

4031246

EF
#0154





**ELEMENTOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN EN SALUD PRESTADA A
LOS USUARIOS QUE CONSULTAN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL
HOSPITAL GENERAL DE BARRANQUILLA EN EL AÑO 2005**

CAMPOS LOYRA
CASSIANI LUISA
MARTINEZ PIEDAD
PEDROSO MILENIS

**CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO "SIMON BOLIVAR"
FACULTAD DE ENFERMERIA
VI SEMESTRE TARDE
BARRANQUILLA
2005**



UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

No INVENTARIO 4 0 3 1 2 4 6

PRECIO _____

FECHA 01 - 16 - 2008

CANJE _____ DONACION _____

**ELEMENTOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN EN SALUD PRESTADA A
LOS USUARIOS QUE CONSULTAN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL
HOSPITAL GENERAL DE BARRANQUILLA EN EL AÑO 2005**

CAMPOS LOYRA
CASSIANI LUISA
MARTINEZ PIEDAD
PEDROSO MILENIS

Presentado a la Docente TAYDE MONTERROZA
en la asignatura de PROYECTO DE INVESTIGACION III

**CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO "SIMON BOLIVAR"
FACULTAD DE ENFERMERIA
VI SEMESTRE TARDE
BARRANQUILLA
2005**

Nota de aceptación:

Firma del Jurado

Barranquilla, Noviembre 28 de 2005

AGRADECIMIENTOS

“Al personal del Hospital General de Barranquilla, quienes brindaron el apoyo y colaboración necesaria para recolectar la información requerida para el desarrollo de este estudio, y quienes se interesan cada día por mejorar la calidad de la atención prestada a la población consultante de los diferentes servicios ofertados.”

DEDICATORIA

“A nuestros padres, hermanos y profesores, quienes con su apoyo incondicional marcaron el camino para seguir adelante en la ruta por convertirnos en enfermeras.”

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
2. JUSTIFICACIÓN.....	11
3. OBJETIVOS.....	16
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	16
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	16
4. PROPÓSITO.....	17
5. MARCO TEORICO.....	18
5.1 CONCEPTO DE CALIDAD.....	19
5.2 CALIDAD DE ATENCIÓN.....	23
5.3 MARCO LEGAL.....	24
5.4 DEFINICIÓN DE CRITERIOS Y STANDAR DE CALIDAD.....	24
5.4.1 Criterios.....	24
5.4.2 Estándares.....	27
6. DISEÑO METODOLOGICO.....	28
6.1 TIPO DE ESTUDIO.....	28
6.2 POBLACION DE ESTUDIO.....	28
6.3 FUENTE DE INFORMACION.....	28
6.4 RECOLECCION DE LA INFORMACION.....	28
6.5 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	29
6.6 PRESENTACION Y ANALISIS.....	29
6.7 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	30
7. RESULTADOS.....	33
8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	43
BIBLIOGRAFIA.....	46
ANEXOS.....	48



A. FORMULARIO	48
B. ASPECTO ADMINISTRATIVOS.....	51
C. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	52

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 1. DISTRIBUCION DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS SEGÚN ESTRATO SOCIOECONOMICO.....	33
TABLA N° 2. DISTRIBUCION DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HGB SEGÚN INGRESO ECONOMICO.....	34
TABLA N° 3. DISTRIBUCION DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HGB SEGÚN NIVEL EDUCATIVO.....	35
TABLA N° 4. DISTRIBUCION DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HGB SEGÚN EL REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL.....	36
TABLA N° 5. ASIGNACIÓN DE EPS DE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA EL SERVICIO DE URGENCIA DEL HGB.....	37
TABLA N° 6. ECONOMÍA DE LOS USUARIOS DE URGENCIA DEL HGB PRIMER PERIODO DE 2005.....	38
TABLA N° 7. TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN DEL USUARIO EN LA SALA DE URGENCIA DEL HGB. I PERIODO DE 2005.....	39
TABLA N° 8. RECURSOS MATERIALES DISPONIBLES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HGB.....	40
TABLA N° 9. ACTITUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS HGB, I PERIODO 2005.....	41
TABLA N° 10. REALIZACIÓN DE LABORATORIOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIA DEL HGB, I PERIODO 2005.....	42

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
GRAFICA N° 1. DISTRIBUCION DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS SEGÚN ESTRATO SOCIOECONOMICO.....	33
GRAFICA N° 2. DISTRIBUCION DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HGB SEGÚN INGRESO ECONOMICO.....	34
GRAFICA N° 3. DISTRIBUCION DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HGB SEGÚN NIVEL EDUCATIVO.....	35
GRAFICA N° 4. DISTRIBUCION DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HGB SEGÚN EL REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL	36
GRAFICA N° 5. ASIGNACIÓN DE EPS DE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA EL SERVICIO DE URGENCIA DEL HGB.....	37
GRAFICA N° 6. ECONOMÍA DE LOS USUARIOS DE URGENCIA DEL HGB PRIMER PERIODO DE 2005	38
GRAFICA N° 7. TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN DEL USUARIO EN LA SALA DE URGENCIA DEL HGB. I PERIODO DE 2005	39
GRAFICA N° 8. RECURSOS MATERIALES DISPONIBLES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HGB	40
GRAFICA N° 9. ACTITUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS HGB, I PERIODO 2005	41
GRAFICA N° 10. REALIZACIÓN DE LABORATORIOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIA DEL HGB, I PERIODO 2005	42



1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La problemática de salud en la mayoría de los hospitales en Colombia es alarmante, la poca conciencia social y la falta de compromiso por parte del estado ha logrado que los indicadores en términos de enfermedad y servicio de salud pública se hallan incrementado en forma significativa, poniendo en peligro la vida y el desarrollo integral de la mayoría de las personas de las clases más vulnerables que acude a estos hospitales.

La carta de Ottawa trazó la meta: "salud para todos en el año 2000", y no se ha alcanzado, ya que no se ha logrado por parte del Estado la cobertura total de la población, solo el 56% perteneció al régimen de seguridad social en salud y el otro 44%, se encuentra desprotegido en su totalidad.

Normalmente son las personas de escasos recursos la que se ven obligadas a vivir todas las inclemencias de los servicios de salud, los cuales cada día van en detrimento, ya que la mayoría de los centros asistenciales no alcanzan a atender adecuadamente por la demanda a la que se ven sometidos, lo cual es producto del cierre de los centros asistenciales en todo el país por las reformas de salud, como el caso del hospital universitario de Barranquilla lo cual ha incrementado el flujo de pacientes en otras instituciones, como se ve reflejado en la sala de urgencias del Hospital General de Barranquilla, IPS de segundo nivel de atención el cual no cuenta con la infraestructura adecuada, desde el punto de vista físico y de recursos para brindar la atención básica de urgencias como son los recursos tecnológicos de ayuda diagnóstica tales como rayos X, Electrocardiograma, laboratorios, etc., para realizar un diagnóstico oportuno que permita realizar una atención adecuada, de acuerdo al tipo de patología de cada paciente y por ende disminuir la estancia hospitalaria todo esto conlleva a prestar un servicio deficiente y de mala calidad a la mayoría de los usuarios que consultan este centro asistencial lo que da como resultado un 80% de pacientes insatisfechos en los

servicios prestados según información tenida mediante encuestas realizadas a los usuarios que consultan el servicio¹.

La falta de compromiso por parte del Estado es cada vez más evidente por la poca vinculación a las EPS, las personas que tienen la fortuna de pertenecer a una, no cubren la mayoría de las patologías por las que consultan, al inventarse subsidios limitados como los parciales que cubren únicamente el manejo de POS subsidiados y además de estos requieren COPAGO, podemos entonces pensar que la problemática social de salud es cada vez más deprimente, y se deben emplear mas recursos para promoción y prevención para no tener que invertir el doble de recuperación y rehabilitación, y con ello disminuir el índice de mortalidad de la población colombiana. Analizando esta situación el grupo de estudiantes se interesó en investigar ¿CUALES SON ELEMENTOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN EN SALUD PRESTADA A LOS USUARIOS QUE CONSULTAN A LA SALA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE BARRANQUILLA EN EL AÑO 2005?

¹ www.comunica.org/chasqui/coe.htm-25k



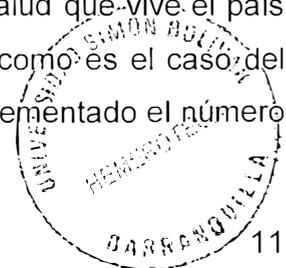
2. JUSTIFICACIÓN

La atención de calidad debe apuntar a utilizar los medios mas eficaces, eliminando al máximo los factores que afectan negativamente el impacto de los servicios prestados por las Empresas Promotoras de Salud a sus usuarios. Dicha atención debe estar basada, según las leyes, en: accesibilidad, oportunidad, suficiencia de recursos, competencia profesional, y continuidad, que acogen como resultado la satisfacción de los usuarios. Estas características no las viven en realidad los usuarios que consultan la sala de urgencias del hospital general de Barranquilla.

La corta accesibilidad a los servicios de salud es cada vez mayor, esto como consecuencia de que las metas trazadas que planteaban una cobertura de seguridad social en salud de 100% en el año 2000, y hasta el momento, según estudios realizados por el congreso nacional de seguridad social en Colombia, el numero de afiliados al régimen contributivo es de 13.230.400, equivalente al 30%; en el régimen subsidiados es de 11.444.033, equivalente al 21%; sin vinculación a ningún régimen es de 18.571.000 equivalente al 86% de la población. A finales del año 2004 se creo otro régimen, llamado de aseguramiento parcial, emanado mediante el acuerdos 267 de 2004 el cual solo cubre la atención de urgencias, enfermedades de alto costo, mujeres en estado de embarazo y menores de un año, la mayoría de las veces esto no son motivo de consulta para dichos pacientes.

La problemática de salud va más allá de la poca cobertura; aunque la atención en salud brindada por los profesionales de las diferentes disciplinas de salud tratan de brindar la mejor atención no cuentan con los recursos lo que influye directamente en la calidad del servicios prestados a través de

Su sensibilidad y humanización frente a la problemática de salud que vive el país donde la mayoría de los hospitales se encuentran cerrados como es el caso del cierre del Hospital Universitario de Barranquilla el cual ha incrementado el número



de pacientes en otras entidades asistenciales, como es el caso del Hospital General de Barranquilla, donde el número de pacientes ha aumentado un 80%, sin agregar a esto los hospitales que se encuentran al borde del cierre lo que complica cada vez más la problemática de salud.

Según estudios realizados por un grupo de investigadores de la dirección nacional de servicios desarrollo y protección social de Colombia, a nivel nacional sólo cuenta con 21 hospitales de 3 nivel, lo que equivale al 25%, en el segundo nivel de atención solo se cuenta con 139, que equivale a 5% y el nivel de atención cuenta con 2854 hospitales lo que equivale al 95% .

En el Departamento del Atlántico en el Distrito de Barranquilla uno de los hospitales donde acude la población más vulnerable de dicho departamento es el Hospital General de Barranquilla, el cual se encuentra en precarias condiciones debido a crisis económica por lo cual este atraviesa como producto de la problemática social. En el pudimos observar el gran número de pacientes que acuden a la sala de urgencias de dicha institución, según datos obtenidos de la oficina de estadísticas en 24 horas consulta a este servicio un promedio de 80 pacientes por diferentes patologías, las cuales en su mayoría requieren observación u hospitalización, no contando en este servicio con los recursos necesarios para prestar una adecuada atención, lo que conlleva a una baja calidad y un deficiente servicio.

Según el ministerio de salud se cuenta con un recurso humano de profesionales de la salud a nivel nacional de 294.743. El Personal enfermería está constituido por 25.461 Enfermeras y 108.429 Aux. Enfermería. En el Hospital General de Barranquilla en la sala de urgencias se cuenta con un recurso humano distribuido de la siguiente forma: médicos especialistas 6, médicos generales 12, enfermeras 4, auxiliares de enfermería 24, las cuales son personas aptas y capacitadas pero que no cuentan con los recursos necesarios para ejercer su labor a cabalidad.

En dicho hospital el índice ocupacional fue mayor al 80% según datos estadísticos de la oficina de registro en 2003, esto conlleva a la falta oportuna de atención y baja calidad de servicios, donde el índice de insatisfacción por atención oportuna es de un 42% según estudios realizados por la oficina de atención al usuario de dicha entidad.

Según un estudio realizado por Deming sobre garantía de calidad, se encontró que la calidad esperada se expresa a través de la política de calidad de la organización y de las guías y normas técnicas científicas, y administrativas previamente establecidas; basados en la mejor evidencia posible estos elementos deben orientarse a la gestión del día a día y establecer las bases para desarrollo de una cultura de calidad.

Para estos elementos resultan eficaces en su propósito establecer la calidad esperada, deben reflejarse en el compromiso sincero de todos los miembros de la organización con las metas de calidad de la entidad.

Por otra parte, La Ley de Seguridad Social en Salud en Colombia enfrenta a las instituciones de salud al reto de la competitividad en el que la calidad de la atención es un factor determinante para la sobrevivencia en el mercado. Basados en el concepto de calidad desde el triple enfoque de Donabedian y el modelo DOPRI propuesto por Galán Morera, se realizó un estudio descriptivo exploratorio en seis hospitales públicos de un departamento de la zona suroccidental de Colombia, para evaluar los servicios de nutrición y dietética, fisioterapia, terapia respiratoria y fonoaudiología, al ser considerados fundamentales en la prestación de un servicio de salud integral y con calidad, y que pocas veces se han evaluado en el contexto nacional. Los resultados muestran una situación preocupante al encontrar valoraciones de la calidad de la atención entre insatisfactorias y precarias (sólo fisioterapia obtuvo algunas valoraciones satisfactorias) y una tendencia marcada a subsanar la ausencia de los servicios evaluados a través de los convenios docente asistenciales, abocando el servicio a riesgos éticos y

obviamente sobre el deterioro de la calidad. Además, fue posible la confrontación y el enriquecimiento de una metodología que puede continuar siendo implementada no sólo en los hospitales evaluados, sino también en los demás del departamento como parte de las estrategias de mejoramiento continuo de las organizaciones sanitarias.

La seguridad social integral en Colombia se define como "el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, que dispone la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, en especial las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad"². Para lograrlo, se ha incluido dentro de los principios de la seguridad social la eficiencia, tomada ésta como la "mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que ha derecho la seguridad social, sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente"³.

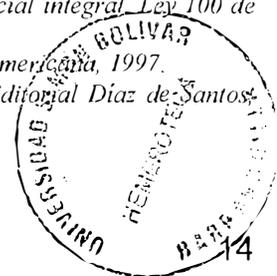
Dentro de estos beneficios está el servicio público de salud, regido bajo nueve fundamentos, entre los cuales está la calidad en la atención, que debe ser garantizada por las instituciones de salud a los usuarios, con el establecimiento de mecanismos que haga de ésta un servicio oportuno, personalizado, humanizado, integral y continuo "y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional"⁴.

Con lo anterior, las instituciones de salud del país tienen hoy más que nunca la responsabilidad de establecer las herramientas que propicien la evaluación de la

² República de Colombia. Ministerio de Salud. *Reforma al sistema de seguridad social integral. Ley 100 de 1993. Preámbulo.*

³ Galán M, Malagón L, Pontón I. *Auditoría en salud.* Bogotá: Editorial Médica Panamericana, 1997.

⁴ Varo J. *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios.* Madrid: Editorial Díaz de Santos, 1993.



atención de los servicios de salud, respondiendo efectivamente a las metas de salud y al reto de la competitividad; sin embargo, son escasos los logros en este campo, por la ausencia de metodologías prácticas y sencillas que puedan aplicarse a todas las instituciones, y mejor aún, que puedan ser utilizadas de manera específica a los diferentes servicios o unidades funcionales que conforman la atención en salud.

Bajo estos postulados y considerando las disposiciones legislativas nacionales, contempladas en el artículo 227 de la Ley 100 y en el Decreto 2174 de 1996, se realizó un proceso de investigación interdisciplinario que permitiera a las instituciones de salud tener la posibilidad de conocer la situación en la prestación de los servicios de salud en él considerados, para poder así implementar procesos de mejoramiento continuo y de garantía de la calidad. De igual forma se pudo proporcionar un insumo para el direccionamiento de los planes de estudio y de los currículos en las Universidades responsables de la formación del talento humano en las áreas evaluadas. En este estudio se evaluó la oferta, la demanda los procesos y los resultados al igual que el contexto y el perfil de la capacidad interna y externa. En la evaluación de los resultados. Se tuvo en cuenta la oportunidad, y la satisfacción. Este estudio arrojó como resultados deficiencia del recurso humano pero con satisfacción de los usuarios en algunos servicios aunque en forma general la calidad de la atención fue deficiente.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los elementos relacionados con la atención en salud prestada a los usuarios que consultan el servicio de urgencias del Hospital General de Barranquilla año 2005.

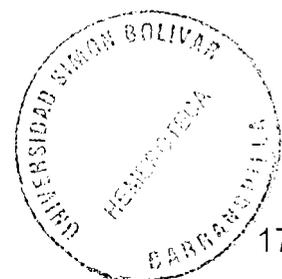
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las características de la calidad en la atención en salud basándonos en el decreto 2309 del año 2002 garantía de calidad y la resolución 1439 de Nov 1/2002 sobre habilitación de las instituciones.
- Evaluar la oportunidad en la atención que recibe el usuario que ingresa a la urgencia del Hospital General de Barranquilla; teniendo en cuenta; duración de los tiempos de atención al llegar a la urgencia, y utilización de los recursos materiales y tecnológicos como los medios diagnóstico para su atención.
- Evaluar las actitudes del personal que presta los servicios de salud en la sala de urgencia del HGB.
- Determinar la accesibilidad e la prestación de los servicios prestados a los usuarios que ingresan a la sala de urgencia del Hospital General de Barranquilla; teniendo en cuenta: el régimen de afiliación , IPS y facilidades de traslado hacia la institución HGB.
- Identificar las características sociodemográficas de los usuarios que ingresan a la urgencia del Hospital General de Barranquilla teniendo en cuenta el nivel socioeconómico y educativo.



4. PROPÓSITO

Crear inquietud y en lo posible despertar interés en la administración y equipo de salud de la sala de urgencias del Hospital General de Barranquilla, con el fin de contribuir al mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio mediante la implementación de procesos adecuados de atención a los usuarios que demandan dicho servicio, con la utilización de los recursos disponibles, permitiendo así reducir los costos institucionales y lograr mejores niveles de salud y bienestar en la comunidad del área de influencia del Hospital General de Barranquilla.



5. MARCO TEORICO

La calidad de atención es aquella que promueve, facilita y garantiza los mayores niveles de salud y bienestar a la población, proporciona el mayor bienestar posible a quien demanda atención. Una atención en calidad es la que incorpora y resuelve aspectos y circunstancias concretas de cada demandas teniendo en cuenta los aspectos psicológicos, sociales, biológicos, sexuales, ambientales y culturales.

Para ello se necesita; tener recursos humanos, infraestructurales y económicos, tener organización efectiva de los recursos (articular programas y niveles de atención, un sistema apropiado de gerencia que incluya planificación de actividades, supervisión evaluación de acciones, colaboración intersectorial, consulta y participación de comunidad.

A nivel de usuarios una atención de calidad incluye tener información (sobre ventajas y riesgos de las intervenciones), tener acceso a sistema de provisión de servicios si importar su situación económica, status social, creencia religiosa, estado civil, ubicación geográfica o características que los haga parte de un grupo determinado; tener privacidad en la atención, derecho a un trato digno, a la confidencialidad, a instalaciones adecuadas, a tener continuidad en la atención a opinar y a sugerir cambios y mejoras.

A nivel de prestadores de servicios incluye: capacitación, contar con infraestructura e insumos adecuados, orientación técnica, respeto, reconocimiento retroalimentación (recibir criticas constructivas para mejorar de manera sostenida su desempeño), participación (posibilidad de que sus opiniones y sugerencias sean escuchadas para mejorar la calidad de servicio) las características principales de la calidad de atención en salud son: accesibilidad, oportunidad,

seguridad, racionalidad técnica, competencia profesional, suficiencia continuidad, atención humanizada y satisfacción del usuario.

Dicha calidad esta reglamentada en la ley por el decreto 2309 del año 2002 y ley sobre garantice de calidad y resolución 1439 1 de noviembre de 2003 sobre habilitaciones de la instituciones prestadoras de salud.

5.1 CONCEPTO DE CALIDAD

Son varias las definiciones existentes acerca de la calidad de la atención. Según Donabedian⁵ es el "cambio en el estado de salud actual y futuro del paciente que puede atribuirse a la atención precedente en salud", es decir, se refiere a los resultados de la atención y usa una definición amplia de salud que incluye mejoría de las funciones sociales y psicológicas, además del énfasis usual en los aspectos físicos y psicológicos que comprenden también actividades del paciente, conocimientos de salud adquiridos por él y cambios conductuales relacionados con la salud. Montiel considera que la calidad se determina también por la accesibilidad de los servicios, la continuidad y la satisfacción de los pacientes.⁶

Para Lohr, la calidad de la atención se define como el "grado en el cual los servicios de salud para individuos y población mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son congruentes con los

⁵ Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring Michigan: Helth Administration, 1980.

⁶ Montiel Morales G. Administración de los servicios de salud en enfermería. Evaluación de la calidad de atención de los servicios de enfermería, Méjico: OPS-CIESS, 1988.



conocimientos profesionales actuales".⁷ Implícito en las diversas definiciones se encuentran los objetivos de la calidad de la atención en nuestro país como: el buen desempeño profesional; el uso eficiente de los recursos; garantizar el mínimo de daños y lograr la satisfacción del paciente y los familiares.⁸

Por lo anterior, podemos sintetizar que cuando se habla de calidad en enfermería, se hace referencia a la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios. Al respecto, es necesario considerar una dimensión técnica, relacionada como el cumplimiento de criterios básicos para procedimientos como la administración de medicamentos por vía oral, la vigilancia y control de venoclisis instaladas, etc., y una dimensión interpersonal, relacionada con un trato digno al paciente.

Son muchas las variables que inciden en el proceso de calidad, las cuales interactúan entre sí, y no actúan de forma aislada. Dentro de ellas tenemos: variables genéticas, ambientales, conductuales y práctica médica. Por la influencia que ejerce en los resultados, las diversas características del paciente, su estructura familiar, así como circunstancias de la sociedad y

⁷ Lohr K. Strategic for Quality Assurance. Vol I, Vol II. Institute of Medicine. Washington DC: National Academy, 1990.

⁸ Fernández Caballero E. Calidad de la atención médica. Notas de clase del curso sobre técnicas de dirección a personal dirigente de enfermería, ISCM-H, Cuba, 1990.



factores ambientales, no pueden atribuirse directamente a la atención médica que reciben los pacientes.⁹

En diferentes países, desde sus inicios uno de los problemas que se planteaba en todos los programas era el método de análisis. Desde 1966 *Donabedian* propuso la clasificación para el *control* de la calidad en 3 grupos:

- Métodos de análisis de Estructura
- Métodos de análisis del Proceso
- Métodos de análisis de los Resultados

Sobre la evaluación de la calidad se requiere, de indicadores específicos por áreas técnicas o administrativas con énfasis en el desarrollo de las unidades de salud y la atención a los problemas prioritarios.¹⁰

Con frecuencia la calidad es evaluada a través del impacto técnico (eficacia); el impacto social (efectividad) y el impacto económico (eficiencia). Lo cierto es que todos los factores donde Enfermería participa en la calidad de atención se relacionan directamente con el cumplimiento de los objetivos sobre calidad del sistema de salud.

⁹ Paganini JA. Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria. Washington DC: OPS-OMS, 1993.

¹⁰ Paganini JM. La garantía de calidad. Acreditación de hospitales para América Latina y el Caribe. Washington DC. OPS-OMS, 1992.

El buen desempeño de la enfermera tiene un impacto técnico y social; el uso eficiente de los recursos un impacto económico: garantizar el mínimo de daños y la satisfacción del paciente y familiares, ambos vinculados al impacto social del sistema.

En la ejecución de todas las acciones de Enfermería, siempre que de calidad se trate, estará unida la actuación profesional, integralidad de procedimientos y la aplicación de la ética médica.

La evaluación de la calidad de la atención desde sus inicios al comparar los resultados obtenidos en el estado actual de salud, según objetivos propuestos, valora además de los servicios médicos brindados, las características propias del paciente y población, las de la familia y las influencias del ambiente y la sociedad.

Los análisis de los resultados de calidad obtenidos periódicamente a través de actividades de control, deben ser utilizados en los cambios que se introducen en el perfeccionamiento del Sistema de Salud.

Una visión panorámica de las publicaciones y las reuniones científicas, o de los planes estratégicos y los organigramas de las diferentes instituciones sanitarias muestra un apreciable avance de la preocupación por la calidad. Sin embargo, no se puede establecer de manera concluyente lo que las estrategias de calidad asistencial incorporan de específicamente sanitario frente a la mera traslación de aproximaciones procedentes de ámbitos distintos.

En los últimos años han proliferado los trabajos que valoran la adecuación de la utilización de los servicios sanitarios. Aunque son muchos los ámbitos

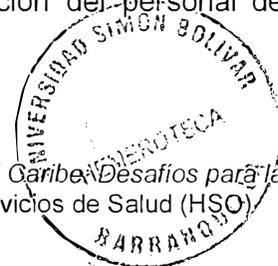
analizados adecuación de la prescripción farmacéutica, de las pruebas complementarias, de la utilización de los servicios de urgencias, etc. - una parte sustancial de ellos se refiere a la utilización inapropiada hospitalaria. Estas evaluaciones frecuentemente utilizan instrumentos basados en criterios explícitos, generalmente independientes del diagnóstico. Desde los primeros estudios registrados en los años ochenta, la extensión de esta aproximación ha sido notable, si bien en su mayoría se trata de trabajos descriptivos, y sólo excepcionalmente se llevan a cabo intervenciones para modificar la realidad analizada.

5.2 CALIDAD DE ATENCIÓN

En relación con el concepto de calidad de atención, hay gran diversidad de definiciones. A pesar de que se entiende la relatividad del mismo, ya existe producción del conocimiento en esta área que podría llevar a una cierta confirmación de los conceptos emitidos.

Según la OPS la calidad en la atención es una política de su organización, o sea, se trata de aportar la mejora de la calidad de la atención como estrategia para elevar la calidad de vida de la población, citando como ejemplo el desarrollo de programas de capacitación y educación permanente. Otras establecen la calidad como principio de la práctica profesional definida en su propia ley, como es el caso de la Asociación Nacional de Enfermería de Colombia: "La orientación del cuidado de enfermería para prestar ayuda eficiente y efectiva a la persona, a la familia y a la comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnicos, científicos, sociales, humanos y éticos. La calidad se refleja en la satisfacción de la persona como usuario del servicio de enfermería y de salud, así como a través de la satisfacción del personal de enfermería que presta dicho servicio".¹¹

¹¹ OPS-FEPPEN. *Calidad de los Servicios de Salud en América Latina y el Caribe. Desafíos para la Enfermería*. 2001. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (HSG).



La salud en cuanto a calidad de vida es entendida como un derecho universal de las personas así como, el acceso y la calidad de acciones y servicios de salud. La atención de enfermería forma parte de ese derecho, y así debe ser también garantizado de forma calificada para toda la población.

5.3 MARCO LEGAL

La calidad en enfermería, en nuestro país se sustenta en los siguientes documentos:

- Ley 100 de 1993 Seguridad Social Colombia.
- Decreto 2174/96 del Ministerio de Salud crea el sistema obligatorio de garantía de calidad (criterios de infraestructura física, tecnológica y de recursos humanos por niveles de complejidad).
- Manual de requisitos mínimos esenciales para el funcionamiento de instituciones de salud, según nivel y complejidad.
- Ley 266/1996 que reglamenta la profesión de enfermería crea un Consejo Técnico Nacional de Enfermería con la función de establecer un control de la calidad de atención de enfermería.
- Ley 266/96 autoriza a la Asociación Colombiana de la Facultad de Enfermería (ACOFAEN) a realizar la acreditación y control de los programas universitarios de enfermería.
- Proyecto de Liderazgo para el Cambio - ANE/CIE.

5.4 DEFINICIÓN DE CRITERIOS Y STANDAR DE CALIDAD

5.4.1 Criterios

Al hablar de criterios estamos definiendo un patrón de aquello que se quiere medir. Para ello se establece un instrumento de medida y como tal este debe ser VALIDO (tiene que ser capaz de medir aquello para lo que ha sido diseñado),

FIABLE (si medimos varias veces lo mismo, los resultados no podrán variar más que entre los límites de fiabilidad que hayamos fijado) y SENSIBLE (si aquello que medimos varía, el criterio debe ser capaz de detectar dicha variación). Posteriormente se debe decidir sobre la escala de medición a utilizar. Definir una escala es hacer una graduación o categorización de algo que en este caso es lo que queremos medir. Las unidades de medida aquí no son universales; en control de calidad éstas van a depender de múltiples factores y pueden variar incluso para cada centro. Esta escala puede ser de distintos tipos: nominal o lógica (aceptará únicamente valores de sí o no, o lo que es igual, de 0 ó 1); ordinal (aceptando valores como útil, inútil o poco útil); de intervalo (pudiendo tomar valores como por ejemplo de 1 a 3, de 4 a 6, etc.); y más raras veces podrá ser cuantitativa y continua.

Los criterios pueden ser clasificados en tres tipos: Según el momento en que se formulan. Así, tendríamos que si esta formulación es previa a la medición, serían criterios EXPLICITOS, mientras que si una vez que hemos recogido un hecho nos planteamos qué es lo que hubiéramos hecho en una situación similar y valoramos esta actuación, estamos formulando criterios IMPLICITOS. Los criterios explícitos suelen tener mayor fiabilidad y validez que los implícitos, por lo que suelen ser más empleados. Si la atención del criterio se centra sobre un aspecto parcial de la asistencia, como puede ser una enfermedad determinada, estamos hablando de criterios ESPECIFICOS. Por el contrario, si analiza aspectos más amplios del proceso asistencial tendríamos criterios GENERALES. En general, si tratamos de realizar un análisis del proceso asistencial serían más útiles los criterios específicos, mientras que para un análisis de resultados parecen más adecuados los criterios generales.



Cuando se fija un criterio basado en la práctica y en los resultados que previamente han sido obtenidos, estamos estableciendo un criterio EMPIRICO. Si se hace en términos absolutos o teóricos, teniendo en cuenta únicamente aquello que se considera como la mejor asistencia posible, estamos fijando un criterio IDEAL. Ambos tipos de criterios presentan problemas, pues mientras que los empíricos pueden acarrear cierto conformismo con la realidad, los ideales pueden tener el efecto contrario.

A la hora de enunciar criterios es importante definir bien quién debe hacerlo. En la mayor parte de los casos han sido los profesionales sanitarios los protagonistas de la elaboración de criterios. Sin embargo, cuando estos criterios, como suele ser frecuente, impliquen la actividad de más de un profesional debe ser un pequeño grupo con composición pluridisciplinaria el que llegue a un consenso sobre la definición de los mismos. Tras este paso, sería conveniente someterlos a la opinión del resto de las personas del servicio o institución al que vayan dirigidos. Otras características o condiciones mínimas que se le deben exigir a un criterio son: simplicidad (detallados y precisos), aceptabilidad (basados en un acuerdo general para que sean valorados y aceptados por todos como una buena asistencia), universalidad, que sean limitados a un número esencial, adaptables a los recursos de los profesionales y pacientes y actualizados. Al enunciar los criterios debe hacerse paralelamente al enunciado de las excepciones a los mismos, que serían las alternativas que aun no cumpliendo el criterio, serían aceptables.



5.4.2 Estándares

Son aquellos valores que toma un criterio y que actúan como límite entre lo aceptable y lo inaceptable. Los estándares, al igual que los criterios, pueden ser IDEALES o EMPIRICOS. A su vez, los estándares ideales pueden dividirse en «óptimos» y «absolutos». Mientras que los estándares ideales y absolutos únicamente aceptarían valores de 0 ó 1 o frecuencias del 100 % o del 0%, los ideales y óptimos permiten valores intermedios o frecuencias intermedias que estarían basadas en los resultados de los mejores hospitales u opiniones de expertos. Los estándares empíricos suelen ser promedios de resultados obtenidos desde estadísticas o encuestas de centros similares. Al igual que con los criterios, al decidirse por emplear estándares empíricos o ideales hay que tener en cuenta los problemas de conformismo o de frustración que respectivamente conllevan. Aunque es necesario fijar correctamente todos los estándares a utilizar, de poco servirá hacerlo si éstos no son consensuados y aceptados por los clínicos.

6. DISEÑO METODOLOGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es de tipo descriptivo exploratorio

6.2 POBLACION DE ESTUDIO

Usuarios de los servicios de salud de la sala de Urgencias del Hospital General de Barranquilla.

MUESTRA: Fue seleccionada por conveniencia conformada por 90 usuarios del servicio de Urgencias

6.3 FUENTE DE INFORMACION

Fue primaria, obtenida de los usuarios de los servicios de salud de la sala de urgencia del HGB.

6.4 RECOLECCION DE LA INFORMACION

Para obtener colaboración en la obtención de la información, previamente se paso una carta a la institución solicitando autorización para llevar a cabo la investigación y el suministro de los datos requeridos.

TECNICAS E INSTRUMENTO: La técnica utilizada para la recolección de datos fue una encuesta aplicada a los usuarios y entrevista hecha a los funcionarios

El instrumento utilizado fue un cuestionario que contiene las preguntas relacionadas con las variables objeto de investigación



6.5 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

El procesamiento de los datos se realizó de forma manual.

6.6 PRESENTACION Y ANALISIS

Los datos se presentan en tablas de frecuencias y graficas de, barras y pastel. El análisis de la información se hizo mediante medidas de frecuencia absolutas y porcentaje y medida de tendencia central y desviación estándar.

6.7 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

MACRO VARIABLE	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	CLASIFICACION
OPORTUNIDAD	Tiempo de atención en la consulta	Período de espera para la atención de consulta de urgencias.	Cuantitativo	Intervalo	-30 minutos +30 minutos 1 hora
	Existencia de recursos materiales	Existencia de cada uno de los elementos como muebles, útiles, maquinarias, herramientas, etc., necesarios para producir los resultados esperados	Cualitativo	Nominal	Si No
	Utilización de recursos tecnológicos	Es la utilización de los recursos que permite cumplir las acciones y las actividades previstas como métodos, técnicas y procedimientos (laboratorios y ayuda DX)	Cualitativo	Nominal	Lab. Rx EKG
CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS	Estrato socioeconómico del usuario	Son los diferentes niveles sociales y económicos que tiene nuestra sociedad	Cualitativa	Ordinal	Estrato 1, 2, 3, 4, 5, 6
	Nivel educativo del usuario	Es el grado de escolaridad del usuario que requiere el servicio de salud	Cualitativa	Ordinal	Primaria Secundaria Técnico Profesional

	Ingresos	Es el factor económico con que cuenta una persona para satisfacer sus necesidades básicas por un mes		Cuantitativa	Ordinal	-1S mínimo 1S mínimo +1S mínimo 2 – 3 S. mínimos
ACCESIBILIDAD	Accesibilidad geográfica	Es la posibilidad que tiene el usuario de llegar a los servicios de salud que le garantiza el sistema de seguridad social	Cualitativa		Nominal	Si No
	Accesibilidad Económica	Son los medios utilizados por el servicio para trasladar a la entidad de salud más cercana	Cualitativa		Nominal	
ACCESIBILIDAD	Régimen de adscritos SS salud	Es la organización que regula el servicio de salud y crea condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención	Cualitativa		Nominal	Contributivo
	Asignación de EPS de atención	Es la asignación de las instituciones de salud a los usuarios como HGB por parte de las ARS	Cualitativa		Nominal	Si No



	Económico	Posibilidad que tiene el individuo para conseguir los medios para satisfacer sus necesidades básicas fundamentales		Cuantitativa	Nominal	Si No
RECURSO HUMANO	Actitud	Predisposición a reaccionar, positiva, humanizada o negativamente deshumanizada, frente a determinada situación de las personas asociadas a sentimientos y conductas	Cualitativa	Nominal	Humanizada Deshumanizada	

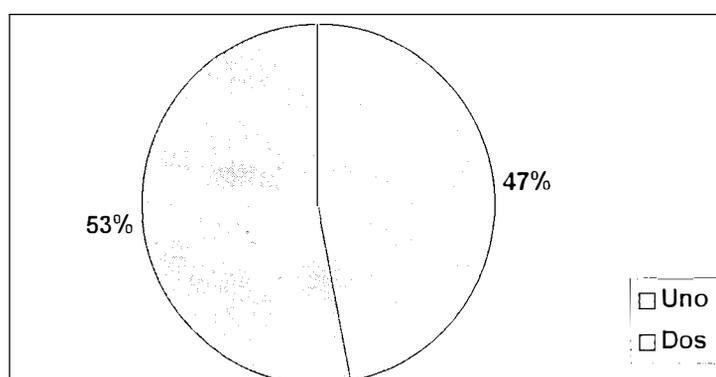
7. RESULTADOS

TABLA N° 1. DISTRIBUCION DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS SEGÚN ESTRATO SOCIOECONOMICO

NIVEL	FRECUENCIA	%
1	42	47
2	48	53
TOTAL	90	100%

Fuente. Encuesta realizada a los usuarios del servicio de urgencia del HGB

GRAFICA N° 1. DISTRIBUCION DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS SEGÚN ESTRATO SOCIOECONOMICO



Fuente: Tabla N° 1

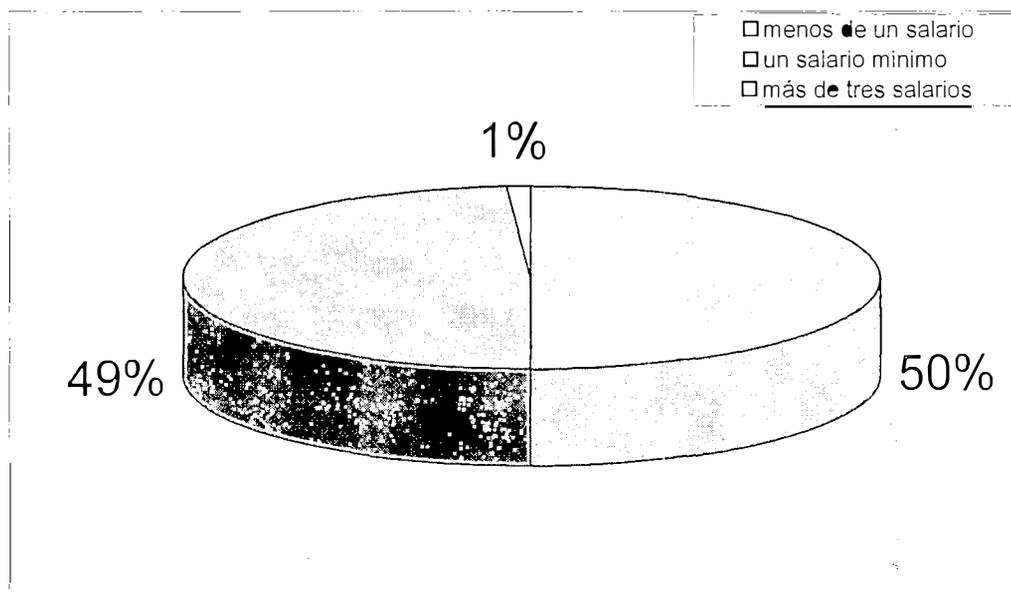
De 90 usuarios encuestados, el 53% son de estrato 2 y el 47% son de estrato 1. No se encontraron individuos de otros estratos diferentes. Esto muestra que la mayoría de personas que consultan en el Hospital General de Barranquilla, son de los estratos más bajos.

TABLA N° 2. DISTRIBUCION DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HGB SEGÚN INGRESO ECONOMICO

INGRESOS	FRECUENCIA	%
menos de un salario	45	50
un salario mínimo	44	49
mas de un salario mínimo	1	1
Total	90	100

Fuente. Encuesta realizada a los usuarios del servicio de urgencia del HGB

GRAFICA N° 2. DISTRIBUCION DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HGB SEGÚN INGRESO ECONOMICO



Fuente: Tabla N° 2

El 50% de los usuarios, tiene ingresos mensuales de menos de 1 salario mínimo y el 89% 1 salario mínimo, lo que nos muestra que 99% de las personas obtienen un salario mínimo o menos, de manera mensual.

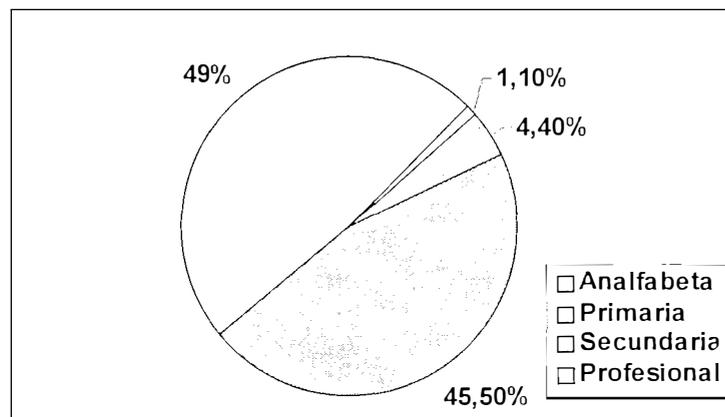


TABLA N° 3. DISTRIBUCION DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HGB SEGÚN NIVEL EDUCATIVO

NIVEL EDUCATIVO	FRECUENCIA	%
Analfabeta	4	4,4
Primaria	41	45,5
Secundaria	44	49
Profesional	1	1,1
TOTAL	90	100%

Fuente. Encuesta realizada a los usuarios del servicio de urgencia del HGB

GRAFICA N° 3. DISTRIBUCION DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HGB SEGÚN NIVEL EDUCATIVO



Fuente: Tabla N° 3

El 49% de los usuarios encuestados estudiaron hasta secundaria, pero lo que más llama la atención es que 49.9% tienen primaria o menos como nivel de escolaridad, es decir, que la mayoría tiene un bajo nivel de escolaridad.

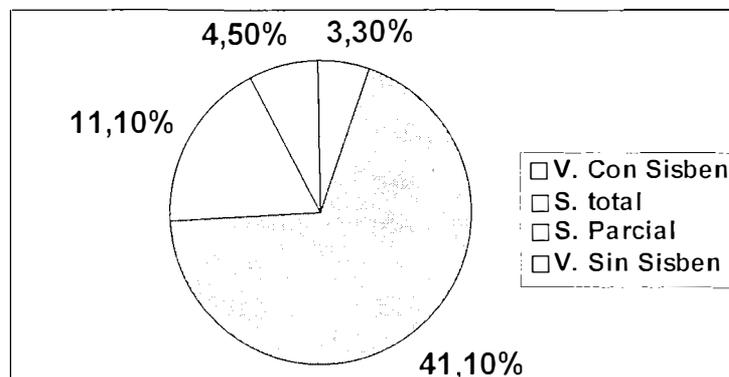


TABLA N° 4. DISTRIBUCION DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HGB SEGÚN EL REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL

REGIMEN	FRECUENCIA	%
Vinculado con Sisben	39	3,3
Sisben total	37	41,1
Sisben parcial	10	11,1
Vinculado sin Sisben	4	4,5
TOTAL	90	100%

Fuente. Encuesta realizada a los usuarios del servicio de urgencia del HGB

GRAFICA N° 4. DISTRIBUCION DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HGB SEGÚN EL REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL



Fuente: Tabla N° 4

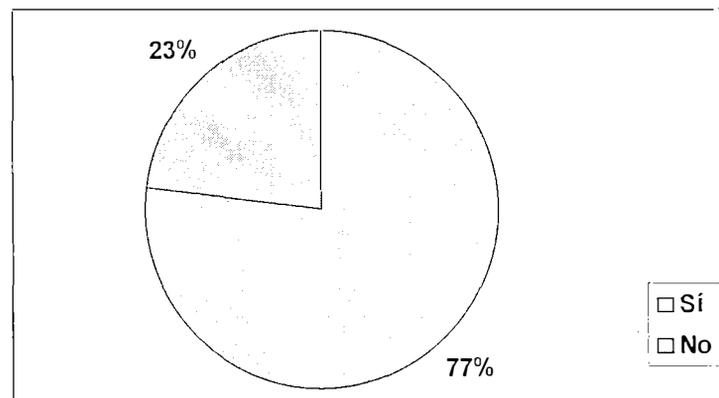
El 41% de los usuarios encuestados tienen Sisben total y el 11.1% tienen Sisben parcial. Llama la atención que ningún usuario hace parte del régimen contributivo, y que muy pocos son del régimen subsidiado.

TABLA N° 5. ASIGNACIÓN DE ARS DE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA EL SERVICIO DE URGENCIA DEL HGB

ASIGNACION ARS	No.	%
SI	69	77
NO	21	23
Total	90	100

Fuente. Encuesta realizada a los usuarios del servicio de urgencia del HGB

GRAFICA N° 5. ASIGNACIÓN DE ARS DE LA POBLACIÓN QUE CONSULTA EL SERVICIO DE URGENCIA DEL HGB



Fuente: Tabla N° 5

El 77% de los usuarios encuestados se encuentra vinculado al sistema de seguridad social a través de una Administradora de Régimen Subsidiado, y un 23% no se encuentra vinculado.

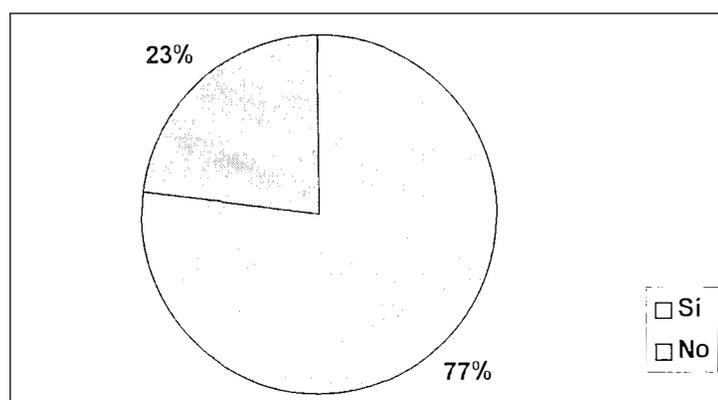


TABLA N° 6. PERCEPCIÓN DE ECONOMÍA AL TRASLADO DE LOS USUARIOS DE URGENCIA DEL HGB PRIMER PERIODO DE 2005

ECONOMIA	No.	%
SI	26	77
NO	64	23
Total	90	100

Fuente. Encuesta realizada a los usuarios del servicio de urgencia del HGB

GRAFICA N° 6. PERCEPCIÓN DE ECONOMÍA AL TRASLADO DE LOS USUARIOS DE URGENCIA DEL HGB PRIMER PERIODO DE 2005



Fuente: Tabla N° 6

Según la percepción de los usuarios, al 77% de los usuarios no les resultó económico trasladarse al HGB, mientras que el resto considera que les resulto económico.

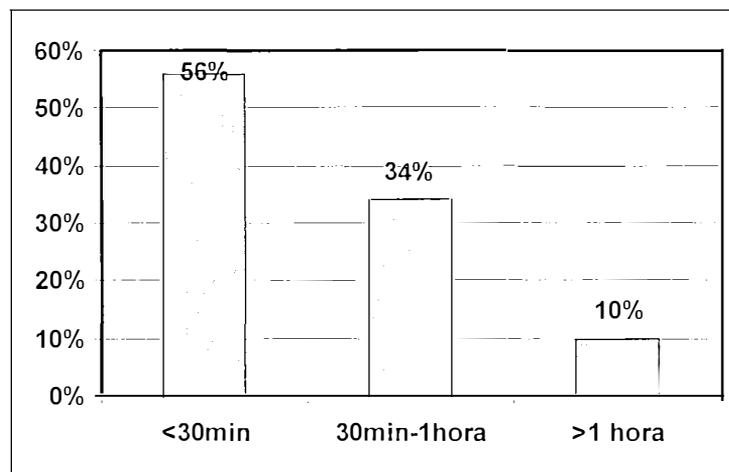


TABLA N° 7. TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN DEL USUARIO EN LA SALA DE URGENCIA DEL HGB. I PERIODO DE 2005

TIEMPO DE ATENCION	No.	%
menos de 30 minutos	50	56
30 minutos - una hora	34	34
mas de una hora	10	10
total	90	100

Fuente. Encuesta realizada a los usuarios del servicio de urgencia del HGB

GRAFICA N° 7. TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN DEL USUARIO EN LA SALA DE URGENCIA DEL HGB. I PERIODO DE 2005



Fuente: Tabla N° 7

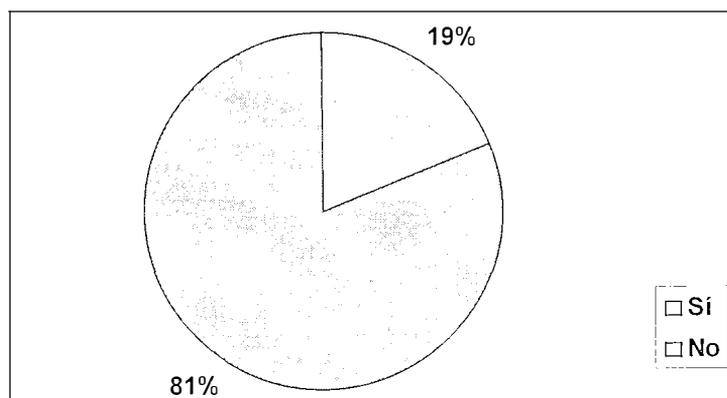
El 56% de los usuarios de urgencia fue atendido en menos de 30 minutos, el 34% fue atendido entre 30 minutos y una hora, y un 10% debió esperar más de una hora para ser atendido.

TABLA N° 8. RECURSOS MATERIALES DISPONIBLES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HGB

RECURSOS MATERIALES	No.	%
SI	17	19
NO	73	81
Total	90	100

Fuente. Encuesta realizada a los usuarios del servicio de urgencia del HGB

GRAFICA N° 8. RECURSOS MATERIALES DISPONIBLES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HGB



Fuente: Tabla N° 8

Al preguntar sobre la existencia de recursos adecuados para la atención de los pacientes, el 81% se quejó de que estos no existían, y el 19% restante respondió que si había recursos disponibles.

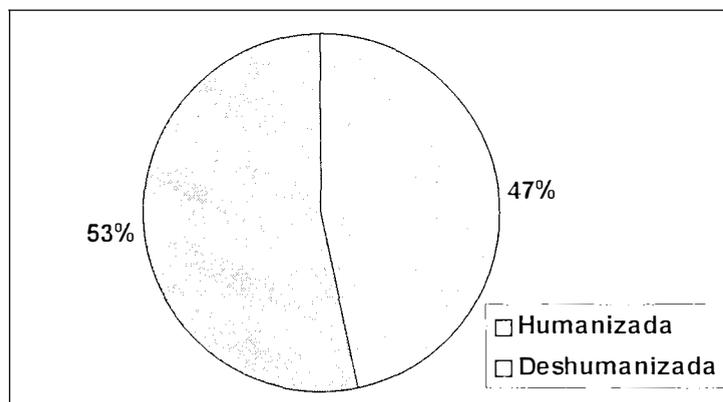


**TABLA N° 9. ACTITUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS
HGB, I PERIODO 2005**

ACTITUD	No.	%
Humanizada	42	46,7
Deshumanizada	48	53,3
Total	90	100

Fuente. Encuesta realizada a los usuarios del servicio de urgencia del HGB

**GRAFICA N° 9. ACTITUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS
HGB, I PERIODO 2005**



Fuente: Tabla N° 9

El 53.3% de los usuarios percibieron una actitud negativa del personal de enfermería, mientras que 47 afirmaron recibir una actitud positiva

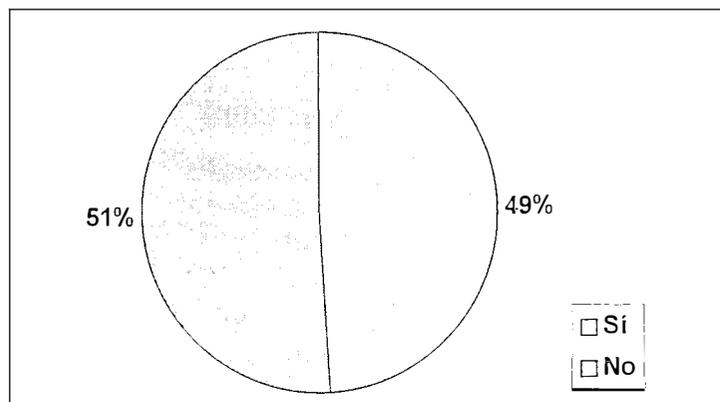


TABLA N° 10. REALIZACIÓN DE LABORATORIOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIA DEL HGB, I PERIODO 2005

LABORATORIOS	No.	%
SI	44	49
NO	46	51
Total	90	100

Fuente. Encuesta realizada a los usuarios del servicio de urgencia del HGB

GRAFICA N° 10. REALIZACIÓN DE LABORATORIOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIA DEL HGB, I PERIODO 2005



Fuente: Tabla N° 10

Al 51% de los usuarios del servicio de urgencias del HGB se le realizaron los laboratorios correspondientes para llegar a un diagnóstico adecuado, al 49% no se los realizaron, pero no se especifica si no se hicieron porque no los necesitaban, o por falta de disponibilidad de recursos en el Hospital.

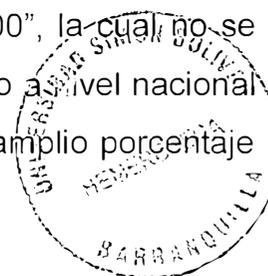
8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio deben orientar las medidas de intervención que permitan mejorar la calidad de atención en los servicios prestado en la sala de urgencias del Hospital General de Barranquilla.

La evaluación del contexto debe ser entendida no solo como una manera de conocer el hoy sino mas bien de poder establecer la forma de conocer el entorno puede afectar el servicio. Bajo este referente se observó desarticulación en el contexto institucional no solo por el desconocimiento que los Hospitales hacen de los servicios evaluados sino también tienen de lo que a nivel de legislación política, planes y programas tiene la organización y el sector. Esto definitivamente los limita en su capacidad de adaptación para responder a las demandas del medio (entendido esto no solo como el medio externo sino como el entorno institucional). Esto se ve reflejado en las valoraciones poco satisfactorias obtenidas en este criterio por la mayoría de los servicios de los hospitales estudiados como es el caso del Hospital General de Barranquilla.

Se encontró que la mayoría de usuarios tienen tres “bajos” principales, a saber: un bajo nivel socioeconómico, un bajo nivel educativo y un bajo nivel de ingresos; en síntesis, se trata de pacientes pobres, que no por serlo deberían recibir una atención inadecuada, ya que la salud es un derecho fundamental, un elemento de dignidad humana y todos merecemos recibir atención cuando estamos enfermos, especialmente si se trata de urgencias.

A pesar que la meta era “Salud para todos en el año 2000”, la cual no se cumplió en todo el mundo, los esfuerzos del gobierno, tanto a nivel nacional como a nivel local, todavía no son suficientes, porque un amplio porcentaje



de la población no cuenta con acceso a salud a través de Entidades Promotoras de Salud ni de Administradoras de Régimen Subsidiado. Cuando esto sucede, deberían ser las secretarías de salud las que asuman la atención, especialmente de enfermedades de alto costo, pero los resultados mostraron que esto no sucede de esta manera, y un amplio margen de la población, que se llama "vinculado", en realidad no está vinculado a nada, sino a la miseria.

Ahora bien, a muchos pacientes les toca esperar bastante tiempo para ser atendidos, quizás por el volumen de pacientes que se maneja en el hospital, ya que no podemos afirmar que esto sea por falta de cuidado de los profesionales de salud. Adicionalmente, la mayoría de pacientes respondió que no había suficientes recursos adecuados para su atención, lo cual es una realidad tan clara como el agua, por la falta de camillas, de insumos, y de personal muchas veces, porque el disponible no da basto, especialmente en fechas especiales cuando se disparan los índices de violencia.

En cuanto a la percepción de la actitud del personal de enfermería, más de la mitad de los pacientes encuestados informaron que ésta es "deshumanizada". Sin embargo, para poder hablar de una actitud negativa o positiva, es necesario construir o trabajar con una encuesta validada que tenga los indicadores adecuados para determinar actitud.

Se debe socializar los resultados de este estudio a todos los directivos, jefes de departamento, coordinadores, jefes de servicio y demás trabajadores para dar a conocer la magnitud del problema y las características encontradas en la cual debe haber el aporte y participación de todos los profesionales, técnicos y auxiliares que conforman el equipo de salud del Hospital General de Barranquilla

en cuanto a trato manejo clínico e intervenciones para mejorar la calidad del servicio prestado .

Se debe organizar comité de Control de calidad con la participación de trabajadores de los diferentes servicios o áreas, que tenga el compromiso y la capacidad técnica para la orientación, manejo y resolución del problema.

Adelantar un plan de capacitación para motivar y sensibilizar a todos los trabajadores del equipo de salud hacia la prestación de servicio con calidad y eficiencia.

BIBLIOGRAFIA

ANDER. Ezequiel, EGG. Enciclopedia Ciencia de la educación, Psicología y Pedagogía.

Colombia medicina univalle. Edu.co/vol. 32 no-/calidad hotm-36k.

Compendio Normativo, pagina 123 a la 15.596.

Conferencia de Calidad de Atención y Servicio de Salud. Decreto Ley 056 de 1975. Convenio 142 de 2000, Recursos Humanos. Decreto 2309. Resolución 1439.

Diccionario de trabajo Social.

Diccionario de Trabajo Social.

Diccionario Enciclopédico Larrousse 1999 Pág. 535.

Diccionario Pedagógico y Psicológico.

Enciclopedia científica de la educación psicológica y pedagógica

Enciclopedia Creencia de la educación psicológica y pedagógica edición enomexico S.A.De CV.

FRAILE, P. Desafió de fin de siglo. Humanizar. Educación medica, U.C. 1997 N° 15 p. 136 (Anales de la facultad de medicinas de la pontificia universidad católica de chile).

G.L. Monekosso. Estudios médicos esenciales: introducción de un currículo básico-central, basado en el encuentro medico paciente como educación medica. Medical Teacher 1998 vol. 20 No.6.

GIC A, Florensano R. Velasco c. análisis de la información humanista y psicosocial en el pregrado de la carrera de medicina. Educación medica en Chile. 1985. Corporación de Promoción Universitaria. (Santiago) p. 137-158.

HOWELL, J.D. El rol del medico en un mundo de tecnología. ~~Académica de~~ medicina 1999 vol. 74 p. 244.



Junta Directiva Anec seccional valle del cauca. Atención en salud factores si afectan presentación. Fue publicado el día 23 de enero de 2004.

KLAUSMEIER, Herber J. Enciclopedia de Psicología Educativa 1, Aprendizaje Habilidades Humanas y Conducta, Oxford University press Harla 1997
GODWIN, William.

Ley 266 de la Enfermería. Ley 100 de 1993. Constitución Política. Acuerdo 267 de 2004 del Gobierno Nacional sobre subsidios parcial.

MOTOYA CUERVO, Gloria H, ZAPATA LOPEZ, Cecilia Ines, CARDONA RAVE, Berta Nelly. Diccionario Especializado del Trabajo Social

PEREZ OLEA, J, bioética y practica médica. Boletín de la academia Chilena de medicina. 1997. N°. XXXIV p. 19-32.

Periódico el Heraldó. Publicación artículo sobre controversia la pobreza. Edición 15 de Diciembre 2004.

VIAL, J. El impacto de la tecnología en medicina. Educación medica, UC. 1997 N°. 15 p. 128 (Anales de la facultad de la pontificia universidad católica de chile).

[www. Eumed net/cuosecon/ecolat/coicnt-pobreza](http://www.Eumed.net/cuosecon/ecolat/coicnt-pobreza).

www. Lablaa. Org/ayuda de tareas/economía/econo.29.htm37k

www. Redetercermundo. org. uy/tmeconomico/texto-completo.php 2428-23k.

ANEXOS

A. FORMULARIO

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA CALIDAD DE ATENCION EN LA SALUD PRESTADA A LOS USUARIOS QUE CONSULTAN LA SALA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENRAL DE BARRANQUILLA EN EL PERIODO COMPRENDIDO EN EL AÑO 2005.

1. Características socio demográfica.

¿A que estrato social pertenece usted?

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____

Sus ingresos mensuales son de:

Menos de un salario mínimo

Un salario mínimo

Mas de un salario mínimo

¿Qué nivel educativo tiene usted?

Ninguno

Primaria

Secundaria

Técnico

Profesional

Nunca estudio

2. Accesibilidad

¿A qué régimen de seguridad social pertenece?

-Contributivo

- Vinculado con Sisben

-Subsidiado Total - Vinculado sin Sisben

-Subsidiado Parcial - Particular

¿Esta asignado al Hospital General de Barranquilla por su EPS?



SI _____ NO _____

Para trasladarse al HGB lo hizo por medio de:

Bus _____ Moto _____ Carro _____ Caminando _____

¿Le resulto económico?

SI _____ NO _____

3. Oportunidad

En que tiempo fue atendido por el personal profesional del HGB

-Menos de 30 minutos

-30 minutos y 1 hora

-Mas de una hora

Al momento que fue atendido le suministraron los recursos materiales necesarios para una buena atención.

SI _____ NO _____

¿Le realizaron todos los laboratorios y ayudas diagnosticas oportunamente?

SI _____ NO _____

Calidad de Atención del Recurso Humano

¿Cree usted que el Hospital General de Barranquilla cuenta con el recurso humano suficiente para brindar una adecuada atención?

SI _____ NO _____ ¿Por qué?

La aptitud del personal de enfermería al momento de atenderlo fue:

Humanizada

Deshumanizada

B. ASPECTO ADMINISTRATIVOS

RECURSOS HUMANOS

Esta conformado por el grupo de investigadores que son cuatro estudiantes de enfermería de VII semestre jornada tarde.

ASESORES

Asesora Metodológica.
Asesora de Auditoria.

TIEMPO

Año 2005

RECURSO ECONOMICO

El grupo de investigadores se repartirá equitativamente los gastos que esta investigación amerite.

Transporte	\$10.000
Fotocopias de encuestas	\$6.000
Transcripciones	\$85.000
Consulta de Internet	\$15.000
Disquete	\$4.000
Ayudas audio visuales	\$20.000
Total	\$140.000



C. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	FECHA
Revisar la bibliografía	1° Semana Sep-2004
Reconocimiento del área mediante la inspección y observación	2° Semana Sep-2004
Realizar visitas hospitalarias, entrevistas con la asociación de atención al usuario.	3° Semana Sep-2004
Entrega de la propuesta de investigación.	4° Semana Sep-2004
Entrevistas verbales y encuestas escritas a usuarios de las entidades.	1° Semana Oct-2004
Entrega del anteproyecto.	2° Semana Oct-2004
Entrega de diseño de investigación.	1° Semana Nov-2004
Asesorías con la docente Lucy Ching, Caroll Ojeda, Adalgiza Rojas.	1° Semana Feb-2005
Socialización del proyecto	1° Semana May-2005
Entrega de proyecto	1° Semana Jun-2005
Asesoría Metodológica	1° Semana Agos-2005
Asesoría conceptual	2° Semana Agos-2005
Consulta bibliográfica e investigación sobre otros proyectos de calidad.	3° Semana Agos-2005
presentación de avance del proyecto	1° Semana Sep-2005
Recolección de datos	1ª semana Oct.2005
Procesamiento de datos	2ª semana Oct-2005
Asesoría Metodológica	3ª semana Oct 2005
Análisis de los datos	4ª. Semana Oct. 2005
Asesoría Metodológica y conceptual	1ª, 2ª. Y 3ª Nov. 2005
Sustentación del proyecto de investigación	4ª. Semana nov. 2005

- 2- SERVICIOS DE SALUD PARA LA COMUNIDAD - PROGRAMAS
- 3- SALUD PUBLICA - CONTROL DE CALIDAD
- 4- ATENCION AL ENFERMO
- 5- URGENCIAS MEDICAS - CALIDAD
- 6- INTERIORIA - TESIS Y DISERTACIONES ACADEMICAS