



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

**TEMA:**

**Calidad del servicio y su relación con la satisfacción del paciente  
al sistema de llamado por triage área de emergencias del hospital  
IESS Babahoyo**

**AUTORA:**

**Kerly Patricia Cárdenas Pacheco**

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

**TUTORA:**

**Econ. Laura Zambrano Chumo, Mgs.**

**Guayaquil, Ecuador  
2021**



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

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Md. Kerly Patricia Cárdenas Pacheco**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**.

**DIRECTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

---

**Econ. Laura Zambrano Chumo, Mgs.**

**REVISORA**

---

**Ing. Elsie Zerda Barreno, Mgs.**

**DIRECTORA DEL PROGRAMA**

---

**Econ. María de los Ángeles Núñez Lapo, Mgs.**

**Guayaquil, a los 10 días del mes de noviembre del año 2021**



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

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Yo, Kerly Patricia Cárdenas Pacheco**

**DECLARO QUE:**

El Proyecto de Investigación **Calidad del servicio y su relación con la satisfacción del paciente al sistema de llamado por triage área de emergencias del Hospital IESS Babahoyo** previa a la obtención del **Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

**Guayaquil, a los 10 días del mes de noviembre del año 2021**

**LA AUTORA**

---

**Kerly Patricia Cárdenas Pacheco**



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

**AUTORIZACIÓN**

**Yo, Kerly Patricia Cárdenas Pacheco**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Proyecto de Investigación previo a la obtención del grado de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** titulado: **Calidad del servicio y su relación con la satisfacción del paciente al sistema de llamado por triage área de emergencias del Hospital IESS Babahoyo**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 10 días del mes de noviembre del año 2021**

**LA AUTORA:**

---

**Kerly Patricia Cárdenas Pacheco**



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

**Informe de Urkund**

**URKUND**
Abrir sesión

**Documento** [Kerly Cárdenas TESIS FINAL.docx](#) (D99888609)

**Presentado** 2021-03-26 22:56 (-05:00)

**Presentado por** kerly\_patty7@hotmail.com

**Recibido** maria.lapo.ucsg@analysis.orkund.com

**Mensaje** TESIS MGSS KERLY CARDENAS [Mostrar el mensaje completo](#)

2% de estas 38 páginas, se componen de texto presente en 8 fuentes.

Lista de fuentes Bloques

Categoría	Enlace/nombre de archivo
+	<a href="#">Tesis Valdiviezo Urkund.docx</a>
+	<a href="http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/14976/1/T-UCSG-POS-MGSS-242.pdf">http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/14976/1/T-UCSG-POS-MGSS-242.pdf</a>
+	<a href="#">Tesis Jessica Cabrera.docx</a>
+	<a href="#">Tesis Liliana Montero.docx</a>
+	<a href="#">Tesis Lijña Johanna (orkund).pdf</a>

1 Advertencias
Reiniciar
Exportar
Compartir

**83%** #1 Activo

**Archivo de registro Urkund:** Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / Tesis Valdiviezo Urkund... 83%

el objetivo general de analizar la calidad del servicio y su relación con la satisfacción del

paciente en la aplicación del sistema de llamado por triage en el área de emergencias del Hospital IESS Babahoyo, para desarrollar un plan de acción. El estudio se acopló a una serie de capítulos, los cuales se describen a continuación. El primer capítulo denominado marco teórico-conceptual se encuentra conformado por una revisión literaria relacionada con el triage, sus antecedentes, categorías, niveles y modelos. De igual forma, se integra información relacionada con la satisfacción de los pacientes respecto al servicio percibido en las áreas de urgencias; además, se evidencia un conjunto de términos que se emplean en el desarrollo de la presente investigación. El segundo capítulo constituye el marco referencial, en esta sección se presentan un conjunto de investigaciones científicas basadas en las variables objeto de estudio, como lo son el triage y la satisfacción del paciente. Cabe destacar que, dicha información se caracteriza por ser de índole nacional e internacional; posteriormente, se establece la situación actual del Hospital IESS Babahoyo y se desarrolla un marco legal, constituido por una serie de artículos legales. El tercer capítulo denominado marco metodológico, se integra por aspectos relacionados con la investigación como lo es el enfoque, alcance,

método y tipo de investigación. Se determinan las herramientas e instrumentos de recolección de datos, se delimita la población y muestra;

finalmente se presentan los principales resultados que sirven una base para establecer una serie de acciones estratégicas. Finalmente, la propuesta corresponde al capítulo cuatro, donde se evidencian las acciones que se van a realizar para mejorar la situación y problemática que se evidencia en el desarrollo de la investigación.

El objetivo general del presente proyecto de investigación es analizar la calidad del servicio y su relación con la satisfacción del

Activar Windows

## **Agradecimiento**

A mis padres por su apoyo incondicional, palabras de ánimo y amor.  
A mis compañeros de maestría Nadia, Francisco y Mercy, dos clases y formamos  
un gran equipo que durante estos dos años se apoyó y fortaleció perdurando la  
gran amistad que hicimos.

A Dios por su manto de protección y bendiciones.

**Kerly Patricia Cárdenas Pacheco**

## **Dedicatoria**

A mis padres Digna y Alfredo quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir mis sueños, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades, porque Dios está conmigo siempre.

A mis hermanos Fabián y Gino por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento gracias.

**Kerly Patricia Cárdenas Pacheco**

## Índice General

Introducción .....	1
Antecedentes .....	4
Planteamiento del Problema.....	7
Formulación del Problema .....	10
Justificación.....	10
Preguntas de Investigación.....	12
Objetivo General .....	12
Objetivos Específicos.....	13
Hipótesis.....	13
Capítulo I.....	14
Marco Teórico-Conceptual .....	14
Triage .....	14
Categoría o Niveles del Triage.....	16
Modelos del Triage .....	19
Calidad de Servicio .....	22
Modelos de medición de la calidad.....	24
Satisfacción del Paciente.....	27
Área de Emergencia .....	28
Marco Conceptual .....	29
Capítulo II .....	33
Marco Referencial.....	33
Investigaciones a Nivel Internacional .....	33
Investigaciones a Nivel Nacional.....	44
Situación Actual .....	47
Marco Legal .....	48
Capítulo III.....	51
Marco Metodológico.....	51
Enfoque de la Investigación.....	51
Diseño de la Investigación .....	51
Método de la Investigación .....	52
Alcance de la Investigación .....	52

Procesamiento de Datos .....	53
Operacionalización de las Variables .....	55
Técnica de recolección de datos.....	56
Tratamiento de la Información.....	56
Población y Muestra.....	57
Resultados .....	58
Variable calidad .....	58
Variable Satisfacción .....	67
Análisis General de Resultados.....	71
Capítulo IV.....	74
Propuesta.....	74
Tema de la Propuesta .....	74
Objetivos .....	74
Objetivo general .....	74
Objetivos específicos .....	74
Justificación.....	76
Descripción de la Propuesta .....	76
Difusión del sistema a los usuarios .....	77
Implementación de nuevos consultorios de triage .....	79
Acciones post pandemia.....	81
Presupuesto .....	84
Pronóstico de Actividades.....	84
Conclusiones .....	86
Recomendaciones.....	89
Referencias.....	90
Apéndices.....	101
Apéndice A. Cuestionario de Calidad.....	101
Apéndice B. Cuestionario de Satisfacción.....	103

**Índice de Tablas**

Tabla 1. <i>Operacionalización de variables</i> .....	55
Tabla 2. <i>Medias dimensiones</i> .....	71
Tabla 3. <i>Correlaciones con respecto a la variable satisfacción</i> .....	73
Tabla 4. <i>Objetivos</i> .....	75
Tabla 5. <i>Recursos económicos de la propuesta</i> .....	84
Tabla 6. <i>Cronograma de actividades para el año 2021</i> .....	85
Tabla 7. <i>Cuestionario de Calidad</i> .....	102
Tabla 8. <i>Satisfacción del Protocolo del sistema de Triage Manchester</i> .....	103

## Índice de Figuras

<i>Figura 1.</i> Ubicación del Hospital IESS Babahoyo .....	48
<i>Figura 2.</i> Edad .....	58
<i>Figura 3.</i> Género .....	58
<i>Figura 4.</i> Estado civil.....	59
<i>Figura 5.</i> Información personal administrativo .....	59
<i>Figura 6.</i> Información, personal enfermería .....	60
<i>Figura 7.</i> Información, personal médico.....	61
<i>Figura 8.</i> Trato por personal administrativo .....	61
<i>Figura 9.</i> Trato personal de enfermería .....	62
<i>Figura 10.</i> Trato personal médico.....	63
<i>Figura 11.</i> Limpieza de las instalaciones.....	63
<i>Figura 12.</i> Temperatura del ambiente.....	64
<i>Figura 13.</i> Luz y condiciones ambientales .....	64
<i>Figura 14.</i> Tiempo en ser atendido por médico .....	65
<i>Figura 15.</i> Atención global servicio de urgencias .....	66
<i>Figura 16.</i> Protocolo de triage recibido .....	66
<i>Figura 17.</i> Tiempo de espera después de triage.....	67
<i>Figura 18.</i> Nivel de prioridad .....	68
<i>Figura 19.</i> Proceso asistencial .....	68
<i>Figura 20.</i> Valoración y atención profesionales .....	69
<i>Figura 21.</i> Evaluación del Triage Manchester.....	70
<i>Figura 22.</i> Llamado por voz .....	70
<i>Figura 23.</i> Infografías sobre el triage. ....	78
<i>Figura 24.</i> Proceso de triage para circuito general y Covid-19.....	83

## Resumen

La presente investigación se desarrolló con el objetivo de analizar la calidad del servicio y su relación con la satisfacción del paciente en la aplicación del sistema de llamado por triage en el área de emergencias del Hospital IESS Babahoyo, para desarrollar un plan de acción que mejore la satisfacción de los pacientes. Para esto, el estudio tuvo un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de corte transversal, con método deductivo, alcance descriptivo y correlacional. Se aplicaron dos encuestas a un total de 380 personas con la finalidad de medir la calidad del servicio y la satisfacción del usuario en cuanto al protocolo del sistema de triage Manchester. A pesar de que se visualizó un nivel de calidad aceptable en cuanto al trato de los médicos, limpieza y demás aspectos del entorno, el detonante principal de insatisfacción precede de los tiempos de espera dada la clasificación del triage y su resolución final. Bajo esta perspectiva, se desarrolló un plan de acción integrado por tres actividades las cuales sustentan un costo total de \$ 5,304.00 y su ejecución se prevé a inicios del año 2021.

**Palabras Clave:** Calidad del servicio, Satisfacción del paciente, Triage, Área de emergencia, Hospital, Salud.

### **Abstract**

This research was developed with the aim of analyzing the quality of the service and its relationship with patient satisfaction in the application of the triage call system in the emergency area of the IESS Babahoyo Hospital, to develop an action plan that improves the patient satisfaction. For this, the study maintained a quantitative approach, non-experimental design, cross section, deductive method, descriptive and correlational scope. Two surveys were applied to a total of 380 people in order to measure the quality of the service and user satisfaction regarding the Manchester triage system protocol. Despite the fact that an acceptable level of quality was observed in terms of the treatment of the doctors, cleanliness and other aspects of the environment, the main trigger for dissatisfaction precedes the waiting times given the triage classification and its final resolution. Under this perspective, an action plan composed of three activities was developed, which support a total cost of \$ 5,304.00 and its execution is expected at the beginning of the year 2021.

**Key Words:** Service quality, Patient satisfaction, Triage, Emergency area, Hospital, Health.

## **Introducción**

En el ámbito sanitario, se ha visualizado que los sistemas de atención de urgencias han incrementado su demanda a nivel mundial, lo que ha generado cierto efecto de saturación influyendo en la entrega de un servicio de salud con menor calidad, asociándose con el aumento de índices de mortalidad y tiempo de espera. Dado este paradigma, se ha empleado el sistema de triage, factor que se considera como un protocolo de intervención que clasifica y otorga prioridad a los pacientes según su condición clínica. Es importante destacar que, los sistemas de triage más utilizados a nivel mundial son tres, los cuales son: la escala de triage australiano, escala canadiense de triage y urgencias y sistema de triage Manchester; estos tienen como finalidad organizar el proceso de atención médica de cada paciente (Cubero, 2015).

El triage es un protocolo que se ha empleado con el fin de mejorar la calidad asistencial de los pacientes que reciben un proceso de atención en el servicio de urgencias. De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2017) este permite ejercer la clasificación de los usuarios en dicha área según las condiciones clínicas del mismo. Dentro de los objetivos que cumple este sistema se encuentra el asegurar a todos los pacientes que arriban a los servicios de urgencias una valoración y diagnóstico oportuno y adecuado; identificar aquellos pacientes que demandan un proceso de atención inmediato; clasificar a los pacientes de acuerdo a su situación clínica disminuyendo índices de mortalidad y brindar información relacionada con la clasificación del triage, tiempos de espera y tratamiento hacia el paciente y sus familiares.

De forma general, este protocolo se ha establecido como una herramienta básica que tiene como finalidad agilizar el proceso de atención priorizando dicho

factor para aquellos pacientes que sustentan condiciones clínicas urgentes.

Mediante la clasificación otorgada por este sistema, se determinará el tiempo de espera que el usuario debe aguardar, el cual se deriva según el nivel asignado. Las funciones del triage radican en priorizar la atención del paciente, cuya situación es grave, regular el flujo de pacientes y gestionar el proceso de atención de forma eficiente, efectiva y eficaz (Riera, 2020).

En consecuencia, con el tema de desarrollo, el triage es un sistema médico integral que analiza las prioridades de los pacientes, según su estado médico, esto con la finalidad de otorgar un proceso de atención inmediata a aquel usuario que refleja un alto riesgo generador de eventos adversos que perjudicarían su salud y bienestar. En este punto, se relaciona la satisfacción del paciente, un indicador clave que se deriva de la calidad de atención que se le otorga al mismo. Cabe destacar que, la satisfacción se relaciona con aspectos como las condiciones físicas en las cuales se encuentra el paciente, la relación médico-paciente y la accesibilidad del servicio (Sandoval et al., 2018).

El Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) Babahoyo, es una institución inaugurada en el año 2013, cuyos servicios han beneficiado alrededor de 153 000 afiliados derivados de la provincia de Los Ríos y comunidades aledañas. Este cuenta con una capacidad de 120 camas, cuatro plantas de hospitalización y 17 especialidades médicas. Considerando el objeto de estudio, en el presente complejo hospitalario antiguamente se empleaba el método de triage personal; no obstante, en la actualidad se cuenta con un sistema de llamado de triage por altoparlante, a pesar de que ha mejorado la gestión realizada en el área de emergencias, se ha visualizado una serie de problemas que han afectado la satisfacción de los pacientes. Bajo este enfoque, el desarrollo de la

investigación se plasma en el objetivo general de analizar la calidad del servicio y su relación con la satisfacción del paciente en la aplicación del sistema de llamado por triage en el área de emergencias del Hospital IESS Babahoyo, para desarrollar un plan de acción. El estudio se acopló a una serie de capítulos, los cuales se describen a continuación.

El primer capítulo denominado marco teórico-conceptual se encuentra conformado por una revisión literaria relacionada con el triage, sus antecedentes, categorías, niveles y modelos. De igual forma, se integra información relacionada con la satisfacción de los pacientes respecto al servicio percibido en las áreas de urgencias; además, se evidencia un conjunto de términos que se emplean en el desarrollo de la presente investigación.

El segundo capítulo constituye el marco referencial, en esta sección se presentan un conjunto de investigaciones científicas basadas en las variables objeto de estudio, como lo son el triage y la satisfacción del paciente. Cabe destacar que, dicha información se caracteriza por ser de índole nacional e internacional; posteriormente, se establece la situación actual del Hospital IESS Babahoyo y se desarrolla un marco legal, constituido por una serie de artículos legales.

El tercer capítulo denominado marco metodológico, se integra por aspectos relacionados con la investigación como lo es el enfoque, alcance, método y tipo de investigación. Se determinan las herramientas e instrumentos de recolección de datos, se delimita la población y muestra; finalmente se presentan los principales resultados que sirven una base para establecer una serie de acciones estratégicas.

Finalmente, la propuesta corresponde al capítulo cuatro, donde se evidencian las acciones que se van a realizar para mejorar la situación y problemática que se

evidencia en el desarrollo de la investigación, esto con el fin de mejorar la satisfacción de los pacientes en relación a la aplicación del sistema de llamado por triage en el área de emergencias del Hospital IESS Babahoyo.

### **Antecedentes**

El triage es un término derivado del vocablo *trier* en francés, lo cual significa separar, ordenar y clasificar. Este protocolo se ha empleado desde la presencia de batallas napoleónicas; no obstante, en la actualidad, se utiliza para exponer un sistema de priorización en los procesos de atención en los servicios de urgencia, situaciones de desastre y en los sistemas de atención pre-hospitalaria. Cabe destacar que, el triage cumple un rol muy importante en las áreas de urgencia; debido que, se clasifica y se categoriza a los pacientes conforme las situaciones críticas y urgentes de los mismos. Por ende, este sistema de categorización se emplea en momentos donde los pacientes se manifiestan de forma simultánea, por lo que el personal de salud sólo evalúa de forma limitada una proporción de los pacientes, mientras se los va designando a diversas áreas de mayor especialización (Acuña et al., 2015).

De acuerdo con García, Arellano y Loría (2016) los servicios de emergencia se han establecido como un área elemental de los sistemas de salud; con el paso de los años, se ha incrementado la demanda de pacientes que requieren de atención generando una sobrecarga también conocida como *overcrowding*, factor que se define como el desequilibrio entre la oferta y demanda de los servicios de urgencias y la falta de capacidad de respuesta derivada de estos servicios. Esta situación ha generado nuevos retos, que han permitido que se adopten sistemas que permitan otorgar una atención adecuada según los requerimientos de la

población. Dado este paradigma, nace el triage, cuyo uso se ha determinado como una respuesta necesaria en los servicios de urgencias.

Como bien se conoce, el triage surgió en las guerras napoleónicas, donde se clasificaban los heridos del campo de batalla. En la actualidad, se emplea para categorizar a los pacientes de acuerdo a las condiciones clínicas de los mismos, otorgando un proceso de atención rápido para aquel que lo requiera de urgencia. Desde una perspectiva administrativa, el triage permite manejar de forma organizada el flujo constante de los pacientes, generando una atención adecuada para cada usuario que arriba a los servicios de urgencia (García et al., 2016).

Por otra parte, el Gobierno Federal (2020) indicó que el triage es una escala que permite valorar la situación clínica de los pacientes contribuyendo en la entrega de un proceso de atención oportuno y adecuado para el mismo, procurando mitigar los daños y secuelas y a su vez erradicar la saturación del servicio de urgencias. Dentro de este proceso, interviene como primer punto ejecutar una evaluación rápida de las vías aéreas, circulación y ventilación; en segundo lugar, se identifica el motivo de la emergencia, identificando la principal causa de la consulta, conforme lo identificado en el primer paso se asigna la prioridad que requiere el paciente. En tercer lugar, se encuentra la evaluación de los signos vitales del usuario para posteriormente asignar el área de tratamiento según la situación clínica. El triage es un sistema útil y de gran importancia que ha permitido la reducción de tiempos de espera. Los responsables de llevar a cabo el triage son el personal de enfermería junto al médico, quienes deben categorizar al paciente de acuerdo a la evaluación desarrollada referente a los signos vitales, intervenciones terapéuticas y condiciones de vida.

Para Cañizares (2018) el triage se define como un proceso de evaluación clínica preliminar que clasifica a los pacientes conforme su urgencia o gravedad antes de ejecutar un diagnóstico y valoración terapéutica completa. El responsable de ejecutar este proceso, por lo general, es el personal de enfermería, quienes reconocen la situación clínica del paciente mediante un sistema de clasificación estandarizado, prioriza el proceso de atención a los pacientes, cuya salud se encuentra comprometida y determina el área de tratamiento que el mismo requiere. En este punto, interviene la calidad del triage, puesto que en dicho enfoque se combinan tres elementos claves que se requieren para controlar el riesgo vital de los pacientes, los cuales son: salud física, psicológica y riesgo para su vida, por lo que se requiere un proceso de intervención eficaz a fin de preservar la vida humana.

En consecuencia, con lo determinado anteriormente, se ha evidenciado que la calidad del servicio de urgencias se relaciona directamente con la satisfacción del paciente. De acuerdo con Dávila, Herrera, Yasnó, Forero y Alvarado (2017) la satisfacción del paciente es un elemento clave y fundamental derivado de la calidad de atención que se otorga a los pacientes, lo cual procede de la relación que se mantiene entre las expectativas, experiencias y necesidades de los mismos. Es importante destacar que, los pacientes que se encuentran satisfechos son aquellos que continúan su tratamiento clínico, erradicando cambios y nuevas valoraciones clínicas que al final incurren en el incremento de costes para la institución. Por otro lado, los factores que se asocian a la satisfacción del paciente en el área de urgencias son: el tiempo de atención, control que otorga el personal sanitario y administrativo, identificación adecuada de información personal y clínica, y el manejo adecuado del triage.

De Vera (2017) manifestó que existen tres clases de triage: estructurado, avanzado y multidisciplinar. El primero hace referencia a aquel que se ejecuta mediante una escala válida y reproducible, identificándose cinco sistemas de triage actualmente. El avanzado procede del mencionado anteriormente, donde se evidencia la posibilidad de que el personal de enfermería desarrolle pruebas complementarias antes de la atención especializada. Finalmente, el multidisciplinar se manifiesta cuando los médicos junto a los enfermeros efectúan una valoración y resolución determinada de los pacientes sin la necesidad de pasar por otro tipo de atención. Dentro de las escalas del triage estructurado se encuentra la Escala Australiana de Triage (ATS), la Escala Canadiense de Triage y Urgencias (CTAS), el Sistema de Triage Manchester (MTS), el índice de Severidad de Urgencias (ESI) y el Modelo Andorrano de Triage (MAT) o Sistema Español de Triage (SET).

### **Planteamiento del Problema**

A nivel nacional, en Ecuador se emplea el sistema de triage Manchester, modelo que ha permitido priorizar las demandas de atención médica de aquellos pacientes que mantienen condiciones más graves que otros. Se emplea este sistema dada su difusión, versatilidad y facilidad de uso en los servicios de emergencia. Este sistema se conforma de cinco niveles categorizados por colores; el primer nivel cuenta con el color rojo donde el estado del paciente es crítico, por ende, el proceso de atención es inmediato. El segundo nivel representa el color naranja, el estado del paciente es emergente y el tiempo de espera es máximo de diez minutos. El color amarillo simboliza el tercer nivel, cuyo estado es de emergencia, pero su tiempo de espera es de una hora. El cuarto nivel, pertenece al color verde cuyo estado es estándar y el tiempo de espera abarca 120 minutos;

para finalizar, el quinto nivel es interpretado por el color azul, es una situación no urgente por lo que el paciente se lo deriva a consulta externa (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2015).

Sin embargo, en ámbitos del objeto de estudio, la demanda de los servicios de urgencia puede llegar hasta el 31% de las atenciones; factor que genera un impacto negativo en el flujo de entrada de pacientes, contribuyendo a su vez en la sobrecarga de dichos servicios al igual que el incremento de los costos del sistema sanitario. Es importante destacar que, para gran parte de los usuarios, los servicios de emergencia se presentan como una alternativa de atención mucho más rápida; no obstante, el incremento de esta demanda genera que personas que realmente requieren de un servicio inmediato no lo reciban, afectando directamente su bienestar y salud. A esto se adiciona, elementos de quejas por parte de los individuos al percibir el proceso de atención indicando el derroche de tiempo y uso inadecuado de recursos del área de emergencia (Marques & Días, 2015).

Considerando un estudio desarrollado por Bedoya (2017) se estableció que el porcentaje de urgencias a nivel mundial varía, este suele estar en un rango entre el 80 y 85%. Se identificó que la atención en el servicio de urgencias de Cartagena es uno de los factores más críticos en dicho sistema de salud. Se evidenció que la urgencia médica se manifiesta como un padecimiento crónico o agudo que el paciente percibe, poniendo en riesgo su vida; no obstante, dichas dolencias casi nunca son de carácter grave por lo que se derivan hacia consulta externa.

En la actualidad, Ecuador permite el libre acceso a las instituciones asistenciales de salud, donde se exige que los procesos de atención se deben otorgar con excelencia y calidad. Cabe resaltar que, la calidad del servicio se vincula directamente con la satisfacción del paciente; por ende, los centros

hospitalarios deben otorgar un servicio basado en el uso eficiente y adecuado de los recursos, generar el menor riesgo para el paciente, emplear un alto nivel de excelencia profesional al igual que el grado de satisfacción, finalmente se debe generar un impacto final positivo en la salud del paciente (Castelo, Castelo & Rodríguez, 2016).

Referente al Hospital IESS Babahoyo, la presente institución fue inaugurada en el año 2013, cuyos servicios han beneficiado a alrededor de 153 000 afiliados derivados de la provincia de Los Ríos y comunidades cercanas, posee una capacidad de 120 camas, cuatro plantas de hospitalización y 17 especialidades médicas (El Oficial, 2013).

Conforme la información evidenciada proveniente de la institución objeto de estudio, se determinó que antiguamente, el centro hospitalario ejecutaba un llamado de triage de forma manual y personal; esto quiere decir que, los pacientes arribaban al área de emergencia, el personal de salud tomaba los signos vitales del mismo y posteriormente se establecía un número en un papel el cual servía al momento de que, bien sea el equipo de salud o el guardia realizara su llamado. Sin embargo, actualmente, ya se cumple un año desde la implementación del sistema de llamado por triage, el cual se caracteriza por el empleo de altoparlante y pantalla que indica turno.

Este sistema ha permitido categorizar los pacientes por colores, básicamente se fundamenta en el sistema de triage Manchester. Los coordinadores son los responsables de activar el sistema de llamado por colores y consultorios; actualmente el Hospital IESS Babahoyo cuenta con seis consultorios; no obstante, la atención médica la realizan siete médicos.

Dentro de los problemas evidenciados en la institución se encuentran el exceso de demanda de pacientes y las fallas provenientes del sistema de triage actual. Dichos inconvenientes radican en la sobrecarga y demora de las consultas realizadas en los pacientes asignados en la categoría verde y azul influyendo a su vez en la prolongación de tiempo de espera que deben aguardar otros usuarios designados al mismo nivel. Cuando se manifiesta esta situación, los coordinadores deben emplear nuevamente el sistema de llamado personal, donde se debe imprimir el listado de pacientes para asignar la demanda insatisfecha a los consultorios cinco y seis.

En este enfoque, se ejerce una priorización de personas mediante la variable de grupo etario; es decir se otorga un proceso de atención médico inmediato a los niños y adultos mayores a través del llamado de triage personal. Por tanto, mediante los inconvenientes que se han observado, la presente investigación tiene como finalidad analizar la satisfacción de los pacientes con respecto a la implementación del sistema de llamado de triage que actualmente se mantiene en el área de emergencias del Hospital IESS Babahoyo.

### **Formulación del Problema**

¿Cuál es la relación de la calidad del servicio con la satisfacción del paciente en la aplicación del sistema de llamado por triage en el área de emergencias del Hospital IESS Babahoyo?

### **Justificación**

Conforme lo expuesto por Marques y Días (2015) la demanda de los servicios de emergencia se encuentra relacionada con factores sociales y epidemiológicos; estos influyen en la entrega de un proceso de atención de calidad y excelencia que permita satisfacer las necesidades de los pacientes. Por lo general, la demanda de

servicio de urgencia se mantiene hasta el 31% de todas las atenciones causando sobrecarga sanitaria. Dentro de este enfoque, se emplea el triage, un sistema que permite categorizar a los pacientes de acuerdo a su condición clínica, generando que el usuario, cuya condición es mucho más grave perciba un proceso de atención inmediato.

Bajo este paradigma, la presente investigación surge de la necesidad de poder analizar cuál es el nivel de satisfacción que mantienen los pacientes del área de emergencia del Hospital IESS Babahoyo con respecto al sistema de llamado por triage que actualmente ejecuta. En ámbitos académicos, el estudio desarrollado se articula con la línea de investigación de la Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud, denominada "Calidad de servicio y Satisfacción usuaria", debido que se evalúan los factores que afectan la satisfacción de los pacientes con respecto al sistema de llamado por triage que actualmente se utiliza.

Por otra parte, la investigación se acopla al primer objetivo del Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021, donde la Secretaría Técnica Planifica Ecuador (2017) establece: “garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas” (p. 37), además de la política donde se garantiza “el derecho a la salud, la educación y al cuidado integral... bajo criterios de accesibilidad, calidad, y pertinencia territorial y cultural” (p. 58).

Los beneficiarios derivados de la presente investigación son: el Hospital IESS Babahoyo, los pacientes y el sistema de salud ecuatoriano. Dada la información estipulada en el presente documento, se determinarán una serie de actividades estratégicas que influirán de forma positiva en la entrega de un servicio de atención oportuno, de calidad y basado en la excelencia profesional. Por otra parte, una vez implementadas las acciones que permitirán mejorar el servicio, los

pacientes percibirán un servicio de calidad que relativamente incrementará la satisfacción de los mismos, generando la reducción de tiempos de esperas y otros inconvenientes que generan eventos adversos negativos hacia su salud y bienestar.

Finalmente, se encuentra el sistema de salud nacional, ya que la identificación de los problemas permitirá determinar oportunidades de mejora, factor que contribuirá en la erradicación de quejas e insatisfacción procedentes del sistema de triage que se emplea en las áreas de emergencia, departamento fundamental en la entrega de un servicio de atención oportuno y adecuado hacia los pacientes.

### **Preguntas de Investigación**

¿Cuál es el marco teórico-conceptual relacionado con el triage y la satisfacción de los pacientes en el área de emergencia?

¿Cuál es el marco referencial basado en las variables triage y satisfacción del paciente?

¿Cuál es la situación actual del Hospital IESS Babahoyo?

¿Cuáles son las herramientas metodológicas para evaluar la satisfacción de los pacientes en la aplicación del sistema de llamado por triage en el área de emergencia del Hospital IESS Babahoyo?

¿Cómo es el plan de acción que permitirá mejorar la satisfacción de los pacientes con respecto a la aplicación del sistema de llamado por triage en el área de emergencia del Hospital IESS Babahoyo?

### **Objetivo General**

Analizar la calidad del servicio y su relación con la satisfacción del paciente en la aplicación del sistema de llamado por triage en el área de emergencias del Hospital IESS Babahoyo, para desarrollar un plan de acción que mejore la satisfacción de los pacientes.

### **Objetivos Específicos**

Desarrollar un marco teórico-conceptual relacionado con el triage y la satisfacción de los pacientes en el área de emergencia.

Determinar un marco referencial basado en las variables calidad del servicio y satisfacción del paciente, al igual que la situación actual del Hospital IESS Babahoyo.

Establecer las herramientas metodológicas para evaluar la satisfacción de los pacientes en la aplicación del sistema de llamado por triage en el área de emergencia del Hospital IESS Babahoyo.

Desarrollar un plan de acción que mejore la satisfacción de los pacientes con respecto a la aplicación del sistema de llamado por triage en el área de emergencia del Hospital IESS Babahoyo.

### **Hipótesis**

La calidad del servicio se relaciona positiva y significativamente con la satisfacción del paciente en la aplicación del sistema de llamado por triage en el área de emergencias del Hospital IESS Babahoyo.

## Capítulo I

### Marco Teórico-Conceptual

Esta sección se encuentra constituida por el marco teórico-conceptual, factor que involucra una serie de estudios que se relacionan con los términos satisfacción del usuario y sistemas de triage, incluyendo sus bases teóricas. Cabe destacar que, la información estipulada en este capítulo tuvo como finalidad profundizar el tema en cuestión, a fin de identificar cuál es el nivel de satisfacción que mantienen los pacientes derivados del Hospital IESS Babahoyo con respecto a la aplicación del sistema de llamado por triage en el área de emergencia.

#### **Triage**

De acuerdo con Markovchick, Pons, Bakes y Buchanan (2017) el triage es un término francés que significa clasificar. Se estima que este término fue empleado por primera vez en el siglo XXI, en el campo de batalla, donde el cirujano clasificaba a los soldados según su condición médica, determinando quien podría ir a un hospital y regresar a su puesto. En un sistema médico integral, el triage se establece como una evaluación exclusiva, donde se analizan las prioridades de los pacientes, a fin de identificar su estado y poder trasladarlo a una entidad especializada o bien ser tratado en el mismo lugar.

Infinidad de documentos han establecido que el término triage, se deriva de la clasificación de los granos de café en Gran Bretaña, alrededor del año 1830. Sin embargo, su uso médico se generó mucho antes en la guerra, donde se consideró como un término de preselección y selección. Este concepto se estipuló en un manual médico militar francés en el año de 1792, donde se evidenció un registro adoptado formalmente por el ejército (Nakao, Ukai & Kotani, 2017).

En el ámbito de salud, específicamente en el área de emergencias de las instituciones sanitarias es indispensable priorizar e identificar el estado del paciente con el fin de determinar quién requiere de un proceso de intervención urgente. El triage permite reconocer la urgencia que necesitan los pacientes, dicha clasificación permite que los usuarios reciban el servicio de emergencia en el momento más oportuno y adecuado posible. Es importante determinar que la precisión de este protocolo influye en la calidad del servicio que se otorgan en dichas áreas. Una mala decisión podría generar que el paciente no reciba la atención en el tiempo estimado, desarrollando eventos adversos que afectan directamente su salud y bienestar (Lon, Fung & Kin, 2018).

De acuerdo con, Velázquez, Morales, Fonseca y Brugada (2017) el origen del triage se deriva de la palabra francesa *trier*, término que significa clasificar y otorgar, en este caso los recursos médicos según las prioridades que se visualizan de acuerdo a la situación. En el año de 1860, en Estados Unidos se describe por primera vez el uso del triage en las áreas de emergencia, debido al incremento de pacientes que acudían a este departamento sin mantener una condición crítica. El objetivo de este sistema es poder identificar el riesgo vital de los pacientes de forma eficaz y eficiente, determinando el área más adecuada para su recuperación, de esta forma se reduce el índice de congestión de pacientes en este departamento mejorando el flujo de usuarios que se atienden diariamente.

De igual forma, Fernández, Ayala, Azcona, Bayo y Campillos (2018) expresaron que el triage se conceptualiza como la clasificación de pacientes según su estado de salud, pronóstico y gravedad a fin de determinar el grado de prioridad de su traslado, evacuación y tratamiento. Mediante la clasificación derivada se logra salvar la vida de un centenar de pacientes, puesto que se

emplean de forma óptima los recursos médicos disponibles. Existen tres niveles de triage que son: básico, avanzado y hospitalario; por otra parte, se encuentran cuatro métodos que se emplean en la cadena asistencial, dentro de los componentes se involucra la valoración o diagnóstico de la situación como del paciente, se establece la clasificación, se otorga un tratamiento médico para finalmente ejecutarse el traslado o evacuación de las víctimas.

### **Categoría o Niveles del Triage**

Según el Ministerio de Salud y Protección Social Minsalud (2020) el triage se define como un sistema donde se selecciona y clasifica a los pacientes procedentes de las áreas de urgencias; cabe destacar que, dicha categorización se realiza según las necesidades sanitarias y disponibilidad de recursos médicos. Este protocolo se ordena en cinco categorías; el triage I se establece cuando se requiere de atención médica inmediata, puesto que la situación del paciente es crítica; el II indica que la condición del paciente debe ser tratada en menos de 30 minutos, debido a que se podría incrementar el riesgo de muerte; el III expresa que el paciente demanda medidas terapéuticas en urgencia, dado que, a pesar de encontrarse estable su situación podría empeorar. A su vez, el IV expone que la condición del paciente no compromete ningún órgano ni representa un alto riesgo, pero que generaría eventos adversos si no se lo trata de forma adecuada. Finalmente, el V indica que el paciente no presenta un alto riesgo para la vida de este.

Igualmente, Quesada y López (2018) manifestaron que el triage se clasifica en cinco niveles, los cuales generan una clasificación adecuada y oportuna de los usuarios que arriban a las áreas de emergencias de las instituciones sanitarias. Dichas categorías permiten que el paciente sea atendido con la mayor prontitud

dependiendo de su condición médica. El primer nivel, hace referencia a la prioridad absoluta que se debe otorgar mediante un proceso de atención inmediato y sin retrasos. El segundo nivel corresponde a una situación de urgencia donde el tiempo de atención no debe sobrepasar los 15 minutos. El tercer nivel, expresa que el paciente se encuentra en una situación urgente, pero a la vez estable, por lo que el tiempo de atención no debe superar los 60 minutos de espera. El cuarto nivel, indica una situación de urgencia menor, por lo que el proceso de atención podría otorgarse hasta 120 minutos después de que el paciente haya arribado al centro de salud. Finalmente, el quinto nivel indica que el usuario no presenta una situación riesgosa para su salud por lo que el proceso de atención médica puede demorar hasta 240 minutos.

Por otro lado, la Red de Salud UC CHRISTUS (2020) estableció que el triage I se establece cuando la situación del paciente es crítica, por ende, el personal de salud debe otorgar un proceso de atención inmediato a fin de salvaguardar el bienestar y salud del paciente. Este nivel se aplica en situaciones donde una persona presenta paros cardiorrespiratorios, quemaduras de la vía aérea, hemorragias severas, apnea, insuficiencia respiratoria, intoxicaciones, entre otros.

El triage II es aplicado cuando la condición clínica de los pacientes puede evolucionar de forma rápida generando eventos adversos que en el peor de los casos puede provocar la pérdida de un órgano inclusive la muerte del mismo. Es importante destacar que, la atención debe otorgarse en un período máximo de 30 minutos; esta categorización se adapta a pacientes con diabetes, hipertensión arterial, cardiopatías, dolores de cabeza, traumas oculares entre otros (García, 2017).

El triage III se establece cuando la situación clínica del paciente requiere de una serie de medidas terapéuticas en el área de urgencias. Por lo general, dichos usuarios requieren de un examen complementario, puesto que se encuentran en una situación estable; sin embargo, si no se otorga un proceso de atención su condición clínica podría empeorar con el paso del tiempo. Este nivel se aplica en personas con crisis de hipertensión sin complicaciones cardiovasculares significativas, convulsiones en personas epilépticas, niños con saturación de oxígeno, vómitos constantes en pequeños, fracturas de alguna extremidad del cuerpo, heridas que demandan costura con sedantes, hemorragias recientes, entre otros problemas médicos (Cárdenas & Roca, 2016).

El triage IV se aplica en pacientes cuya condición médica no compromete en gran proporción su salud, ni representa un riesgo para la pérdida de algún órgano o función. Por lo general, este nivel se establece en pacientes mayores que presentan cuadros gastrointestinales, respiratorios, dolores de espalda, torceduras de tobillo, pacientes con problemas bronquiales de carácter simple y diarreas; su demora no debe sobrepasar los 120 minutos (Vásquez, Luna & Ramos, 2019).

Finalmente, el triage V se establece cuando las condiciones clínicas de los pacientes no representan un problema que deteriore o comprometa el estado de salud general de los mismos, por lo que su aplicación puede tardar hasta 240 minutos. Este nivel se determina en personas que presentan gripe, picaduras de insectos, amigdalitis, dolores de oídos, laringitis, estreñimiento, dolores musculares y malestar general (Cooimeva EPS, 2020).

En conclusión, el triage se ha clasificado en cinco categorías a fin de poder otorgar un proceso de atención según las prioridades y necesidades de las personas que acuden al área de emergencias. Esta clasificación permite la entrega

de un servicio oportuno, eficaz, eficiente dada las condiciones clínicas de cada usuario, de forma óptima y empleando con excelencia los recursos médicos. A continuación, se presentan los modelos de triage.

### **Modelos del Triage**

De acuerdo con Calero (2018) el triage permite obtener una situación ordenada con respecto a las actividades que se ejecutan en el ámbito de la salud; esto se ejerce de forma efectiva, eficaz, eficiente y ágil al momento de reconocer, valorar, priorizar y atender las necesidades clínicas del paciente. Existen cinco modelos de triage, los cuales son: ATS, CTAS, MTS, ESI y MAT o SET.

La ATS se emplea para priorizar la entrada de pacientes derivados de urgencias según sus condiciones clínicas. Esta escala se clasifica en cinco niveles avalados por el Colegio de Medicina de Emergencias de Australia (ACEM); tales categorías se definen por predictores fisiológicos y el tiempo de espera máximo para el tratamiento inmediato del usuario. El primer nivel hace referencia a la atención inmediata que se debe otorgar al paciente; el segundo nivel se basa en un tiempo de espera de diez minutos; el tercer nivel cuenta con una demora de 30 minutos; el cuarto nivel abarca un tiempo de hasta 60 minutos y 120 minutos para el quinto nivel (Mirhaghi1 & Ebrahimi, 2017).

Según Vásquez et al. (2019) el sistema de clasificación australiano se fundamentó en las observaciones desarrolladas por las enfermeras al momento de clasificar a los pacientes. Dicha acción permitió la identificación de un conjunto de particularidades, las mismas que predominaron según la urgencia del usuario; estas fueron: demanda de atención médica inmediata, asignación inmediata de un médico, establecer la historia clínica de la persona sobre la lista de espera y en orden con la finalidad de obtener un proceso que influya de forma positiva en la

salud y bienestar del paciente.

Respecto a la CTAS, este sistema emplea una lista de especificaciones que determina y asigna a los pacientes en cada uno de los cinco niveles del triage, cuyo uso generalizado se ha establecido desde el año 1999 por la *National Working Group* del departamento de Canadá. Es una herramienta de clasificación útil que se fundamenta en la experiencia del personal y de los motivos de consulta, manteniendo índices de calidad para el primer nivel del 98%, segundo nivel 95%, tercer nivel 90%, cuarto nivel 85% y quinto nivel 80% (Velázquez et al., 2017).

El sistema CTAS cuenta con cinco niveles, los cuales se encuentran categorizados por color; el primer nivel cuenta con el color rojo, el cual significa reanimación inmediata y el tiempo de atención es inmediato, puesto que se considera una urgencia real. El segundo nivel corresponde al color naranja que significa emergencia de tipo real, por lo que el tiempo máximo de atención es menor a diez minutos. El tercer nivel implica el color amarillo, que significa una urgencia, la misma que puede ser de tipo real o sentida y el tiempo de atención es menor a 30 minutos. El cuarto nivel mantiene el color verde, lo que indica que la situación es poco urgente y su tipo es sentida, esto indica que en menos de 60 minutos se debe otorgar atención. Finalmente, el quinto nivel hace referencia al color azul, lo que indica una situación sin urgencia por ende el tiempo máximo de atención será menor a 240 minutos (Velázquez et al., 2017).

En cuanto al sistema de triage Manchester, este fue creado en Inglaterra, el mismo tiene como finalidad determinar el nivel de urgencia que sustenta cada paciente. En este caso, el responsable de clasificar a los pacientes, según sus síntomas, signos, historias clínicas y situación de salud es el enfermero; cuya

categorización se ejerce en cinco niveles por colores que son: rojo que significa una situación emergente; por ende, la atención por un médico debe ser inmediata; naranja, situación muy urgente, la evaluación debe otorgarse entre un período no mayor a diez minutos; Amarillo, la situación es urgente, lo que indica que se debe dar atención en un tiempo máximo de 60 minutos; Verde se manifiesta como una situación poco urgente, la atención se da entre dos horas y azul que indica aquellas situaciones no urgentes, por lo que el proceso de atención se otorga en un período de cuatro horas (Amthauer & Chollopetz, 2016).

De acuerdo con Zachariasse et al. (2017) el MTS es uno de los sistemas de triage más utilizados en Europa; permite a las enfermeras asignar una prioridad clínica a los pacientes, basándose en la presentación de signos y síntomas, sin suponer nada sobre el diagnóstico subyacente. Este sistema asigna pacientes a una de las cinco categorías de urgencia, las cuales determinan el tiempo máximo para el primer contacto con un médico. El MTS es un algoritmo de clasificación que consta de 52 diagramas de flujo, que cubren los principales signos y síntomas de los pacientes, como dolor de cabeza, falta de aliento y heridas. Cada diagrama de flujo consta de signos y síntomas adicionales denominados discriminadores, tales como compromiso de las vías respiratorias, dolor intenso o vómitos persistentes, que se clasifican por prioridad.

De acuerdo con Calero (2018) el modelo andorrano o sistema español de triage se encuentra estructurado bajo cinco niveles manifestado en cinco colores, que otorgan prioridad mediante un programa de ayuda al triage (PAT), el mismo que colabora y gestiona en conjunto con los profesionales la clasificación de cada paciente. El responsable es el personal de enfermería, el cual ejecutará dicho proceso con o sin ayuda del médico profesional; este sistema se encuentra en

constante mejora mediante el uso de indicadores de calidad. El objetivo de este sistema es identificar a los pacientes que padecen una enfermedad que pone en riesgo su salud con el fin de priorizar su asistencia; además, determina cuál es el área más adecuada para su tratamiento, disminuye la congestión que se visualiza en las áreas de emergencias y la otorgación de información fluida y constante a los pacientes y familiares respecto al tiempo de espera y los tratamientos a realizar.

En cuanto al ESI, este es un sistema de triage que se encuentra estructurado en cinco niveles, el mismo se encuentra fundamentado en un algoritmo basado en la toma de decisiones, el cual fue desarrollado en Estados Unidos a finales de los años noventa. El enfermero es el responsable de ejecutar el proceso mediante la ejecución de un conjunto de preguntas específicas; antes que todo, se identifican las condiciones del paciente, determinando los aspectos que amenazan su vida, esto es considerado nivel uno. Aquellos factores que mantienen un riesgo alto en amenazar el bienestar del paciente, se considera nivel dos; cuando no se presenta este tipo de situaciones, el usuario pasará a los niveles ESI III al V, donde los médicos precisan la entrega de atención definiendo el uso y empleo de recursos médicos para dichos casos (Hernández et al., 2015).

### **Calidad de Servicio**

De acuerdo a lo establecido por García, Fonseca, De la Vega, Gómez y Lozano (2015) la calidad se ha convertido en parte fundamental de las empresas e instituciones que brindan servicios, considerándolo un aporte de valor adicional. La calidad se encuentra asociada con la satisfacción del servicio recibido, situación donde se alcanza o supera las expectativas previas. En cuanto a la calidad en el ámbito de la salud, esta se encuentra alineada a ciertos reglamentos

sanitarios que deben de seguir las instituciones, así como también al cumplimiento de normas sanitarias avaladas nacional e internacionalmente, lo cual le otorga a las instituciones un mayor compromiso con el servicio que brinda a los usuarios, generando una mayor confianza en el paciente. Sin embargo, los autores consideraron que además de contar con estas normas es necesario que el personal e instalaciones de las instituciones cumplan protocolos al momento de la atención, optimizando de esta manera la experiencia al momento de recibir el servicio.

En cuanto a lo descrito por Vera y Trujillo (2018) la calidad se encuentra asociada al cumplimiento de los productos o servicios ofrecidos por parte de la empresa oferente por lo que este debe de satisfacer las necesidades de los usuarios; sin embargo, en la calidad de servicios, esta es interpretada y calificada por los usuarios de una manera distinta, ya que no solo se busca satisfacer una necesidad. Esta se encuentra ligada de manera más personal, siendo evaluada con base en las percepciones de cada individuo, lo cual hace que la calidad y sus estándares sean cada vez más altos y se tome mayor importancia a los detalles del servicio, acercando a cada institución a la excelencia del servicio de manera general. La calidad de las instituciones sanitarias puede ser reflejada de distintas maneras, puesto que el ser humano es muy expresivo, siendo una de las principales la fidelización que adopta el cliente al momento de recibir un servicio que cumple con las expectativas y necesidades.

Por otra parte, Magaña y Santiago (2018) mencionaron que la calidad del servicio relacionada al ámbito sanitario se la puede relacionar y determinar por medio de la necesidad del paciente enfermo y las percepciones de los acompañantes, los cuales buscan una atención eficiente y eficaz, la cual brinde una pronta mejoría al paciente enfermo. En la percepción del usuario se

encuentran entrelazadas varias características que conforman el servicio, siendo la atención dada por parte de los médicos, personal de enfermería y de admisión los más influyentes; así como también la experiencia vivida por las personas, la seguridad y comodidad que la institución brinde. Por lo que se considera necesario enfocarse en el cliente y las necesidades que este posee, para de esta manera brindar un servicio que se encuentre por encima de sus expectativas y así poder alcanzar la satisfacción del usuario.

La calidad de acuerdo a lo expuesto por González, Saldívar y Muñoz (2018) se alcanza por medio del cumplimiento del servicio ofrecido, el cual debe de satisfacer las necesidades de cada usuario en su totalidad y estas deben de superar las expectativas del individuo, generando una sensación de saciedad y satisfacción de sus necesidades. El cumplimiento de estas características influye de manera positiva en las organizaciones puesto que otorga a sus clientes mayor credibilidad en el servicio, influenciando directamente a los empleados a cada vez esforzarse más en su trabajo a fin de que los usuarios alcancen un nivel de percepción alto; mismo que se puede lograr con la retroalimentación de los reclamos, sugerencias o alguna otra opinión dada por el paciente que ayude a que la institución destaque del resto.

### **Modelos de medición de la calidad**

Mientras que Cobo, Gómez y Rodríguez (2017) determinaron que la calidad del servicio en las instituciones de salud es de gran relevancia, por lo que debe de ser evaluada por medio de instrumentos validados, encontrándose el modelo SERVICE PERFORMANCE (SERVPERF) como uno de los principales métodos de medición, mismo que engloba cinco dimensiones que permiten conocer más a detalle cada aspecto relacionado con la percepción de los usuarios. Estas

dimensiones son: seguridad, elementos tangibles, capacidad de respuesta, empatía y fiabilidad. La primera dimensión busca evaluar el comportamiento y trato dado por los profesionales, así como también la amabilidad y el grado de confianza generado en el paciente al momento de comunicarse y brindar atención. La dimensión de elementos tangibles abarca la parte física de los equipos, infraestructura y limpieza de la institución.

En concordancia a lo expresado anteriormente Torres, Saleté y Sepúlveda (2018) señalaron que la dimensión calidad de respuesta se enfoca en el fácil acceso que posee al paciente para llegar a las instalaciones y obtener el servicio, al igual que la disposición de los empleados de la institución al momento de brindar ayuda y solucionar las dudas y necesidades del usuario. Con respecto a la dimensión de empatía se evalúa la comodidad percibida al momento de recibir el servicio, la ubicación del centro, si la comunicación ofrecida por el personal ha sido clara y entendible, así como también la percepción de una atención personalizada. La dimensión de fiabilidad muestra si el personal e institución han cumplido de manera eficiente y eficaz con los servicios prometidos y si estos han generado un nivel óptimo de confianza. El cumplimiento de estas dimensiones por parte de los empleados y de la institución ofrecerá una mejor experiencia y satisfacción a los pacientes.

Según Torres y Vásquez (2015) el modelo de evaluación de la calidad del servicio SERVICE QUALITY (SERVQUAL) apareció en los años 80, fue propuesto por Parasuraman, Berry y Zeithaml, estos investigadores mediante un estudio cualitativo realizado a cuatro empresas de servicios en los Estados Unidos, lograron crear un modelo conceptual sobre la calidad del servicio que fue sustentado por la teoría de brechas, que estaban basadas en las expectativas y

percepciones de los usuarios sobre el servicio, el cual, estuvo compuesto de diez dimensiones. Sin embargo, los autores tuvieron críticas sobre su modelo, por lo que, en 1988 los investigadores sustentados por un estudio cuantitativo simplificaron el modelo en cinco dimensiones que fueron fiabilidad, empatía, elementos tangibles, capacidad de respuesta y seguridad. Para esto plantearon 22 preguntas asociadas a las expectativas del usuario y otros 22 ítems para evaluar sus percepciones del servicio con respuestas tipo Likert con siete opciones. Cuando las percepciones son superiores a las expectativas se considera que el servicio es de calidad, pero si es lo contrario este es catalogado como deficiente.

De acuerdo a Luque (2013) el modelo SERVQHOS es un cuestionario que constituye y valida el proceso basado en la relación entre usuario y profesional, el cual, se realizó con base a la teoría de discrepancias entre las percepciones y expectativas, con lo cual, se busca establecer la calidad percibida de los usuarios por la atención hospitalaria. Este cuestionario dispone de 19 preguntas que posee respuestas de opción de tipo Likert con cinco alternativas siendo la primera mucho peor de lo que esperaba y cinco mucho mejor de lo que esperaba.

Las preguntas que contienen se basan en aspectos como amabilidad del personal, comodidad de habitaciones, comprensión de necesidades, disposición para la ayuda, confianza y seguridad, apariencia del personal, interés por cumplir promesas, señalización intrahospitalaria y extrahospitalaria, puntualidad de consultas, tiempo de espera, rapidez de respuesta, información que brinda médico, preparación del personal, tecnología biomédica, información a familiares, interés del personal enfermería, trato personalizado e interés por solucionar problemas (Mira, Aranaz, Rodríguez, Bui & Vitaller, 1998).

## **Satisfacción del Paciente**

De acuerdo con Suárez, Rodríguez y Martínez (2018) la satisfacción es un término que con el paso de los años se ha debatido en las ciencias psicológicas. La palabra satisfacción se considera uno de los indicadores de calidad y excelencia en la entrega de servicios; en el ámbito de salud, el servicio debe otorgarse bajo la presencia de un personal altamente competente incluido el manejo de avances tecnológicos. No obstante, existen casos donde se evidencia que, a pesar de que cuentan con las características antes mencionadas no se logra satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios. La satisfacción del paciente se expresa como el valor subjetivo que le otorga a la atención percibida en diversos aspectos, como la calidad de atención, su evaluación y la identificación de oportunidades de mejora.

Con el paso de los años, la satisfacción de los pacientes en los servicios de salud ha sido una preocupación creciente para hospitales públicos, privados, centros de salud, entre otras organizaciones sanitarias. La satisfacción se valora cada vez más, esto se ejerce a medida que las instituciones de salud intentan establecer como eje principal al paciente. La satisfacción del usuario sanitario se ha determinado como un concepto de gran importancia, puesto que la creciente participación de este evaluando la atención médica ha permitido la creación de nuevas políticas de gestión pública realizando cambios positivos que aportan en todos los aspectos al servicio sanitario (Soarez & Farhangmehr, 2015).

Por otra parte, Sandoval et al. (2018) indicaron que la satisfacción del paciente se asocia con la calidad del proceso de atención que el mismo ha percibido por parte de una determinada institución. Por lo general, la satisfacción se asocia a factores como las condiciones físicas en las cuales se encuentra la

persona, la relación médico-paciente visualizando elementos como la accesibilidad y transmisión de información, los cuidados emitidos por el personal de salud, amabilidad, empatía, trato profesional y nivel de excelencia de cada miembro que conforma el equipo sanitario.

La satisfacción del paciente se entiende como una medida de calidad y garantía proveniente del proceso de atención que otorga el personal médico de una organización sanitaria. Los servicios de salud deben otorgarse bajo aspectos de calidad y seguridad, bien sea a nivel social o individual contribuyendo al desarrollo social y satisfacción de las necesidades de las personas en general. Cabe destacar que, para generar un nivel satisfactorio en los pacientes, los sistemas de salud deben emplear recursos humanos, económicos, tecnológicos e infraestructurales para garantizar un proceso de atención adecuado resolviendo las necesidades sanitarias de la población (Vizcaíno, Vizcaíno & Fregoso, 2019).

### **Área de Emergencia**

El área o servicios de emergencias es un espacio específicamente equipado, diseñado y dotado de un personal médico que atiende las necesidades y emergencias de los pacientes durante las 24 horas del día. El término emergencia hace referencia a una condición clínica que requiere de atención médica de forma inmediata, puesto que su evolución influye de forma negativa en el bienestar y salud de las personas. Dado el incremento de la demanda, en la actualidad los servicios de emergencia se han establecido como un factor relevante en la gestión sanitaria (Vásquez, Amado, Ramírez, Velásquez & Huari, 2016).

De acuerdo con Sánchez (2018) una emergencia se define como una situación que compromete el bienestar y salud de los pacientes, tomando como ejemplo la presencia de paros cardiorrespiratorios, traumatismos, convulsiones, entre otros

factores. En los últimos treinta años, la medicina en el área de urgencias ha experimentado un cambio radical, generando que en la actualidad se considere un indicador de desarrollo social. Dentro de los objetivos y principios de los sistemas de emergencias médicas se encuentran: la accesibilidad, eficacia, calidad y continuidad.

Según Herrera, Aguado, Padilla y López (2017) el funcionamiento de las áreas de emergencia se determina por la estructura, demanda y conexión con los diversos niveles asistenciales de una organización hospitalaria. Dentro de los principios del funcionamiento del modelo fisiológico de urgencias se encuentra el enfoque sistémico, adaptación a la demanda, identificación y eliminación de desperdicios, tecnologías de información y comunicación y la simulación de un servicio completo. Por otra parte, dentro de los criterios de saturación del área de emergencia se encuentran los inconvenientes derivados de la ubicación de los pacientes que arriban en ambulancia, proporción de usuarios que dejan la institución al no ser valorados, demoras en el sistema de triage, pacientes con estancia de cuatro horas y el retraso que proviene del diagnóstico de los pacientes.

### **Marco Conceptual**

Dentro del desarrollo de la presente investigación, un sistema de salud abarca un conjunto de instituciones, organizaciones, personas y recursos, cuyo objetivo primordial es mejorar la salud de la población en general. Cabe destacar que, este sistema requiere de suministros, personal, fondos, información y comunicaciones que influyan en la prestación de servicios sanitarios equitativos y que respondan a las necesidades de las personas (OMS, 2020).

Por otra parte, Tobar (2020) indicó que un sistema de salud se manifiesta como la estructura que se requiere para brindar un proceso de atención sanitaria a

la población. Esto implica de forma recíproca a un grupo de proveedores y la población; no obstante, los actores involucrados en el mismo son la población o usuarios, proveedores de servicios o prestadores y los intermediarios.

Respecto a la calidad de atención, se define como el nivel en el que los servicios y el proceso de atención influyen en la percepción de los pacientes, factor que se ha transformado en un indicador que influye de forma positiva en el mejoramiento continuo de los sistemas de salud. La calidad de atención se basa en tres componentes que son la calidad técnica, interpersonal y comodidades (Allen, Robinson & Stewart, 2017).

Por otro lado, Goldman, Arthur y Schafer (2016) manifestaron que la calidad de atención se refleja mediante la integración de aspectos como el compromiso, cultura de transparencia y apertura que se otorga en la entrega de resultados. Una atención de calidad debe otorgarse mediante un proceso de comunicación y coordinación efectiva entre todos los miembros pertenecientes a los centros de atención sanitaria.

Por otro lado, el triage es una evaluación donde se asigna una prioridad a los pacientes, de esta forma se le puede brindar un servicio más adecuado según su estado de salud (Markovchick et al., 2017). Para Lon et al. (2018) el triage en el área de emergencias es indispensable por la necesidad de priorizar los pacientes con necesidad de atención urgente.

Referente a los términos de urgencia y emergencia, el primero se define como una situación en la que se requiere de atención médica inmediata. No obstante, la palabra emergencia se define como una situación crítica que pone en peligro la vida del paciente, por lo que se requiere de un proceso de intervención inminente (Rioja Salud, 2020).

De igual forma, Healthy Children (2020) expresó que una emergencia se define como una situación crítica que pone en riesgo la salud de las personas, por lo que requieren de un proceso de atención inmediato; dentro de dichas situaciones se evidencia la presencia de laceraciones, fiebre mayor a 38 °C, convulsiones, pérdida de conocimiento, quemaduras, entre otros.

Otro de los factores empleados en la investigación es la mortalidad, un término que hace referencia al estado de muerte o que se encuentra destinado a morir. En el ámbito de la medicina, este término se emplea para la manifestación de tasas de muerte o número de defunciones de personas en un período de tiempo (Instituto Nacional del Cáncer, 2020).

Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS (2017) indicaron que la palabra mortalidad hace referencia a la tasa de muertes presenciadas de una población durante un período de tiempo específico, sus causas son de carácter general o se manifiestan por determinadas causas.

En cuanto a lo relacionado con la calidad, Basantes, Vinueza y Coronel (2016) afirmaron que el término calidad percibida se encuentra compuesto por la experiencia obtenida del cliente sobre el servicio recibido, lo cual generará una opinión positiva o negativa de acuerdo al nivel de cumplimiento y satisfacción de sus necesidades. Mientras que Ramos, Mogolla, Santur y Cherre (2020) mencionaron que para que una empresa alcance niveles altos en cuanto a la calidad percibida, esta debe enfocarse en las necesidades de cada usuario del mercado al cual está dirigido ya que este es quien determinará su posición al momento de ser evaluado.

Por otra parte, se puede mencionar la capacidad de respuesta, misma que ha sido determinada como la habilidad que posee un individuo o institución para

solucionar o abarcar ciertos temas presentados por los usuarios, en donde intervienen el profesionalismo, la eficiencia y eficacia al ejecutar una tarea en el menor tiempo posible (Minoletti, Soto, Sepúlveda, Toro & Irrázaval, 2018)

Grin, Completa, Carrera y Abrucio (2019) enmarcaron la capacidad de respuesta a los atributos de rapidez y efectividad que poseen las personas en los diferentes ámbitos y puestos en los que se desempeñen las personas, los cuales pueden ser mejorados y moldeados de manera positiva por medio de capacitaciones, experiencias, desarrollo institucional y las condiciones en las que se labora. Se establece que las personas que cumplan y perfeccionen estos atributos podrán brindar un excelente servicio al usuario.

La satisfacción, según Suárez et al. (2018) se define como una percepción individual y propia de la persona con respecto a un servicio recibido; es decir, tiene un carácter subjetivo valorado desde diversos aspectos. La satisfacción dentro del ámbito sanitario se alcanza por medio de diversos recursos humanos y materiales que resuelvan las necesidades de salud de los ciudadanos (Viszcaíno et al., 2019).

## **Capítulo II**

### **Marco Referencial**

En el presente capítulo se evidencian una serie de estudios científicos de carácter referencial, los mismos que se caracterizan por ser investigaciones nacionales e internacionales que a su vez se relacionan con la satisfacción de los pacientes y los modelos de triage. De igual forma, se desarrolla un marco legal y se establece la situación actual del Hospital IESS Babahoyo.

#### **Investigaciones a Nivel Internacional**

El estudio desarrollado por Fontova (2015) se ejecutó con el objetivo de analizar el nivel de satisfacción de los pacientes, familiares y profesionales con respecto al servicio de urgencias otorgado en el Hospital de Figueres, España. La metodología estuvo conformada por un estudio descriptivo transversal; el ámbito de estudio se enfoca en el servicio de urgencias del centro objeto de estudio. Las variables de investigación fueron el nivel de satisfacción, tiempos de espera en el manejo del triage y características sociodemográficas. La población estuvo conformada por 308 personas; como técnica de recolección de datos se empleó un cuestionario de incentivos laborales de Herzberg, escala general de satisfacción y el cuestionario del Maslach Burnout Inventory. Dado los resultados, se identificó que el 88.8% de los encuestados recomiendan el servicio que otorga el área de emergencia a conocidos. Los factores asociados con la satisfacción de los pacientes fueron el sexo, la edad, el optimismo, tiempo de espera y el control del dolor.

Por otra parte, Molinuevo (2015) indicó que los servicios de urgencias cada vez más se encuentran saturados, por lo que en las últimas décadas se han establecido sistemas de triage estructurado con el objetivo de categorizar a los

pacientes según las urgencias médicas de los mismos y así evitar innecesariamente los tiempos de esperas. Bajo este paradigma, desarrolló una investigación con el objetivo de evaluar la fiabilidad y validez del sistema de triage Manchester y el sistema de triage español, los cuales son aplicados a pediátricos y pacientes adultos. Esta fue una investigación sistemática fundamentada en el método PRISMA, se analizaron referencias bibliográficas de aquellos artículos que se relacionaban con variables como el tiempo de estancia en el área de emergencias, mortalidad, sensibilidad, especificidad y probabilidad de ingreso.

Dentro de la revisión literaria, se obtuvieron 22 artículos, los mismos que se relacionaban con el sistema de triage Manchester y tres artículos fundamentados en el sistema español de triage. Se determinó que, ambos modelos cuentan con una fiabilidad y validez muy buena en los adultos mayores; sin embargo, en los niños, dichos factores disminuyen. En conclusión, los modelos objeto de estudio son predictores excelentes de mortalidad, tiempo de estancia y empleo de recursos médicos. Dado la diferencia de sensibilidad en niños, se recomendó mejorar las versiones de carácter pediátrico, específicamente en el sistema de triage Manchester (Molinuevo, 2015).

El triage se define como un proceso de valoración clínica preliminar que prioriza la atención de los pacientes según el nivel de urgencia. Dado este enfoque, Avilés et al. (2016) desarrollaron una investigación con el objetivo de analizar la utilidad de los métodos de triage, tales como el sistema de alerta temprana, el triángulo de evaluación pediátrica y Save a Child, en la jerarquización de niños. Este fue un estudio transversal basado en una prueba diagnóstica realizada en el servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel

desde diciembre del año 2012 hasta el mes de agosto del 2015. Los criterios de inclusión se fundamentaron en aquellos niños que se presentaron en el área de emergencias incluyendo aquellos que se mantenía entre los 0 a 14 años de edad.

Mediante los resultados, se identificó que se evaluaron 1 120 niños, de los cuales el 84.6% estuvieron clasificados en los tres primeros niveles del triage, ingresando directamente a una cama de urgencias pediátricas y el 20.2% restante fueron asignados al nivel dos y tres, los cuales fueron valorados de forma inicial en el consultorio luego de la ejecución del triage. Por otra parte, se determinó el 82% de sensibilidad para la escala canadiense de triage y urgencias; para el triángulo de evaluación pediátrica se visualizó el 81% de sensibilidad y el 87% de especificidad, para el sistema de alerta temprana se estableció un porcentaje del 80% y para el Save a Child se identificó un 90% de sensibilidad y 23% de especificidad. En conclusión, los instrumentos mencionados anteriormente se consideran herramientas útiles al momento de clasificar e identificar una urgencia pediátrica, donde su integración permite la entrega de mejores resultados (Avilés et al., 2016).

Por otro lado, Alonso, Alonso y Cabral (2016) desarrollaron una investigación con el objetivo de mejorar la calidad del sistema de triage en el servicio de urgencias de un hospital procedente de España. Esta fue una investigación de tipo transversal, donde se consideró como población a un conjunto aproximado de 177 100 habitantes. Mediante un sondeo derivado de los pacientes atendidos en el año 2015, se determinó el empleo de 40 433 casos de los cuales, mediante un muestreo aleatorio simple se determinaron 345 usuarios. Los indicadores empleados para dicha evaluación fueron el tiempo de llegada/registro del triage, su tiempo de duración, tiempo de espera y el índice de pacientes

perdidos sin que hayan sido visitados por un médico, cuyo parámetro permitió visualizar el grado de satisfacción de los mismos.

Dada la evaluación desarrollada, se determinó que el 99.4% de los pacientes son atendidos en un período menor a diez minutos, desde que se registra y se realiza el triage; a pesar de esto, se identificó que el 0.6% de los pacientes obtuvieron un proceso de atención superior a los diez minutos. Respecto al tiempo de duración del protocolo, según recomendaciones, no debe superar los cinco minutos; en el estudio se evidenció que el 100% de los pacientes fueron atendidos en el tiempo estipulado. Por otra parte, se determinó que el 1% de los pacientes no recibe la visita de un médico en particular; en cuanto a los tiempos de espera según el nivel del triage, se evidenció que, tanto en el primer nivel como en el quinto se cumple este indicador, lo cual fue sustentado por el 100% de los usuarios. En conclusión, se determinó que la ejecución de este sistema ha permitido la reducción de tiempos de espera; sin embargo, se ha determinado que la espera en el cuarto y quinto nivel no cumple a cabalidad los criterios de calidad estipulados (Alonso et al., 2016).

La satisfacción del paciente se establece como un indicador de gran utilidad, debido que permite conocer y valorar el proceso y servicio de atención que brinda una institución sanitaria determinada. En el presente caso de estudio, se emplea en el servicio de urgencias el modelo de triage andorrano. Fernández, Mora y Araya (2016) desarrollaron un estudio con el objetivo de analizar el nivel de satisfacción del paciente de urgencias con relación al triage determinado. Respecto a la metodología, esta se conformó por un estudio descriptivo transversal, la población considerada fueron aquellos pacientes registrados en el período conformado desde el 12 al 19 de mayo del año 2014; no obstante, la muestra abarcó un total de 342

personas. La herramienta que se empleó para la recolección de datos fue una encuesta anónima conformada por cinco datos genéricos, cinco interrogantes dicotómicas y seis ítems cuya valoración se estableció en una escala del uno al diez; cabe destacar que este instrumento fue completado una vez que el triage finalizó.

En consecuencia, con los 1 500 cuestionarios entregados, se validaron 353 dado todos los criterios cumplidos. Conforme las variables dicotómicas, se determinó que el 62% comprenden el sistema de triage, el 78% de los usuarios indicaron que estuvieron de acuerdo con el nivel asignado, mientras que el 33% prefiere la ejecución del sistema de triage por el personal médico en lugar del personal de enfermería. Respecto a la valoración fundamentada en la escala del uno al diez, se determinó una puntuación final de 8.12 en el tiempo de espera y una media de 5.99 en la administración de analgésicos cuando el paciente mantiene dolor. Para finalizar, se determinó que los pacientes del servicio de emergencia se encuentran satisfechos con el proceso de triage ejecutado; sin embargo, con el fin de mejorar la calidad asistencial, se recomienda emplear protocolos relacionados con el triage avanzado (Fernández et al., 2016).

La satisfacción se define como una medida imprescindible de la calidad de los sistemas de salud. Bajo este enfoque, Dávila et al. (2017) desarrollaron una investigación con el objetivo de analizar y validar los resultados derivados de un cuestionario de calidad en la atención de pacientes procedentes del área de urgencias de un hospital de alta complejidad. Respecto al método, este fue un estudio observacional, de corte transversal. Se empleó un cuestionario diseñado para valorar la calidad de atención del servicio de urgencias, el mismo que estuvo conformado por 32 preguntas divididas en tres dimensiones que son: características

del servicio, cumplimiento de componentes generales e interrogantes basadas en la satisfacción.

La población estuvo conformada por 5 961 registros, donde el 77.3% de los datos fueron aportados por los pacientes derivados del plan obligatorio de salud. Dentro de los resultados, se identificaron altos niveles de satisfacción, los cuales se presentaron de forma global y por subgrupos. Las interrogantes que mantuvieron mayor correlación fueron: el trato percibido por el facturador y en admisión, ambos con la satisfacción. Por otro lado, el ítem con mayor porcentaje de satisfacción se relacionó con la atención prestada por el camillero; además, no se encontró significativas diferencias en los ítems relacionados con el médico y la infraestructura (Dávila et al., 2017).

Conforme el objeto de estudio, Marques y Días (2015) ejecutaron un estudio con el fin de identificar el perfil de aquellos usuarios que frecuentan los servicios de emergencia incluyendo el análisis de tales motivos. La investigación se orientó a un método mixto del tipo explicativo secuencial. Se empleó el uso de fichas electrónicas con el fin de ejecutar la recolección de datos cuantitativos, la muestra se conformó por un total de 385 usuarios atendidos en el servicio de emergencia durante el año 2011. Respecto a los datos cualitativos, estos se obtuvieron mediante el uso de entrevistas semiestructuradas dirigidas a 18 usuarios. Cabe destacar que, el análisis de los datos adquiridos se realizó mediante estadística inferencial, descriptiva y basado en análisis temáticos.

En el presente estudio, se determinó que la población anciana representaba el 42.9% de la población, el 84.9% mantenían enfermedades crónicas, mientras que el 63.5% estuvieron categorizados como pacientes urgentes. Respecto al tiempo de estancia en el servicio de urgencias, el 42.1% indicó haber permanecido

durante un período mayor a 24 horas y el 46.5% expresaron que recibieron el alta para el domicilio. Dentro de los motivos de búsqueda referente al servicio de urgencia se encuentran relacionados con la presencia de enfermedades crónicas, sexo femenino, ancianos, concentración de tecnología y facilidad de acceso. Se determinó que los servicios de emergencia son considerados una alternativa de atención médica fácil, oportuna y rápida en comparación con los servicios de atención primaria y especialidades (Marques & Días, 2015).

Referente al tema, Vásquez et al. (2016) ejecutaron un estudio con el objetivo de analizar la demanda de atención médica en un hospital de tercer nivel durante la última década que se ha otorgado el servicio. Este fue un estudio descriptivo retrospectivo que estableció como población a aquellos pacientes entre los 14 años o más, los mismos que fueron atendidos en el servicio de urgencias entre el primero de enero hasta el 31 de diciembre del año 2015. Dentro de las variables evaluadas se identificaron el número de personas atendidas, el motivo de la consulta, estancia, perfil de demanda, fecha y mortalidad.

Mediante una revisión del sistema institucional, se identificó que en el año 2015 se registraron un total de 164 370 atenciones, cuyas personas se encontraban en el promedio de edad de 57 años. Durante la última década, el promedio de atención y admisión en las salas de observación se incrementó entre el 49 y 78% aproximadamente. Respecto a la variable ingreso, se demostró que el 63% de los atendidos no respondieron al llamado de atención; en cuanto a la prioridad de atención derivada del triage, se identificó que el 3.8% fueron asignados al nivel uno, 76% al dos, 4% al tres y el 16.2% fueron designados al nivel cuatro. Respecto a la estancia en el servicio de emergencia se identificó un período de 12 horas, factor que se presentó debido a la falta de camas y otros servicios

hospitalarios. En cuanto a la tasa de mortalidad en el área de emergencia, se evidenció un nivel del 0.8%, elemento que estuvo por debajo del estándar establecido. Para concluir, se identificó que, en el año 2015, el hospital objeto de estudio mantuvo una sobredemanda de servicios (Vásquez et al., 2016).

Vizcaíno et al. (2019) manifestaron que uno de los sectores de mayor relevancia para la sociedad son los servicios de salud, puesto que dicho sistema debe otorgar un proceso de atención médica basado en la calidad y excelencia profesional. Bajo este enfoque, los autores mencionados desarrollaron una investigación con el fin de analizar el nivel de satisfacción de pacientes que arribaron al servicio de urgencias mediante el desempeño del personal sanitario de un hospital de México. El estudio fue de carácter cuantitativo, de tipo descriptivo, correlacional y transversal; se empleó el modelo SERVPERF a una población total de 96 pacientes derivados de los tres turnos del servicio, específicamente durante un tiempo de siete días del mes de abril del año 2017.

Dado los resultados, se identificó que el género femenino percibió del servicio un mejor trato y orientación derivado del personal de enfermería y de los profesionales médicos. En cuanto al sexo masculino, estos manifestaron una mejor percepción en la rapidez y eficacia de su atención, sobre todo aquellos que fueron atendidos en el turno vespertino. Por otro lado, se identificó que la facilidad de los trámites que se deben realizar para ingresar al área de emergencias se calificó como totalmente satisfactorio. Respecto a la dimensión tangibilidad, se identificó que los pacientes se encuentran conformes con la apariencia no solo del lugar, sino también del personal de salud. En conclusión, se determinó que la satisfacción del servicio de urgencias depende en gran proporción del desempeño

que mantiene el personal de salud de una determinada institución (Vizcaíno et al., 2019).

De igual forma, Castelo et al. (2016) indicaron que los usuarios que acuden a un centro de atención buscan un servicio basado en la confianza y excelencia profesional del médico. Los autores ejecutaron una investigación con el fin de identificar el nivel de satisfacción de los pacientes en el área de emergencia de un centro hospitalario de la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas. Este fue un estudio descriptivo, de corte transversal desarrollado durante el primer trimestre del año 2015 del centro objeto de estudio. La población estuvo conformada por 382 pacientes a quienes se les aplicó una encuesta de satisfacción. Las variables estudiadas fueron edad, género, tiempo de espera, calidad de infraestructura, atención de enfermería y médicos.

Mediante los resultados identificados, se determinó que el personal de enfermería, según la opinión del 44% de los encuestados brindaron un trato agradable basado en los principios de calidad y calidez. El género que predominó en el presente estudio fue el femenino con el 66% de la población, donde el 49% indicó que percibió una atención durante los primeros 30 minutos que arribaron al servicio de urgencias; el 75% señaló estar satisfecho con el proceso de atención recibido por parte del personal médico y de enfermería. En conclusión, tanto las variables derivadas del tiempo de espera junto con la infraestructura cumplieron a cabalidad los requerimientos básicos de los pacientes, por lo que, dichos elementos fueron considerados satisfactorios (Castelo et al., 2016).

Martín (2016) ejecutó un estudio con el fin de mejorar la calidad asistencial que los pacientes perciben en el servicio de emergencias. Esto se lo realizó mediante una evaluación dirigida al sistema de triage Manchester, el mismo que

fue implementado en el área de emergencias seis meses atrás del inicio de la investigación. La población estuvo conformada por 12 302 usuarios, de los cuales se captó de forma aleatoria un total de 100 pacientes, donde 25 personas formaron parte del estudio. Se aplicó una encuesta conformada por cinco interrogantes que evaluaron la atención recibida, tiempo de espera, calificación del sistema de triage, nivel de prioridad y resolución de problemas médicos; cabe destacar que, todas las variables se valoraron bajo una escala de Likert de cinco puntos.

Mediante los datos obtenidos a través de la aplicación de las encuestas, se determinó que el tiempo de espera según el 67% de la población es satisfactorio; respecto al nivel de prioridad asignado, el 72% manifestó estar muy satisfecho; en cuanto a la evaluación o resolución final del proceso de atención tras el triage en urgencias, el 65% indicó estar totalmente satisfecho; respecto a la evaluación y atención que percibieron de los profesionales del triage, el 79% manifestó estar muy satisfecho; finalmente, el 72% de los encuestados indicó estar satisfecho con el sistema de triage Manchester empleado en el área de urgencias (Martín, 2016).

El estudio realizado por Vizcaíno, Vizcaíno y Vargas (2016) buscó determinar el nivel de servicio de un hospital en el área de urgencias por medio del modelo SERVPERF a 247 pacientes, mismo que se llevó a cabo por medio de la aplicación de una metodología de tipo cuantitativa, transversal, descriptiva y correlacional, como herramienta para recolección de los datos se encontró la encuesta.

Dentro de los datos más relevantes obtenidos en cuanto a las expectativas de los usuarios se conoció que existen insatisfacciones con respecto al personal en el área de admisión, la falta de condiciones para brindar una atención de calidad; por otra parte, se evidenció que existe un buen desempeño por parte de los médicos y

enfermeras del área al momento de tratar a un paciente, así como también la rapidez al momento de solucionar un problema por parte de los profesionales. Esto generó altos niveles de satisfacción, adicionalmente se conoció que todo el personal labora con profesionalismo y brinda información al paciente y sus familiares de manera oportuna y a tiempo, brindando así confianza en la institución (Vizcaíno et al., 2016).

En la ciudad de Lima se llevó a cabo una investigación para conocer la calidad en la atención dada en una institución sanitaria de primer nivel, la cual fue realizada por medio de una metodología descriptiva, con enfoque cuantitativo por medio de la aplicación del cuestionario de 22 ítems del modelo SERVPERF, mismo que evaluó la percepción de las usuarias por medio de cinco dimensiones. Los resultados obtenidos mostraron que la institución posee una fiabilidad alta siendo está representada por el 52.75%, en la dimensión de seguridad el 72.53% la calificó como alta, con el 75.82% se encontró empatía, con el 52.75% capacidad de respuesta, finalizando aspectos tangibles con el 65.93% de percepciones positivas, por lo que se puede acotar que la institución cuenta con un servicio de calidad. Sin embargo, capacidad de respuesta y fiabilidad se encontraron bajas por lo que es un tema que debe de ser considerado para una pronta mejora ya que indica que los profesionales no brindan mayor confianza y rapidez con su servicio (Magaño & Santiago, 2018).

Cobo et al. (2017) establecieron una investigación para medir la percepción de la calidad en el servicio de urgencias en Colombia, por lo que fue necesaria la aplicación de una investigación cuantitativa, transversal y descriptiva a los pacientes atendidos en el último semestre del año, obteniendo como muestra 108 personas, las cuales fueron evaluadas con el cuestionario del modelo SERVPERF

compuesto de las dimensiones de seguridad, empatía, elementos tangibles, fiabilidad y capacidad de respuesta, lo cual dio un resultado promedio de 4.09. Mientras que de manera específica para cada dimensión se observó niveles altos de calidad, especialmente en la preparación y amabilidad mostrada en la dimensión confiabilidad

Para la dimensión de elementos tangibles los usuarios indicaron que el personal presenta una apariencia impecable y que la infraestructura es adecuada al igual que los equipos que usan para la atención, por otra parte, se encontró que la empatía, fue buena ya que el personal brinda una asistencia personalizada y con un tiempo adecuado. La dimensión de capacidad de respuesta fue buena puesto que indicaron recibir atención en periodos cortos de tiempo tanto para evaluación como para análisis, resultados e información brindada; finalizando con la dimensión de seguridad en donde se pudo destacar que el personal que labora en la institución cuenta con experiencia y conocimientos en el área lo cual brinda confianza al paciente (Cobo et al., 2017).

### **Investigaciones a Nivel Nacional**

Mariscal y Valdiviezo (2020) efectuaron una investigación sobre la calidad del servicio y la satisfacción por el protocolo de triage en hospitales del Ecuador de la zona 8, para esto utilizaron un enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, descriptivo y correlacional con un método deductivo, la técnica aplicada fue la encuesta, la cual se aplicó a 369 personas que conformaron la muestra. El cuestionario usado en la investigación estuvo compuesto por 12 preguntas divididas en cuatro dimensiones que fueron condiciones de iluminación, ambiente y ruido, el trato del personal sanitario, la valoración global del servicio, el tiempo de espera y la calidad de la información clínica.

Los datos demostraron problemas en aspectos como el trato por parte del personal administrativo, el tiempo de espera para ser atendidos por el médico; en lo que respecta a la satisfacción global esta fue neutra, es decir que ni bueno ni malo, de igual manera, se halló similar puntuación para el protocolo de triage. Por otra parte, dentro de la correlación entre la variable satisfacción con cada una de las dimensiones de la calidad se pudo observar que la dimensión con mayor relación fue la de tiempo de espera siendo esta positiva y moderadamente fuerte, mientras que la de menor relación fue el trato del personal sanitario, por lo cual es necesario que se trabaje en el trato del personal. Por último, se comprobó la hipótesis que la calidad del servicio influye de forma positiva en la satisfacción del protocolo de triage hospitalario consiguiendo un coeficiente de correlación de 0.818 y una significancia menor a 0.05.

Al no encontrar trabajos dentro de los principales repositorios, donde se evalúe específicamente la calidad del servicio y su relación con la satisfacción del paciente al sistema de llamado por triage se tomó en cuenta los estudios que hablen sobre la calidad del servicio y la satisfacción de los usuarios en el área de emergencias. Torres (2015) hizo un estudio sobre la calidad del servicio en el área de admisión de la Maternidad Enrique Sotomayor, por lo cual, se requirió el uso de una metodología que consistió en una investigación de tipo analítico-descriptivo, de campo, la técnica fue la encuesta aplicada a 203 personas que conforman la muestra.

En lo que respecta a los resultados se logró conocer que los usuarios están poco de acuerdo que el área de admisión brinda un servicio de calidad y calidez, que los servidores de admisión suelen tener un trato cordial, de la consejería que recibe previo al examen, con el servicio que recibe del departamento de

laboratorio, haber recibido la medicación después de ser atendido en la sala de emergencia y con todos los servicios que tiene el área de admisión. Además, no están de acuerdo que el departamento de admisión preste un buen servicio a las usuarias, de haber recibido charlas educativas y planificación familiar en sala de espera de admisión, que la información que brindan al llegar al área de admisión llene de confianza al ser atendidas, con el tiempo de espera en la atención al llegar al área de admisión, que la estructura del área de admisión esta apta para recibir a todas las usuarias y con el tiempo que aplica en la atención a usuarias (Torres, 2015).

Maggi (2018) efectuó un estudio acerca de la calidad de atención relacionada con la satisfacción de los usuarios del servicio de emergencia en un hospital de Milagro, por lo que, se utilizó como metodología el enfoque cuantitativo, método deductivo, alcance descriptivo, investigación de tipo transversal y como técnica la encuesta SERVQUAL que dispone de 42 preguntas, la mitad para evaluar las expectativas del usuario y la otra para medir las percepciones del servicio que están divididas en cinco dimensiones que fueron la seguridad, empatía, tangibilidad, fiabilidad y capacidad de respuesta, la muestra fue de 357 personas.

Los datos recolectados mediante la encuesta permitieron establecer que en la dimensión tangibilidad las percepciones fueron menores que las expectativas por lo cual reflejó una insatisfacción del servicio 0.1575, en cuanto a la dimensión seguridad demostró insatisfacción con una diferencia de 0.593, en lo que respecta a la empatía mostro insatisfacción con una diferencia mínima de 0.054. Es evidente que, los problemas que se dieron fueron con base a las tres dimensiones; sin embargo, la de mayor insatisfacción fue la dimensión de seguridad (Maggi, 2018).

### **Situación Actual del Hospital IESS Babahoyo**

El moderno Hospital IESS Babahoyo fue inaugurado en el año 2013 por el expresidente Rafael Correa. Dicha infraestructura mantiene 13 000 metros cuadrados de construcción, cuyos terrenos fueron donados por la Municipalidad de Babahoyo, una obra que abarcó un total de \$ 42 millones. Este hospital ha beneficiado a un total de 153 000 afiliados de la provincia de Los Ríos y comunidades cercanas. Su infraestructura es funcional y moderna con capacidad para 121 camas censables divididas en 39 para clínica, 19 para pediatría, 30 para gineco-obstetricia y 33 para cirugía general, en sus cuatro plantas de hospitalización. Además de tener 12 camas para observación de adultos, tres para observación pediátrica y seis de reanimación, dando un total de 21 camas no censables en la planta baja de la institución. En el segundo y cuarto piso existen nueve camas para la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), cinco para labor de parto, nueve para recuperación, cinco para recién nacidos y nueve para la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) siendo 37 camas no censables adicionales para la atención y 17 especialidades médicas.

Este complejo hospitalario mantiene áreas de emergencia, laboratorio clínico, consulta externa, sala de partos, quirófanos, sala de neonatología, unidad de cuidados intensivos, sala de recuperación de cirugía, entre otras áreas. El hospital IESS Babahoyo brinda atención bajo las características correspondientes al segundo nivel en el área de la salud, brindando servicios de consulta integral, odontología, otorrinolaringología, medicina interna, dermatología, oftalmología, nefrología, urología, gastroenterología, cardiología, pediatría, ginecología y obstetricia, y cirugía general. Cuenta con tres quirófanos de última generación y dos quirófanos para atender pacientes oftalmológicos, además posee un área para

rehabilitación ocupacional, física y de lenguaje. Dentro de los prestadores externos acreditados con los que cuenta el IESS de Babahoyo están la Unidad de Diálisis DIALRÍOS y la Clínica Touma.

Dentro de los indicadores disponibles, se evidenció que para el año 2013 los servicios más usados en la institución fueron los servicios auxiliares diagnósticos con 172 541, seguido del servicio de emergencia con 89 343 casos y consulta externa con 86 977 casos. Con respecto a la distribución de las áreas del hospital se conoce que la planta baja se encuentra destinada para los 21 consultorios, así como también se encuentran las oficinas admisión, trabajo social, información, laboratorio clínico, farmacia, rehabilitación y medicina física, imagenología, emergencia y citología. En el piso dos está la entrada a quirófanos, UCI, dirección administrativa, sala de espera, área materno infantil. El piso tres, ha sido destinado al área de hospitalización, mientras que el piso cuatro cubre el área de pediatría, así como los consultorios pediátricos. Se encuentra ubicado en el cantón Babahoyo, específicamente en la avenida Juan Agnoletto y By pass.

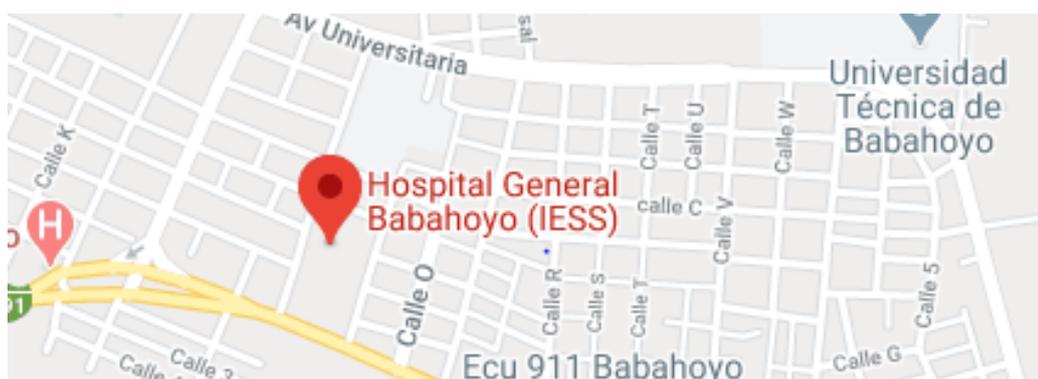


Figura 1. Ubicación del Hospital IESS Babahoyo

## Marco Legal

De acuerdo con lo expuesto por la Constitución de la República del Ecuador en el artículo 32, se evidencia que:

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (Asamblea Nacional Constituyente, 2008, p. 17).

Es importante destacar que, el Estado debe asegurar este derecho a través del desarrollo de políticas económicas, culturales y sociales, que permitan el acceso oportuno y sin restricción alguna a los servicios de atención integral de salud (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

Por otra parte, en el artículo 362 se evidencia que:

La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios (Asamblea Nacional Constituyente, 2008, p. 111).

En el artículo 363 de la Constitución del Ecuador, se evidencia que el Estado es el ente responsable de formular políticas de que garanticen la promoción y atención integral de salud mediante la fomentación de hábitos saludables en el ámbito laboral, familiar y comunitario. En este artículo se integra la universalización de la atención de salud, donde se debe mejorar de forma constante la calidad del servicio incluyendo la entrega de una cobertura universal.

Por otra parte, se identificó que, los servicios de salud deben fortalecerse mediante la integración de un talento humano capacitado, infraestructura adecuada y la presencia de equipamiento tecnológico (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

De acuerdo con la Ley Orgánica de la Salud, en el artículo tres se estipula que la salud se establece como un estado completo de bienestar físico, social y mental y no solamente hace referencia a la ausencia de enfermedades o afecciones. El derecho a la salud es inalienable, irrenunciable e indivisible, cuya garantía es total responsabilidad del Estado (Asamblea Nacional Constituyente, 2017).

De igual forma, se identificó que el ente regulador de las funciones y normas aplicadas en esta Ley es el MSP; entidad que tiene como responsabilidad verificar aplicar, controlar, vigilar y cumplir con las normas orientadas hacia el ámbito de la salud (Asamblea Nacional Constituyente, 2017).

## **Capítulo III**

### **Marco Metodológico**

En esta parte de la investigación se hace una revisión sobre la metodología para llevar a cabo el estudio, el cual inicia con establecer el diseño, enfoque, alcance y método de la investigación, continuando con el procesamiento de los datos, la operacionalización de las variables de estudio que son calidad de servicio y satisfacción del paciente al sistema de llamado de triage, prosiguiendo con la técnica de investigación, el tratamiento respectivo de la información, población y muestra, finalizando con los resultados y su análisis general.

#### **Enfoque de la Investigación**

El enfoque cuantitativo es aquel que trata con fenómenos medibles que se los efectúa por medio del uso de técnicas estadísticas que facilitan el análisis de datos, esto se realiza con la finalidad de dar predicciones, explicaciones, descripciones e incluso tener control de las causas para así lograr dar predicciones de su ocurrencia. Un claro ejemplo de los datos que se pueden medir son la edad, masa, estatura, número de hijos, entre otros (Sánchez, 2019).

El enfoque usado en este proyecto de investigación fue el cuantitativo, debido a que se busca cuantificar los datos obtenidos sobre la calidad de servicio y la satisfacción del paciente por el sistema de llamado de triage en el área de emergencia del hospital objeto de estudio, con el propósito de identificar los aspectos que pueden influir en el grado de satisfacción del paciente en relación a la calidad del servicio otorgado por dicha institución.

#### **Diseño de la Investigación**

Hernández (2018) indicó que los diseños no experimentales son aquellos que no pueden deliberadamente manipular las variables de estudio, esto significa que

en este diseño solo se puede observar el fenómeno tal cual se desarrolla en su ambiente habitual; además, permite analizar y describir las variables para conocer si entre ellas existe una relación. El diseño transversal tiene como característica el proceder con la medición de datos en un momento único y tiempo determinado (González, Escoto & Chávez, 2017).

En la investigación se usó el diseño no experimental y transversal, esto se debió a que los sucesos de estudio ya pasaron; por lo cual, solo se pueden observar sin aplicar estímulos a las variables tanto calidad del servicio como satisfacción del paciente; adicional, es transversal ya que los datos fueron recolectados en un mismo lugar y tiempo determinado.

### **Método de la Investigación**

El método deductivo es aquel que se caracteriza por partir de leyes generales hacia casos particulares, para esto se usan las teorías que suelen ser muy conocidas y se las gestiona en casos específicos del interés del investigador (Maldonado, 2018).

En el presente estudio se aplicó el método deductivo, puesto que este permite tomar las diferentes definiciones y teorías de autores sobre la calidad del servicio y satisfacción del paciente, para así poder enfocarlas y analizarlas con respecto al sistema de llamado de triage del hospital IESS Babahoyo. De esta manera, será posible tener una idea de los aspectos que pueden estar incomodando dentro de la institución, para así establecer estrategias que permitan mejorar los servicios ofertados por la misma.

### **Alcance de la Investigación**

Según Hernández y Mendoza (2018) el alcance descriptivo es aquel que trata de obtener información detallada sobre las propiedades y características del

fenómeno objeto de estudio; mientras que, el alcance correlacional se encarga de conocer el grado de relación existente entre dos o más variables objeto de estudio con la finalidad de lograr hacer una predicción acerca de su futuro.

Se aplicó como alcance el descriptivo, porque se intenta tener un detalle sobre las características de los pacientes; así como, acerca de las variables de estudio que son la calidad de servicio y la satisfacción del paciente. Además, se usó el alcance correlacional, ya que, se analizó la relación de dichas variables entre sí con el propósito de poder corroborar las hipótesis de estudio.

### **Procesamiento de Datos**

La estadística inferencial se encarga del estudio de métodos y procedimientos que facilitan la realización de afirmaciones que se hacen a una población mediante los datos de una muestra, este tipo de estadística tiene como ventaja que sus resultados se consiguen por medio de la examinación de una muestra; por lo cual, esto permite que el investigador ahorre dinero y tiempo (Sánchez & Insunza, 2015). En la investigación se aplicó la estadística inferencial debido a que permite escoger una parte de la población para realizar el estudio, lo cual, facilita que esta se haga en menor tiempo y presupuesto en comparación a trabajar con toda una población.

Según Dos Santos (2017) la medida de tendencia central se trata de un valor que busca detallar un conjunto de datos; para lo cual, se puede identificar dentro de esta información la posición central, promedio, valor con mayor frecuencia de repetición, entre otros aspectos. Entre las principales medidas que existen se encuentran la moda, la mediana y la media. Esta última o también conocida como promedio ponderado es un indicador que se utiliza en las distribuciones simétricas, esta se calcula con datos que pueden ser continuos y discretos, la cual,

se consigue a través del uso de una fórmula que divide la sumatoria de todas las puntuaciones con el número de estas.

En el trabajo se utilizó la medida de tendencia central conocida como media, puesto que este indicador brinda el valor céntrico de las puntuaciones recolectadas sobre las variables calidad de servicio y satisfacción del paciente, con lo cual se podrá conocer si las mismas están por encima del puntaje ideal o si muestran graves problemas alguna de sus dimensiones.

La frecuencia relativa o también conocida como porcentual se refiere al coeficiente entre el número de veces que un valor aparece en un conjunto de datos estadísticos y la cantidad total de estos, la cifra resultante se suele expresar en porcentajes (Editorial Alfa y Omega, 2016). Se empleó la frecuencia relativa para representar los datos otorgados por la muestra mediante la encuesta, esto ayuda a tener una mayor perspectiva sobre cada uno de los ítems que comprenden las variables calidad de servicio y satisfacción del paciente.

Una manera de representar los datos que se recolectan de una investigación es por medio de los gráficos estadísticos, los más usados suelen ser los diagramas de barras, circular, entre otros. El gráfico de pastel es aquel esquema que tiene forma de círculo, el mismo que está dividido en varias partes que van en proporción a la frecuencia relativa de la categoría (Gaviria & Márquez, 2019).

Los datos recolectados a través de la encuesta se representan por medio de gráficos estadísticos, en este caso en particular se aplicó el diagrama circular, ya que, muestra de una manera fácil y sencilla la información recolectada sobre las variables calidad de servicio y satisfacción del paciente mostrando únicamente la frecuencia relativa con respecto a cada parámetro estudiado, ayudando a comprender la información de forma práctica y rápida.

## Operacionalización de las Variables

Tabla 1  
*Operacionalización de variables*

Variable	Técnica	Dimensiones	Indicador	Escala/Dato
<b>Calidad</b>	Encuesta	Datos generales	Género	Nominal
			Edad	Ordinal
			Estado civil	Nominal
		Calidad de la información clínica	<b>Ordinal:</b> Pésimo (uno) Malo (dos)	
		Trato del personal sanitario		
Condiciones de iluminación, ambiente y ruido	Ni bueno ni malo (tres) Bueno (cuatro) Excelente (cinco)			
Tiempo de espera				
Satisfacción				
<b>Satisfacción</b>	Encuesta	Sistema de triage Manchester	Tiempo de espera	<b>Ordinal:</b> Nada satisfecho (uno) Poco satisfecho (dos) Satisfecho (tres) Bastante satisfecho (cuatro) Muy satisfecho (cinco)
			Nivel de prioridad	
			Evaluación proceso asistencial	
			Evaluación de atención profesionales	
			Evaluación de triage Manchester	
Evaluación del sistema de llamado de voz				

Tomado de *Satisfacción usuaria en urgencia oftalmológica: evaluación de la consistencia interna y validez de constructo de un instrumento aplicado en Chile*; por Werlinger et al., (2017). *Los usuarios aplauden el triage Manchester*; por Martín (2016).

### **Técnica de recolección de datos**

La técnica de recolección de datos usada en la investigación fue la encuesta, ya que esta se basa en un cuestionario con diversas preguntas que el investigador realiza a la muestra o población seleccionada para la misma. En este caso se usaron dos cuestionarios, el primero fue sacado del artículo publicado por Werlinger (2017) sobre la calidad y satisfacción usuaria que está compuesta por 12 preguntas que se dividen en cinco dimensiones que son la calidad de la información clínica (del ítem uno al tres), el trato del personal sanitario (del ítem cuatro al seis), las condiciones de iluminación, ambiente y ruido (del ítem siete al nueve), el tiempo de espera (ítem diez) y la satisfacción (del ítem once al doce). Este cuestionario cuenta con respuestas tipo Likert con cinco opciones que son pésimo (uno), malo (dos), ni bueno ni malo (tres), bueno (cuatro) y excelente (cinco), dichas preguntas contaron con una fiabilidad mediante el coeficiente Alfa de Cronbach de 0.880.

El otro cuestionario se basó en el trabajo de Martín (2016) acerca del triage de Manchester que consta de cinco preguntas que cuentan con cinco opciones de respuesta tipo Likert, las cuales son nada satisfecho (uno), poco satisfecho (dos), satisfecho (tres), bastante satisfecho (cuatro) y muy satisfecho (cinco). Las preguntas evaluadas en el estudio fueron sobre la atención recibida, el tiempo de espera, el grado de prioridad asignado, de resolución de problemas y el triage como herramienta de trabajo. Se añadió una pregunta adicional sobre el sistema de llamado de voz por triage.

### **Tratamiento de la Información**

Para el tratamiento de la información recolectada se usaron los programas Microsoft Excel 2016 y SPSS 25, el primero permite que la información que se

recolectó se pueda tabular en las hojas de cálculo del mismo, para así crear tablas de frecuencia relativa que permiten expresar dichas cifras de porcentajes en el gráfico de pastel; en cambio, el segundo facilita conseguir el coeficiente de correlación que tienen las variables calidad de servicio y satisfacción del paciente, a fin de poder de esta forma comprobar la hipótesis de estudio.

### **Población y Muestra**

La población objeto de estudio la conforman los pacientes que concurrieron en el último trimestre del 2019 y enero de 2020 al área de emergencia del Hospital IESS Babahoyo, la cual, está conformada por 34 873 usuarios (Hospital IESS Babahoyo, 2020). Para hacer la investigación es necesario deducir la muestra, es por eso que se tomó de referencia la ecuación de población finita, ya que se conoce la misma.

Esta fórmula comprende varios elementos que son el error muestral máximo ( $d=0.05$ ), la probabilidad de fracaso ( $p=0.50$ ), la probabilidad de éxito ( $q=0.50$ ) que tiene una cantidad de 0.50, la población ( $N=34\ 873$ ) y el nivel de confianza ( $Z_{\alpha}^2 = 1,96$ ). A continuación, se visualiza la ecuación usada, así como, los datos ya reemplazados en la misma.

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

$$n = \frac{(34\ 873 * 1.96^2 * 0.50 * 0.50)}{[0.05^2 * (34\ 873 - 1)] + (1.96^2 * 0.50 * 0.50)} = 380$$

El cálculo realizado permitió conocer que la muestra a estudiar está conformada por 380 pacientes que asisten al área de emergencia del hospital objeto de estudio. Para la selección de la muestra fue necesario emplear el

muestreo aleatorio simple, debido a que este permite que toda la población objeto de estudio tenga la misma oportunidad de ser elegidos, para esto se usará una lista aleatoria mediante el programa Microsoft Excel.

## Resultados

### Variable calidad

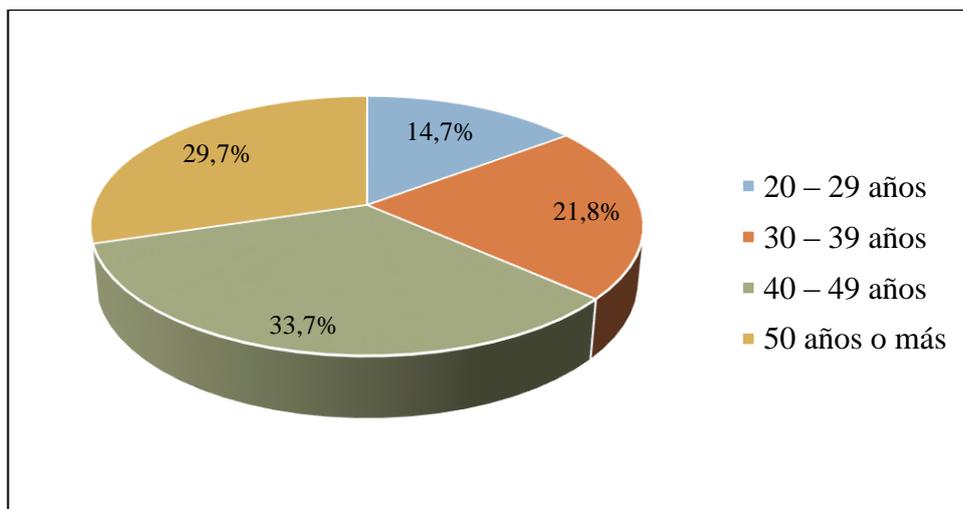


Figura 2. Edad

Con respecto a la edad de los pacientes se pudo conocer que el 33,7% pertenece al rango de edad de 40 a 49 años, seguido del 29,7% con 50 años o más, mientras que el 21,8% posee de 30 a 39 años, lo cual muestra un rango promedio de la edad de los pacientes de 45 a 50 años.

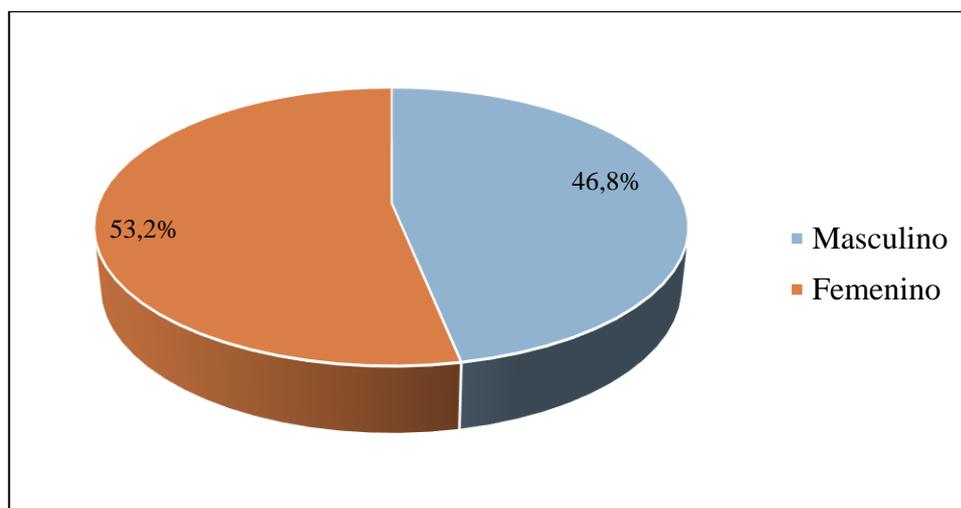


Figura 3. Género

Se pudo observar que el género femenino superó al masculino entre los encuestados con un 53.2%, encontrando el 46.8% pacientes de género masculino.

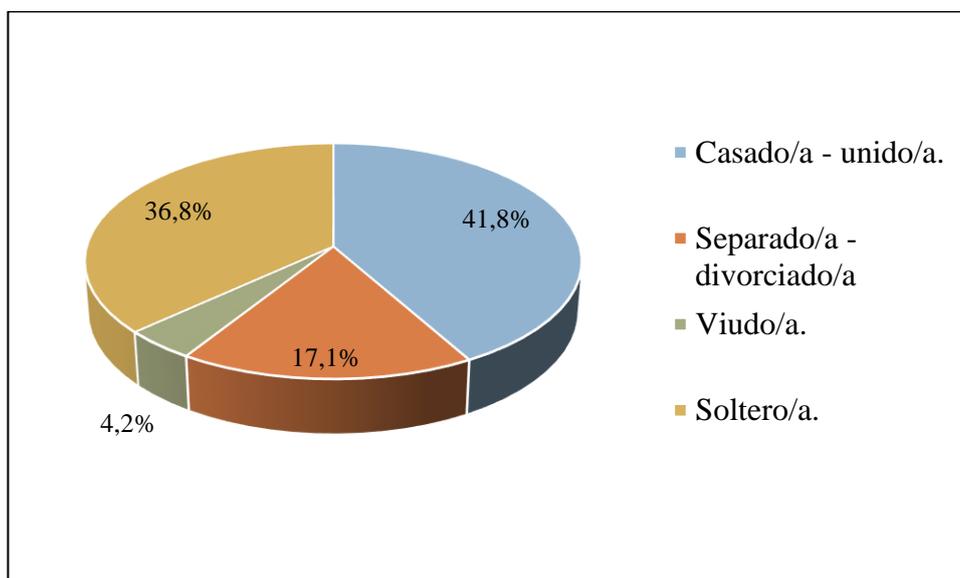


Figura 4. Estado civil

El estado civil de los encuestados en su mayoría fue casado o unido con un 41.8%, seguido de soltero con el 36.8%, mientras que separado o divorciado alcanzó un 17.1%.

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

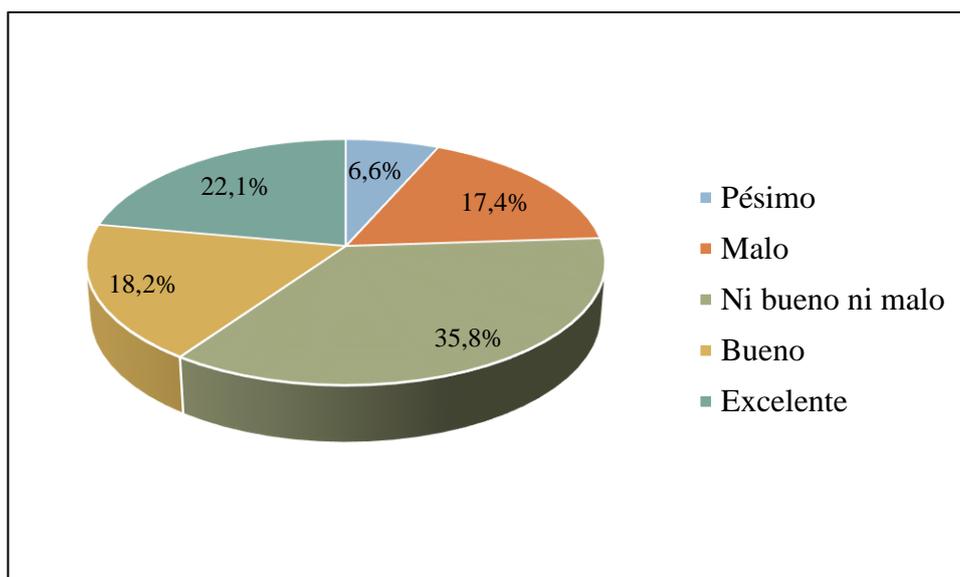


Figura 5. Información personal administrativo

De acuerdo a los datos recolectados se observó que el 35.8% de los pacientes considera que la información emitida por el personal administrativo no es buena ni mala, el 22.1% calificó la misma como excelente, mientras que el 18.2% consideró que esta es buena. Se puede evidenciar que la información brindada por el personal administrativo es medianamente buena.

## 2. ¿Cómo considera la información recibida por el personal de enfermería, paramédico o tecnólogo?

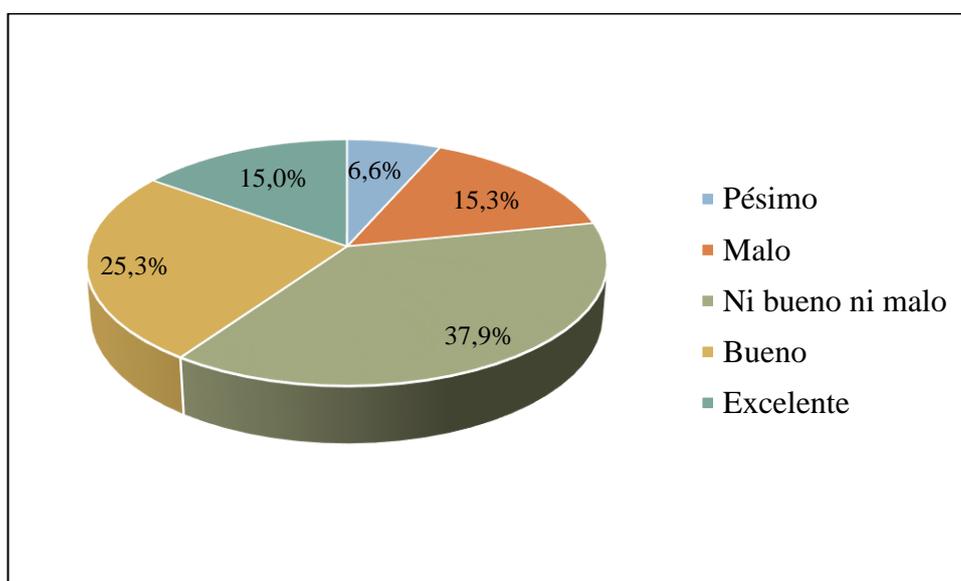


Figura 6. Información, personal enfermería

En cuanto a la información dada por el personal paramédico, enfermero y tecnólogo se apreció que el 37.9% mencionó ni bueno ni malo, seguido del 25.3% que dijo que fue buena, mientras que el 15.3% consideró que fue mala. Se observó que existen personas que se encontraron inconformes con la atención del personal enfermero, lo cual puede estar relacionado con la cantidad de pacientes que estos deben de atender lo cual dificulta que brinden información muy detallada.

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

Con respecto a la información dada por el personal médico, el 34.5% expresó que esta no es ni buena ni mala, el 26.6% consideró que es buena, mientras que el

25.0% acotó que la información es mala. La calificación dada a los médicos de manera general es buena.

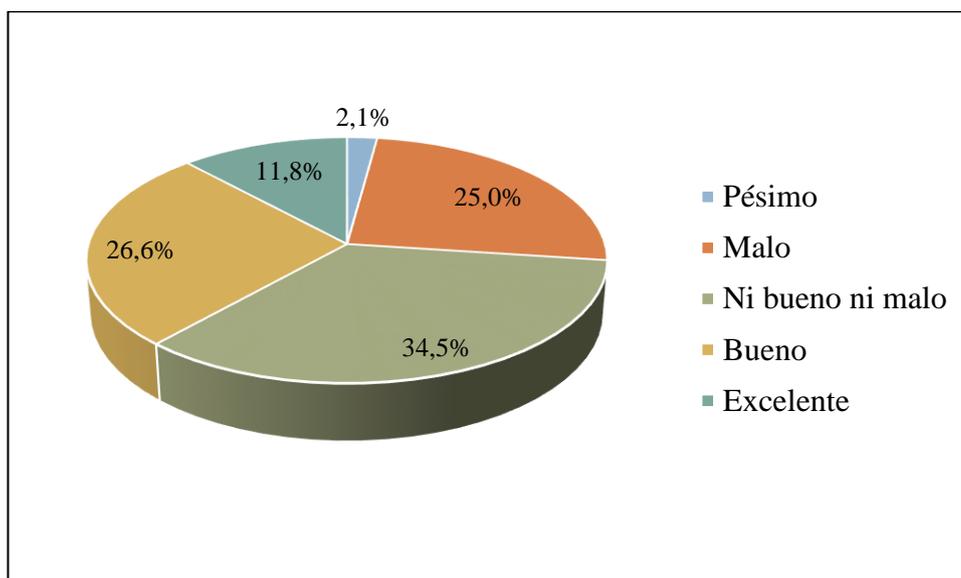


Figura 7. Información, personal médico

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

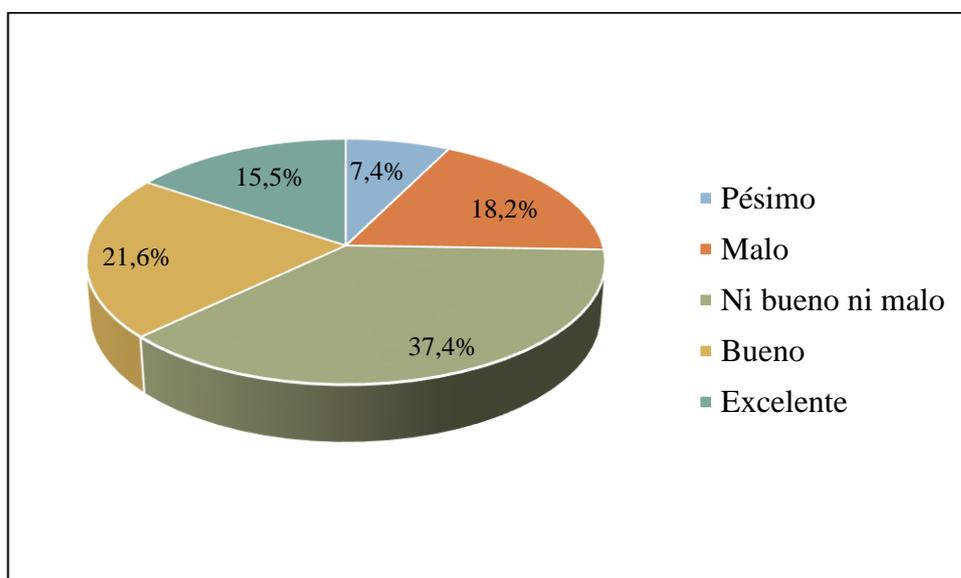
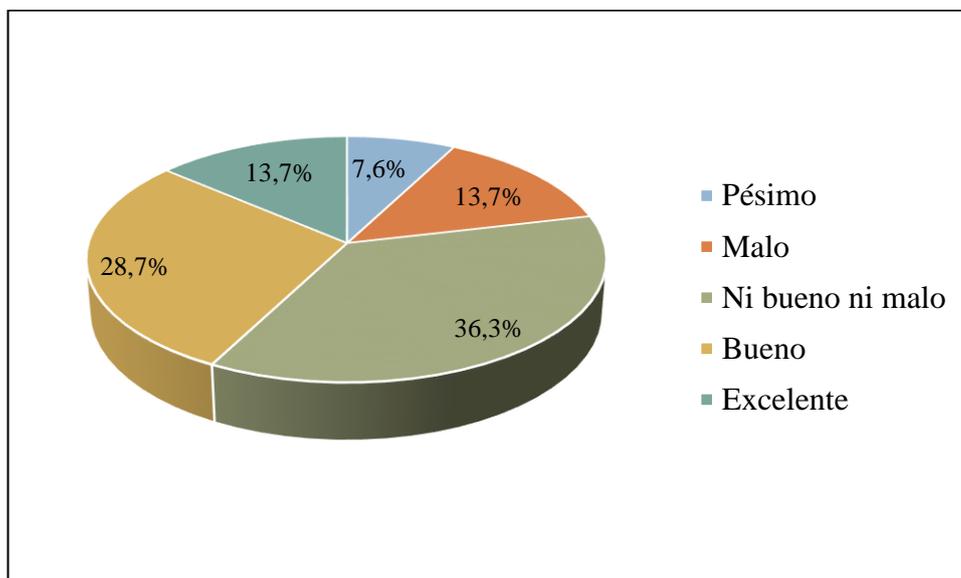


Figura 8. Trato por personal administrativo

Sobre la pregunta realizada a los pacientes de cómo calificarían el trato recibido por el personal administrativo, la opción ni bueno ni malo obtuvo un 37.4%, seguido de bueno con un 21.6%, mientras que el 18.2% consideró que esta es mala. Los resultados muestran una inconformidad del 25.6% respecto al trato

del personal administrativo, por lo que se recomienda tomar acciones para que esta no afecte la calidad general de la institución.

**5. ¿Cómo calificaría el trato recibido por el personal de enfermería, paramédico o tecnólogo?**



*Figura 9.* Trato personal de enfermería

Por otra parte, en el trato del personal enfermero, paramédico o tecnólogo se evidenció que el 36.3% se mostró imparcial mencionando que este no es ni bueno ni malo, el 28.7% dijo que este es bueno, mientras que las opciones malo y excelente mostraron igualdad en sus resultados con el 13.7%. Esto deja en evidencia que el trato que el personal brinda no es del todo bueno, por lo que se debe de analizar cuáles son las falencias en el área a fin de mejorarlas.

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

El 33.4% calificó como ni bueno ni malo el trato de los médicos, seguido estuvieron aquellos que expresaron que es bueno con un 25.8%, mientras que el 24.2% mencionó que este es malo. Se observa que no existe mayor diferencia entre los resultados positivos y negativos, esto podría asociarse al tiempo que tienen los médicos para brindar atención a los pacientes y el léxico técnico que

estos usan lo cual puede causar confusión en los pacientes generando inconformidad con el servicio.

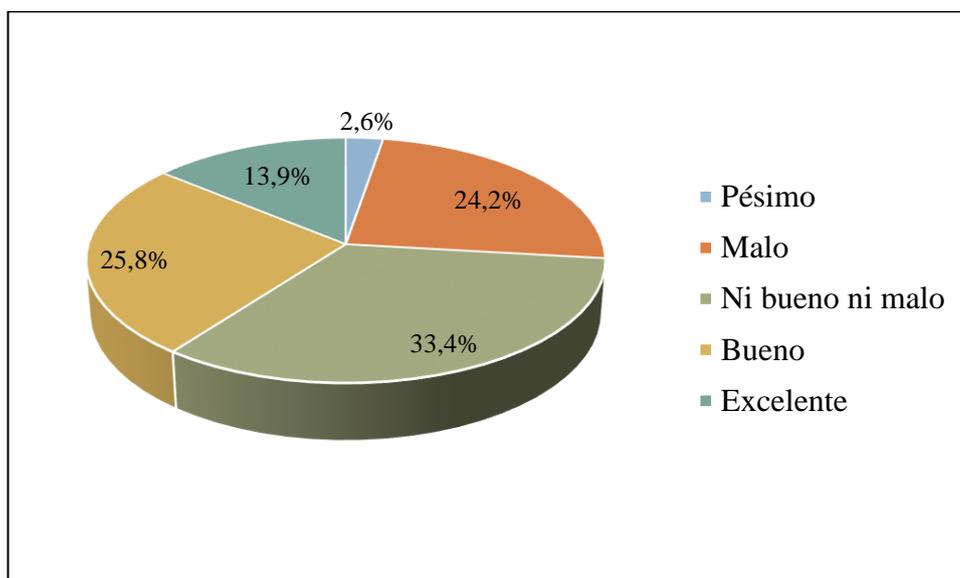


Figura 10. Trato personal médico

**7. Su valoración de la limpieza de las instalaciones donde se realizó el triage ha sido.**

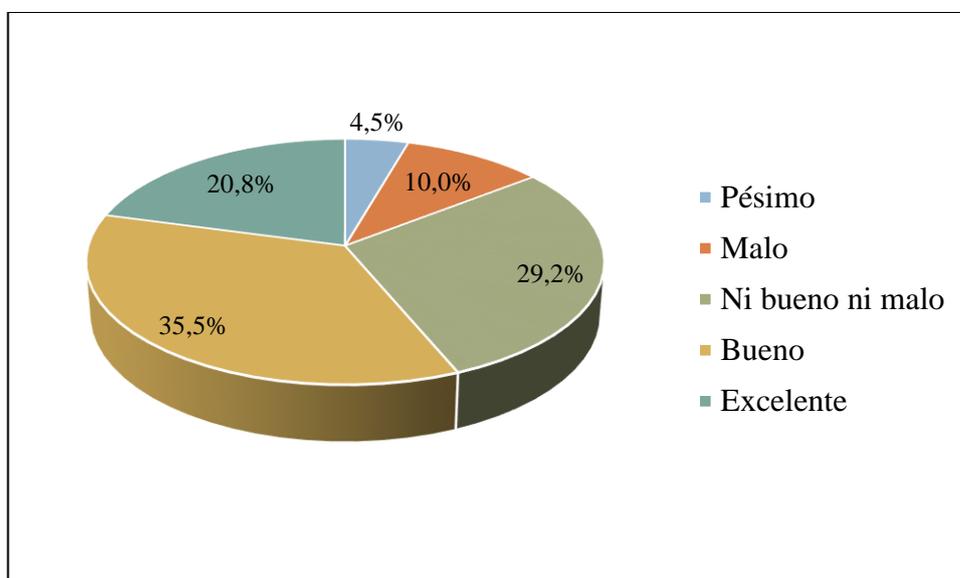
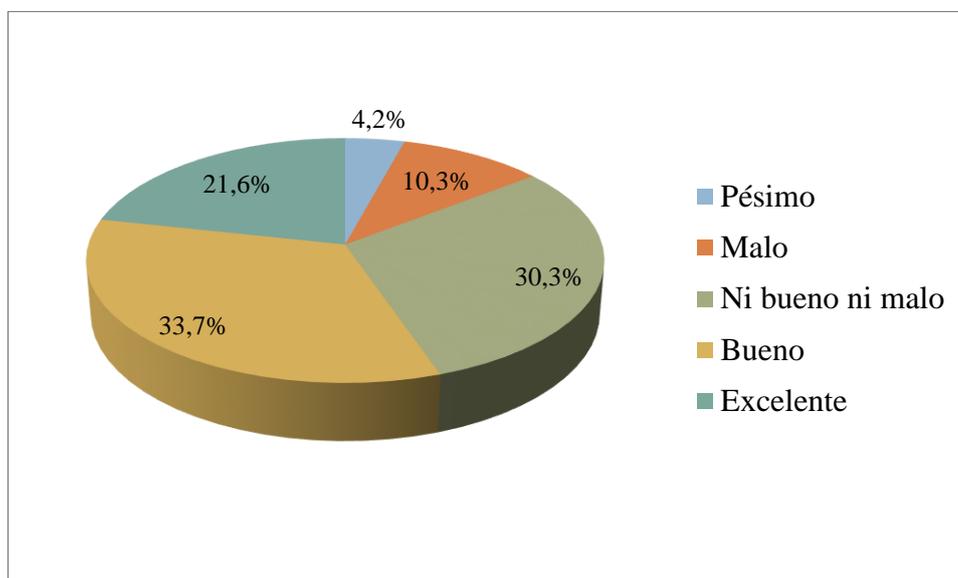


Figura 11. Limpieza de las instalaciones

Con respecto a la valoración de la institución sobre la limpieza en el área de triage se evidenció que el 35.5% mencionó que esta es buena, seguido del 29.2% que acotó que no es buena ni mala, mientras que el 20.8% dijo que esta es excelente; por lo que se puede concluir que la limpieza en el área es adecuada.

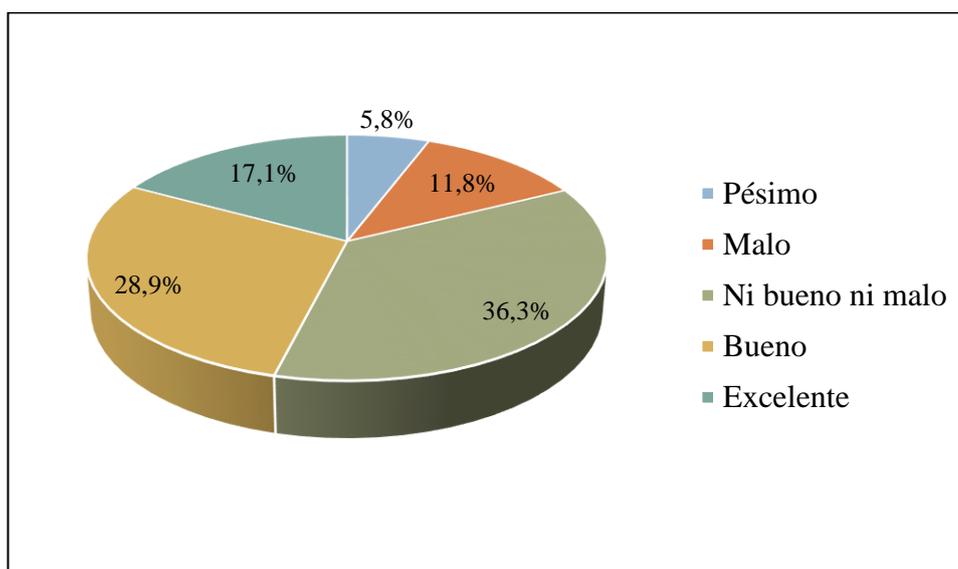
**8. Su valoración de la temperatura ambiente de las instalaciones donde se realizó el triage ha sido**



*Figura 12.* Temperatura del ambiente

Sobre la temperatura del ambiente en el área de triage el 33.7% mencionó que era buena, el 30.3% mostró imparcialidad, mientras que el 21.6% expresó que esta era excelente. Los resultados dejan en evidencia que el ambiente del área de triage posee una temperatura óptima.

**9. Su valoración de la luz y condiciones ambientales (ruido) de las instalaciones donde se realizó el triage ha sido**



*Figura 13.* Luz y condiciones ambientales

En cuanto a las condiciones ambientales, tales como luz y ruido en el triage, los pacientes consideraron que esta no es ni buena ni mala con un 36.3%, el 28.9% expresó que esta es buena, mientras que el 17.1% calificó como excelente. Se observa que el personal encargado del ambiente en las instalaciones busca brindar al paciente un buen servicio a fin de que este se sienta a gusto dentro de la institución.

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

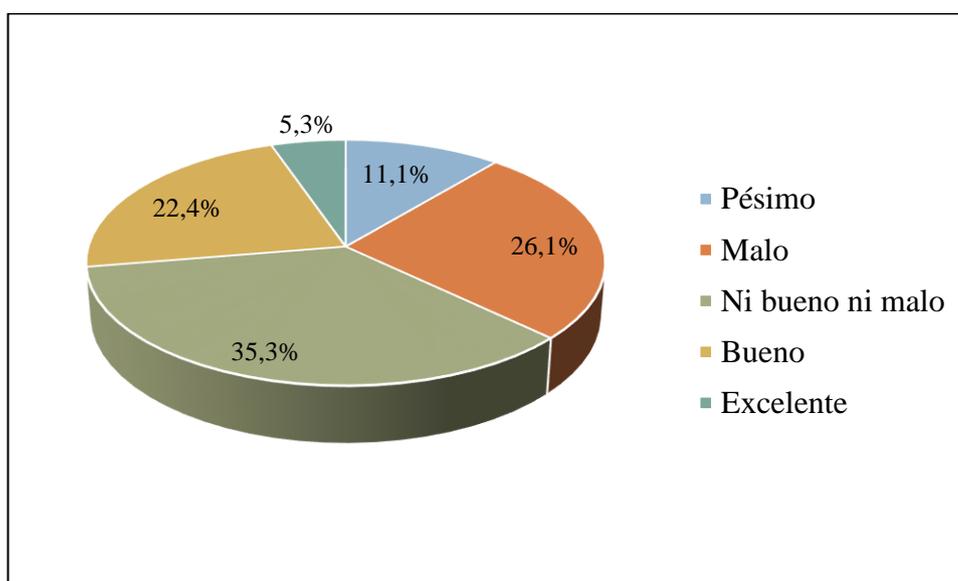


Figura 14. Tiempo en ser atendido por médico

Con respecto al tiempo para ser atendido por el médico, el 35.3% consideró que el tiempo no es ni bueno ni malo, seguido del 26.1% que expresó que el mismo era malo, mientras que el 22.4% mencionó que era bueno. Se evidencia inconformidad con el tiempo que deben de esperar una vez realizada la valoración, lo cual puede relacionarse con la demanda de pacientes existentes en la institución y la prioridad que cada uno posea.

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

El 30.8% consideró que la atención global no es buena ni mala, seguido de

aquellos que consideran que es mala y buena con similitud en sus valores que corresponden al 23.4%, mientras que el 13.2% calificó como pésimo. Se puede evidenciar que los pacientes no están conformes con la atención global que brinda la institución en el área de urgencias, por lo que se recomienda tomar acciones de inmediato, debido a la demanda propia del área.

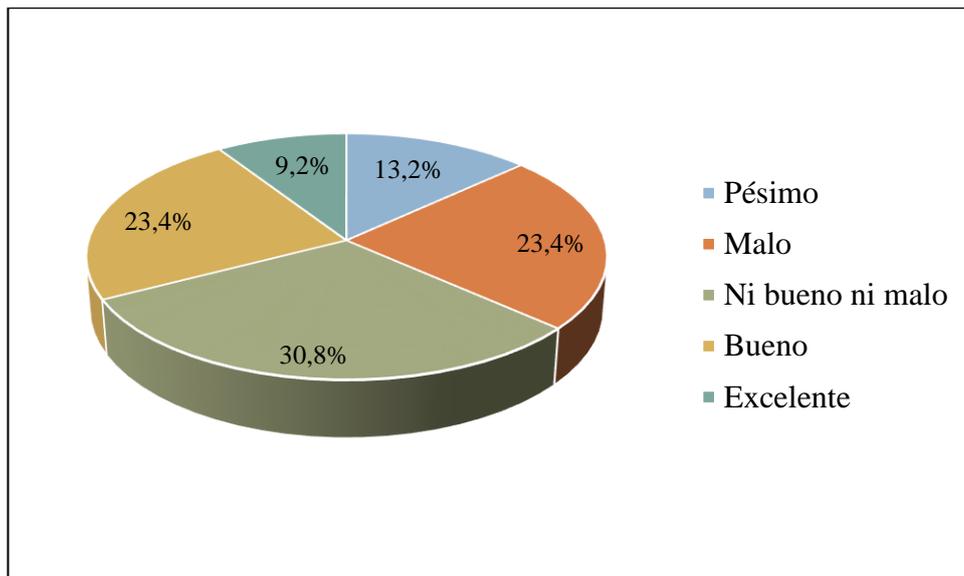


Figura 15. Atención global servicio de urgencias

## 12. ¿Cómo puntuaría el protocolo de triage recibido?

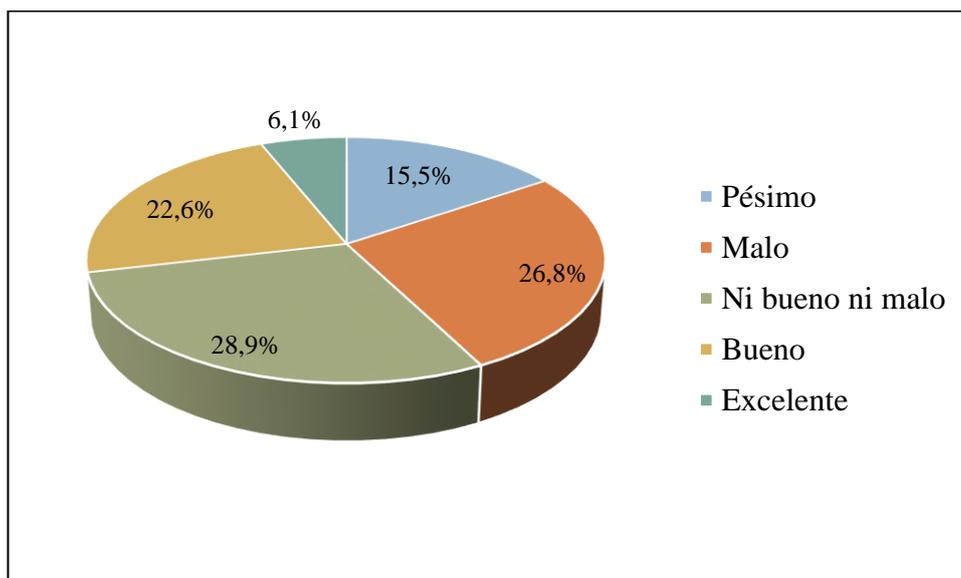


Figura 16. Protocolo de triage recibido

Respecto al protocolo de triage recibido, el 28.9% expresó que este no es ni

bueno ni malo, el 26.8% mencionó que fue malo, mientras que el 22.6% dijo que fue bueno. Los resultados muestran inconformidad; sin embargo, esta variará de acuerdo a la percepción de cada individuo, ya que será calificada de acuerdo a la necesidad que cada uno posea, sin tomar en cuenta los tiempos estimados en el triage de Manchester que se aplica en la institución.

### Variable Satisfacción

#### 1. Evaluación tiempo de espera después de ser clasificado en triage:

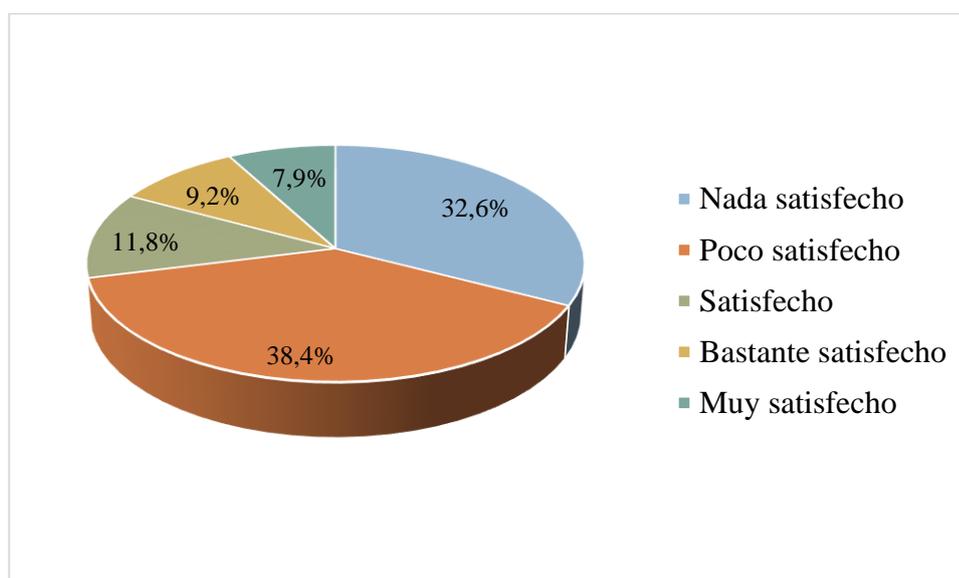


Figura 17. Tiempo de espera después de triage

De acuerdo al tiempo que deben de esperar los pacientes después de ser evaluados por el triage, el 38.4% mencionó estar poco satisfecho, seguido del 32.6% quienes acotaron estar nada satisfechos, mientras que el 11.8% expresó sentirse satisfecho. Es evidente la insatisfacción con respecto al tiempo de espera de los pacientes, lo cual se puede asociar con el nivel de prioridad que haya sido entregado a cada uno.

#### 2. Evaluación nivel de prioridad asignado:

Con respecto al nivel de prioridad otorgado luego de ser evaluados, el 26.1% se mostró poco satisfecho, seguido del 24.7% quien mencionó estar satisfecho,

mientras que con un 19.5% dijo estar nada satisfecho. Se observa insatisfacción con el nivel de prioridad asignado, lo cual debe de estar asociado a que la satisfacción será percibida de acuerdo a las necesidades y creencias que posee cada paciente, en donde estos siempre desearán ser atendidos de inmediato, ya que consideran que su salud está en riesgo.

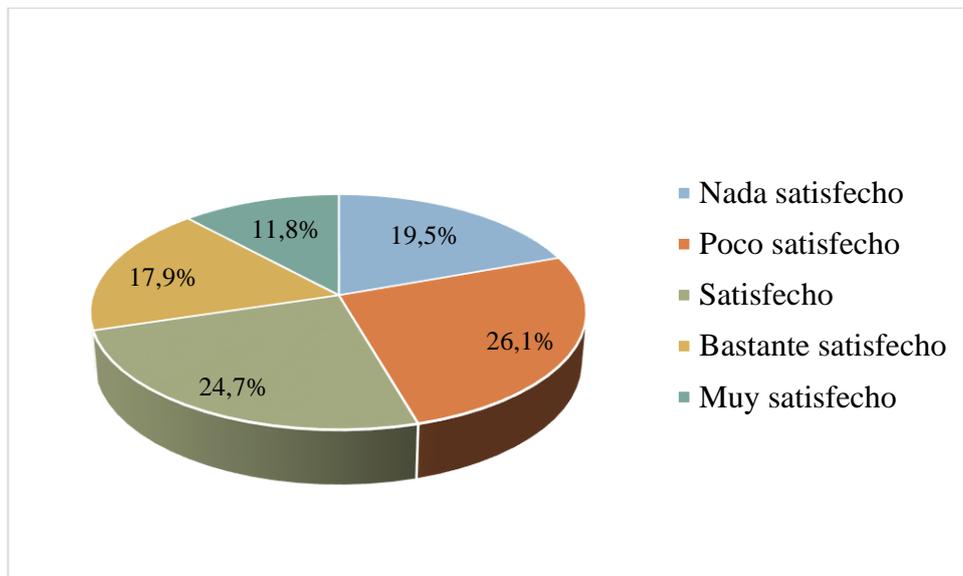


Figura 18. Nivel de prioridad

### 3. Evaluación resolución final del proceso asistencial tras triage en

#### Urgencias:

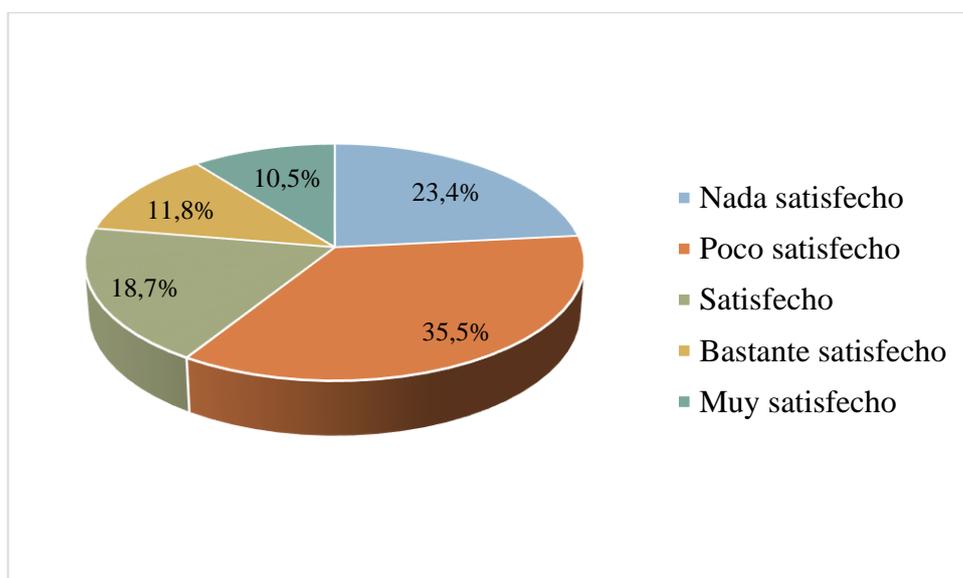
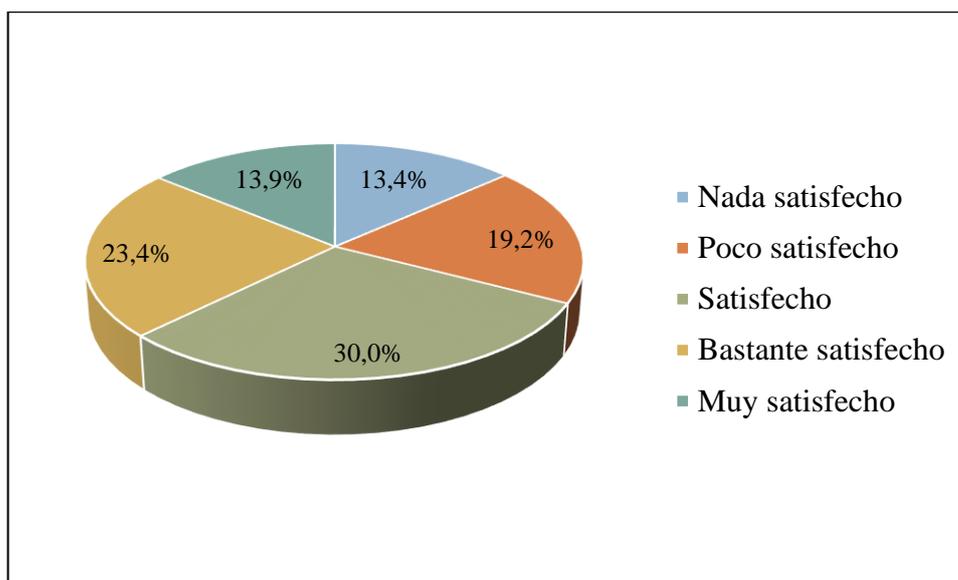


Figura 19. Proceso asistencial

En cuanto a la resolución final del proceso asistencial se conoció que el 35.5% estuvo poco satisfecho, el 23.4% se mostró nada satisfecho, mientras que el 18.7% expresó estar satisfecho con la asistencia dada en el área de triage.

**4. Evaluación de la valoración y atención de los profesionales que realizaron el triage:**



*Figura 20.* Valoración y atención profesionales

De acuerdo con la valoración que realizaron los profesionales en el triage, el 30.0% se mostró satisfecho, el 23.4% mencionó estar bastante satisfecho, mientras que el 19.2% estuvo poco satisfecho. Se evidencia que el servicio brindado por el personal del área fue bueno.

**5. Evaluación del Triage Manchester como herramienta de trabajo en Urgencias:**

Sobre la evaluación realizada por medio de la herramienta de triage de Manchester, el 32.9% mencionó estar nada satisfecho, el 23.7% se mostró poco satisfecho, mientras que el 21.6% expresó estar satisfecho. Se puede concluir que de manera general los pacientes muestran insatisfacción con la herramienta de triage usada por la institución.

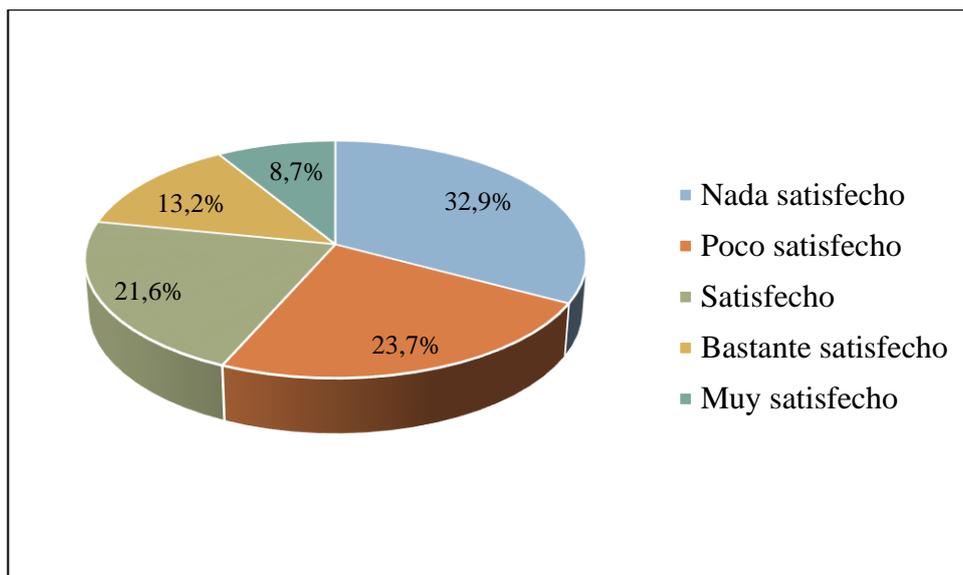


Figura 21. Evaluación del Triage Manchester

## 6. Evaluación del sistema de llamado de voz por triage del área de emergencias:

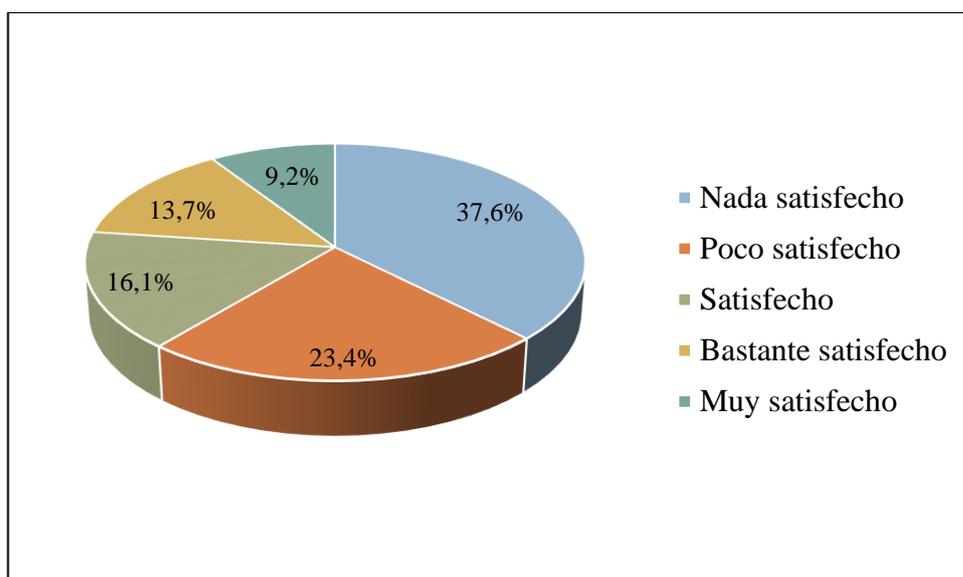


Figura 22. Llamado por voz

El 37.6% de los pacientes indicó estar nada satisfecho con la evaluación del sistema de llamado por voz del triage, seguido del 23.4% que se mostraron poco satisfechos, mientras que el 16.1% mencionó sentirse satisfecho. Los resultados dejan en evidencia que los pacientes muestran insatisfacción con el llamado por voz del sistema usado, lo cual puede asociarse al nivel de prioridad que se le

otorga al paciente sin tener en consideración el tiempo de espera que lleva el resto de pacientes con un nivel de prioridad más baja.

Los cuestionarios de la presente investigación fueron sometidos a un análisis de fiabilidad por medio del alfa de Cronbach, se obtuvo un alfa de 0.955 para calidad y uno de 0.988 para satisfacción. Por otro lado, en las medias de las variables se pudo identificar que, calidad mostró un valor de 3.05, mientras que satisfacción de 2.55, por lo que se considera que existen problemas con respecto a la satisfacción. La dimensión de calidad menos valorada fue precisamente aquella denominada satisfacción con 2.84 y tiempo de espera con 2.85 (ver tabla dos).

Tabla 2  
*Medias dimensiones*

Dimensión	Media
Calidad de la información clínica	3.27
Trato del personal sanitario	3.24
Condiciones de iluminación, ambiente y ruido	3.52
Tiempo de espera	2.85
Satisfacción	2.84
Variable calidad	3.14
Variable satisfacción	2.55

Tomado de: Resultados de encuestas

### **Análisis General de Resultados**

Una vez analizados todos los resultados se puede mencionar que la edad promedio de los pacientes que acuden al hospital está de 45 a 50 años de edad, en su mayoría corresponden al género masculino y se encuentran casados o unidos. Con respecto a la variable calidad de la información de los colaboradores esta fue

valorada como buena; en cuanto al trato que han recibido los pacientes por los colaboradores de las diferentes áreas se evidenció que de manera global este bordea una calidad buena y excelente.

En cuanto a la limpieza existente en el área de triage, esta fue valorada como excelente y buena en su mayoría, al igual que la temperatura, el ambiente y ruido del área, por lo que se puede observar de manera general que existe una buena administración con respecto a esta dimensión; en cambio, con relación al tiempo que les toma ser atendidos por los médicos muestra que para el 37.2% fue pésimo y malo, dando una valoración global en la atención y el protocolo de triage medio bajo. Por esta razón, se debe de considerar implementar acciones para mejorar las dimensiones inferiores a la media del intervalo de puntuación que es tres.

Por otra parte, en la variable de satisfacción mostró una aprobación del 67.3% con respecto a la atención y valoración en el triage, así como con el 54.4% la asignación del nivel de prioridad asignado; sin embargo, se evidenció insatisfacción en cuanto al tiempo de espera luego del triage, su resolución final y la percepción del triage de Manchester usado como herramienta de valoración, colocando el sistema de llamado por voz como el principal problema que genera insatisfacción en el área.

Se comprueba la hipótesis: “La calidad del servicio se relaciona positiva y significativamente con la satisfacción del paciente en la aplicación del sistema de llamado por triage en el área de emergencias del Hospital IESS Babahoyo”, al evidenciar un coeficiente de correlación de Pearson de 0.712 ( $p < 0.01$ ) entre calidad y satisfacción. La dimensión de calidad más correlacionada fue satisfacción con 0.769 ( $p < 0.01$ ) y tiempo de espera con 0.664 ( $p < 0.01$ ),

mientras que la menos fue Condiciones de iluminación, ambiente y ruido con un valor de 0.435 ( $p < 0.01$ ) (ver tabla tres).

Tabla 3

*Correlaciones con respecto a la variable satisfacción*

Dimensión	Coefficiente de correlación de Pearson
Calidad de la información clínica	0.508
Trato del personal sanitario	0.600
Condiciones de iluminación, ambiente y ruido	0.435
Tiempo de espera	0.664
Satisfacción	0.769
Variable calidad	0.712

Tomado de: Resultados de encuestas

## **Capítulo IV**

### **Propuesta**

El siguiente capítulo se encuentra constituido por un conjunto de actividades que forman la propuesta de este proyecto de investigación. En este apartado se integran factores como el tema de la propuesta, la justificación y el desarrollo de cada acción gestionada según los objetivos específicos que se planteen. En síntesis, los actos por ejecutar se establecen con la finalidad de mejorar la satisfacción de los pacientes en relación a la aplicación del sistema de llamado por triage en el área de emergencias del Hospital IESS Babahoyo.

#### **Tema de la Propuesta**

Propuesta para mejorar la satisfacción de los pacientes con respecto a la aplicación del sistema de llamado por triage en el área de emergencia del Hospital IESS Babahoyo.

#### **Objetivos**

##### **Objetivo general**

Diseñar un plan de acción que mejore la satisfacción de los pacientes con respecto a la aplicación del sistema de llamado por triage en el área de emergencia del Hospital IESS Babahoyo.

##### **Objetivos específicos**

Difundir la importancia y beneficios del sistema de triage en los pacientes que acuden al área de emergencia del Hospital IESS Babahoyo.

Mejorar la atención y satisfacción de los pacientes que acuden al área mediante la implementación de nuevos consultorios de triage.

Desarrollar acciones post pandemia que mejoren la operatividad del Hospital IESS Babahoyo.

Tabla 4  
Objetivos

<b>Objetivo</b>	<b>Acciones</b>	<b>Indicador</b>	<b>Responsable</b>	<b>Plazo</b>	<b>Presupuesto</b>
<b>Difundir la importancia y beneficios del sistema de triage en los pacientes que acuden al área de emergencia del Hospital IESS Babahoyo</b>	Infografía. Difusión oral.	(#charlas mensuales / 2) * 100 = 100%	Responsable del área de urgencias del hospital. Enfermera de urgencias.	Febrero 2021	\$20
<b>Mejorar la atención y satisfacción de los pacientes que acuden al área de emergencia del Hospital IESS Babahoyo mediante la implementación de nuevos consultorios de triage.</b>	Contratación de dos médicos. Adecuación del área de urgencias.	(#contratación / 2) * 100 = 100% % de Avance de adecuación	Encargado de Talento Humano.	Agosto 2021.	\$5,284
<b>Desarrollar acciones post pandemia que mejoren la operatividad del Hospital IESS Babahoyo.</b>	División de pacientes respiratorios y no respiratorios	(#días que se realizó la división mensual / #días del mes) * 100 = 100%	Responsable del área de urgencias del hospital.	Septiembre 2021	\$0

## **Justificación**

Dentro del ámbito sanitario a nivel mundial, se ha visualizado que los sistemas de atención en el área de emergencias han estado sujetos a un incremento de demanda, suceso que ha generado como consecuencia la saturación del servicio, otorgando a la población un proceso de atención carente de calidad. Bajo este panorama se integra la participación del triage, un sistema que se ha utilizado como el objetivo de mejorar la calidad asistencial de los pacientes dentro del área de urgencias.

Cabe destacar que, este sistema otorga a las personas procedentes del área de urgencia un diagnóstico oportuno y adecuado, clasificando e identificando qué paciente requiere un proceso de atención de forma inmediata. Considerando el objeto de estudio, acorde al sistema de triage que se aplica en el Hospital IESS Babahoyo, se ha logrado identificar un conjunto de problemas que han repercutido de forma negativa tanto en la calidad del servicio como en la satisfacción del paciente; por ende, a fin de generar cambios favorables en el área de urgencias, se determina el diseño de un plan de acción con la finalidad de mejorar la situación actual de la institución y a su vez generar un entorno que beneficie a cada usuario que acude a la organización.

## **Descripción de la Propuesta**

La siguiente propuesta se fundamenta en los resultados obtenidos conforme la aplicación de las encuestas. A continuación, se describen las acciones que se pretenden ejecutar en el área de emergencia del Hospital IESS Babahoyo, cuyo fin se orienta a mejorar la satisfacción de los pacientes que acuden a dicha institución.

### **Difusión del sistema a los usuarios**

Uno de los problemas identificados se basa en las calificaciones medias otorgadas por los usuarios con respecto a la información brindada tanto por el personal administrativo, como por el personal de enfermería, tecnólogo o paramédicos al momento de que los mismos arriban al área de urgencias del Hospital IESS Babahoyo. La falta de educación sanitaria en cuanto a los servicios de salud que otorga la institución, así como el proceso que se debe seguir en el área de urgencias ha generado la presencia de un cierto grado de insatisfacción por parte de los usuarios dado el desconocimiento acerca del proceso que se maneja internamente y los tiempos que se debe esperar para la entrega de atención; por ende, a fin de mejorar esta situación, se determina como primera acción realizar mayor difusión sobre el sistema de llamado por triage y los beneficios que esta técnica conlleva, tanto al usuario como al equipo de trabajo e institución en general.

La transmisión y difusión de información asociada con el sistema de llamado por triage hacia las personas que emplean el servicio de urgencia de la institución permitirá optimizar y mejorar los recursos ofertados; es decir, cuando los pacientes reconozcan y cuenten con el debido conocimiento del sistema que se aplica, esta situación posibilitará clasificar de manera rápida la demanda y resolver efectivamente las necesidades sanitarias de los pacientes, demostrando el nivel de organización y eficacia del hospital.

En definitiva, la correcta aplicación del sistema de llamado por triage incluyendo su éxito depende en gran proporción del nivel de conocimiento que sustente la población en general. Bajo esta perspectiva, esta acción se generará mediante la implementación de infografías relacionadas con el sistema de llamado

por triage que se aplica dentro del Hospital IESS Babahoyo, considerando todo el proceso que va desde la acogida y recepción del paciente, su valoración, clasificación, el tiempo de espera y su llamado.



Figura 23. Infografías sobre el triage.

Cabe destacar que, este tipo de carteles se establecerán en el área de emergencias y en las afueras del hospital; en relación con sus dimensiones, las medidas de la infografía serán de 1 por 1.5 metros. En este caso, el responsable de llevar a cabo esta acción será el responsable del área de urgencias del hospital. Esta actividad mantiene un costo de \$ 20.

En la figura 23 se muestra un formato que puede instaurarse en el hospital de estudio. Como actividad adicional a esta propuesta, la difusión de este tipo de información puede generarse de forma oral y bajo la presencia de un enfermero de urgencias. Para esto, se estima el desarrollo de charlas informativas hacia las personas que arriben al área de urgencias o el hospital en general, donde un profesional explicará el proceso que se sigue dentro del área de urgencias a fin de satisfacer las necesidades sanitarias de la población. Se prevé que estas charlas se gestionen dos veces al mes, con un tiempo máximo de 25 minutos por la mañana. Al ser considerada una diligencia interna, no se determina costo alguno para esta propuesta.

### **Implementación de nuevos consultorios de triage**

Como se ha mencionado en el transcurso del desarrollo de la presente investigación, el Hospital IESS Babahoyo cuenta a su disposición con un sistema de llamado por triage empleando como recurso principal un altoparlante para realizar el llamamiento de los pacientes. No obstante, una de las mayores problemáticas evidenciadas en la institución de estudio, se debe al exceso de pacientes que generan demoras en las consultas de urgencias; esto se debe al hecho de que el mismo sistema cataloga el nivel de prioridad que se le otorga a los usuarios que se van presentando en el área relegando a aquellos que ya se encuentran en la organización, pero por el hecho de encontrarse en la categoría verde o azul su tiempo de espera tiende a prolongarse ante las necesidades urgentes de otros.

Esta situación, se considera uno de los principales detonadores que generan insatisfacción en los pacientes del área de estudio, lo cual se justifica con los resultados obtenidos de la encuesta, donde el tiempo de atención por parte de los

médicos fue calificado por el 37.2% de los encuestados como un factor pésimo y malo; bajo esta concepción, se determina la implementación de nuevos consultorios que permitan asignar la atención de tales usuarios sin pasar del tiempo de espera considerado por el sistema de triage.

Para gestionar esta acción, es imprescindible que el Hospital IESS Babahoyo desarrolle un análisis asociado con la infraestructura del área de urgencias, para así desarrollar un proceso de planificación adecuado y conveniente que garantice una atención de calidad. Adicional, se integra el análisis del capital humano; en la actualidad se cuenta con siete médicos que realizan su trabajo en seis consultorios; no obstante, a fin de satisfacer las necesidades de salud de los pacientes clasificados en el nivel IV y V se determina la contratación de nuevos profesionales que cubran este vacío laboral.

Ante dicha situación, se determina la contratación de dos médicos generales; sus habilidades y competencias le permitirán tomar decisiones de índole compleja que favorecerán la práctica asistencial del Hospital IESS Babahoyo. El establecimiento de este tipo de profesionales dentro del área de urgencias permitirá cubrir la demanda de aquellos usuarios que se catalogan en el nivel verde y azul, siendo esta una de sus funciones principales.

En relación con el espacio físico como tal, es importante reconocer que el área deberá mantener un sistema de ventilación adecuado, contar con los suministros y materiales básicos que faciliten el proceso de higiene, manejo y control de desechos y posteriormente sustentar un elevado nivel de autosuficiencia en cuanto a los dispositivos de valoración y diagnóstico clínico incluyendo la protección personal.

En relación con el costo que conlleva realizar esta propuesta, se estima una inversión total de \$ 5,284.00 considerando el sueldo de los profesionales, beneficios sociales, los materiales e insumos médicos de enfermería. Los rubros adicionales en cuanto a la adecuación del nuevo consultorio dependerán del análisis económico que supone su implementación. Cabe destacar que, se cuenta con el espacio físico para las nuevas áreas de triage; sin embargo, su análisis de costo y factibilidad excede el alcance de esta investigación.

### **Acciones post pandemia**

Ante el surgimiento del Covid-19, una de los efectos que ha generado un cambio en el ámbito sanitario, se debe a la modificación de las instituciones que forman parte del sistema de salud; tal es el caso del Hospital IESS Babahoyo que en la actualidad se está transformando en un hospital mixto, donde se ofrece atención a los pacientes respiratorios, pacientes no respiratorios, pacientes Covid-19 y otro tipo de enfermedades.

Bajo esta perspectiva, se determina que el hospital desarrolle una nueva división con respecto a la clasificación de los pacientes respiratorios y no respiratorios respetando la categoría del triage de Manchester; situación que se argumenta con lo expuesto por la OMS al declarar que esta pandemia perdurará por un largo tiempo. Para ejecutar esta acción, es importante que el hospital establezca circuitos de atención de índole diferenciador con respecto a la atención de usuarios que mantienen los síntomas del Covid-19. De igual forma, se debe garantizar la aplicación de medidas de control y prevención de infecciones evitando el contagio de la enfermedad.

En relación con el primer factor, conforme las condiciones del Hospital IESS Babahoyo, es importante que la misma establezca dos circuitos donde se

diferencien los pacientes, cuyas patologías se derivan del Covid-19 y aquellos pacientes que acuden por otros motivos. El primer circuito deberá establecerse sin gestionar el contacto directo con los otros perímetros de la institución. Cuando el contacto con algún paciente se genera en el triage y este no presenta probabilidades o síntomas de la enfermedad actual, dicho usuario será redirigido al circuito convencional, tomando en consideración los protocolos de higiene; considerando una situación contraria, la persona será orientada al circuito de aislamiento empleando un barbijo quirúrgico.

En cuanto a las medidas de control y prevención orientados a la protección del personal se determina seguir con el proceso de lavado de manos con agua, jabón y el uso de desinfectantes a base de alcohol. De igual forma, los profesionales deberán utilizar mascarilla, protección facial y gafas de seguridad. En cuanto al trato otorgado al paciente afectado por el Covid-19, es fundamental el empleo de batas limpias, guantes y el uso de respirador para partículas; cabe destacar que estos insumos médicos aluden a los materiales con los cuales debe contar el nuevo consultorio de triage.

Esta acción al igual que la implementación del nuevo consultorio dependerán del análisis de la infraestructura y las condiciones físicas y económicas de la institución; dicha responsabilidad recae en el responsable del área de urgencias y las máximas autoridades del hospital de estudio. A continuación, se presenta un diagrama de flujo donde se evidencia los procesos a seguir según el tipo de circuito aplicado al paciente.

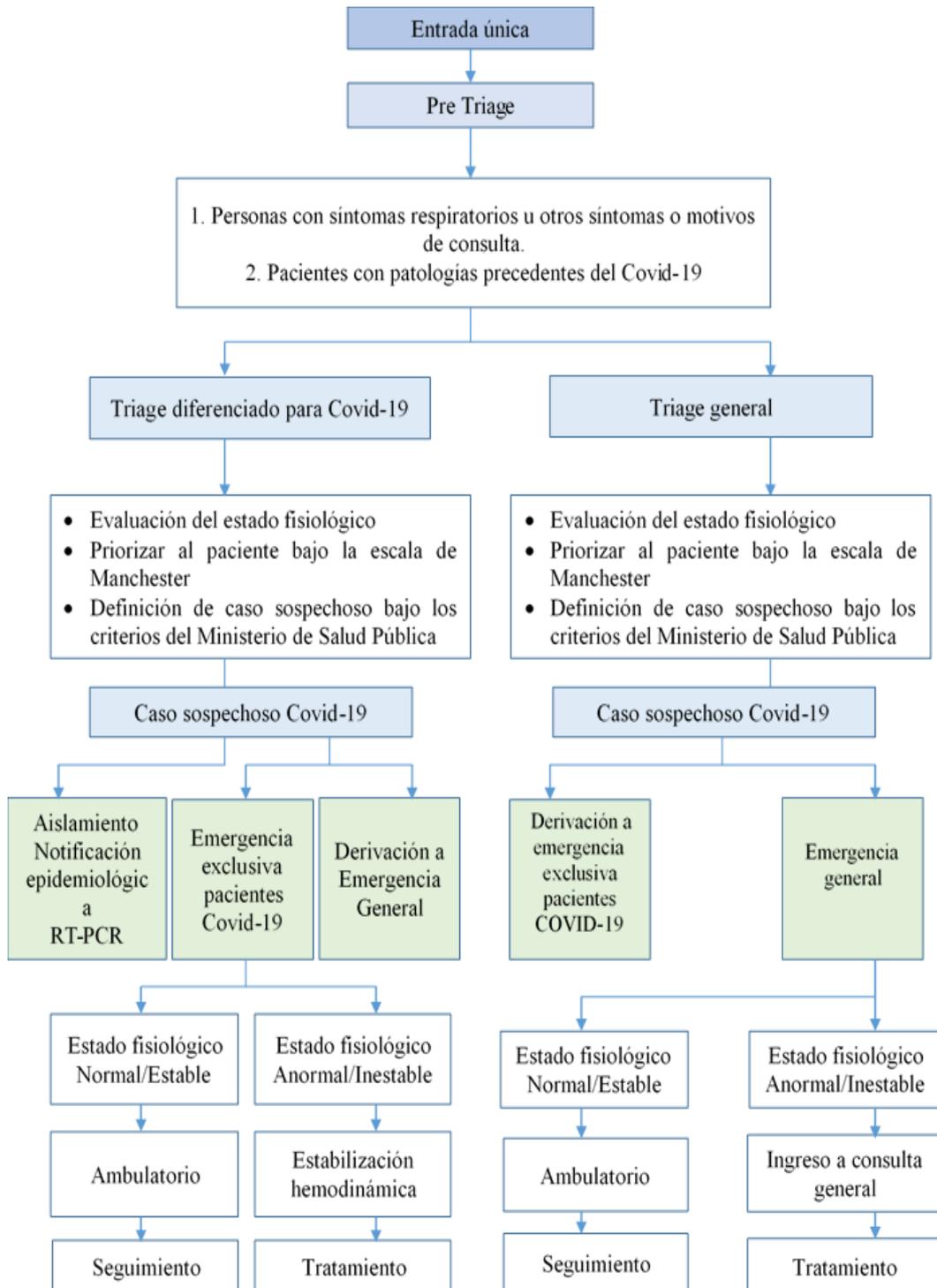


Figura 24. Proceso de triage para circuito general y Covid-19

## Presupuesto

Tabla 5  
*Recursos económicos de la propuesta*

<b>Recursos económicos de la propuesta</b>			
<b>Cantidad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Costo unitario</b>	<b>Total mensual</b>
2	Infografías (inversión única)	\$ 10,00	\$ 20.00
2	Médicos generales	\$1,642.00	\$3,284.00
Varios	Materiales e insumos médicos de enfermería	\$2,000.00	\$2,000.00
<b>Total mensual</b>			<b>\$5,304.00</b>

En la tabla cinco, se evidencian los rubros económicos que se requieren para llevar a cabo la propuesta planteada; cada acción se deriva de los dos objetivos específicos previamente determinados, dejando de lado el tercer factor, puesto que se considera una acción que requiere de un análisis interno por parte del Hospital IESS Babahoyo. Ante la implementación del nuevo consultorio de triage, se prevé la contratación de dos médicos generales, la compra de materiales e insumos médicos de enfermería como es una camilla para revisión, tensiómetro, estetoscopio, sillas, pulseras de colores, hojas, guantes, mascarillas, entre otros, fueron cotizados y presupuestados en \$2,000 al año. Sus funciones principales se dirigen a otorgar un servicio de atención hacia aquellos pacientes que se encuentran en la categoría verde y azul, los cuales tienen problemas con respecto al tiempo de espera. La propuesta en general sustenta un costo total de \$ 5,304.00.

### **Pronóstico de Actividades**

En la tabla seis, se evidencia un cronograma de actividades, cuyas acciones se ejecutarán a partir del año 2021. Cabe destacar que, este pronóstico es estimado; no obstante, se recomienda ejercer cada actividad en el tiempo establecido a fin de mejorar la calidad del servicio y satisfacción de los pacientes en relación con el sistema de llamado por triage en el menor tiempo posible.



## Conclusiones

Conforme el desarrollo del marco teórico de la investigación, se concluye que el sistema triage es un protocolo que ha permitido mejorar la calidad asistencial de aquellos pacientes que acuden al servicio de emergencias de una determinada institución sanitaria. Su objetivo se ha fundamentado en la entrega de una valoración oportuna y adecuada, garantizando una atención inmediata hacia aquellos pacientes, cuyas necesidades de salud suponen un alto riesgo de mortalidad. En síntesis, el triage se constituye como una herramienta que prioriza la atención del usuario incidiendo directamente en su satisfacción, término que se define como el valor subjetivo que un usuario le otorga a la atención recibida destacando aspectos como la calidad del servicio, su diagnóstico e identificación de oportunidades de mejora. Por medio del estudio realizado se comprobó la hipótesis de investigación, ya que la calidad del servicio se relacionó positiva y significativamente con la satisfacción del paciente al sistema de llamado por triage del área de Emergencias del Hospital IESS Babahoyo, con un coeficiente de correlación de 0.712 ( $p < 0.01$ ).

Bajo el desarrollo de un análisis referencial, se identificó que, con el paso de los años, los servicios de urgencias se encuentran más saturados; sin embargo, la implementación del triage se ha constituido como una herramienta que ha permitido mejorar la asistencia de los pacientes incidiendo en su satisfacción, puesto que los mismos son atendidos en el tiempo establecido. No obstante, es importante mencionar que dicho panorama no se refleja en aquellos usuarios clasificados en el cuarto y quinto nivel, evidenciando que los criterios de calidad no se cumplen en su totalidad. En relación con la situación actual del Hospital IESS Babahoyo, esta institución de segundo nivel ha beneficiado a una población

de más de 153,000 afiliados procedentes de la provincia de Los Ríos y comunidades aledañas; su infraestructura moderna cuenta con una capacidad de 121 camas, las cuales se dividen tanto para clínica, pediatría, cirugía general y gineco-obstétrica. Cuenta con múltiples áreas; no obstante, en la zona de emergencias se han logrado identificar una serie de inconvenientes que han afectado la calidad del servicio y satisfacción de los pacientes.

En consecuencia, se desarrolló una investigación con enfoque cuantitativo, diseño no experimental, corte transversal, método deductivo, alcance descriptivo y correlacional; se aplicaron dos encuestas; la primera estuvo conformada por 12 interrogantes, cuyo objetivo se basó en medir la calidad del servicio, mientras que el segundo instrumento se enfocó en la satisfacción del triage Manchester, sustentando un total de cinco preguntas. La población de estudio corresponde a aquellos pacientes que arribaron al área de emergencia del hospital en el último trimestre del 2019 y enero del 2020, manteniendo un universo de 34,873 usuarios; bajo un muestreo las encuestas se atribuyeron a 380 personas. Dentro de los resultados, se identificó un nivel de calidad aceptable, integrando aspectos como el trato del personal, limpieza en el área de triage y demás elementos del área. Sin embargo, uno de los factores que ha generado insatisfacción en los pacientes precede del tiempo de atención por parte de los médicos en relación con la clasificación del triage y su resolución final.

Ante esta perspectiva, se desarrolló una propuesta con el objetivo de mejorar la satisfacción de los pacientes en cuanto a la aplicación del sistema de llamado por triage en el área de emergencia del Hospital IESS Babahoyo; el plan de acción se integra por un conjunto de acciones dentro de las cuales se incorpora la difusión de la importancia y beneficios del sistema de triage a los usuarios

incluyendo el desarrollo de charlas informativas, implementación de nuevos consultorios de triage y acciones post pandemia que deben implementarse en el área de estudio. La inversión total engloba un total de \$ 5,304.00 y se prevé que esta propuesta se ejecute a partir del año 2021.

## **Recomendaciones**

Ante la necesidad de contar con la aprobación de las máximas autoridades para llevar a cabo la implementación de nuevos consultorios de triage y división de circuitos en el área de emergencias, se recomienda compartir el presente documento a los directivos del Hospital del IESS Babahoyo, a fin de que los mismos reconozcan la necesidad urgente de aplicar mejoras en el área de urgencias y de esta forma visualizar resultados favorables en los pacientes que acuden a la institución de estudio.

Por otro lado, una vez compartida la información de las actividades que se deben ejecutar, el Hospital IESS Babahoyo deberá realizar una serie de estudios orientados a la estructura y condiciones físicas de la institución, esto con el propósito de determinar la factibilidad técnica, operativa y económica de poder implementar nuevos circuitos y consultorios de triage.

Cuando las acciones predeterminadas se encuentren implementadas en el área de emergencias del Hospital IESS Babahoyo, se recomienda llevar a cabo una evaluación con el fin de identificar los resultados que se han obtenido conforme el paso del tiempo y la evolución de la propuesta asignada; de esta manera se conocerá si la situación futura logró mejorar la calidad del servicio y satisfacción de los pacientes.

Por último, se sugiere que el líder del área de emergencia desarrolle evaluaciones internas semestrales sobre calidad del servicio y la satisfacción de los pacientes, a fin de identificar los aspectos que no han logrado satisfacer de forma total las percepciones y expectativas de los usuarios y así aplicar acciones correctivas de manera inmediata.

## Referencias

- Acuña, D., Lara, B., Basaure, C., Navea, Ó., Kripper, C. & Saldías, F. (2015). Estratificación de riesgo (Triage) en el Servicio de Urgencia. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, 30(2), 79-86.
- Allen, Á., Robinson, J. & Stewart, M. (2017). Healthcare Quality: A Concept Analysis. *Nurs Forum*, 52(4), 377–386. doi:10.1111/nuf.12207
- Alonso, M., Alonso, S. & Cabral, G. (2016). Evaluación de la calidad del sistema de triage del HUBU. (Paper Científico). Hospital Universitario de Burgos.
- Amthauer, C. & Chollopetz, M. (2016). Sistema de triaje de Manchester: organigramas principales, discriminadores y resultados de la atención de una emergencia pediátrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*(24), 1-7. doi:10.1590/1518-8345.1078.2779
- Asamblea Nacional Constituyente (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Obtenido de [https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4\\_ecu\\_const.pdf](https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf)
- Asamblea Nacional Constituyente (2017). *Ley Orgánica de la Salud*. Obtenido de <http://www.lexis.com.ec/wp-content/uploads/2018/07/LI-LEY-ORGANICA-DE-SALUD.pdf>
- Avilés, K., López, A., Lluévanos, A., Jiménez, B., García, M., Ceja, H., . . . Álvarez, G. (2016). Triage: instrumentos de priorización de las urgencias pediátricas. *Acta Pediátrica de México*(37), 4-16.
- Basantes, R., Vinuesa, A. & Coronel, J. (2016). Niveles de satisfacción de los usuarios del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo. *Revista Ciencia UNEMI*, 9(18), 90-100.

- Bedoya, E. (2017). Atención de urgencias en Cartagena, Colombia. *Nova*, 15(27), 91-101.
- Calero, N. (2018). Comparativa de los modelos de triaje existentes. *Ciber Revista*(59), 1-7.
- Cañizares, R. (2018). Enfermería en la clasificación de pacientes en urgencias: dificultades y propuestas de mejora. *Revista Enfermería CyL*, 10(2), 17-27.
- Cárdenas, A. & Roca, J. (2016). *Tratado de medicina intensiva + acceso web*. España: Elsevier España.
- Castelo, W., Castelo, A. & Rodríguez, J. (2016). Satisfacción de pacientes con atención médica en emergencias. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(3), 1-10.
- Cobo, E., Gómez, F. & Rodríguez, M. (2017). Percepción de la calidad de la atención en un servicio de urgencias. *Revista de Investigación en Salud Universidad de Boyacá*, 4(2), 188-204.  
doi:<https://doi.org/10.24267/23897325.262>
- Coomeva EPS. (2020). *Triaje. Clasificación de Urgencias de acuerdo con la gravedad del paciente*. Obtenido de <http://eps.coomeva.com.co/publicaciones.php?id=45364>
- Cubero, C. (2015). Los sistemas de triaje: respuesta a la saturación en las salas de urgencias. *Revista Electrónica Enfermería Actual en Costa Rica*(27), 1-12.
- Dávila, F., Herrera, J., Yasnó, D., Forero, L. & Alvarado, M. (2017). Satisfacción en un servicio de urgencias según el sistema de aseguramiento en salud. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(2), 89-96.  
doi:10.1016/j.cali.2016.06.010

- De Vera, C. (2017). *El triaje en los servicios de urgencias hospitalarios*. Obtenido de [http://www.areasaludbadajoz.com/images/stories/triaje\\_urgencias.pdf](http://www.areasaludbadajoz.com/images/stories/triaje_urgencias.pdf)
- Dos Santos, M. (2017). *Investigación de mercados*. España: Editorial Díaz de Santos.
- Editorial Alfa y Omega (2016). *Matemática 8. Resolución de problemas con énfasis en contextos reales*. San José: Editorial Alfa y Omega.
- El Oficial (2013). *Inauguración de moderno Hospital del IESS en Babahoyo*. Obtenido de <https://www.eloficial.ec/inauguracion-de-moderno-hospital-del-iess-en-babahoyo/>
- Fernández, A., Ayala, M., Azcona, C., Bayo, M. & Campillos, A. (2018). Métodos de triaje y uso en emergencias y otros escenarios extrahospitalarios. *Revista Médica Electrónica Portales Médicos*, 1-4.
- Fernández, P., Mora, S. & Araya, F. (2016). Satisfacción de los usuarios del Hospital General de Granollers con el proceso de triaje en urgencias. *Revista Investigación y Cuidados de Enfermería*, 1(3), 1-9.
- Fontova, F. (2015). Estudio de la satisfacción de pacientes y profesionales en un servicio de urgencias hospitalario. (Tesis Doctoral). Repositorio Universidad de Girona.
- García, D., Fonseca, I., De la Vega, E., Gómez, N. & Lozano, J. (2015). Evaluación de la calidad del servicio de urgencias en el Hospital Infantil del Estado de Sonora por medio del modelo ServQual y Servperf. *Avances de Investigación en Ingeniería en el Estado de Sonora*(1), 91-103.
- García, E. (2017). *Atención sanitaria inicial en situaciones de emergencia*. España: Ediciones Paraninfo, S.A. .

- García, J., Arellano, N. & Loría, J. (2016). Triage hospitalario. Revisión de la literatura y experiencia en México. *La Prensa Médica Argentina*, 102(4), 233-241.
- García, J., Arellano, N. & Loría, J. (2016). Triage hospitalario. Revisión de la literatura y experiencia en México. *La Prensa Medica Argentina*, 102(4), 233-241.
- Gaviria, C. & Márquez, C. (2019). *Estadística descriptiva y probabilidad*. Medellín: Universidad de San Buenaventura Medellín.
- Gobierno Federal. (2020). *Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer nivel*. Obtenido de <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/ISSSTE-339-08/RR.pdf>
- Goldman, L., Arthur, D. & Schafer, A. (2016). *Tratado de medicina interna*. España: Elsevier España.
- González, F., Escoto, M. & Chávez, J. (2017). *Estadística aplicada en Psicología y Ciencias de la salud*. México D.F: Manual Moderno.
- González, M., Saldívar, S. & Muñoz, G. (2018). Medición de la calidad percibida de servicios de salud en el turismo médico: Aplicación en el distrito médico de Mexicali, Baja California. *Revista Universidad Internacional de las Américas*, 4(4), 8-30. Obtenido de <https://revistas.uia.ac.cr/index.php/proveritatem/issue/view/8>
- Grin, E., Completa, E., Carrera, A. & Abrucio, F. (2019). *Capacidades estatales en gobiernos locales iberoamericanos*. Río de Janeiro: Editora FGV.
- Healthy Children (2020). *¿Es una emergencia médica o no?* Obtenido de <https://www.healthychildren.org/Spanish/family-life/health-management/Paginas/Is-It-a-Medical-Emergency-or-Not.aspx>

- Hernández, A., Ramos, M., Barbara, P., Indacohcea, B., Quimis, A. & Moreno, L. (2018). *Metodología de la investigación científica*. Alicante: 3Ciencias.
- Hernández, R. & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: McGraw-Hill.
- Hernández, T., Leal, C., Adánez, M., García, B., Nova, D. & Díaz, J. (2015). Evidencias de validez del sistema de triaje Emergency Severity Index en un servicio de urgencias de un hospital general. *Emergencias*(27), 301-306.
- Herrera, M., Aguado, F., Padilla, N. & López, F. (2017). Una propuesta de modelo fisiológico de servicio de urgencias hospitalario. Principios de funcionamiento, tipificación de la saturación y pautas para el rediseño. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 40(1), 1-24.  
doi:/10.23938/ASSN.0002
- Hospital IESS Babahoyo (2020). Estadísticas internas.
- Instituto Nacional del Cáncer (2020). *Diccionario de cáncer*. Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/mortalidad>
- Lon, H., Fung, S. & Kin, C. (2018). A review of triage accuracy and future direction. *BMC Emergency Medicine*, 18(58), 1-8.  
doi:<https://doi.org/10.1186/s12873-018-0215-0>
- Luque, M. (2013). El cuestionario Servqhos para valorar la calidad asistencial de un servicio sanitario. *Revista Médica Electrónica Portales Medicos*.
- Magaño, M. & Santiago, C. (2018). Calidad de servicio en la atención prenatal en un establecimiento de salud del primer nivel de atención de un Distrito de Lima. *Revista Peruana de Salud Pública y Comunitaria*, 1(1), 38-39.

- Maggi, W. (2018). Evaluación de la calidad de la atención en relación con la satisfacción de los usuarios de los servicios de emergencia pediátrica Hospital General de Milagro. (Tesis de Maestría). Repositorio de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
- Maldonado, J. (2018). *Metodología de la investigación social. Paradigmas: cuantitativo, sociocrítico, cualitativo, complementario*. Bogotá: Ediciones de la U.
- Mariscal, S. & Valdiviezo, J. (2020). Evaluación de la calidad del servicio y satisfacción del protocolo de triaje hospitalario para los usuarios auto-referidos en el área de emergencia de tres hospitales de referencia de la zona 8. (Tesis de Posgrado). Repositorio de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
- Markovchick, V., Pons, P., Bakes, K. & Buchanan, J. (2017). *Secretos. Medicina de Urgencias*. España: Elsevier Health Sciences.
- Marques, A. & Días, M. (2015). Usuarios frecuentes de servicios de emergencia: factores asociados y motivos de la búsqueda de atención. *Revista Latinoamericana Enfermería*, 23(2), 337-344. doi:10.1590/0104-1169.0072.2560
- Martín, B. (2016). Los usuarios aplauden el triaje Manchester. (Investigación Científica). Congreso Internacional Virtual de Enfermería y Fisioterapia.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2017). *¿Qué es el triaje y por qué es importante?* Obtenido de <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Noticias/listanoticias/que-es-el-triage-y-por-que-es-importante>
- Ministerio de Salud y Protección Social Minsalud (2020). *Triage*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/triage.aspx>

- Minoletti, A., Soto, G., Sepúlveda, R., Toro, O. & Irarrázaval, M. (2018). Capacidad de respuesta de la atención primaria en salud mental en Chile: Una contribución a Alma-Ata. *Revista Panamericana de Salud Pública*(42), 1-8. doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.136>
- Mira, J., Aranaz, J., Rodríguez, J., Bui, J. & Vitaller, J. (1998). Servqhos: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria. *Medicina Preventiva*, 12(18), 1-15.
- Mirhaghi1, A. & Ebrahimi, M. (2017). The Australasian Triage Scale Level 5 Criteria May Need to Be Revised; a Commentary. *Emergency*, 5(1), 1-2.
- Molinuevo, I. (2015). Revisión sistemática sobre la evidencia y validez de los sistemas de triaje en los servicios de urgencias hospitalarias en España. (Tesis de Maestría). Repositorio Universidad de Oviedo.
- MSP (2015). *Sistema de triaje de Manchester en emergencia Hospital General de Chone*. Obtenido de [http://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2015/11/manual\\_de\\_sistema\\_de\\_triaje\\_manchester.pdf](http://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2015/11/manual_de_sistema_de_triaje_manchester.pdf)
- Nakao, H., Ukai, I. & Kotani, J. (2017). A review of the history of the origin of triage from a disaster medicine perspective. *Acute Medicine & Surgery*, 4, 1-6. doi:10.1002/ams2.293
- OMS(2020). *Sistemas de salud*. Obtenido de <https://www.who.int/healthsystems/about/es/>
- OPS y OMS. (2017). *Lineamientos básicos para el análisis de la mortalidad*. Obtenido de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/indicadores-de-salud-boletines/4009-analisis-basicos-de-mortalidad-ops/file>

- Quesada, E. & López, F. (2018). *Administración pública sanitaria y trabajo interdisciplinar*. España: ACCI (Asociación Cultural y Científica Iberoamericana).
- Ramos, E., Mogolla, F., Santur, L. & Cherre, I. (2020). El modelo Servperf como herramienta de una evaluación de la calidad de servicio en una empresa. *Revista Universidad y Sociedad*, 12(2), 417-423.
- Red de Salud UC CHRISTUS (2020). *Urgencia*. Obtenido de <https://www.ucchristus.cl/especialidades-y-servicios/servicios/urgencia>
- Riera, B. (2020). Triage Hospitalario. Investigación Científica. QAD Southeastern User Group.
- Rioja Salud (2020). *Urgencias y emergencias - Qué es una urgencia y una emergencia*. Obtenido de <https://www.riojasalud.es/ciudadanos/centros-y-servicios/urgencias/77-urgencias-y-emergencias1?start=1>
- Sánchez, E. & Insunza, S. y. (2015). *Probabilidad y estadística*. San Juan Tijuana: Grupo Editorial Patria.
- Sánchez, F. (2019). Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y disensos. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 13(1), 102-122.
- Sánchez, J. (2018). Un acercamiento a la medicina de urgencias y emergencias. *Medisan*, 22(7), 1-5.
- Sandoval, D., Díaz, K., Vasquez, M., Vásquez, P., Vera, L. & Yacarini, A. (2018). Nivel de satisfacción de usuarios hospitalizados en servicio de cirugía del Hospital Regional Lambayeque – 2018. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 4(4), 138-142.

- Secretaría Técnica Planifica Ecuador (2017). *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021*. Obtenido de [https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL\\_0K.compressed1.pdf](https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf)
- Soarez, A. & Farhangmehr, M. (2015). Understanding patient satisfaction in a hospital. *International Review on Public and Nonprofit Marketing*(12), 1-15. doi:10.1007/s12208-014-0122-3
- Suárez, L., Rodríguez, S. & Martínez, J. (2018). Satisfacción de los usuarios con la atención en los consultorios médicos. Colón 2015-2016. *Revista Médica Electrónica*, 40(4), 1002-1010.
- Tobar, F. (2020). *Sistema de salud*. Obtenido de <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/sistema-de-salud>
- Torres, C., Saleté, M. & Sepúlveda, J. (2018). Percepción de la calidad del servicio en un Centro de Atención Primaria de Salud Chileno. *Revista de Ingeniería Industrial*(2), 97-109.  
doi:<https://doi.org/10.22320/S07179103/2018.06>
- Torres, G. (2015). Calidad en la gestión hospitalaria y su efecto en la eficiencia de los servicios de admisión de la maternidad "Enrique C. Sotomayor" de la ciudad de Guayaquil. (Tesis de Maestría). Repositorio de la Universidad Técnica de Babahoyo.
- Torres, M. & Vásquez, C. (2015). Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis. *Compendium*, 18(35), 57-76.
- Vásquez, R., Amado, J., Ramírez, F., Velásquez, R. & Huari, R. (2016). Sobredemanda de atención médica en el servicio de emergencia de adultos

- de un hospital terciario, Lima, Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 77(4), 379-385. doi:<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v77i4.12654>
- Vásquez, R., Luna, C. & Ramos, C. (2019). El triage hospitalario en los servicios de emergencia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 19(1), 90-100. doi:10.25176/RFMH.v19.n1.1797
- Velázquez, M., Morales, A., Fonseca, C. & Brugada, A. (2017). Correlación clínica del triage con el diagnóstico clínico de ingreso y egreso realizado en los pacientes que acuden al servicio médico de urgencias de un hospital privado. *Médecina Interna de México*, 33(4), 466-475.
- Vera, J. & Trujillo, A. (2018). Efecto de la calidad del servicio en la satisfacción del derecho ambiente en instituciones públicas de salud en México. *Revista Contaduría y Administración*, 63(2), 1-22. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cya.2016.07.003>
- Vizcaíno, A., Vizcaíno, V. & Fregoso, G. (2019). Análisis de la satisfacción de pacientes del servicio de urgencias en un hospital público de Jalisco. *Horizonte sanitario*, 18(1), 27-36.
- Vizcaíno, A., Vizcaíno, V. & Vargas, J. (2016). Evaluación del servicio de urgencias en un hospital público a través del modelo Servperf. *Revista Red Internacional de Investigadores en Competitividad*, 10, 530-543.
- Werlinger, F., Andrighetti, F., Salazar, N., Cerna, I., Campos, M. & Bustamante, P. (2017). Satisfacción usuaria en urgencia oftalmológica: evaluación de la consistencia interna y validez de constructo de un instrumento aplicado en Chile. *Revista médica de Chile*, 45(1), 49-54. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000100007>

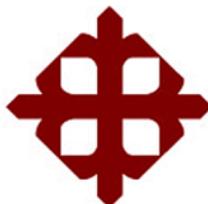
Zachariasse, J., Seiger, N., Rood, P., Alves, C., Freitas, P., Smit, F., . . . oll, H.

(2017). Validity of the Manchester Triage System in emergency care: A prospective observational study. *PLoS ONE*, *12*(2), 1-14.

doi:10.1371/journal.pone.0170811

## Apéndices

### Apéndice A. Cuestionario de Calidad



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

Agradezco su participación en la siguiente encuesta sobre el tema de investigación “Calidad del servicio y su relación con la satisfacción del paciente al sistema de llamado por triage área de emergencias del hospital IESS Babahoyo”, esta se realiza únicamente con fines académicos. Los datos recabados corresponden exclusivamente a su experiencia en el protocolo de triage.

#### Datos Generales

##### 1. Género

Masculino

Femenino

##### 2. Edad

20 – 29 años

30 – 39 años

40 – 49 años

50 años o más

##### 3. Estado Civil

Casado/a - unido/a.

Separado/a - divorciado/a

Viudo/a.

Soltero/a.

Tabla 7  
Cuestionario de Calidad

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

Tomado de Satisfacción usuaria en urgencia oftalmológica: evaluación de la consistencia interna y validez de constructo de un instrumento aplicado en Chile, *Revista Médica de Chile*, por F. Werlinger, F. Andrighetti, N. Salazar, I. Cerna, M. Campos, P. Bustamante, 2017, 45(1), 49-54. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000100007>.

## Apéndice B. Cuestionario de Satisfacción

Tabla 8

*Satisfacción del Protocolo del sistema de Triage Manchester*

<b>Descripción</b>	<b>Muy Satisfecho (5)</b>	<b>Bastante satisfecho (4)</b>	<b>Satisfecho (3)</b>	<b>Poco Satisfecho (2)</b>	<b>Nada Satisfecho (1)</b>
Evaluación tiempo de espera después de ser clasificado en triage:					
Evaluación nivel de prioridad asignado:					
Evaluación resolución final del proceso asistencial tras triage en Urgencias:					
Evaluación de la valoración y atención de los profesionales que realizaron el triage:					
Evaluación del Triage Manchester como herramienta de trabajo en Urgencias:					
Evaluación del sistema de llamado de voz por triage del área de emergencias					

Tomado de *Los usuarios aplauden el triage Manchester*, por B. Martín, 2016. (Investigación Científica). Congreso Internacional Virtual de Enfermería y Fisioterapia.



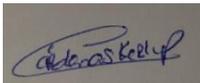
## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Kerly Patricia Cárdenas Pacheco, con C.C: #1204149650 autora del trabajo de titulación: *Calidad del servicio y su relación con la satisfacción del paciente al sistema de llamado por triage área de emergencias del Hospital IESS Babahoyo* previo a la obtención del grado de **MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 10 de noviembre de 2021

f.  \_\_\_\_\_

Kerly Patricia Cárdenas Pacheco  
C.C: 1204149650

## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN**

<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	Calidad del servicio y su relación con la satisfacción del paciente al sistema de llamado por triage área de emergencias del Hospital IESS Babahoyo		
<b>AUTOR(ES)</b> (apellidos/nombres):	Cárdenas Pacheco, Kerly Patricia		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b> (apellidos/nombres):	Zerda Barreno, Elsie Zambrano Chumo, Laura		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>UNIDAD/FACULTAD:</b>	Sistema de Posgrado		
<b>MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:</b>	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
<b>GRADO OBTENIDO:</b>	Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	10 noviembre de 2021	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	89
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Salud, gestión.		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Relaciones interpersonales, desempeño laboral, salud, hospital, gestión de talento humano.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT</b> (150-250 palabras):	<p>Las relaciones interpersonales se basan en la confianza, respeto, empatía y cordialidad. El desempeño laboral es el nivel de cumplimiento de los trabajadores. En el campo de la salud es necesario un trabajo mancomunado donde se necesitan habilidades para un mejor trabajo en equipo y atención al usuario. El objetivo general de esta investigación fue establecer la influencia que tienen las relaciones interpersonales en el desempeño laboral del profesional de enfermería en el Hospital General IESS Babahoyo para determinar estrategias que mejoren las relaciones interpersonales del personal de enfermería. La metodología se basó en un enfoque cuantitativo, alcance descriptivo y correlacional, de método deductivo. El instrumento de relaciones interpersonales constó de 18 ítems con las dimensiones de comunicación, actitudes y trato, mientras que la variable desempeño laboral constó de 16 ítems con las dimensiones de aspectos ligados a la gestión, aspectos ligados a la productividad y aspectos ligados a la persona. Se evidenciaron deficiencias en la dimensión de comunicación y de aspectos ligados a la persona. Se comprobó la relación positiva y significativa entre ambas variables con un coeficiente de correlación de 0.856. Se desarrollaron actividades de convivencia y eventos internas para fortalecer las relaciones interpersonales del personal de enfermería.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593-983448000	E-mail: kerly_patty7@hotmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:</b>	<b>Nombre:</b> Núñez Lapo, María de los Ángeles		
	<b>Teléfono:</b> +593-9-3804600 / 0997196258		
	<b>E-mail:</b> maria.nunez@cu.ucsg.edu.ec		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO</b> (en base a datos):			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL</b> (tesis en la web):			