

Calidad de la atención en servicio de urgencias del Policlínico Emilia de Córdoba y Rubio

Quality of care in the emergency service of the Emilia de Córdoba y Rubio Polyclinic

Yanelis Griselda Montero Reyes^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-7972-5121>

Pedro Luis Véliz Martínez² <https://orcid.org/0000-0003-3789-8945>

Ana Rosa Jorna Calixto³ <https://orcid.org/0000-0002-4019-4706>

¹Policlínico Docente “Emilia de Córdoba y Rubio”. Mayabeque, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Consejo Nacional de Sociedades Científicas de la Salud. La Habana, Cuba.

³Escuela Nacional de Salud Pública. Departamento de Dirección en Salud. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: yanelisgm@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La evaluación de la calidad asistencial constituye preocupación permanente de los sistemas de salud. Sus bases conceptuales y metodológicas se abordan desde las dimensiones estructura, procesos y resultados.

Objetivo: Evaluar la calidad de la atención médica en el servicio de urgencias del Policlínico Emilia de Córdoba y Rubio.

Métodos: Se realizó una investigación sobre los sistemas y servicios de salud en el área de urgencias del Policlínico Docente Emilia de Córdoba y Rubio, de Mayabeque, desde 1ro de abril de 2017 hasta 31 de marzo de 2018. Las variables empleadas fueron la estructura, procesos y resultados en el servicio de urgencias. El universo de la investigación estuvo integrado por 51 trabajadores y se encuestaron 164 pacientes, seleccionados a partir de un muestreo probabilístico aleatorio simple. Se aplicó una guía de observación y cuestionarios para evaluar la estructura y satisfacción de pacientes y prestadores. Se utilizó la auditoría interna para evaluar los procesos; y los indicadores de

letalidad de las enfermedades trazadoras, para los resultados. Para el análisis estadístico se emplearon frecuencias absolutas y relativas.

Resultados: La estructura se evaluó de regular (62,3 %), con dificultades en la limpieza; ventilación; condiciones de los baños, techos y paredes; el orden y confort en la sala de espera y el completamiento del personal no médico. Todos los aspectos del proceso de atención fueron positivos. El infarto agudo de miocardio tuvo una letalidad elevada (30,76 %). La satisfacción percibida por los pacientes fue mala (55,55 %) y por los prestadores fue catalogada de regular (75 %), las que se deben a dificultades administrativas, en la organización, disciplina, condiciones de las áreas de espera y atención.

Conclusiones: La calidad de la atención en el servicio de urgencias fue regular. Los elementos evaluados como deficientes afectaron sensiblemente a la variable estructura y al nivel de satisfacción de usuarios y prestadores.

Palabras clave: servicios médicos de urgencia; calidad de la atención de salud; calidad, acceso y evaluación de la atención de salud; garantía de la calidad de atención de salud.

ABSTRACT

Introduction: The evaluation of the quality of care is an enduring concern of health systems. Its conceptual and methodological bases are approached from the structure, process and results dimensions.

Objective: To assess the quality of medical care in the emergency service at Emilia de Córdoba y Rubio Community Clinic.

Methods: A study was carried out on health systems and services in the emergency area at Emilia de Córdoba y Rubio Teaching Community Clinic, Mayebeque, from April 1, 2017 to March 31, 2018. The variables used were the structure, processes and results in the emergency department. The research universe consisted of 51 workers. One hundred sixty-four patients were surveyed, they were selected by a simple random probability sample. An observation guide and questionnaires were applied to assess the structure and satisfaction of patients and providers. Internal audit was used to evaluate the processes; and lethality indicators of tracer diseases were used to evaluate the results. Absolute and relative frequencies were used for the statistical analysis.

Results: The structure was evaluated as reasonable (62.3%), with difficulties in cleaning; ventilation; bathroom, ceiling and wall conditions; as well as in order and comfort in the waiting room and the completion of non-medical personnel. All aspects of the care process

were positive. Acute myocardial infarction was found to have high lethality (30.76%). The patients' satisfaction perceived was poor (55.55%), providers satisfaction was classified as average (75%), due to management difficulties, organization, discipline, conditions in the waiting room and care areas.

Conclusions: The quality of care in the emergency department was average. The elements evaluated as deficient, significantly affected the structure variable and the level of satisfaction of users and providers.

Keywords: emergency medical services; quality of health care; quality, access and evaluation of health care; quality assurance of health care.

Recibido: 27/12/2019

Aprobado: 17/03/2020

Introducción

En medicina, es muy difícil evaluar la calidad de la atención asistencial, ya que un trato cortés, amable y paternal no siempre va acompañado de una adecuada selección de las medidas diagnósticas y terapéuticas, ni tampoco de la prudente y cuidadosa realización de procedimientos técnicos, por lo que constituye una preocupación permanente de los sistemas de salud.⁽¹⁾

La calidad en salud es definida como un elevado nivel de excelencia profesional y el uso eficiente de los recursos con un mínimo de riesgos para el paciente, a fin de lograr un alto grado de satisfacción en este y un impacto final positivo en su salud.⁽²⁾

Las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención médico-paciente se han justificado en el modelo de Donabedian (1966), desde las dimensiones: estructura, proceso y resultados, que constituyen el paradigma dominante de evaluación de la atención a la salud. La estructura responde a las características más establecidas e invariantes del sistema, y los medios materiales y sociales empleados; el proceso se refiere a aspectos técnicos e interacción con los pacientes; y los resultados son las consecuencias de la atención, los cambios en el estado de la salud del paciente o en la población.⁽³⁾

La calidad en la atención debe estar basada en actividades encaminadas a garantizar los servicios de salud accesibles y equitativos; debe responder a las necesidades y

expectativas de las personas; ser consistente y profesional, eficiente y productiva, con trato personalizado, efectivo y mejorado continuamente, que impacte en las personas.⁽⁴⁾

En Cuba, se trabaja, además, en cómo se hacen las cosas, en la estandarización de procesos y la acreditación de servicios, para disminuir errores clínicos y administrativos, mejorar la satisfacción del cliente externo, trabajar en equipo y hacer partícipe a todos de la cultura de calidad.⁽⁵⁾

En 1984, se modificó el sistema nacional de salud gracias al desarrollo de la atención primaria de salud (APS), con una red de policlínicos y consultorios médicos; se creó la especialidad de Medicina General Integral; se establecieron consultorios de urgencias; se fortalecieron áreas de urgencias y emergencias en policlínicos, y en municipios donde no existían terapias intensivas hospitalarias; se crearon las áreas intensivas municipales (AIM).^(6,7)

En el período 2017-2018 se realizaron más consultas de urgencias en APS que en los hospitales. Los pacientes atendidos en la guardia de APS fueron 61,5 % en 2017 y 60,5 % en 2018.⁽⁸⁾

El municipio San Nicolás, con extensión territorial de 229,5 km² y una población de 20 755 habitantes,⁽⁹⁾ cuenta con un área de salud (Policlínico Docente Emilia de Córdoba y Rubio), el cual tiene un servicio de urgencias compuesto por un AIM de dos camas, dos consultas, dos salas de observación con siete camas, un área de apoyo vital, laboratorio clínico, electrocardiograma, rayos X, tres áreas para los procesos de enfermería y un salón de espera.

En 2016, se atendieron en consulta médica 66 249 personas, según los registros estadísticos municipales, de los cuales 41 289 pacientes (62,3 %) correspondieron al servicio de urgencias, y de ellos se ingresaron 138 en el AIM y 965 en las salas de observación.

El servicio de urgencias municipal recibe a los pacientes con enfermedades agudas y crónicas agudizadas o descompensadas que acuden espontáneamente o son remitidos desde las diferentes instituciones de salud del territorio, por lo que debe tener un nivel resolutivo elevado ya que la unidad hospitalaria de remisión más cercana se encuentra a 16 km de distancia.

En la revisión bibliográfica realizada por los autores, no se encontraron investigaciones realizadas sobre la calidad asistencial que brinda este servicio, por lo que se decide realizar un estudio cuyo objetivo es evaluar la calidad de la atención médica en el servicio de urgencias del Policlínico Emilia de Córdoba y Rubio.

Métodos

Se realizó una investigación sobre sistemas y servicios de salud, en el área de urgencias del Policlínico Docente Emilia de Córdoba y Rubio, de Mayabeque, desde 1 de abril de 2017 hasta 31 de marzo de 2018.

Se utilizaron métodos teóricos y empíricos. El análisis documental, la inducción-deducción, el análisis y síntesis, así como el enfoque sistémico estructural y funcional estuvieron entre las indagaciones teóricas utilizadas; entre las indagaciones empíricas se trabajó con la consulta a expertos, cuestionarios, la observación y revisión de documentos, protocolos, libros de registros de actividad médica e historias clínicas.

Para la investigación se contó con el universo de 51 trabajadores que laboraban en el servicio de urgencias (20 médicos, 16 enfermeros, 7 técnicos y 8 de servicios) y se encuestaron a 164 pacientes que constituyeron la muestra seleccionada, a partir de un muestreo probabilístico aleatorio simple.

Variables utilizadas

1. Estructura

Escala:

- Buena, cuando se evalúa de sí o adecuado 80 % o más de los aspectos observados
- Regular, cuando se valora como sí o adecuado entre 60 % y 79 % de los aspectos.
- Mal, cuando es menor de 60 %.

La estructura tuvo como subcomponentes:

- Ambiente físico (condiciones estructurales de techos, paredes, baños, barreras arquitectónicas, agua corriente 24 horas, estado de la pintura, limpieza, ambiente acústico, iluminación y ventilación).
- Ambiente organizativo (organización del servicio, orden y confort en la sala de espera, flujo de las consultas de urgencia y dinámica para las emergencias).
- Tecnológico (equipos y materiales).
- Recursos humanos (completamiento del personal médico y no médico).

2. Procesos

Escala:

- Bien, cuando 90 % o más de los aspectos evaluados fueron sí.
- Regular, cuando fueron entre 70 % y 90 %.
- Mal, si fue menor a 70 %.

Se tuvo en consideración para evaluar los procesos:

- Existencia de manual de organización y procedimientos del servicio.
- Guardia médica garantizada durante 24 horas.
- Realización de entregas de guardia matutina y vespertina.
- Pases de visita, protocolos de atención, estadía, registro de ingresos y egresos.
- Disponibilidad de información en el AIM correspondiente a:
 - pacientes ingresados, fallecidos, ventilados, trombolizados.
 - abordajes venosos profundos realizados.
 - paro cardiorrespiratorio con maniobras de reanimación realizadas.
 - existencia de actas de las reuniones del servicio.

3. Resultados

Escala:

- Bien, cuando se expresa satisfacción con 95 % y más de los criterios encuestados.
- Regular, cuando se está satisfecho entre 70 % y 94 %.
- Mal, cuando se refiere satisfacción con menos de 70 %.

Para evaluar los resultados se consideró el cumplimiento de los indicadores de letalidad establecidos para las enfermedades trazadoras,⁽¹⁰⁾ el nivel de satisfacción de pacientes y de prestadores.

Técnicas de recolección de la información

Para evaluar la estructura se utilizó la técnica de observación participante,^(11,12,13) la cual se efectuó una vez por semana, en distintos horarios y en diferentes locales del servicio.

Para la variable procesos se empleó la auditoría interna,^(14,15,16) una vez al mes, con revisión de documentos, protocolos, libros de registros de actividad médica e historias clínicas.

Para la evaluación de resultados se utilizaron los indicadores de letalidad establecidos para las enfermedades trazadoras,⁽¹⁰⁾ y cuestionarios para medir el nivel de satisfacción de pacientes y prestadores.

La guía de observación y los cuestionarios fueron confeccionados por los autores y validados por expertos. Se utilizaron los criterios de Moriyama.⁽¹⁷⁾ Se seleccionaron siete especialistas de segundo grado con más de 20 años de ejercicio en la profesión, de ellos cinco especialistas en Organización y Administración de Salud, y dos en Medicina Intensiva y Emergencias. Todos fueron profesores auxiliares y máster, por tanto tenían un grado de competencias elevado.⁽¹⁸⁾

Procesamiento estadístico

Se confeccionó una base de datos con el programa Microsoft Excel 2013. Para el análisis estadístico de las variables se emplearon las frecuencias absolutas (No.) y relativas (%), mientras que los resultados fueron presentados en tablas estadísticas para su mejor comprensión.

Aspectos éticos

La participación de los trabajadores y pacientes en la investigación fue voluntaria, anónima y confidencial. Se obtuvo su consentimiento informado para participar y fueron encuestados en ambiente de privacidad, a partir de la previa concertación y negociación con ellos. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética y el Consejo de Dirección del Policlínico Docente Emilia de Córdova y Rubio, de Mayabeque.

Resultados

En el período estudiado fueron atendidos en el servicio de urgencias 21 122 pacientes, de los cuales mil 51 se atendieron en las salas de observación y 184 ingresaron en el área intensiva municipal.

La variable estructura se evaluó como *regular*. El porcentaje de observaciones realizadas entre *adecuadas* y *sí* alcanzaron la cifra de 583 de un total de 936, para 62,3 %. La limpieza, ambiente acústico, ventilación, condiciones de los baños, agua corriente las 24 horas, condiciones estructurales de los techos y de las paredes, orden y confort en la sala de espera y completamiento del personal no médico se evaluaron de *mal* (Tabla 1).

Tabla 1 - Comportamiento de las observaciones realizadas a la estructura y sus componentes

Ambiente físico					
No.	Aspecto a observar:	Adecuado		Inadecuado	
		No.	%	No.	%
1	Limpieza	15	28,8	37	71,2
2	Ambiente acústico	26	50	26	50
3	Iluminación	48	92,3	4	7,7
4	Ventilación	8	15,4	44	84,6
5	Estado de la pintura	52	100	0	0
6	Barreras arquitectónicas	52	100	0	0
7	Condiciones en los baños	19	36,5	33	63,5
8	Agua corriente las 24 horas en el servicio	0	0	52	100
9	Condiciones estructurales de techos	19	36,5	33	63,5
10	Condiciones estructurales de paredes	19	36,5	33	63,5
Ambiente organizativo					
		Adecuado		Inadecuado	
		No.	%	No.	%
11	Organización de los locales y del servicio	35	67,3	17	32,7
12	Orden y confort en la sala de espera	0	0	52	100
13	Flujo organizativo para la atención a las urgencias y emergencias	52	100	0	0
Tecnológico					
		Sí		No	
		No.	%	No.	%
14	Completamiento de equipos médicos y no médicos	52	100	0	0
15	Funcionamiento de los equipos	52	100	0	0
16	Disponibilidad de materiales necesarios para el servicio	52	100	0	0
Recursos humanos					
		Sí		No	
		No.	%	No.	%
17	Completamiento del personal médico	52	100	0	0
18	Completamiento del personal no médico	30	57,7	22	42,3
Total		583	62,3	353	37,7

En la **tabla 2** se muestran los procesos del servicio de urgencias. Los aspectos analizados obtuvieron sí en 100 % de las veces.

Tabla 2 - Procesos del servicio de urgencias

No.	Aspectos observados	Sí		No	
		No.	%	No.	%
1	Existe manual de organización y procedimientos del servicio	12	100	0	0
2	Guardia médica garantizada durante 24 horas	12	100	0	0
3	Realización de entregas de guardia matutina y vespertina	12	100	0	0
4	Pase de visita, según los horarios establecidos y la gravedad del enfermo	12	100	0	0

5	Protocolización de la asistencia en el servicio de urgencia	12	100	0	0
6	Estadía ≤6 horas en la sala de observación	12	100	0	0
7	Registro actualizado de ingresos y egresos	12	100	0	0
8	Disponibilidad de información estadística en el área intensiva municipal	12	100	0	0
9	Actas de las reuniones del servicio	12	100	0	0

El cumplimiento de los indicadores de letalidad establecidos para las enfermedades trazadoras, se presenta en la [tabla 3](#). El infarto agudo de miocardio se comportó con una letalidad elevada de 30,76 %, por encima de los parámetros establecidos para las enfermedades trazadoras,⁽⁹⁾ lo cual no ocurrió con la enfermedad cerebrovascular, a pesar de tener un fallecido. No hubo pacientes que necesitaran de ventilación mecánica.

Tabla 3 - Indicadores de letalidad para enfermedades trazadoras

Enfermedad	Ingresos	Fallecidos
Infarto agudo de miocardio	13	4
Trauma severo	1	0
Enfermedad cerebrovascular	30	1
Diabetes mellitus	3	0
Asma bronquial	5	0

El nivel de satisfacción de los pacientes fue de *muy bueno* en 30 personas (18,3 %), de *bueno* en 118 pacientes (72 %), de *regular* en 13 usuarios (7,9 %) y *malo* en 3 para 1,8 %. Las inconformidades fundamentales fueron ante recetas y terapéuticas indicadas que no tenían respaldo en farmacias. Hubo tres pacientes que la categorizaron de mala porque tuvieron la necesidad de asistir en más de una ocasión al cuerpo de guardia.

Al valorar el tiempo de espera en el servicio de urgencias, 131 enfermos (79,9 %) fueron atendidos en *menos de una hora*; 33 pacientes (20,1 %) demoraron entre *una y dos horas*, debido al tiempo que se necesitó para procesar y obtener los resultados de los exámenes complementarios, indicados por los médicos. No hubo personas que esperaran *más de dos horas*.

El total de los individuos evaluó como *aceptable* el tiempo para su atención. Manifestaron que el personal médico y de enfermería brindaron *muy bien* la ayuda necesaria cuando la solicitaron, y 130 pacientes (79,3 %) refirieron que la atención se realizó de forma organizada.

Sobre las instrucciones recibidas, 155 usuarios (94,5 %) manifestaron que los médicos indicaron lo que se debía o no hacer con sus dolencias; 32 (19,5 %) revelaron que los enfermeros no orientaron adecuadamente al enfermo.

Se mostraron *insatisfechos* 128 pacientes (78 %) con la comodidad en el servicio de urgencias, 24 enfermos (14,6 %) estuvieron *medianamente satisfechos* y 12 (7,3 %) mostraron *satisfacción* plena.

En resumen, de las nueve preguntas que miden la satisfacción de los pacientes, en cuatro respondieron que fue *regular* y una de *mal*; el resto se evaluaron como *bien*, por lo que se detectó que este componente tenía problemas y, por tanto, obtuvo una evaluación final de *mal*.

El nivel de satisfacción a prestadores tuvo cuatro preguntas que se evaluaron como *medianamente satisfecho* y una de *satisfecho*, por lo que también es un elemento que se debe atender por la dirección de la institución, para incrementar la calidad de la prestación de servicios (Tabla 4).

Tabla 4 - Nivel de satisfacción de los prestadores del servicio de urgencias

Indicador	Satisfecho		Medianamente satisfecho		Insatisfecho	
	No.	%	No.	%	No.	%
Organización del servicio	2	3,92	44	86,20	5	9,80
Condiciones de las áreas de trabajo	2	3,92	44	86,20	5	9,80
Condiciones del área de descanso del médico de guardia	6	11,70	42	82,36	3	5,88
Alimentación	2	3,92	46	90,20	3	5,88
Relaciones interpersonales del equipo de trabajo	50	98,04	1	1,96	0	0,00

Discusión

En los servicios de urgencias de APS deben atenderse los problemas de salud que van desde los de baja complejidad hasta el abordaje, valoración y estabilización de los de alta complejidad; y siempre se debe intentar la máxima resolución posible dentro de este ámbito de actuación.⁽¹⁹⁾

En Cuba, el servicio de urgencias es una actividad permanente pues en él se trabajan las 24 horas atendiendo a la población, mediante estancias y guardias médicas. En el caso de este policlínico, hay un AIM con poder de resolución para emergencias y la atención inicial de pacientes graves que, luego de estabilizarse, se trasladan a los cuidados intensivos hospitalarios, a través del sistema de emergencia médica móvil.^(20,21)

El servicio de urgencias es el área con mayor volumen de pacientes, algunos padecen urgencias reales y otros no; sin embargo, todos exigen una atención rápida y con calidad, donde se aplican los criterios empleados en esta investigación.^(1,3,19,22)

No se han encontrado evidencias de trabajos científicos que aborden la calidad en servicios de urgencias en la APS en Cuba, solo algunos con resultados de trabajo de las AIM. El único antecedente existente es que durante el año 2009 se realizó por el Centro Nacional de Urgencias Médicas (SIUM Nacional) un proceso de evaluación de la calidad de los servicios de urgencias en APS, de las AIM y de las bases de ambulancias en el país, cuyos resultados no fueron publicados. Las variables utilizadas en esa investigación fueron similares a las nuestras, con la excepción de la realización de exámenes para evaluar a profesionales y técnicos en los servicios.⁽¹⁸⁾

Los aspectos negativos de la estructura estuvieron dados por problemas organizativos, de disciplina, exigencia y control por parte de la jefatura del servicio y administración del policlínico, expresadas en la deficiente limpieza general y de los baños, lo que a su vez puede relacionarse con el completamiento del personal no médico. El ruido de pacientes y de prestadores, acostumbrados a expresarse en alta voz y hacer ruidos innecesarios, interfieren en el proceso de atención y expresan indisciplina social.

La deficiente gestión administrativa se expresa también en la ventilación inadecuada, pues, aunque hay ventiladores y equipos de climatización, no funcionan, no son reparados ni sustituidos, lo cual afecta una estancia agradable. El agua corriente las 24 horas es deficiente, ya que no existen bebederos, ni lavamanos en consultas para ejecutar el lavado de manos del personal médico posterior a acciones diagnósticas y terapéuticas, lo cual expone a prestadores y pacientes a posible adquisición y transmisión de enfermedades. Existe filtración de agua por el techo, que genera afectación de las paredes y hay gran humedad en el cuarto médico y en los baños del AIM, a pesar de haber transcurrido un proceso de reparación reciente.

El orden y confort en la sala de espera presenta deficiencias pues esta área tiene muy pocos asientos, que en su mayoría se encuentran deteriorados y, por tanto, pacientes y familiares tienen que permanecer de pie hasta ser atendidos. No existen pancartas informativas, ni otros elementos de embellecimiento que pudieran contribuir a modificar el ambiente del lugar.

Los aspectos que fueron catalogados de bien en la estructura fueron la ausencia de barreras arquitectónicas, flujo organizativo para la atención, completamiento y funcionamiento de equipos, disponibilidad de materiales necesarios y completamiento del personal médico, los cuales reflejan que existen las condiciones materiales y recursos para el cumplimiento de los procesos de atención.

Existen escasos trabajos cubanos y extranjeros que hayan evaluado estructura en urgencias de APS. En 2008, en la evaluación del servicio de urgencias estomatológicas,⁽²³⁾ se valoraron las condiciones del local de trabajo, disponibilidad de recursos materiales y medicamentos, y condiciones del área de descanso. Se detectaron debilidades importantes en esos indicadores, lo que condujo a una intervención que las modificó.

Los indicadores de los procesos tienen resultados positivos y superiores a la auditoría externa realizada en 2009.⁽¹⁸⁾ Sin embargo, los autores se preguntan: ¿Todos los procesos se efectúan con la seriedad, responsabilidad, profundidad y participación con que merecen ser realizados?

Las entregas de guardia matutina y vespertina se realizan, existen las evidencias, pero la entrega matutina tiene mayor profundidad que la vespertina. En ambas deben participar la jefatura del servicio, médicos y enfermeros, pero no siempre sucede así, en la mayoría de las ocasiones las enfermeras no asisten por encontrarse en otras labores asistenciales. Tampoco participa la dirección del policlínico u otro personal relacionado con la atención. Generalmente, la entrega vespertina se hace de médico saliente a entrante.

Los pases de visita se basan en una sencilla evolución médica y de enfermería escritos en las historias clínicas, pero no constituye un verdadero espacio de discusión colectiva, con aspectos docentes e investigativos incluidos, y comentarios clínicos en las historias.

Existe un manual de organización y procedimientos, y los protocolos asistenciales de las principales enfermedades atendidas en el servicio, pero se tiene la sensación de que no son utilizados en toda la dimensión que debieran, por lo que consideramos que se deben realizar observaciones por dentro de estos procesos en futuras investigaciones, con el objetivo de verificar el cumplimiento de las normas del servicio, la adherencia a protocolos de actuación, así como al cumplimiento de los procedimientos y medidas terapéuticas. Es necesario que el personal actuante comprenda que estos instrumentos contribuyen a brindar una atención con la calidad que merece la población.

Aunque existen evidencias de que se realizan las reuniones del servicio, se necesita que sean verdaderas herramientas de análisis y discusión de resultados en función de la calidad. Se discuten poco los indicadores y la información estadística, la adherencia a protocolos, no se auditan historias clínicas, ni se valoran los niveles de satisfacción de pacientes y prestadores.

Existen escasos trabajos que evalúan calidad de los procesos en los servicios de urgencias, la mayoría de los encontrados se refieren a urgencias hospitalarias con una dinámica diferente al modelo de policlínico que es evaluado en esta investigación.

Al respecto, Véliz ha planteado,⁽⁷⁾ según su experiencia en los servicios de urgencias, emergencias y cuidados intensivos, que existen un conjunto de dificultades y limitaciones en el trabajo de los intensivistas en Cuba, relacionados con inadecuada aplicación de bases reglamentarias y normativas; dificultades en la confección de documentos asistenciales y en el trabajo en equipo; escasa realización de investigaciones científicas; inexperiencias en sistemas de gestión y dirección, con pobre utilización de indicadores y estándares de calidad en el análisis del trabajo de los servicios y en el uso eficiente de los recursos; todo lo cual coincide con estas valoraciones.

Resulta imprescindible que los responsables, profesionales y trabajadores presten gran atención a los incumplimientos de las normas y procedimientos para que sean evitados o resueltos oportunamente, pues tendrán gran incidencia en los resultados obtenidos a corto, mediano o largo plazo.⁽¹⁴⁾

El infarto agudo de miocardio fue la única enfermedad trazadora que se comportó con una letalidad muy elevada,⁽¹⁰⁾ por lo que debe revisarse detalladamente su protocolo de actuación y auditarse las historias clínicas para definir problemas con su atención. Las demás enfermedades trazadoras se comportaron de acuerdo con lo esperado, y no hubo pacientes ventilados en el período.

El tiempo de espera que predominó fue el de atención completa en menos de una hora y nadie esperó más de dos horas, lo cual coincide con la afirmación de que se obtienen mejores resultados en la atención de urgencias y emergencias con un tiempo mínimo de espera para su atención, y la aplicación rápida de tratamientos y procedimientos; todo lo cual influye también en la percepción del paciente y, además, tiene estrecha relación con el clima organizacional del servicio.^(21,24)

La mayoría de los pacientes y familiares manifestaron que los médicos explican la conducta a seguir después de su atención en urgencias. Hubo un grupo de personas que expresaron que los enfermeros no orientan adecuadamente al enfermo, lo cual debe atenderse por la jefatura del servicio, para aumentar la profesionalidad y calidad de atención.

La mayor insatisfacción con la comodidad en el servicio estuvo dada por las condiciones, que han empeorado en cuanto a la cantidad y confort de los asientos, existen dificultades con la limpieza del área y se han percibido malos olores en ocasiones, hechos que coinciden con las observaciones realizadas.

La satisfacción de los pacientes, en general, fue regular por deficiencias susceptibles de ser atendidas por la jefatura del servicio y la dirección del policlínico.

En relación con las preguntas que expresan el nivel de satisfacción de los prestadores, se evidencia que las relaciones interpersonales del equipo de trabajo son satisfactorias; sin embargo, existen deficiencias con la limpieza, la ausencia de lavamanos en las consultas, la deficiente ventilación, el mobiliario de la sala de espera, el área de descanso del médico de guardia con inadecuada ventilación y calor, el estado del baño y del pantry, los cuales carecen de comodidad. Aunque se sienten medianamente satisfechos con la alimentación, dicen que debe ser mejor elaborada y ofrecer un menú más variado. En sentido general, valoran que la administración del policlínico no cumple con el papel que le corresponde para solucionar las situaciones creadas.

Con respecto a la satisfacción de usuarios y prestadores de salud, existen diversos trabajos que se abordan desde la calidad percibida o sentida, la cual puede estar influenciada por la subjetividad de los usuarios, que debe ser explicada y expresada por estos, luego de la utilización de los servicios. Este enfoque ha sido una contribución importante, pues permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud, suponiendo que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fácil y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa y específicamente de la estructura.⁽²⁵⁾

Alonso y otros plantean que el mejor modo de obtener información es cuando se analiza la calidad percibida por el usuario a través de las percepciones y deseos del verdadero protagonista del sistema de atención sanitaria (usuario).⁽²⁶⁾

En el caso de los servicios de salud, los productos son servicios intangibles, pero tienen un valor agregado que se convierte en la característica que identifica, diferencia y satisface. La calidad implica ir más allá del resultado final, es decir, es la forma de ofrecer el servicio desde el ingreso y durante la estancia del usuario en la institución de salud, como herramientas primordiales para garantizar la calidad en los servicios,⁽²⁵⁾ lo cual coincide con esta investigación.

Los problemas de calidad se identifican al comprobar que en los resultados de la atención de salud no se cumplen las expectativas de los clientes y/o los requisitos establecidos por el sistema o institución. Es necesario analizar el proceso, las causas de esos problemas y corregirlas.⁽¹⁴⁾

A manera de conclusión, la calidad de la atención en el servicio de urgencias del policlínico de San Nicolás, en el período estudiado, fue regular. Los elementos evaluados como deficientes de la variable estructura afectaron sensiblemente a esta y al nivel de

satisfacción de usuarios y prestadores. La calidad de los procesos de atención fue buena, aunque el infarto de miocardio se comportó con una letalidad elevada. Existen elementos intrínsecos que atender por la jefatura del servicio y la dirección del policlínico.

Referencias bibliográficas

1. Delgado Acosta H, Pedraza Alejo D, Valladares Carvajal F, Lastre Navarro K, Hernández Torres L, Ávila Piña D. Calidad de la atención médica a pacientes con infarto agudo del miocardio. Cienfuegos 2011. Revista Finlay. 2013 [citado: 15/12/2019];3(3):172-82. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/213>
2. La Torre Mantilla AR, Oyola García AE, Quispe Ilanzo MP. Factores asociados al grado de satisfacción del usuario del consultorio externo de gastroenterología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. Mayo, 2014. Rev Gerenc Políticas Salud. 2018 [citado: 15/12/2019];17:59-68. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272018000100059&nrm=iso
3. García-Fabila EJ. Recordando a Avedis Donabedian. Tres lustros después. Calidad de la atención médica. Rev Med e Investig UAEMéx. 2018 [citado: 15/12/2019];6(1):54-8. Disponible en: <http://rmi.diauaemex.com/pdf/2018/enero/7.-%20Recordando%20a%20Avedis%20Donabedian.pdf>
4. Massip Pérez C, Ortiz Reyes RM, Llantá Abreu MC, Peña Fortes M, Infante Ochoa I. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2008 [citado 15 Dic 2017];34(4):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu13408.htm
5. Forrellat Barrios M. Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter. 2014 Jun [citado: 15/12/2019];30(2):179-83. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892014000200011&lng=es
6. Rojas Ochoa F. Extensión de Cobertura en Servicios de Salud. CUBA 1060-2010. La Habana: West General Trading LTD; 2016.
7. Véliz Martínez PL, Jorna Calixto AR. Evolución histórica y perspectivas futuras de la Medicina Intensiva y Emergencia como especialidad en Cuba. Educ Méd Super. 2014

- [citado: 16/12/2019];28(3). Disponible en: <http://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/355>
8. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud, 2018. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2019 [citado: 16/12/2019]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2019/04/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2018-ed-2019-compressed.pdf>
9. Oficina Municipal de Estadística e Información en San Nicolás (ONEI). Anuario Estadístico de San Nicolás 2018. Mayabeque: ONEI; 2019 [citado: 15/12/2019]. Disponible en: http://www.onei.gob.cu/sites/default/files/anuario_est_municipal/07_san_nicolas_1.pdf
10. Ministerio de Salud Pública. Objetivos de trabajo y Actividades Principales. La Habana: CEDISAP; 2018.
11. Hernández Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 4ta. ed. México, D. F.: McGraw-Hill Interamericana; 2006 [citado: 15/12/2019]. Disponible en: https://www.academia.edu/31870211/Sampieri_et_al_metodologia_de_la_investigacion_4ta_edicion_sampieri
12. Samino García R, Rivero Gutiérrez L. Análisis de la observación participante aplicada en la sistematización de experiencias educativas a partir del M-Deca. Excelencia Administrativa Digital. 2018 [citado: 16/12/2019];44:61-87. Disponible en: http://fca.uach.mx/posgrado_e_investigacion/2018/09/05/Excelencia-Administrativa-Vol-44.pdf#page=66
13. Burgos Borbor CF, Toala Morrillo DE. La técnica de observación participante en el análisis ocupacional de una institución de salud [Tesis]. Universidad de Guayaquil: Facultad de Ciencias Psicológicas; 2019 [citado: 16/12/2019]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/39118/1/SIST%20DE%20EXPERIENCIAS%20BURGOS%20y%20TOALA.pdf>
14. Ramos Domínguez BN. Control de calidad de la atención de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
15. Jackson WJ, Paterson AS, Pong CKM, Scarparo S. Los médicos bajo el microscopio: el nacimiento de auditoría médica. Accounting History Review. 2013 [citado: 25/12/2019];23(1):23-47. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/21552851.2013.773638>

16. Quirós Fallas R. Cirugía VATS y su importancia en la medicina legal. Rev Médica Costa Rica y Centroamérica. 2016 [citado: 23/12/2019].LXXIII(620):629-32. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc163am.pdf>
17. Jorna Calixto AR, Castañeda Abascal I, Véliz Martínez PL. Construcción y validación de instrumentos para directivos de salud desde la perspectiva de género. Horizonte Sanitario. 2015 [citado: 05/01/2019]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457844966005>
18. Montero Reyes YG. Calidad de la atención en adultos atendidos en el servicio de urgencias. San Nicolás, 2017 [Tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2017.
19. López Pons P. Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias. Facultad de Medicina Departamento de Cirugía [Tesis]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2013 [citado: 23/12/2019]. Disponible en: [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/14297/66844_Lopez%20Pons%20Pieda d.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/14297/66844_Lopez%20Pons%20Pieda%20d.pdf?sequence=1)
20. Véliz Martínez PL. Áreas intensivas municipales. Rev Cub Med Int Emerg. 2014 [citado: 18/12/2019];13(1):1-2. Disponible en: <http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/24/45>
21. Veliz Martinez PL. The Health Care System and Training Specialist in Intensive Care Medicine and Emergency in Cuba. J Intensive & Crit Care. 2016;2:3. DOI: 10.21767/2471-8505.100052
22. Arellano Hernández N, Martínez León MG. Satisfacción de los usuarios de Urgencias basada en la sistematización del Servicio. Hospital General Dolores Hidalgo Guanajuato, México. Archivos de Medicina de Urgencia de México. 2012 [citado: 29/12/2019];4(1):13-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/urgencia/aur-2012/aur121c.pdf>
23. Estrada Verdeja V, Hidalgo CR, Expósito Martín I, Martín Zaldívar L. Estrategia de Intervención para mejorar la calidad del servicio estomatológico de urgencias. AMC. 2010 [citado: 16/10/2019];14(4). Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000400006&lng=es
24. Herrera Varela JL, González Ramos E, Sosa Acosta AL. Áreas intensivas municipales: Estrategia vital para los servicios de urgencia en la atención primaria. Rev Cub Med Int

Emerg. 2008 [citado: 15/12/2019];7(2):1080-1116. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mie/vol7_2_08/mie07208.pdf

25. Bautista-Rodriguez LM. La calidad en salud un concepto histórico vigente. Revista Ciencia y Cuidado. 2016 [citado: 04/01/2019];13(1):5-8. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/ffc7/78b7fd46580af18c01272eb49ab3646873c8.pdf>

26. Alonso Ruiz-Luna M, Barrera Ávila JM, García Luque R, Garrido Cruz I, Ferrón García FJ, Jiménez Murillo L, et al. Manual de Indicadores de Actividad y Calidad para Urgencias y Emergencias Sanitarias. 2000 [citado: 22/05/2019]. Andalucía: Servicio Andaluz de Salud y Junta de Andalucía Consejería de Salud. Disponible en: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTurg/2009010.pdf>

Conflicto de interés

Los autores no declaran conflictos de intereses.

Contribución de los autores

Yanelis Griselda Montero Reyes. Concepción y diseño de la investigación, recogida de datos, análisis estadístico, redacción y revisiones del artículo. Aprobación de la versión final.

Pedro Luis Véliz Martínez. Concepción y diseño de la investigación, revisión bibliográfica, redacción y revisiones del artículo, edición del informe final.

Ana Rosa Jorna Calixto. Revisión bibliográfica, redacción y revisiones del artículo. Aprobación de la versión final.