.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.07.001>
- Minaya, E. (2018). Calidad de atención y satisfacción del usuario del servicio de consultorio médico de Medicina, según percepción de los pacientes del

Hospital de Huaral, 2016. (Tesis Doctoral). Repositorio de la Escuela de Posgrado Universidad César Vallejo.

Ministerio de Salud Pública (2015). *Sistema de Triage de Manchester en Emergencia Hospital General de Chone*. Obtenido de http://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2015/11/manual_de_sistema_de_triage_manchester.pdf

Ministerio de Salud Pública (2015). *Sistema de triaje de Manchester en emergencia Hospital General de Chone*. Obtenido de http://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2015/11/manual_de_sistema_de_triage_manchester.pdf

Ministerio de Salud Pública (2019). *Conoce el proceso de atención el Área de Emergencia del Hospital Pediátrico Baca Ortiz*. Obtenido de <http://www.hbo.gob.ec/index.php/sala-de-prensa/139-conoce-el-proceso-de-atencion-el-area-de-emergencia-del-hospital-pediatrico-baca-ortiz>

Ministerio de Salud Pública (2019). *Hospital General Guasmo Sur*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/hospital-general-guasma-sur/>

Ministerio de Salud Pública (2019). *Hospital General Universitario de Guayaquil*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/hospital-general-universitario-de-guayaquil/>

Ministerio de Salud Pública (2019). *Hospital Monte Sinaí*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/hospital-monte-sinai/>

Ministerio de Salud Pública (2019). Términos de referencia del servicio de guardianía y seguridad privada en Hospital Universitario de Guayaquil.

Ministerio de Salud Pública (2020). Información interna.

- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2017). *¿Qué es el triaje y por qué es importante?* Obtenido de <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Noticias/listanoticias/que-es-el-triaje-y-por-que-es-importante>
- Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia (2019). *Triaje*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/triaje.aspx>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). *Información de proveedores y profesionales sanitarios en España*. Obtenido de <https://www.mscbs.gob.es/pnc/ciudadanoUE/infProveedProf.htm>
- Mira, J., Aranaz, J., Buil, J., Castell, M., Vitaller, J., & Rodríguez, J. (1998). SERVQHOS: Un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria. *Revista Medicina Preventiva*, 4, 12-18.
- Monterrosa, J. (2017). Evaluación del protocolo de intervención, selección y clasificación (triaje) de pacientes consultantes en la Unidad de Emergencias del Hospital Nacional Rosales en el periodo de abril a agosto del año 2017. Repositorio de la Universidad de El Salvador. Recuperado de <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/16887/1/TESIS%20FINALIZADA.pdf>. Obtenido de <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/16887/1/TESIS%20FINALIZADA.pdf>
- Montoya, C. (2017). Propuesta de modelo de gestión estratégica de la calidad de atención para la satisfacción del usuario externo en emergencia del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas-2016. (Tesis Doctoral). Repositorio de la Escuela de Posgrado Universidad César Vallejo. Recuperado de

http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/18904/montoya_pc.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Morales, D., Vila, D., & Rodríguez, A. (2018). Evaluación de protocolos para la atención inicial. *Revista Cubana de Estomatología*, 55(2), 1-14.

MPG Escuela de Formación Sanitaria (2018). *Importancia de la calidad en el sector salud*. Obtenido de <https://mpg.es/importancia-la-calidad-sector-salud/>

Muñoz, C. (2018). *Metodología de investigación*. México: Oxford.

Numpaqué, A., & Rocha, A. (2016). Modelos SERVQUAL y SERVQHOS para la evaluación de calidad de los servicios de salud. *Revista de la Facultad de Medicina*, 64(4), 715-720.

doi:<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.54839>

OMINT (2017). *Urgencias y Emergencias*. Obtenido de

<http://www.omint.com.ar/website2/default.aspx?tabid=1560>

Organización Internacional del Trabajo (2020). *Servicios de Salud*. Obtenido de <https://www.ilo.org/global/industries-and-sectors/health-services/lang-es/index.htm>

Paniagua, Á., Crespo, A., Sanz, M., & Albillos, J. (2019). Implantación de protocolos de organización y protocolos clínicos consensuados con el servicio de Urgencias. (Paper Académico). Repositorio SERAM.

Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *The Journal of Marketing*, 49(4), 41-50.

Parra, S. (2017). Evaluación de satisfacción del usuario posterior a la implementación del Modelo de Gestión de Calidad Asistencial servicio de

emergencia del Hospital Pediátrico Baca Ortiz. Repositorio de la Universidad de las Américas. Recuperado de <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/8061/1/UDLA-EC-TEAIS-2017-05.pdf>.

Peñaloza, K. (2017). Modelo de Gestión Organizacional para el mejoramiento de la atención en el servicio de emergencia del Hospital del IESS Santo Domingo. Repositorio de la Universidad Regional Autónoma de los Andes. Recuperado de <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/5999/1/PIUAMSS003-2017.pdf>.

Quesada, E., & López, F. (2018). *Ciencia de la administración y estrategias de salud*. Almería: ACCI (Asoc. Cultural y Científica Iberoameric.).

Red de Salud UC. (2018). *Triaje, ¿Qué es, para qué sirve?* Obtenido de http://redsalud.uc.cl/ucchristus/servicio-de-urgencia/triaje_que_es_para_que_sirve.act

Rodríguez, E., & Mena, M. (2014). Valoración preanestésica. Importancia en el paciente quirúrgico. *Revista del Hospital Juárez de México*, 81(3), 193-198.

Rojas, M. (2015). Tipos de Investigación científica: Una simplificación de la complicada incoherente nomenclatura y clasificación. *Revista Electrónica de Veterinaria*, 16(1), 1-14.

Rosero, A., Dueñas, S., & Mogro, E. (2015). Establecimiento del triaje en el servicio de emergencias del Hospital Pediátrico Baca Ortíz (HBO) de Quito. *Revista Médica-Científica Cambios*, 13(23), 14-19.
doi:<https://doi.org/10.36015/cambios.v13.n23.2015.167>

- Rubio, M. (2017). *Protocolo de actuación ante situaciones de urgencias*. Jaén: Formación Alcalá Editorial.
- Sánchez, R. (2015). Encuesta a los profesionales de enfermería españoles. *Emergencias*(27), 103-108.
- Schmitz, G. (2016). Resultados cuantitativos de la implementación de la Escala Canadiense de Trige y Severidad en el servicio de emergencias de un hospital nacional. *Revista Acta Médica Costarricense*, 58(3), 110-114.
- SENPLADES (2018). *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021*. Obtenido de http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf
- Serena, J. (2019). Protocolo de diagnóstico y atención del ictus en urgencias. *Medicine- Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(70), 4124-4129. doi:<https://doi.org/10.1016/j.med.2019.01.006>
- Sihuín, E., Gómez, O., & Ibáñez, V. (2015). Satisfacción de usuarios hospitalizados en un hospital de Apurímac, Perú. *La Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(2), 299-302.
- Sotomayor, Y. (2015). Calidad de servicio y satisfacción del paciente gineco obstétrico del Hospital Jpsé Agurto Tello, Chosica, Lima, 2014. Repositorio de la Universidad Peruana Unión. Recuperado de http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/218/Yofr%C3%A9_Tesis_maestria_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Tariche, O. (2015). Sistema informático de gestión hospitalaria del Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, 21(3), 1-4.

- Torres, G. (2015). Calidad en la gestión hospitalaria y su efecto en la eficiencia de los servicios de admisión de la maternidad "Enrique C. Sotomayor" de la ciudad de Guayaquil. Repositorio de la Universidad Técnica de Babahoyo. Recuperado de <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/2138/1/TESIS%20SALUD.pdf>.
- Universidad Internacional de Valencia (2018). *Calidad asistencial, concepto y dimensiones*. Obtenido de <https://www.universidadviu.com/calidad-asistencial/>
- Universidad Internacional de Valencia (2018b). *Protocolos de enfermería*. Obtenido de <https://www.universidadviu.com/protocolos-enfermeria-elaborarlos/>
- Valenzuela, X. (2018). *Nuevo sistema ESI de atención de urgencia disminuye tiempo de espera*. Obtenido de <https://www.diarioconcepcion.cl/ciudad/2018/09/27/nuevo-sistema-esi-de-atencion-de-urgencia-disminuye-tiempo-de-espera.html>
- Vásquez, R. (2019). El triaje hospitalario en los servicios de emergencia de los establecimiento de salud de Lima, 2016. (Tesis Doctoral). Repositorio de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Vásquez, R., Luna, C., & Ramos, C. (2019). El triaje hospitalario en los servicios de emergencia. *Revista Facultad de Medicina Humana*, 19(1), 90-100. doi:DOI 10.25176/RFMH.v19.n1.1797
- Velázquez, M., Hernández, A., Fonseca, I., & Brugada, A. (2017). Correlación clínica del triaje con el diagnóstico clínico de ingreso y egreso realizado en los pacientes que acuden al servicio médico de urgencias de un hospital

privado. *Medicina Interna de México*, 33(4), 466-475. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2017/mim174e.pdf>

Vélez, B. (2018). *¿Cómo evaluar la satisfacción del cliente?* Obtenido de <http://herramientas.camaramedellin.com.co/Inicio/Accesoamercados/BibliotecaServicioalCliente/%C2%BFComoevaluarlasatisfacciondelcliente.asp>
x

Ventura, J. (2017). *¿Población o muestra?: Una diferencia necesaria.* *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(3), 648-649. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662017000400014&script=sci_arttext&tlng=en

Vera, V. (2019). *Influencia de la calidad de atención en la satisfacción de los usuarios de emergencia y consulta externa, en el laboratorio clínico y departamento de imágenes del Hospital General Guasmo Sur, Propuesta de un plan de mejoras.* (Tesis de Maestría). Repositorio de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Verona, L., Hernández, C., & Déniz, O. (2019). *Triaje, historia y perspectiva actual.* *Revista Egle*, 6(13), 39-52.

Vien. (2017). *Dimensiones de la Calidad en un producto o servicio.* Obtenido de <http://vien.com.do/dimensiones-de-la-calidad-en-un-producto-o-servicio/>

Werlinger, F., Andrighetti, F., Salazar, N., Cerna, I., Campos, M., & Bustamante, P. (2017). *Satisfacción usuaria en urgencia oftalmológica: evaluación de la consistencia interna y validez de constructo de un instrumento aplicado en Chile.* *Revista Médica de Chile*(145), 49-54. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n1/art07.pdf>

Yovera, C., & Rodríguez, J. (2018). El modelo SERVQUAL en la evaluación de la calidad de servicio de los centrales azucareros. *Revista Científica Teorías, Enfoques y Aplicaciones en las Ciencias Sociales*, 10(22), 26-38.

Apéndices

Apéndice A. Encuesta

Edad:

- 18 – 29 años
- 30 – 49 años
- 50 – 64 años.

Estado civil:

- Soltero/a.
- Casado/a - Unido/a.
- Separado/a - Divorciado/a
- Viudo/a.

Instrucción:

- Primaria completa o incompleta.
- Bachiller.
- Estudiante universitario.
- Título de tercer nivel.
- Título de cuarto nivel o estudiante de cuarto nivel.

¿Cómo se autoidentifica?

- Blanco/a.
- Afroecuatoriano/a.
- Mestizo/a.
- Montubio/a.
- Indígena.
- Otro.

Tabla A1
Instrumento

	Pésimo	Malo	Ni bueno ni malo	Bueno	Excelente
Calidad de la información clínica					
1. ¿Cómo considera la información recibida por el personal administrativo?					
2. ¿Cómo considera la información recibida por el personal paramédico o tecnólogo?					
3. ¿Cómo considera la información recibida por el personal médico?					
Trato del personal sanitario					
4. ¿Cómo calificaría el trato recibido por el personal administrativo?					
5. ¿Cómo calificaría el trato recibido por el personal paramédico o tecnólogo?					
6. ¿Cómo calificaría el trato recibido por el personal médico?					
Condiciones de iluminación, ambiente y ruido					
7. Su valoración de la limpieza de las instalaciones ha sido					
8. Su valoración de la temperatura ambiente de las instalaciones ha sido					
9. Su valoración de la luz y condiciones ambientales (ruido) de las instalaciones ha sido					
Tiempo de espera					
10. ¿Cómo considera el tiempo en ser atendido por el médico?					
Satisfacción					
11. ¿Cómo puntuaría globalmente la atención recibida en el servicio de urgencias?					
12. ¿Cómo puntuaría el protocolo de triaje recibido?					

Tomado de Werlinger et al. (2017).



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, Mariscal Briones, Sayra Adriana, con C.C: # 0926422445 y Valdiviezo Guerrero, Jaime Alberto, con C.C: # 0922201751 autores del trabajo de titulación: *Evaluación de la calidad del servicio y satisfacción del protocolo de triaje hospitalario para los usuarios auto-referidos en el área de emergencia de tres hospitales de referencia de la zona 8* previo a la obtención del grado de **MÁGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 08 de julio de 2020

f. _____

Mariscal Briones Sayra Adriana
C.C: 0926422445

f. _____

Valdiviezo Guerrero Jaime Alberto
C.C: 0922201751



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Evaluación de la calidad del servicio y satisfacción del protocolo de triaje hospitalario para los usuarios auto-referidos en el área de emergencia de tres hospitales de referencia de la zona 8	
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Sayra Adriana, Mariscal Briones Jaime Alberto, Valdivieso Guerrero	
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Elsie, Zerda Barreno Laura, Zambrano Chumo	
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil	
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado	
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud	
GRADO OBTENIDO:	Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud	
FECHA DE PUBLICACIÓN:	8/07/2020	No. DE PÁGINAS: 109
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud, calidad de servicio.	
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Satisfacción del usuario, calidad del servicio, usuarios auto-referidos, emergencia de los hospitales de la zona 8.	
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>El protocolo de triaje tiene la particularidad de ser un sistema por medio del cual se hace una selección y clasificación de los pacientes que acuden a una entidad hospitalaria en función del riesgo del mismo. El objetivo de la investigación se centró en analizar la calidad del servicio y su relación con la satisfacción del protocolo de triaje hospitalario para los usuarios auto-referidos en el área de emergencia de tres hospitales de referencia de la zona 8, para proponer acciones que incrementen la satisfacción de los usuarios en el momento de su atención médica. La metodología utilizada en la investigación fue de enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo y correlacional, con estudio no experimental, de método deductivo. La técnica utilizada para la recolección de datos fue la encuesta, por medio de un cuestionario que estuvo compuesto por cuatro dimensiones y fue realizada a una muestra de 369 personas. Entre los principales resultados estuvieron que la información recibida por el personal administrativo, paramédico y médico fue buena, en el trato hubo inconvenientes con el personal administrativo. El ambiente del hospital fue adecuado y el tiempo que tardan para brindar la atención fue insatisfactorio. Se comprobó que la calidad del servicio hospitalario influye de forma positiva en la satisfacción del protocolo de triaje de los usuarios auto-referidos en el área de emergencia de tres hospitales de la zona 8. Se propuso como actividades la realización de triaje telefónico y capacitación al personal de emergencia.</p>	
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-986633102 +593-996662140	E-mail: valdivieso_amador@hotmail.com sayadri16-04@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Lapo Maza, María del Carmen	
	Teléfono: +593-9-3804600 / 0999617854	
	E-mail: maria.lapo@cu.ucsg.edu.ec	



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA	
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	