

T  
146  
P438  
2000

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD PUBLICA**

**"FACTORES QUE INCIDEN EN LA CALIDAD DE LA  
ATENCION EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL  
HOSPITAL DE AMISTAD JAPON NICARAGUA  
I TRIMESTRE 1999"**

AUTORES :

LIC. SOR MILAGROS PEREZ RIVAS  
DR. FERNANDO REYES BARRETO

TUTOR :

LIC. ALMA LILA PASTORA

*Alma Lila Pastora Z.*



Marzo, 8 del 2000



## INDICE DE CONTENIDO

<u>CAPITULO I</u>	<u>PAGS.</u>
1- INTRODUCCION.....	1-3
2- ANTECEDENTES.....	4-6
<u>CAPITULO II</u>	
3-OBJETIVOS.....	7
a- Objetivos Generales	
b- Objetivos Específicos	
<u>CAPITULO III</u>	
MARCO DE REFERENCIA.....	8
3.1. Definición de la Calidad.....	8-10
3.2. Atención Médica .....	10
3.3. Componentes de la Atención.....	11-12
3.4. Estandar para la Calidad de la Atención Médica.....	12-13
3.4.1. Costo Monetario.....	13
3.4.2. Beneficios, Riesgos y Costos.....	13,14,15
3.5 La Evaluación de la Calidad de Atención.....	15
3.5.1. Evaluación Normativa.....	15,16
3.5.2. Apreciación de la Estructura.....	16
3.5.1.2. Apreciación del Proceso.....	16-17
3.5.1.3. Apreciación de los Resultados.....	17
3.5.2 INVESTIGACION EVALUATIVA.....	18
a) Análisis Estratégicas.....	18

	<b><u>PAGS.</u></b>
b) Análisis de la Intervención.....	18
c) Análisi de la Productividad.....	18
d) Análisis de los Efectivos.....	19
e) Análisis del Rendimiento.....	20
3.5.3 SATISFACCION DEL USUARIO.....	21-22
3.5.4 ASPECTOS ETICOS DEL COMPORTAMIENTO.....	23
* ORGANIZACIONAL.....	
a) Los Despidos Durante la Contratación.....	234-24
b) Disminuye la Diversidad de la Fuerza de Trabajo.....	24-25
c) Rotación Voluntaria de los Empleados .....	25
d) Motivación.....	25
3.5.5 TEORIA DE LA MOTIVACION.....	26-27
<b>3.5.5.1 MODELOS DEL SISTEMA DE MOTIVACION .....</b>	<b>27</b>
a- Modelo de Fuerza y Coerción .....	27
b- Modelo Económico / Mecánico.....	27
b-1 Modelo Económico .....	27
b-2 Modelo Mecánico o del Acondicionamiento Operante.....	28
c- Modelo del Crecimiento o de Sistema Abierto.....	29-30
d- Modelo de Higiene, Crecimiento, La Teoria Ideal de Herzberg .....	31-32
d-1 Factores de Primer Nivel .....	33,33,34
d-2 Factores de Segundo Nivel .....	34
3.5.5.2- RELACIONES ENTRE LOS MODELOS .....	35
3.5.5.3- TEORIA DE LAS EXPECTATIAS .....	35
3.5.5.4- FACTORES DETERMINANTES DEL NIVEL DE EJECUCION .....	35

	<u>PAGS.</u>
EL NIVEL DE EJECUCION Y LA MOTIVACION .....	35-36
LA MOTIVACION Y RENDIMIENTO .....	37
3.5.5.6 LOS EFECTOS DE LOS INCENTIVOS EXTRINSECOS .....	37
a.- Las Normas .....	37
b.- Los Incentivos Generales .....	37
c.- Incentivos Individuales y de Grupos .....	38,39
 <b><u>CAPITULO IV</u></b>	
DISEÑO METODOLOGICO.....	40
a.- Fuentes de Información.....	40
b.- Unidad de Análisis .....	40
c.- Universo y Tamaño de la muestra .....	40
d.- Criterios de Indusión o exclusión .....	41
e.- Variables .....	41-42
e.1-Lista de Variables .....	43
Usuario Externo .....	43
Usuario Interno .....	43-44
* Operacionalización de las Variables Pacientes .....	45-48
* Operacionalizacion de las Variables Trabajadores y Gerentes .....	49-52
 <b><u>CAPITULO V</u></b>	
<b>RESULTADOS</b>	
<b>a.- Usuarios Externos .....</b>	<b>53</b>
* Distribución de Frecuencia Según Edad.....	53-55
* Distribución Frecuencia Según de Ingreso .....	55-56
* Distribución de Frecuencia Según Escolaridad.....	56-57

	<b><u>PAGS.</u></b>
* Distribución de Frecuencia Según Accesibilidad Geográfica	57,58
* Distribución de Frecuencia (Medio de Transporte) .....	58
* Distribución de Frecuencia (Motivo de Consulta) .....	58-59
* Distribución de Frecuencia (Referencia) .....	59-60
* Distribución de Frecuencia Según Tiempo de Espera	60-61
* Satisfacción Según Tipo de Personal y Personificación de la Atención	62
* Según Ocupación Sentirse Escuchado y Porque?	62-63
* Según Ocupación Privacidad e Higiene	63
* Según Ocupación, Calidad y Calidez Médica .....	63-64
<b>b.- Usuarios Internos .....</b>	<b>64</b>
* Distribución de Frecuencia (Según Edad) .....	65
* Distribución de Frecuencia (Según Ocupación) .....	65-66
* Según Ocupación, Sexo y Procedencia.....	66-67
* Según Ocupación y Estado Civil ..	67-68
* Satisfacción Según Ocupación e Ingresos	68-69
* Satisfacción Según Antigüedad y Reconocimiento Laboral	69-70
* Satisfacción Según Ocupación, Privacidad e Higiene	70
* Según Ocupación y Principales Problemas que Afectan su Desempeño Lab.	70-71
* Según Ocupación y Necesidades Laborales	72-73

## **CAPITULO VI**

<b>DISCUSION DE LOS RESULTADOS</b>	<b>74</b>
<b>A.- Usuarios Externos .....</b>	<b>74</b>
A.1-Según Grupo Étáreo, Número de Hijos y Estado Civil .....	74-75
A.2-Según Sexo, Ocupación y Procedencia .....	75-76

	<b><u>PAGS.</u></b>
A.3.- Según Sexo y Empleo .....	76
A.4.- Según Escolaridad e Ingresos.....	76-77
A.5.- Según Accesibilidad Geográfica y Medio de Transporte.....	77-78
A.6.- Según Ocupación, Referencia y Motivo de Consulta.....	78
A.7.- Según Grado de Satisfacción por Sexo y Tiempo de Espera.....	79
A.8.- Satisfacción Según Suministro de Medicamento y Trato del Person	80-81
A.9.- Satisfacción Según Tipo de Personal Médico y Personificación de l	84
A.10.- Según Ocupación, El Sentirse Escuchado y Porque?.....	81-82
A.11.- Calificación del Servicio de Emergencia Según Ocupación Privaci	82-83
A.12.- Según Ocupación, Calificación de Emergencia y Calidez Médica..	83-84
B.- Usuarios Internos .....	84
B.1.- Según Edad y Ocupación.....	84-85
B.2.- Según Sexo, Lugar de Procedencia Ocupación.....	85,86,87
B.3.- Según Ocupación y Estado Civil.....	87-88
B.4.- Según Ocupación, Medio de Transporte, Accesibilida Geografica...	88
B.5.- Grado de Satisfacción Según Ocupación e Ingresos.....	88,89,90
B.6.- Satisfacción Según Antigüedad y Reconocimiento Laboral.....	90-91
B.7.- Según Ocupación, Privacidad e Higiene.....	91-92
B.8.- Según Ocupación, Turnos con Mayor incidencia de problemas y po	92-93
B.9.- Según Ocupación y Principales Problemas que afectan su desemp	93-94
B.10.- Según Ocupación y Necesidades laborales Referidas.....	94-95

	<b><u>PAGS.</u></b>
<b><u>CAPITULO VII</u></b>	
CONCLUSIONES .....	96
Conclusiones Usuarios Externos.....	96-97
Conclusiones Usuarios Internos.....	97-98
<b><u>CAPITULO VIII</u></b>	
RECOMENDACIONES .....	99



## **I. INTRODUCCION**

La región de las Américas atraviesa una etapa singular de su historia que se caracteriza por la consolidación de los ajustes macro económicos para paliar la crisis de los años "80", redifiniéndose así el papel del estado y la sociedad, llevándose a efecto reformas en todos los sectores estatales incluyendo el sector salud.

La modernización del sistema nacional de salud en Nicaragua, implica modificaciones profundas en su organización, funcionamiento y en el modelo de prestaciones de servicios, para mejorar la eficiencia, efectividad, equidad y calidad de los servicios de salud acorde con las necesidades de la población y los grados de satisfacción del usuario.

Este modelo ha abarcado los diferentes ámbitos de la vida nacional, por su carácter integral e integrador, haciendo de la población y prestadores de servicios, garantes de la atención misma, sin embargo no ha existido hasta el momento un esfuerzo institucional sistemático para garantizar la calidad de la atención, desarrollándose hasta ahora esfuerzos dispersos e individualizados.

La calidad de la atención en los servicios de salud adquiere una especial relevancia, sobre todo a partir de la aprobación de la política nacional de salud "Fortalecimiento de la calidad de la atención", por el consejo nacional de salud, en octubre de 1993, conllevando al establecimiento de los procesos de garantía de calidad.

La red de servicios está conformada por más de 800 unidades de complejidad diversa, pertenecientes al Ministerio de Salud y por un número considerable pero no cuantificado de establecimientos en la atención ambulatoria y de hospitalización del sector privado.

Dentro del rol de los hospitales, el Hospital "Amistad Japón-Nicaragua" forma parte de la red de servicios del SILAIS Granada, inaugurado el 11 de junio de 1998, gracias a la cooperación del gobierno japonés. Cuenta con moderna infraestructura y equipos médicos de alta tecnología que le dan una mayor capacidad resolutive y diagnóstica, mejorando la calidad técnica en la oferta de los servicios prestados a la población en la región sur oriental del país.

A pesar de contar con tecnología avanzada y recursos altamente calificados podrían existir otros factores de carácter organizacional, laboral e interpersonal que pueden estar influenciando negativamente en la relación trabajador de la salud/usuario (cliente externo) en el servicio de emergencia de este Hospital.

Esto se ha traducido en una creciente insatisfacción de los usuarios (cliente externo) expresado en múltiples quejas verbales y escritas a las autoridades hospitalarias, por tal razón el Hospital "Amistad Japón Nicaragua", haciendo eco de las políticas emanadas por el Ministerio de Salud tiene interés especial en mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios de salud brindados en la emergencia por ser éste el primer contacto del paciente con la institución, lo cual es muy importante si se considera que la interacción de ambos condicionará y determinará la calidad, por ello conocer la percepción de los usuarios, trabajadores y gerentes acerca de la calidad de los servicios de salud brindados en la emergencia de este Hospital constituye el principal objetivo de este estudio.

Para efectos de análisis no se puede considerar los datos estadísticos de la productividad de emergencia en el año 1998 por ser este un año irregular que se caracterizó por la primer crisis del sector salud (huelga médica), además se efectuó el traslado del antiguo Hospital San Juan de Dios a sus nuevas instalaciones Hospital "Amistad Japón Nicaragua, así como también se

dio un período de adaptación del personal a una nueva infraestructura y tecnología, lo cual afectó negativamente en la productividad de todos los servicios incluyendo la emergencia.

De acuerdo a datos estadísticos proporcionados por el departamento de Estadísticas del Hospital "Amistad Japón Nicaragua muestran que el año 1997 se atendieron en el servicio de emergencia un total de 54,200 pacientes, y en 1998 32,437 de los cuales son los factores que están incidiendo en la calidad de la atención del servicio de emergencia, que es el primer contacto de los usuarios con la unidad prestadora de servicios.

Con el presente trabajo se intentará de abordar la dimensión organizacional del proceso concerniente a la accesibilidad al servicio de emergencia, así como la extensión de la cobertura de los servicios ofrecidos, globalidad y continuidad de la atención de la atención. Además se pretende analizar las interacciones psicológicas y sociales que existen entre los usuarios y los productores de los servicios, así como también el apoyo que brinda el personal hospitalario a los pacientes, la cortesía y el respeto del personal que brinda atención.

Se considera además otros elementos conocidos que se describen como amenidades tales como: privacidad, ventilación, iluminación, ruidos, etc. Que se consideran como parte, o contribuciones en el manejo de la relación interpersonal, ya que significan interés por la satisfacción del paciente, proporcionados directamente por el médico o por otro personal hospitalario.

También se trata de abordar de que manera la satisfacción de los trabajadores y gerentes de la salud (cliente interno), está incidiendo en el cumplimiento de sus labores en el servicio de emergencia; se considera que una falta de motivación y autonomía interna respecto a su propio trabajo está afectando el éxito de las funciones que desempeña cada uno de ello

## **ANTECEDENTES**

En Nicaragua se han realizado diversos estudios investigativos y relacionados con la calidad de atención tanto en la atención primaria como secundaria, dentro de los que podemos mencionar el que realizó el MINSA y el BANCO MUNDIAL en el año 1995 donde los establecieron los patrones de la demanda de la población hacia los servicios de salud y sus determinantes. Dicho estudio reflejó las características de la demanda y la percepción del usuario en el proceso de atención, generando las siguientes sugerencias: Mejorar la relación Médico-paciente, disponer de insumos médicos y disminuir los tiempos de espera.

En el año 1996, las organizaciones conocidas como: Management Sciences for Health (MSH), Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Ministerio de Salud (MINSA), realizó un estudio de demanda de servicio de salud en Nicaragua, en seis regiones del país, excluyendo la región del atlántico, cuyos resultados reflejaron, que la demanda de los servicios de salud, estuvo determinada por el nivel socioeconómico y la satisfacción de las necesidades básicas de los usuarios.

En el año 1999 se realizó en el SILAIS de Granada, el estudio investigativo, donde evaluaron la satisfacción del usuario interno y externo en el Primer Nivel de Atención, dando como resultado 3 elementos importantes tales como: buen trato, las explicaciones recibidas por el médico y la disponibilidad de medicamentos.

En el estudio realizado por ex-alumnas de la Escuela Politécnica de Nicaragua, acerca de la opinión de los usuarios sobre la atención en el Servicio de Emergencia del Hospital Alemán Nicaragüense en el año 1999.

Los resultados demuestran que los elementos que mas incidieron en la satisfacción de los usuarios fueron: accesibilidad geográfica, gratuidad de medicina y tiempo de espera prolongado.

En otros países de América Latina estudios sistemáticos relacionados con la calidad sugieren abordar tres componentes fundamentales de la calidad tales como: atención técnica, manejo de la relación interpersonal y el ambiente en que se lleva a cabo el proceso de atención.

En general los estudios realizados han abordado la dimensión de la relación interpersonal desde el punto de vista del usuario externo, sin abordar la opinión de otro actor relevante, como lo es el prestador de servicios (cliente interno).

Es casi imposible definir mecanismos y condiciones organizativas para mejorar la calidad de los servicios hospitalarios, sino se toma en cuenta la opinión tanto del cliente interno como externo, con las características particulares que cada uno conlleva.

Debido a que el Hospital "Amistad Japón Nicaragua" inició su funcionamiento el 21 de junio de 1998, todavía no existen estudios previos sobre la calidad de los servicios de salud. Con el presente trabajo se pretende conocer la calidad de los servicios de salud brindados en la emergencia a través de la percepción de los usuarios (cliente externo), y también conocer la percepción de cada trabajador incluyendo al Gerente General del Hospital. Por lo tanto los resultados finales de este estudio servirán para implementar una mejor organización médico y de enfermería que impactará en mejorar la calidad de los servicios prestados a la población y por consiguiente incidir en los factores negativos que están provocando los principales problemas hospitalarios en el servicio de Emergencia de nuestro Hospital.

Es importante señalar que no existe ningún estudio en Nicaragua sobre la calidad de atención en los servicios de Emergencia Hospitalarios que aborde la opinión de ambos clientes internos y externos. Es por tal razón que tratamos de incluir en nuestro estudio investigativo los elementos mencionados.

## **II. OBJETIVOS**

### **a.OBJETIVO GENERAL**

Analizar los factores que inciden en la calidad de atención del servicio de Emergencia del Hospital "Amistad Japón Nicaragua, durante el I Trimestre del año 1999, según opinión brindada por cliente interno y externo.

### **b.OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 1.- Caracterizar los aspectos sociodemográficos del usuario externos e interno del servicio de Emergencia del Hospital.
- 2.- Conocer los principales factores organizacionales percibidos por los trabajadores de la salud y gerentes que afecten la calidad de la atención.
- 3.- Identificar los factores que influyen en la interrelación personal de salud – usuario.
- 4.- Conocer el grado de satisfacción de los usuarios y trabajadores de la salud en relación a la prestación del Servicio de Salud de Emergencia.

### **III. MARCO DE REFERENCIA**

Existen diferentes personas y marcos acerca de que constituye la atención médica, lo que, a su vez, llevan a diferentes formulaciones de lo que constituye la calidad es más, por extensión, los juicios en función sobre calidad a menudo no se hacen sobre la atención médica en sí, sino indirectamente sobre las personas que las proporcionan y el marco o sistemas donde se imparte. Como resultados, los atributos de la propia atención se usan alternativas o simultáneamente, tanto para definir como para juzgar la calidad tomando en cuenta estas ambigüedades, no debe asombrarnos que la calidad de la atención médica haya sido percibida y definida de tantas maneras diferentes.

#### **3.1 DEFINICIÓN DE LA CALIDAD**

Hace casi 40 años Lee y Jones definieron la calidad de la atención según ocho "artículos de fe", bases científicas para la práctica de la medicina, prevención, colaboración de consumidores y proveedores, tratamiento del individuo en su totalidad, relación estrecha y continuada en tu paciente y médico, servicios Médicos integrales y coordinados, coordinación entre los servicios de atención médica y los servicios sociales y acceso para toda la población.

Donavedian define calidad de la atención como aquella clase de atención que se espera pueda proporcionar al paciente la máxima y más completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan el proceso de la atención en todas sus partes. Este concepto es fundamental para los valores, ética y tradiciones de



las profesiones de la salud, cuando menos no dañar usualmente hacer algún bien e idealmente, realizar el mayor beneficio que sea posible alcanzar en cualquier situación dada.

David D. Rutstein definen la calidad como el efecto de la atención sobre la salud del individuo y de la población. Las mejoras en la calidad de la atención deben reflejarse en una salud mejor. Pero la calidad debe diferenciarse de la eficiencia de la atención médica. Ambas son importantes pero no deben confundirse. Mientras que la calidad es el resultado de la maquinaria de la atención médica en forma de mejorar la salud, la eficiencia se refiere a la corrección de su funcionamiento conjunto y al costo de este funcionamiento. En una palabra la calidad esta relacionada con los resultados y la eficiencia con el proceso de atención.

Cuando el juicio sobre la calidad toma en cuenta los deseos y expectativas, valoraciones y medios del paciente, podemos hablar de una definición individualizada de la calidad, ya que los pacientes difieren considerablemente en lo que se refiere a cada una de estas cosas.

Los pacientes también son distintos uno de otro en las características demográficas y sociales que influyen sobre el curso del tratamiento y la respuesta del enfermo.

La definición "social" de la calidad. Los factores que producen esta definición son los mismos que la que se emplean para obtener la definición "individualizada", pero las cantidades pueden ser diferentes, interviene también un nuevo criterio, además del beneficio neto agregado (o utilidad neta) para toda una población, se vuelve muy importante la distribución social de dicho beneficio entre la población.

Para Brook y William quienes definen la calidad de la atención como sigue:

Calidad de la Atención a la Salud

Aquí la atención técnica influye la adecuación de los procesos de diagnóstico y terapéutico. El arte de la atención se refiere al medio, manera y conducta del proveedor al impartir la atención al comunicarse con el paciente. El término interactivo hace hincapié en la noción de que los dos términos no son solo aditivos. Finalmente se incluye un término de error como recordatorio de que la medición de cualquier concepto, como el de calidad está sujeto a posibles errores.

Para otros autores calidad es el conjunto de características que deben tener los servicios de salud en el proceso de atención a los usuarios, desde el punto de vista técnico y humano para alcanzar los efectos deseados, tanto para los proveedores como para los usuarios.

### OTRAS DEFINICIONES

Se ha dicho que la calidad de los establecimientos en salud consiste en servicios deseables u óptimos donde vendrían agregar ciertos calificativos tales como el uso de medios legítimos, de "conformidad con las normas", señalando que en ella intervienen al hablar de salud, la atención técnica, la relación interpersonal y el ambiente en que se lleva a cabo, para que la salud sea un meta alcanzable.

3.2 ATENCIÓN MÉDICA. Para otros autores como David D. Rutstein hay que empezar por definir algunos términos : Atención Médica en su sentido más amplio, incluye aplicación de todos los conocimientos médicos relevantes, la investigación básica y aplicada para aumentar estos conocimientos y hacerlos más precisos, los servicios de todo el personal médico y conexas, instituciones y laboratorio, los recursos del gobierno,

agencias voluntarias y sociales y las responsabilidades de cada individuo en la cooperación.

**3.3. COMPONENTES DE LA ATENCIÓN.** El tratamiento que proporciona un médico o cualquier profesional individual, a un episodio de enfermedad claramente definido en un paciente dado. Es posible dividir este tratamiento fundamentalmente en dos aspectos : el técnico y el interpersonal.

La atención técnica es la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud al manejo de un problema personal de salud, va acompañado de la interacción social y económica entre el cliente y el facultativo.

Como mínimo la calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de una manera que rinde el máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ellos sus riesgos.

Cabe señalar que los aspectos técnicos e interpersonal de la calidad de la atención están interrelacionados y puede ser difícil hacer una distinción entre ambos. Es fácil ver como la relación interpersonal puede influir sobre la naturaleza y el éxito de un tratamiento técnico. Se podría también sugerir que la naturaleza de los procedimientos técnicos usados y su grado de éxito influirán en la relación interpersonal.

El manejo de la relación interpersonal debe llenar valores y normas socialmente definidos que gobierna la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares. Estas normas están reforzadas, en parte por los dictados éticos de las profesiones relacionadas con la salud y por las expectativas y aspiraciones de los pacientes individuales. De aquí se sigue que el nivel de calidad en el manejo de la relación interpersonal se mida por el grado de apego a estos valores, normas, expectativas y aspiraciones. Pero se podría argüir que las consecuencias de este apego es cierta forma de bien social y personal y la ausencia de apego una especie de

pérdida, es más en la medida que el proceso interpersonal contribuye al fracaso o al éxito de la atención técnica, ayuda al equilibrio de los beneficios y riesgos que demandan esta atención.

Puede haber también un tercer elemento de la atención que podrían llamar sus "amenidades". Este término pudiera describir características tales como: una sala de espera agradable y cómoda, un cuarto de exploración a buena temperatura, sábanas limpias, cama cómoda etc. En cierto modo, las "amenidades" son parte de los aspectos más íntimos de los lugares en los que se presta la atención médica, pero algunas veces parecen estar incorporados a la propia atención. Esto se ve con claridad cuando se describen en forma abstracta como comodidad, privacidad, cortesía, aceptabilidad y otros términos semejantes.

En este análisis las amenidades no recibirán atención separada, sino que se considerarán principalmente como parte del o contribuciones al manejo de la relación interpersonal, ya que significan interés por la satisfacción del paciente independientemente de que sean proporcionados directamente por el médico, por la práctica privada que él controla o por la organización más grande de la que él es socio o empleado.

### 3.4. ESTÁNDAR PARA LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA.

Cuando se dice que la atención es del todo innecesaria o hasta cierto grado excesiva, se está emitiendo un juicio en el sentido de que la atención, en conjunto o en alguna de sus partes probablemente no contribuirá a la salud o al bienestar del paciente.

La atención innecesaria puede juzgarse pobre la calidad por las siguientes razones:

1. No se espera que una atención así aporte beneficios.

2. Se puede argüir que merma el bienestar individual y social mediante el uso inadecuado de recursos, al gastar tiempo y dinero en su atención médica.

#### 3.4.1 Costo Monetario

La calidad de la atención y su costo monetario están interrelacionadas de diversas maneras, entre las cuales se cuentan las relaciones entre cantidad y calidad.

Obviamente la calidad cuesta dinero, puesto que presupone una cantidad adecuada de atención a menudo significa mas cuidado.

Cuando la atención es excesiva y dañina, resulta más cara y de pero calidad. Cuando la atención es excesiva, pero el exceso es inofensivo es mas costosa, pero sin el correspondiente aumento de calidad, lo que constituye un desperdicio.

Cuando la atención se presta en forma ineficaz también desaprovecha recursos y es más cara de los que necesita ser. Esto sucede por ejemplo cuando los médicos hacen el trabajo de las enfermedades o las enfermeras el trabajo de las auxiliares. Sucede cuando el hospital está bien equipado de personal pero desproporcionadamente ocupado o cuando es demasiado grande para operar con la mayor eficiencia.

#### 3.4.2 Beneficios, Riesgos Y Costos

Los adelantos en ciencia y tecnología médica, por definición, mejorar nuestra la habilidad para lograr mayores beneficios, disminuir los riesgos o ambas cosas, sin embargo cuando se aplican de manera torpe e inadecuada, las innovaciones científicas pueden también acrecentar el potencial de daño sin producir los aumentos correspondientes en beneficio.

Pero en cualquier estudio dado de la ciencia médica, la mayor habilidad en su aplicación se pone de manifiesto mediante el logro de los mayores beneficios posibles a un volumen dado de servicios. Esto significa que la curva de beneficio menores riesgos alcanzarán su máxima altura y la estrategia de tratamiento que en promedio, alcance este resultado representará el mas alto nivel de calidad en igualdad de circunstancias. Cualquier cosa menos, será de calidad imperfecta pero sólo la convención y el uso pueden fijar límites aproximados de lo que se quiere decir cuando la calidad se juzga como media o deficiente. Esa ahora el momento de añadir a nuestro análisis otra variable: el costo de la prestación de servicios de salud, este nuevo estándar tiene como base el postulado de que el costo monetario es una consecuencia no deseada de la atención y por esa razón puede añadirse a las expectativas de riesgos en la valoración del beneficio neto de tratamiento técnico. La construcción del nuevo estándar también implica que los costos monetarios y los beneficios o riesgos para la salud no son inconmensurables que pueden ser valuados de alguna manera comparable, aún cuando solo sea en forma gruesa.

Se postula que los individuos varían en la manera como valoran las expectativas de los beneficios, riesgos y costos monetarios de la salud inherentes a la recepción de atención en cualquier enfermedad.

## Estándar para la Calidad de la Atención Interpersonal

Se descubrió el modelo unificador, como si se aplicaran tan solo a la calidad del tratamiento técnico. No obstante como ya se ha señalado, es posible por lo menos hipotéticamente concebir que diversas estrategias y estilos en el manejo del proceso interpersonal tienen beneficios y riesgos esperados en lo que respecta a uno o varios aspectos del bienestar del paciente.

Existen también los costos monetarios ya que la atención personal del facultativo requiere tiempo y deben añadirse amenidades costosas para asegurar la comodidad, la privacidad, la oportunidad y otros requisitos que contribuyen a la satisfacción del paciente.

La experiencia diaria demuestra que los pacientes son capaces de valorar los diversos beneficios, riesgos y costos de un marco común y de hacer intercambios razonables entre un atributo aparentemente inmensurable y otro. En caso de extremo de una enfermedad aguda que pone en peligro la vida, los pacientes se privan gustosos de muchos de los refinamientos de la atención médica.

En algunas enfermedades crónicas, cuando no se puede esperar mucha mejoría en la función física y el objetivo del cuidado es ayudar al paciente a adaptarse a su invalidez, los elementos relativos al manejo de las relaciones interpersonales cobran mucha importancia.

### 3.5 LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

#### 3.5.1 Evaluación Normativa

Es la actividad que consiste en hacer un juicio sobre la intervención comparando los recursos utilizados y su organización (estructura), los

servicios o bienes producidos (proceso) y los resultados obtenidos con criterio y normas es decir, con lo verdadero y con lo bueno.

Otros definen la evaluación normativa como una actividad corriente en la organización de un programa, corresponde a las funciones de control y seguimiento así como a los programas de aseguramiento de la calidad (Copenhague y Champagne, 1986).

### 3.5.1 Apreciación De La Estructura

Se trata de saber en que medida los recursos son empleados de manera adecuada para alcanzar los resultados esperados, serán comparados entonces los recursos del servicio de salud así como su organización con los criterios y normas de los recursos. Este género de evaluación deberá permitir responder a preguntas del tipo: El personal es competente?. La Organización administrativa favorece a la continuidad y la globalidad?, sus recursos son suficientes para ofrecer la gama completa de servicios requeridos?

#### 3.5.1.2 Apreciación Del Proceso

Se trata de saber en que medida los servicios son adecuados para alcanzar los resultados esperados.

La Evaluación del proceso de un servicio de salud ofrecida a una clientela pueden ser descompuesta en tres dimensiones:

##### a) Dimensión Técnica

Se trata de apreciar la adecuación de los servicios a las necesidades. Corresponde a los servicios a las necesidades de los beneficiarios, de los clientes?, la dimensión técnica incluye la apreciación técnica de la calidad de los servicios. Se trata igualmente de la calidad de la atención definida a



partir de los criterios y de normas profesionales. Los programas de aseguramientos de la calidad en las organizaciones hacen parte de la evaluación del proceso.

#### b) Dimensión de las relaciones Interpersonales

Se trata de apreciar las interacciones psicológicas y sociales que existen entre los clientes y los productores de los servicios de atención. Se interesa entonces en el apoyo que el personal brinda a los pacientes en la satisfacción de estos últimos, a la cortesía de los productores de servicios y respeto a la persona.

#### c) Dimensión Organizacional

La dimensión organizacional del proceso concierne a la accesibilidad de los servicios, la extensión de la cobertura de los servicios ofrecidos por la intervención considerada, así como la globalidad y la continuidad de los servicios se entiende el carácter multiprofesional e interorganizacional de la atención así como su continuidad en el tiempo y en el espacio.

#### 3.5.1.3 Apreciación De Los Resultados

La apreciación de los resultados consiste en preguntarse si los resultados observados a los esperados, es decir a los objetivos que la intervención se propuso alcanzar. La apreciación de los resultados se realiza comparando los índices de los resultados obtenidos con los criterios y normas de los resultados esperados. Esta apreciación es a menudo insuficiente para emitir un juicio válido sobre los resultados de una intervención. Para evaluarlos hay que realizar una investigación evaluativa.

### 3.5.2 INVESTIGACIÓN EVALUATIVA

Se define como el proceso que consiste en emitir un juicio exposto sobre una intervención empleando métodos científicos más específicamente se trata de analizar la pertinencia, los fundamentos teóricos, la productividad y los rendimientos de una intervención así como las relaciones existentes entre la intervención y el contexto en el cual se desarrolla generalmente con el objetivo de ayudar a la toma de decisiones.

La Investigación evaluativa puede descomponerse en seis tipos de análisis:

a) Análisis Estratégico. Se trata de analizar la pertinencia de la intervención,

analizar la adecuación estratégica entre la intervención y la situación problemática que había de comenzar la intervención.

El análisis estratégico de una intervención puede ser realizado a partir de un análisis de mercado, de análisis de portafolio etc. (Dever y Champoux, 1984).

b) Análisis de la intervención. Consiste en estudiar la validez de la relación

que existe entre los objetivos de la intervención y los medios utilizados. Se puede preguntar, por una parte, si la teoría sobre la cual se construye la intervención es adecuada, si los recursos y las actividades son suficientes en cantidad, en calidad y de la forma como fueron organizadas.

c) Análisis de la productividad. Consiste en estudiar la manera en que

recursos son utilizados para producir servicios. La productividad puede ser medida sea en unidades físicas monetarias. Se trata esencialmente de productos intermedios, los cuales, combinados con imputos profesionales, sirven para producir servicios clínicos que podemos llamar outputs finales de la intervención.

El análisis de productividad puede entonces ser realizado a varios niveles :

Productividad, Servicios de apoyo, productividad de los servicios profesionales para producir servicios clínicos, los diferentes servicios clínicos pueden ser combinados para producir tratamientos para pacientes específicos. Se puede entonces ampliar el análisis y hablar de la productividad de los recursos al producir efectos de salud.

d) Análisis de los efectos. Consiste en evaluar la influencia de los servicios de salud sobre los estados de salud, eficacia teórica en el cual el medio ambiente está completamente controlado y el cual no existe variabilidad inter-individual. La eficacia de utilización se puede observar cuando el análisis de los resultados de una intervención en un contexto natural, sobre los individuos que han sido beneficiados por la intervención.

En la eficacia poblacional, se toma entonces en cuenta el grado de cobertura de la intervención, de su aceptabilidad, de su accesibilidad en la población blanco. Es importante considerar no solamente los efectos deseados, sino también los efectos no deseados. Es muy importante analizar los efectos a corto plazo, sino que también los efectos a largo plazo.

Los métodos para analizar la eficacia de una intervención son numerosos. Estos pueden ser cuantitativos o cualitativos de naturaleza experimental o sintética.

e) El análisis del rendimiento. Consiste en relacionar el análisis de los recursos empleados y el análisis de los efectos obtenidos. La evaluación del rendimiento de una intervención se realiza con ayuda del análisis costo/eficacia, costo/ventaja, costo/efectividad o costo/utilidad.

Análisis costo/eficacia o costo/utilidad son los más corrientes, comparación de los costos de diversas intervenciones con su efectividad. Las dificultades metodológicas de este análisis reside en la medida de las ventajas y en el establecimiento de criterios que permitan comparar el rendimiento de varias opciones.

f) Análisis de implantación. El primer tipo de análisis de la implantación consiste en medir la influencia de la variación en el grado de implantación de la intervención en diferentes contextos.

El segundo tipo de análisis de la implantación consiste en interrogarse sobre los efectos de la interdependencia que puede haber entre el contexto en el cual la intervención ha sido implantada y la intervención en sí misma. Los métodos apropiados para analizar la implantación de un programa son principalmente los estudios de caso.

En conclusión siendo el objetivo de la evaluación ayudar a la toma de decisiones; La evaluación normativa tiene principalmente como función ayudar a los gerentes a cumplir con sus funciones habituales. La investigación evaluativa, es confiada normalmente a investigadores externos a la intervención.

La evaluación de una intervención está constituida y se construye por los resultados de varios análisis por métodos y enfoques diferentes, pues debe ser vista como una actividad dinámica en todo momento, buscando el aporte de numerosos actores, utilizando métodos diversos y ejecutando competencias variadas. La evaluación útil para diseñar políticas.

### 3.5.3 SATISFACCION DEL USUARIO

La evaluación de la calidad desde el punto de vista del usuario constituye un componente necesario aunque no es suficiente, ya que el paciente puede estar perfectamente satisfecho aunque no esté recibiendo servicios de buena calidad, con relación al diagnóstico y tratamiento. Se necesita de toda una información de parte del usuario, que este piensa acerca del servicio prestado, con el fin de mejorar decisiones, que sostenga la calidad de los servicios. Puesto que toda información que el usuario brinde acerca del servicio puede utilizarse para elaboración de estrategias futuras y al mismo tiempo considerar las repercusiones de las mismas en el bienestar y la salud del usuario en relación a la demanda de los servicios de salud.

En estudios realizados en diferentes sistemas de salud, de otros países reflejan que la satisfacción del usuario está relacionada con el nivel del gasto. Existe también investigaciones que demuestran sistemáticamente que la decisión acerca de buscar atención o no y que el profesional de la salud consulta, se basa en diferentes factores: horario del servicio, tiempo/costo del viaje, tiempo de espera, disponibilidad de médicos y medicamentos y trato personal que reciben los pacientes, por lo cual no es sorprendente que la gente exprese su insatisfacción con los servicios públicos hospitalarios.

Refiriéndose al concepto de insatisfacción significa la medida en que las prestaciones y servicios sanitarios son aceptadas por los propios pacientes y por la población en general, también se le llama aceptabilidad, en esta dimensión no se incluyen la satisfacción de los proveedores del servicio.

Para valorar la satisfacción de los usuarios debemos considerar los siguientes aspectos.

Calidad, no es lo que ponemos en el servicio, sino lo que el usuario obtiene de él. Nos movemos en el campo de la subjetividad, donde la

satisfacción se inter-relaciona con las expectativas y las percepciones. No existe una relación lineal entre satisfacción e insatisfacción . Los usuarios deben decidir cuáles son los aspectos asistenciales que les interesan y éstos comprenden; las relaciones interpersonales, la Información, la organización de la atención e incluso la aceptación de los diagnósticos y los tratamientos.

La decisión sobre el método de valoración a seguir debe considerar: los objetivos perseguidos, las preguntas de las que esperamos obtener respuesta, la experiencia previa y los recursos disponibles; relación intensa de parte de ambos aunque con distintos signos y sentidos, ya que el paciente es una unidad diferenciada y diferente de cualquier otro paciente, por ello su enfermedad como vivencia es irrepetible.

Este enunciado es ratificado en una investigación presentada en la universidad de Sao Paulo en 1989 sobre los servicios de salud: "Utilización y opinión de los usuarios", donde los resultados revelaron que aunque la población en estudio se sentía satisfecha por los servicios recibidos, experimentaban dificultades relacionadas con la actitud del personal de salud y la falta de calidad en las condiciones de higiene y ambiente físico.

M. Balint (/1961) afirmaba que la relación establecida entre el personal de la salud y el paciente es el fármaco más potente. Precisamente por ello una relación disfuncional puede actuar como un antiplacebo tan poderoso que haga fracasar la terapia más adecuada. "El análisis de la relación asistencial forma parte del abordaje integral del individuo".

En estudios, realizados en el Brasil acerca de la satisfacción de consumidores de servicios de salud con la interacción médico paciente se identifican aspectos relevantes que contribuyen plenamente como estímulos a mejora su calidad se les permite la oportunidad de hacer preguntas y recibir explicaciones médicas acerca del diagnóstico declarando estos pacientes que la asistencia recibida fue satisfactoria.

En general, la satisfacción de los usuarios /paciente por los servicios médicos variará en relación con la importancia que a la presentación de estos servicios conceden los médicos y los miembros del personal. Si el servicio general mejora, las calificaciones de los pacientes por el mismo servicio tenderán a mejorar. Del mismo modo, si mejora una actividad concreta se puede predecir que la satisfacción de los pacientes hacia esa actividad aumentará así mismo. Por el contrario, la insatisfacción entre unos o más pasos del proceso de la atención puede dejar al paciente insatisfecho con la totalidad de su visita al servicio. Algunos pacientes podrán excusar un servicio defectuoso en ciertos pasos si el resultado final viene a satisfacer las necesidades que le llevaron a buscar atención. De todas formas se puede determinar en que medida cada elemento del servicio contribuye a la opinión general del usuario pidiéndole que califique su satisfacción tanto en la generalidad del servicio como ante ciertos aspectos específicos del mismo.

#### 3.5.4 ASPECTOS ETICOS DEL COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL

##### a) Los despidos durante la contratación.

Pocas medidas son tan difíciles para los administradores como la de despedir a sus empleados. Muchos administradores dicen en confianza que esta actividad es difícil, sobre todo, cuando el motivo es la reducción de costos. Por regla general, es más fácil justificar un despido cuando alguien no ha trabajado bien, porque la medida se puede atribuir al empleado: "Si hubiera trabajado bien, no habría tenido que despedirlo". Sin embargo, cuando una organización se está reduciendo y despide a muchos empleados, la actividad es más difícil. Con frecuencia no es culpa del empleado. "Salí muy bien en las revisiones del rendimiento de ocho años", dijo un especialista en artes gráficas liquidado hace poco. "Me las enseñaron. ¿Qué hice mal? ¿Qué hice?. Los administradores pueden argumentar que no tenían otra

alternativa. Para que la organización sea competitiva, es preciso recortar costos. Las organizaciones que "se tienen el corazón" y no toman decisiones rudas, con el tiempo, fracasarán en el mercado ante organizaciones que son "rudas y despiadadas". Sin embargo, ¿Tienen las organizaciones la obligación moral de compensar la lealtad de muchos años de sus empleados ofreciéndoles seguridad laboral?

El despido puede ser devastador. Perder un empleo se parece a pesar por un divorcio o la muerte de un pariente cercano. Destroza la autoestima de la persona. Hay muchos que cuestionan su identidad. Puede producir problemas mentales, rupturas familiares e incluso suicidios. Y encontrar un empleo nuevo puede ser una experiencia larga e inhumana. Por ejemplo, un ejecutivo en computación, de cuarenta y cuatro años que fue despedido, cuenta que envió cien cartas, respondió a doscientos anuncios, hizo dos mil quinientas llamadas telefónicas y gastó \$25.000 de sus ahorros buscando empleo. Este individuo tuvo suerte, encontró empleo. Un estudio reciente encontró que entre los trabajadores despedidos, de cincuenta y cinco años, uno de cada tres tiene que abandonar la población económicamente activa para siempre.

No es que falten alternativas antes de despedir a alguien. Por ejemplo, unas cuantas organizaciones están distribuyendo los recortes entre todos los empleados. En lugar de despedir al veinte por ciento del personal, recortan veinte por ciento los horarios de todos los empleados, con la correspondiente reducción de salarios. ¿Tiene la organización la obligación ética de conservar los empleos de los trabajadores? O ¿Son los empleados como una máquina o un trapo viejo, que se pueden tirar a la basura cuando no se necesitan?

b) Disminuye La Diversidad De La Fuerza De Trabajo.

La contracción requiere recortes de personal. La antigüedad es el criterio más popular para decidir los despidos; es decir, los últimos contratados son



los primeros en salir. Sin embargo, cuando se despide al personal con base en la antigüedad, la composición de los trabajadores de la organización adquiere otra composición, donde los trabajadores son más homogéneos en términos de edad, sexo e integración racial. Como los empleados más nuevos suelen ser más jóvenes, los despidos con base en la antigüedad suelen crear una población más vieja. Cuando las organizaciones de industrias maduras aplican recortes sustanciales, la edad promedio de los empleados llega a aumentar diez años o más.

Uno de los resultados más desalentadores de los despidos con base en la antigüedad es que socavan gran parte del avance logrado en los pasados veinticinco años para abrir oportunidades laborales a las mujeres y minorías. Los miembros de estos grupos suelen contarse entre los últimos contratados, y por consiguiente, son lo primeros en salir. El personal de la organización se homogeneiza más como consecuencia de la contracción, adquiere un aspecto más blanco y masculino.

#### c) Rotación Voluntaria De Los Empleados

La otra cara de los despidos de empleados son las renunciaciones voluntarias. Este se convierte en un problema importante con potencial para afectar la contracción porque la organización quiere conservar a los empleados más valiosos. Sin embargo, algunos de los primeros en abandonar de manera voluntaria una organización menguante son los individuos más movibles, por ejemplo, los técnicos especializados, los profesionales y el personal administrativo talentoso. Está claro que se trata de personas que la organización no se puede dar el lujo de perder.

#### d) Motivación

La motivación de los empleados es diferente en una organización que se está contrayendo que en una que está creciendo. Cuando está creciendo,

la motivación se puede derivar de la oportunidad de ascender y de la emoción de estar unido a una organización dinámica. En la declinación, hay despidos, reasignación de obligaciones que, con frecuencia, significa absorber actividades que antes hacían otros, y cambios similares que provocan tensión. Los empleados suelen tener problemas para sentirse motivados cuando no saben si todavía tendrán el mismo trabajo el mes siguiente o el año entrante. En otras palabras, la contracción ataca directamente las necesidades de orden inferior de los empleados.

### 3.5.5 TEORIA DE LA MOTIVACION

Los contenidos de la motivación hacen referencia al tipo de necesidades o metas que el individuo se plantea satisfacer o conseguir, su estudio trata de identificar las principales variables substantivas que motivan la conducta. Por otra parte, el proceso de motivación organiza la conducta a fin de alcanzar las metas o satisfacer las necesidades; su estudio atiende fundamentalmente a aquellas variables que propician la dirección y persistencia de la conducta.

Muchas de las necesidades humanas se han considerado como motivadoras del comportamiento. Entre ellas, las necesidades fisiológicas son las que mayor atención han recibido por parte de la psicología; es la categoría mas importante de motivos no aprendidos, innatos e instintivos, que sólo actúan cuando hay que restablecer el equilibrio homeostático. No obstante, otras necesidades también han sido estudiadas con detenimiento: la necesidad de logro, la necesidad de poder y la necesidad de afiliación. Estas necesidades son especialmente relevantes en el contexto de la organización.

Baste decir con respecto a las orientaciones de la motivación que a partir de las contribuciones de la psicología experimental al estudio de la motivación humana la noción de necesidad se amplía, en contraposición a la teoría económica, que la considera como un estado de privación.

Los factores determinantes del bienestar individual pueden agruparse y relacionarse de la forma siguiente : a) La búsqueda del bienestar resulta de comportamiento reductor de las tensiones y de la conducta orientada a combatir el aburrimiento; b) La búsqueda del placer resulta del goce inherente a la reducción de las tensiones y del placer causado por los estímulos; c) La búsqueda del estímulo es un medio de combatir el aburrimiento y un fin en sí mismo.

La búsqueda del bienestar tendría como fin satisfacer una carencia y asegurar un bien negativo; mientras que la búsqueda del placer y del estímulo tendrían como objetivo asegurar un bien positivo.

#### 3.5.5.1 MODELOS DE SISTEMA DE MOTIVACION

##### a) Modelo De Fuerza Y Coerción

La base de este modelo es suponer que el hombre trabaja mejor cuando se le fuerza a una situación en la que rinde o es sancionado. Lo que en realidad ocurre es que la coerción produce la alienación y separación, real o psicológica, de la tarea.

##### b) Modelo Económico/Mecánico

Ambas ramas de este modelo están relacionadas conceptualmente; pero pueden tratarse por separado. Con objeto de conseguir el comportamiento deseado, en la primera de ellas se resaltan las recompensas económicas, real o psicológicas, de la tarea.

##### b.1) Modelo Económico

Desarrollado por los expertos de la eficiencia, tiene sus antecedentes en la organización científica del trabajo. Parte de la suposición de que el hombre es intrínsecamente perezoso y que sólo está motivado para hacer aquello que le proporciona una recompensa económica inmediata. Desde

esta perspectiva, la remuneración salarial, como factor motivador, cumpliría diversas funciones: - Renta económica y renta psicológica, ya que satisface ambos tipos de necesidades; - Signo tangible del reconocimiento, al satisfacer las necesidades sociales y del ego del individuo; - Patrón de medida del éxito, del reconocimiento, de la consecución de los objetivos, etc. En este contexto, la remuneración relativa tendría mayor importancia que la remuneración absoluta.

#### b.2) Modelo Mecánico o del acondicionamiento operante

Se parte del supuesto de que la conducta humana responde a las recompensas y, en consecuencia, sólo hay que encontrar aquella que refuerce el comportamiento, de forma que este continúe. O lo que es lo mismo, el modelo mecánico se basa en la creencia de que la conducta humana depende de los acondicionamientos del entorno. El factor central del control de comportamiento es el refuerzo. Un refuerzo es cualquier consecuencia que, cuando sigue inmediatamente a una respuesta, incrementa la probabilidad de que esa respuesta se repita posteriormente. El patrón de frecuencia de la recompensa es también un factor relevante del modelo mecánico. Se ha sugerido que el patrón de refuerzo parcial o aleatorio daría patrones de respuesta más constantes y duraderos que el de refuerzo continuo, en el que siempre que hay una respuesta se produce la recompensa.

El estudio del proceso de la motivación desde la teoría del acondicionamiento operante se enmarca, junto con otras (teoría de las expectativas, del establecimiento de metas y de la equidad), en el grupo de las teorías de la motivación centradas en el proceso. Sin embargo, difiere de ellas al defender que la mayor parte de la conducta está determinada por el ambiente y no en función de los procesos cognitivos y de motivación interiores al organismo.

### c) Modelo Del Crecimiento o De Sistema Abierto

La teoría de Maslow constituye una aportación decisiva en el campo de la motivación en el trabajo. Sostiene que todo estudio de la motivación debe partir del conocimiento de las necesidades del hombre y puede resumirse en las siguientes conclusiones :

- La conducta del hombre equivale en cada momento a un intento de satisfacer una necesidad concreta.
- Las necesidades humanas se superponen en un cierto orden de prioridad.
- La satisfacción de un conjunto determinado de necesidades conlleva la aparición de otras.
- Las necesidades de orden superior, como, por ejemplo, la de autorrealización, son insaciables.
- El individuo, en un momento concreto, se siente inclinado a satisfacer la necesidad de orden más elevado.

Esta teoría sobre la motivación se basa, en la jerarquía de las necesidades fundamentales del hombre, ordenadas según intensidad en una escala de preferencias. A medida que se satisfacen adecuadamente las necesidades de orden inferior aparecen, solapándose con ellas, las de orden inmediatamente superior, que actuarán como factores motivadores del comportamiento, dejando de ser las primeras, ya satisfechas estímulos de la conducta. El deseo de satisfacer estas necesidades aparece una de las formas más obvias de motivación.

Los tres niveles más bajos de la pirámide de Maslow son motivadores sólo por defecto, es decir, una vez satisfechos, dejan de actuar. Por el contrario, los dos niveles superiores actúan por adición, esto es, cuanto más se satisfacen más se desean. Los primeros son valores de déficit, los

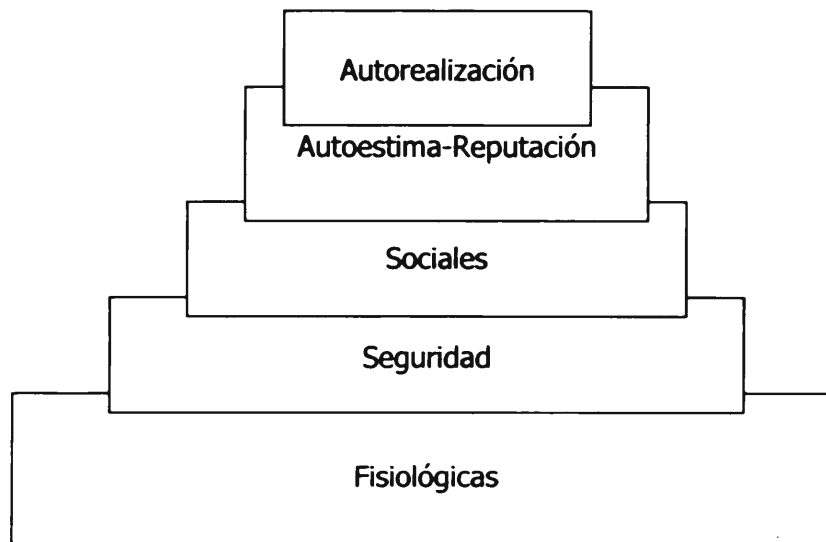
últimos son valores en sí mismos. Unos obedecen a la idea de tener, y los otros al ser, a la esencia humana.

El propio Maslow encontró una serie de limitaciones a la ordenación de las necesidades:

- El impulso de crear, en las personas muy creativas, es más importante que las otras necesidades.
- El nivel de aspiración, en algunas personas que han pasado grandes privaciones, puede ser muy bajo.
- Ciertos individuos, probablemente porque han carecido de afecto en los primeros meses de su vida, parecen no tener necesidades sociales.
- Hay personas que, guiadas por valores superiores, han sido capaces de ignorar sus necesidades fisiológicas y de seguridad.
- Cuando se han tenido siempre satisfechas las necesidades fisiológicas y de seguridad, son muy intensas las superiores, hasta el extremo de poner en peligro las de nivel inferior.

En contra de estas dos últimas restricciones, algunas investigaciones parecen demostrar que la insatisfacción de las necesidades fisiológicas y de seguridad conduce a que estas dominen el comportamiento de tal forma que lo inhibe de las demás.

### PIRAMIDE DE MOTIVACION DE MASLOW



#### d) Modelo De Higiene – Crecimiento : LA TEORIA DUAL DE HERZBERG

La teoría del crecimiento-higiene o two factor theory surge del estudio de Herzberg y tiene como antecedentes las aportaciones de Brayfield y Crocket y del propio Herzberg. Es más bien una teoría de la motivación en el trabajo que una teoría de motivación general. En líneas generales, postula que la persona tiene dos tipos de necesidades que satisfacen en el trabajo: las necesidades higiénicas, ligadas a factores del entorno laboral, y las motivadoras, intrínsecas al propio trabajo, productoras de insatisfacción o desánimo si no se satisfacen.

Es un modelo, al igual que los basados en las necesidades, centrado en el contenido; pero se ha desarrollado a partir de la consideración de los resultados o recompensas que resultan para explicar el comportamiento motivado en el trabajo. Frente a la clasificación de las necesidades de las personas, trata de establecer una taxonomía de los resultados o recompensas capaces de satisfacer esas necesidades. En esta teoría se indica que los factores que contribuyen a la satisfacción y motivación en el trabajo están separados y pueden diferenciarse respecto de aquellos producen el efecto

contrario. Del efecto diferente de los diversos factores se deduce que los sentimientos de satisfacción e insatisfacción no son opuestos entre sí. Lo antagónico a la satisfacción en el trabajo no sería la insatisfacción en el trabajo, sino la no satisfacción en el trabajo. De igual forma, lo enfrentado a insatisfacción en el trabajo.

#### d.1. Factores de Primer Nivel

Un factor de primer nivel es un elemento objetivo de la situación, que a juicio del trabajador, es una de las causas del sentimiento de satisfacción de insatisfacción global en el trabajo. Todos los factores de primer nivel tienen una dimensión positiva (motivo de satisfacción) y una dimensión negativa origen de insatisfacción. Estos factores y su significado son los siguientes:

- Reconocimiento. Actúa a su dimensión positiva cuando un reconocimiento positivo es causa de satisfacción; un reconocimiento negativo o falta de reconocimiento es motivo de insatisfacción.
- Logro. En su aspecto positivo recoge la realización con éxito del trabajo o de algún aspecto del mismo; en su dimensión negativa, es fracasar en el trabajo o en alguna de sus facetas.
- Posibilidad de desarrollo personal. Incluye cualquier hecho que suponga aumentar o disminuir las posibilidades de crecimiento personal.
- Promoción. En el aspecto positivo comprende cualquier cambio real en la posición o status dentro de la empresa que suponga un ascenso; en su vertiente negativa abarca tanto la degradación como la frustración de las expectativas de promoción.
- Salario. Contempla cualquier aspecto relacionado con la cuantía o el sistema de remuneración.
- Relaciones interpersonales. Se considera de primer nivel cuando la satisfacción o insatisfacción derivan de la interacción del trabajador con otra persona.



- Capacidad directa de los jefes. La competencia o incompetencia de los mandos, tanto para desempeñar su función como para resolver los problemas que afecten a las tareas del trabajador, puede ser fuente de satisfacción o insatisfacción.
- Responsabilidad. En su dimensión positiva comprende la competencia adecuada y suficiente sobre el trabajo y el de los subordinados y sobre los resultados. En el aspecto negativo incluye la excesiva, insuficiente e inadecuada responsabilidad.
- Políticas, normas y procedimientos de gestión de la empresa. La satisfacción o insatisfacción está generada por la política general y de personal, las normas y procedimientos que favorecen o no la ejecución del trabajo.
- Condiciones de Trabajo. Comprende las condiciones ambientales o del entorno del trabajo.
- Trabajo en sí mismo. Interviene cuando la tarea que se realiza es la causa de satisfacción e insatisfacción.
- Vida privada. Abarca cualquier aspecto del trabajo que afecte a la vida privada y genere un sentimiento de satisfacción e insatisfacción hacia aquel.
- Status. El sentimiento de satisfacción o insatisfacción viene determinado por la posición en la estructura de la empresa.
- Seguridad en el trabajo. Se incluye cualquier signo objetivo que dé el lugar a sentimientos de seguridad o inseguridad en el empleo.

Los factores de crecimiento, de satisfacción o de desarrollo son los factores de primer nivel (en su aspecto positivo) relacionados con el contenido de trabajo: éxito, reconocimiento, naturaleza de puesto, responsabilidad y promoción.

Los factores de higiene o de insatisfacción son los factores de primer nivel (en su aspecto negativo) relacionados con el contexto de trabajo: política y administración de la empresa, la falta de competencia de los supervisores, las condiciones laborales, las cargas de trabajo, el sueldo, el estatus y la seguridad.

Cuando mejoran los factores de crecimiento, aumenta la satisfacción; mientras que la mejora de los factores de higiene solo disminuye la insatisfacción. En consecuencia, la insatisfacción en el trabajo proviene generalmente de hechos relativos a deficiencias en los factores de higiene, la inexistencia de tales deficiencias en los factores de higiene o la presencia de estos factores en su aspecto positivo no producen satisfacción. Por el contrario la satisfacción en el trabajo está generada por los factores de crecimiento cuya ausencia no suele causar insatisfacción.

Los factores higiénicos intervienen cuando se evitan situaciones dolorosas. Deben ser cuidados y mantenidos continuamente, pues en el momento en que dejan de ser satisfecho vuelven rápidamente a cero. Los factores de crecimiento se refieren a la capacidad de éxito del ser humano y a la maduración y crecimiento psicológicos.

#### d.2 Factores de Segundo Nivel

Un factor de segundo nivel es aquel sentimiento de satisfacción o de insatisfacción de un determinado tipo de necesidad causado por un factor de primer nivel. Al igual que los factores de primer nivel, tiene un aspecto positivo (sentimientos de satisfacción de una determinada clase de necesidad) y una faceta negativa (sentimiento de insatisfacción de un determinado tipo de necesidad).

Los factores de segundo nivel (necesidad de reconocimiento, de éxito, de desarrollo personal, de responsabilidad de afiliación, de trabajar en algo atractivo y relevante, de status, de seguridad, de justicia, de autovaloración

y de dinero) se han interpretado como el sentimiento de satisfacción de las necesidades de desarrollo personal, éxito y autorrealización que producen los hechos relativos a los factores de satisfacción de primer nivel.

#### 3.5.5.2.-RELACIONES ENTRE LOS MODELOS

Entre la Teoría de Herzberg y la escuela de relaciones humanas hay algunas coincidencias: ambas sostienen que cuanto mayor sea la satisfacción de los trabajadores más motivados estarán para alcanzar un alto nivel de ejecución.

La diferencia principal entre Herzberg y el taylorismo y la escuela de las relaciones humanas es el énfasis que la primera teoría pone las necesidades de competencia, éxito y autorrelación como factores determinantes de la satisfacción y la motivación. Otra diferencia sustancial es que según Herzberg los hechos determinantes de la satisfacción son de una categoría diferente a los que causan la insatisfacción. Igualmente aporta la idea de que la satisfacción de las necesidades fisiológicas, de dinero, de seguridad y de afiliación no producen una satisfacción global al contrario de lo postulado tanto por el taylorismo como por la escuela de las relaciones humanas.

#### 3.5.5.3 LA TEORÍA DE LAS EXPECTATIVAS

En la formulación de una teoría del comportamiento cognoscitivo la conducta del ser humano está condicionada por las expectativas del ser humano está condicionada por las expectativas que tiene respecto a lo que sucederá en el futuro. La teoría de las expectativas es la teoría de la motivación más desarrollada en el ámbito de la psicología industrial. Se enmarca en el grupo de las teorías de la motivación centradas en el proceso, las cuales dirigen su atención al estudio de las variables que permiten explicar el esfuerzo, la dirección y el cambio de comportamiento.

#### 3.5.5.4 FACTORES DETERMINANTES DEL NIVEL DE EJECUCIÓN

El Nivel De Ejecución Y La Motivación.

El nivel de esfuerzo que una persona está dispuesta a ejercer está relacionada con la valencia de los resultados de segundo nivel, la instrumentalidad y las expectativas. Si no cambia la aptitud o cualquier otra variable el nivel de ejecución alcanzado por una determinada persona es una función creciente del esfuerzo que realiza. Únicamente los resultados de segundo nivel intrínseco o extrínseco con valencia positiva para el trabajador tienen relevancia para motivarlo. La Instrumentalidad también interviene en la motivación.

La instrumentalidad está relacionada con:

1. La habilidad de la empresa de vincular objetivamente ciertos resultados, especialmente los extrínsecos considerados con valencia positiva a elevados niveles de ejecución.
2. El grado de conocimiento de la empresa del nivel de ejecución conseguido por el trabajador.
3. El grado de información del trabajador sobre la conexión que existe entre los resultados y el nivel de ejecución.
4. La retroalimentación informativa que el trabajador recibe sobre el nivel de ejecución alcanzado.

#### 3.5.5.5. Las experiencias anteriores del trabajador.

La motivación está relacionada con las expectativas del trabajador, es decir con la probabilidad subjetiva que un sujeto tiene de poder alcanzar un determinado nivel de ejecución. Para que el trabajador esté motivado para alcanzar un elevado nivel de ejecución de acuerdo con la teoría de las expectativas es preciso que el individuo.

- Perciba que tiene una elevada probabilidad de conseguirlo.
- Esté seguro de que consiguiendo un nivel de ejecución obtendrá unos determinados resultados.
- Considere que la combinación de resultados es de mayor valencia para él.

### La Motivación Y El Rendimiento

A la luz de la teoría de las expectativas se han llevado a cabo algunos análisis del efecto de los incentivos sobre el comportamiento del trabajador. Estos estudios son el resultado de la distinción entre motivación intrínseca y extrínseca. Diferenciación fundamentada en dos aspectos esenciales: la fuente motivadora de los objetivos, las recompensas y el lugar del control que sobre ella el individuo tiene o cree tener. La motivación extrínseca esta causada por recompensas o incentivos independientes de la actividad realizada por el individuo para conseguirlos estas recompensas no están bajo el control de individuo sino que depende de otro. Por el contrario la motivación intrínseca se basa en características de la propia actividad, motivadoras por si misma y en consecuencia está bajo el control del individuo que la ejecuta.

#### 3.5.5.6 Los Efectos De Los Incentivos Extrínsecos Sobre El Rendimiento.

a) **Las Normas**: Las normas son la manifestación de la autoridad de la Dirección. Definen el ámbito dentro del cual la línea jerárquica puede emitir órdenes legítimas y esperar el asentamiento. Si su cumplimiento lleva aparejada la posibilidad de aplicar sanciones, constituyen un incentivo de tipo negativo. No tiene ningún efecto sobre la incorporación de una persona a la empresa. Pero pueden contribuir a la rotación si los trabajadores se sienten excesivamente constreñidos y disminuir el absentismo si los sancionan. Son el principal estímulo junto a la autoridad para el cumplimiento estricto del trabajo. No contribuyen a conseguir un rendimiento por encima del mínimo ya que al fijar éste tácitamente se está fijando un máximo ni son efectivas para generar una conducta innovadora o de cooperación.

b) **Incentivos Generales**. Son aquellos que se aplican a los empleados por su vinculación a la organización, independientemente de su rendimientos. Contribuyen a la incorporación y la permanencia ya que atraen y mantienen a

las personas si la comparación con las condiciones del mercado les es favorable son un estímulo del cumplimiento estricto cuando existe la posibilidad de despido. Pero no motivan a realizar un esfuerzo por encima del mínimo, ni generan conductas innovadoras de cooperación.

### **c) Incentivos individuales y de grupos**

La diferencia entre unos y otros es la base de distribución. Acerca de ellos y su eficacia hay importantes divergencias. Su influjo sobre la incorporación y la permanencia es semejante a la de los incentivos generales. No están concebidos para estimular el cumplimiento estricto pues sería un sistema muy caro. Su objetivo principal es incidir en el rendimiento por encima del mínimo. Sin embargo debe considerarse que la apetencia por el dinero varía de una persona a otra y que en aquellas que están motivadas intrínsecamente un incentivo económico no genera un aumento del rendimiento.

Los incentivos suelen ser más eficaces que los colectivos. En los primeros la instrumentalidad es muy alta porque la relación entre el desempeño y el premio es directa y está ligada únicamente a la persona. En los segundos la instrumentalidad se difumina.

Los propósitos de los programas de reconocimientos son conseguir la motivación de los trabajadores y satisfacer la necesidad que todas las personas tienen de seguir ganadoras. Los principales objetivos son:

- Recompensar a los empleados que hacen aportaciones sobresalientes a la empresa para estimular un esfuerzo adicional en favor de la mejora.
- Demostrar el agradecimiento de la organización
- Extraer los máximos beneficios del proceso de reconocimiento mediante un sistema eficaz de comunicación.
- Ofrecer varias formas de premiar los esfuerzos de los empleados y fomentar la creatividad de la Dirección y de los mandos.
- Mejorar la moral mediante un empleo adecuado del reconocimiento.

- Reforzar los patrones de conducta que la Dirección desee conservar.

Hay cinco clase de reconocimientos:

- Premios en efectivo, que pueden ser tanto individuales como grupales.
- Reconocimiento individual.
- Reconocimiento colectivo
- Reconocimiento público.
- Reconocimiento privado.

Todas estas actividades forman parte de los programas permanentes y de las campañas formales de motivación. Lo idóneo es que la motivación para la calidad forme parte de las relaciones laborales.

## **IV. DISEÑO METODOLOGICO**

El presente estudio es descriptivo correspondiente a un estudio de caso , porque el propósito fundamental es describir situaciones y eventos del cliente interno y externo del servicio de Emergencia del hospital "Amistad Japon-Nicaragua a través de entrevistas verbales y escritas en el I trimestre del año 1999.

### **a) FUENTES DE INFORMACIÓN**

Las fuentes de información que se utilizaron fueron las de tipo directa e indirecta. Las indirectas las constituyen los expedientes clínicos, cuadernos de registros de pacientes de Sala Emergencia, Tarjetas del archivo de Estadística. Las fuentes directas las constituyeron los pacientes y trabajadoras de Sala de Emergencia, a quienes se les aplicaron encuestas escritas de forma personal.

Para los usuarios externos se tomo una muestra de 245 pacientes que acudieron a solicitar servicios médicos a la Sala de Emergencia.

En relación a los usuarios internos se tomó la población total de sesenta y tres (63) trabajadores que laboran en la Sala de Emergencia, incluyendo médicos, enfermeras, técnicos y afanadores.

Se excluyó del estudio a los trabajadores que tenían menos de un mes de laborar en el servicio.

### **b) UNIDAD DE ANÁLISIS**

La unidad de análisis del presente análisis lo constituye el servicio de Emergencia del Hospital Amistad Japón Nicaragua, durante el I trimestre de 1999. Lugar donde se establece el primer contacto entre el usuario externo y los prestadores de servicio.

### **c) UNIVERSO**

El universo lo constituye el Servicio de Emergencia del Hospital "Amistad Japón-Nicaragua que se divide en :



El tamaño de la muestra es de 245 usuarios externos que acudieron a la Sala de Emergencia a solicitar Servicios de Salud durante el I Trimestre del año 1999.

#### d) CRITERIOS DE INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN

En relación a los usuarios internos, se excluyó del estudio los trabajadores que tiene menos de un mes de laborar en el Servicio de Emergencia, al momento de realizarse el estudio.

En relación a los usuarios externos menores de diez años se entrevistaron a las madres acompañantes y a los pacientes.

#### e) VARIABLES

Para la recolección de la información se elaboraron dos instrumentos (encuestas escritas), las cuales fueron aplicadas, una para los usuarios externos y otro para los usuarios internos. Las mismas fueron realizadas por un personal externo que se contrató específicamente para esta función, explicándole previamente a cada encuestado, los objetivos que el estudio perseguía. Por otro lado, consideramos que dentro de las variables que fueron incluidas en nuestro estudio, la satisfacción de los usuarios externos e internos es la variable principal que va estar dependiendo de otras variables cualitativas y cuantitativas que denotan aspectos o características sociodemográficas organizacionales, de relaciones interpersonales y laborales. Tanto de los usuarios internos como externos de la sala de Emergencia.

Dada la complejidad o importancia de las relaciones que se establecen entre las mismas, se realizó un análisis a través del cual, se logró determinar los

factores que están incidiendo positiva o negativamente en la calidad de la atención de los servicios prestados en la sala de Emergencia del Hospital Amistad Japón Nicaragua.

## e.1 LISTA DE VARIABLES

### USUARIO EXTERNO

1. Variables sociodemográficas
  - Edad
  - Sexo
  - Estado civil
  - Procedencia
  - Escolaridad
  - Profesión u oficio
  - Ingresos
  - Medio de transporte
  - Accesibilidad geográfica
  
2. Variables de tipo organizacional
  - Referencia
  - Motivo de consulta
  - Tiempo de espera
  - Personal médico que lo atendió
  - Higiene
  - Privacidad
  - Suministro de medicamentos
  
3. Variables de relaciones interpersonales
  - Personificación de la atención
  - Sentirse escuchado y porqué
  - Trato del personal
  - Satisfacción

### USUARIO INTERNO

1. Variables sociodemográficas
  - Edad
  - Sexo
  - Estado civil
  - Procedencia
  - Escolaridad
  - Profesión u ocupación
  - Ingresos
  - Accesibilidad geográfica
  - Medio de transporte

2. Variables de tipo laboral
  - Satisfacción
  - Antigüedad
  - Reconocimiento laboral
  - Estímulos
  - Capacitación
  
3. Variables de tipo organizacional
  - Referencia
  - Privacidad
  - Necesidades laborales
  - Turnos con mayor problema y porqué
  - Principales problemas referidos
  
4. Variables de relación interpersonal
  - Personificación de la atención
  - Escuchar al usuario
  - Privacidad
  - Trato del personal

**OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES  
PACIENTES**

#	VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	VALORES
1	EDAD	TIEMPO TRANSCURRIDO DES EL NACIMIENTO HASTA LA FECHA DE LA ENTREVISTA	AÑOS	A. 15 - 25 B. 26 - 35 C. 36 - 45
2	SEXO	DIFERENCIA BIOLOGICA ENTRE	NUMERO DE HOMBRES Y MUJERES	A. Masculino B. Femenino
3	HIJOS	CANTIDAD NUMERICA DE DES- CENDIENTES DIRECTOS DEL ENTREVISTA	NUMERO DE HIJOS	A. Menos de 3 B. 3 A 5 C. 6 A 8 D. MAS DE 8 E. NINGUNO
4	PROCEDENCIA	LUGAR DE DONDE PROCEDE O HABITA EL ENTREVISTADO	URBANO RURAL	A. Cabezera Departamental B. Otros
5	ESCOLARIDAD	NIVEL ACADEMICO DEL ENTREVISTADO	AÑOS DE ESTUDIO APROBADO	A. Analfabeto B. Primaria Incompleta C. Primaria Completa D. Bachiller Incompleto E. Bachiller Completo F. Universidad Incompleta G. Universidad Completa
6	OCUPACION	ACTIVIDAD INTELECTUAL O FISICA A UE SE DEDICA EL ENTREVISTADO	TIPO DE ACTIVIDAD	A. Obrero B. Técnico C. Comerciante D. Profesional
7	INGRESO	ADQUISICION MONETARIA FAMILIAR DEL ENTREVISTADO EN UN MES	DINERO EN CORDOBAS	A. Menos de 500 B. 501 a 1000 C. 1001 a 1500 D. 1501 a 2000 E. Mas de 2000
8	ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA	TIEMPO EXPRESADO EN MINUTOS QUE TARDA EL ENTREVISTADO DESDE SU CASA AL HOSPITAL	TIEMPO EN MINUTO	A. Menos de 15 B. 15 a 30 C. 31 a 45 D. 46 a 60 E. Mas de 60o minutos
9	MEDIOS DE TRANSPORTE	EL MEDIO QUE UTILIZA EL USUARIO PARA TRASLADARSE DESDE SU CASA AL HOSPITAL	TIPO DE TRANSPORTE	A. Bus B. Taxi C. Vehiculo propio D. Bicicleta E. A pie

**OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES  
PACIENTES**

#	VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	VALORES
10	TIEMPO DE ESPERA	TIEMPO REXPESADO EN MINUTOS QUE TARDA EL USUARIO EN SER ATENDIDO POR EL PERSONAL	TIEMPO EN MINUTO	A. Menos de 30 B. De 31 a 60 C. De 61 a 90 D. Mas de 90 minutos
11	MOTIVO DE CONSULTA	QUE LABORA EN LA EMERGENCIA ES LA CAUSA QUE MOTIVO AL PACIENTE ACUDIR AL SERVICIO DE EMERGENCIA PARA RECIBIR ATENCION MEDICA	TIPO DE PATOLOGIA	A. Enfermedades prevenibles por vacunas B. Enfermedades curables que requieren atención médica D. Enfermedades no reducibles con baja probabilidad de cura E. Enfermedades mal definidas (senilidad y causa mal definida)
12	LUGAR DE REFENCIA	ES EL LUGAR O UNIDAD DE SALUD DE DONDE ES REFERIDO EL USUARIO	REFERENCIA	A. Sin Referencia B. Centro de Salud C. Clínica Privada D. Organismos no gubernamental
13	MEDIO QUE LO ATENDIO	RECURSO MEDICO QUE BRINDA DIRECTAMENTE SU SERVICIO AL USUARIO	TIPO DE MEDICO	A. Médico Especialista B. Médico General C. Médico Interno
14	PERSONIFICACION DE LA ATENCION	MUESTRA DE QUE EL MEDICO BRINDA ATENCION EN SALUD AL USUARIO MEDIANTE EL LLAMADO POR SU NOMBRE	LLAMADO POR SU NOMBRE	A. Sin Referencia B. No
15	EXAMEN MEDICO	ES EL EXAMEN FISICO REALIZADO POR EL MEDICO QUE ATENDIO AL USUARIO QUE ACUDIO A LA EMERGENCIA	EXAMEN FISICO	A. Si B. No
16	ESCUCHAR AL USUARIO	ES LA PERCEPCION DEL USUARIO DE SER ESCUCHADO CON ATENCION	NIVEL DE ATENCIO	A. Si B. No
17	PORQUE DICE QUE LO ESCUCHA	ES LA PERCEPCION DEL USUARIO ACERCA DEL HECHO DE SER ESCUCHAOD POR EL MEDICO.	RECEPCION DEL USUARIO	A. Le dio tiempo para expresarse B. Le resolvió su problema C. Le tomo signos vitales D. Le hizo hisotira clínica

**OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES  
PACIENTES**

#	VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	VALORES
				E. Le hizo preguntas al médico F. Le dio seguimiento
18	TIEMPO DE CONSULTA	ES EL TIEMPO QUE DURA LA CONSULTA MEDICA EXPRESADA EN MINUTOS	TIEMPO EN MINUTO	A. Menos de 10 B. 10 a 20 C. De 21 a 30
19	TIEMPO ADECUADO	ES AL OPINION DEL USUARIO ACERCA DEL TIEMPO QUE DURO LA CONSULTA EN MINUTOS	OPINION DEL USUARIO	D. Mas de 30 A. Si B. No C. De 11 a 15 D. De 16 a 30
20	EXPLICACION	ES HACER COMPRENDER AL USUARIO ACERCA DE LA FISIPATOLOGIA	INFORMACION FISIOLOGIA	A. Si B. No
21	PERMANENCIA EN OBSERVACION	ES EL TIEMPO DE ESTANCIA DEL USUARIO EN EL AREA DE OBSERVACION DEL SERVICIO DE EMERGENCIA EXPRESADO EN HORAS		A. Menos de 6 B. De 6 a 12 C. De 13 a 24 D. Mas de 24
22	VALORACION MEDICA EN OBSERVACION	SON LAS VISITAS PARA EVALUACION DURANTE SU PERMANENCIA EN OBSERVACION DE SU ENFERMEDAD.	# DE VISITAS	A. Una vez B. 2 Veces C. 3 Veces
23	INFORMACION	ES LA INOFMACION QUE RECIBE EL USUARIO DE LOS EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS QUE SE LE REALIZARON EN EMERGENCIA	INFORMACION RECIBIDA	A. Si B. No
24	PROCEDIMIENTOS MEDICOS QUIRURGICOS	ES LA FORMA O TECNICA MEDICA PARA EL ABORDAJE DEL PROBLEMA DEL USUARIO	TIPO DE PROCEDIMIENTO.	A. Médico B. Quirúrgico C. Transferido
25	ACCESIBILIDAD ECONOMICA	DISPONIBILIDAD DE DINERO DEL USUARIO PARA ADQUIRIR MEDICINAS INDICA-	DINERO	A. Si B. No
26	EN QUE PAGO	ES EL DESEMBOLSO DE DINERO EN EFECTIVO REALIZADO POR EL USUARIO PARA RECIBIR ATENCION MEDICA U OTROS BENEFICIOS EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL.	DINERO EN RELACION AL TIPO DE SERVICIO RECIBIDO.	A. Si B. No
27	LUGAR DE PAGO GEOGRAFICA	ES EL AREA, LUGAR O PERSONA DONDE EL USUARIO PAGARA POR LOS SERVICIOS RECIBIDOS	AREA, LUGAR O PERSONA	A. Caja B. Personal Hospitalario C. Farmacia Privada

**OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES  
PACIENTES**

#	VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	VALORES
				D. No realizó ningún pago
28	REFERENCIA MEDICA	ES LA REMISION DEL USUARIO A OTRA UNIDAD DE SALUD, FUERA O DENTRO DE LA RED DE SERVICIO.	UNIDAD DE SALUD	A. Centro de Salud B. Consulta Externa C. Clínica Privada D. Centro Nacional de Referencia.
29	EXPECTATIVA DEL USUARIO	ES LA OPINION DEL USUARIO POSTERIOR AL SER ATENDIDO EN LA EMERGENCIA	SATISFACCION	A. Si B. No
30	GRADO DE SATISFACCION	ES EL NIVEL DE SATISFACCION EXPRESADO POR EL USUARIO POR EL SERVICIO RECIBIDO.	GRADO DE SATISFACCION	A. Si B. Satisfecho C. Poco Satisfecho D. Nada Satisfecho E. No precisa
31	MEDIOS DIAGNOSTICOS	SON LOS DIFERENTES EXAMENES COMPLEMENTARIOS QUE SE REALIZAN PARA DEFINIR O CONFIRMAR LA PATOLOGIA DEL USUARIO	TIPOS DE ESTUDIOS	A. Rayos X B. Ultrasonido C. Endoscopia D. Exámenes Básicos Lab. E. EKG. F. Otros
32	TRATO DEL PERSONAL	ES LA PERCEPCION DEL USUARIO ACERCA DE LA CALIDEZ HUMANA CON QUE FUE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA POR EL PERSONAL.	TRATO DEL PERSONAL	A. Excelente B. Muy bueno C. Bueno D. Regular E. Malo
33	AMENIDADES	ES LA OPINION DEL USUARIO EXTERNO ACERCA DE LAS CONDICIONES DE CONFORT QUE OFRECE EL SERVICIO DE EMERGENCIA	CONDICIONES DE CONFORT	A. Privacidad B. Ventilación C. Higiene D. Iluminación



**OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES  
TRABAJADORES Y GERENTES**

#	VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	VALORES
1	EDAD	TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL NACIMIENTO HASTA LA FECHA DE LA ENTREVISTA.	AÑOS	A. 21 - 30 B. 31 - 40 C. Mas de 40
2	SEXO	DIFERENCIA BIOLOGICA ENTRE HOMBRE Y MUJER	NUMERO DE HOMBRES Y MUJERES	A. Masculino B. Femenino
3	HIJOS	CANTIDAD NUMERICA DE DESCENDIENTES DIRECTOS DEL ENTREVISTADO	NUMERO DE HIJOS	A. Menos de 3 B. 3 a 5 C. 6 a 8 D. Mas de 8 E. Ninguno
4	PROCEDENCIA	LUGAR DE DONDE PROCEDE O HABITA EL ENTREVISTADO	URBANO RURAL	A. Cabecera Departamental B. Otros
5	ESCOLARIDAD	NIVEL ACADEMICO DEL ENTREVISTADO	AÑO DE ESTURIO APROBADO	A. Analfabeto B. Alfabeto C. Primaria D. Secundaria C. Universitario E. Otros
6	OCUPACION	ACTIVIDAD INTELECTUAL O FISICA A QUE SE DEDICA EL ENTREVISTADO	TIPO DE ACTIVIDAD	A. Obrero B. Técnico C. Médioco D. Enfermera
7	INGRESO	ADQUISICION MONETARIA FAMILIAR DEL ENTREVISTADO EN UN MES	DINERO EN CORDOBA	A. Menor de 1.000 B. 1001 a 2000 C. 2001 a 3000 D. 3001 a 4000 E. Más de 4000
8	ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA	TIEMPO EXPRESO EN MINUTOS QUE TARDA EL ENTREVISTADO DESDE SU CASA AL HOSPITAL	TIEMPO EN MINUTO	A. Menos del 15 B. 16 a 30 C. 31 a 45 D.46 a 60

**OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES  
TRABAJADORES Y GERENTES**

#	VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	VALORES
9	MEDIOS DE TRANSPORTE	EL MEDIO QUE UTILIZA EL USUARIO PARA TRASLADARSE DESDE SU CASA AL HOSPITAL.	TIPO DE TRANSPORTE	E. Más de 60 A. Bus B. Taxi C. Propio D. A pie
10	ANTIGÜEDAD	TIEMPO QUE TIENE DE ESTAR LABORAN-	TIEMPO EN AÑOS	A. Menos de 1 B. De 1 a 5 C. De 6 a 10 D. Más de 10
11	SATISFACCION DEL TRABAJADOR	ES EL GRADO DE SATISFACCION DEL USUARIO INTERNO CON SU TRABAJO Y CON LA INSTITUCION	GRADO DE SATISFACCION	A. Muy satisfecho B. Satisfecho C. Poco satisfecho D. Nada satisfecho E. No precisa
12	CONOCIMIENTO DEL ORGANIGRAMA	EL GRADO DE CONOCIMIENTO QUE TIENE EL TRABAJADOR EN RELACION A LA JERARQUIA DE MANDO DE LA EMERGENCIA Y DEL HOSPITAL	CONOCIMIENTO	A. Si B. No C. Desconoce
13	RELACIONES LABORALES	SI EXISTE O NO BUENA COMUNICACIÓN CON SU JEFE INMEDIATO	CONOCIMIENTO	A. Si B. No
14	CONOCIMIENTO DE NORMAS	SI LE HAN HECHOP DE SU CONOCIMIENTO DE MANERA FORMAL O ESCRITA LAS FUNCIONES DEL CARGO QUE DESEMPEÑA O DEL SERVICIO	CONOCIMIENTO	A. Conoce B. Desconoce
15	PERSONIFICAICON DE LA ATENCION	SI EL ENTREVISTADO LLAMA AL USUARIO POR SU NOMBRE	LLAMAR POR SU NOMBRE	A. Siempre lo llama B. Algunas veces C. Nunca
16	ESCUCHAR AL USUARIO	ES LA CUALIDAD DEL PERSONAL HOSPITALARIO DE PONER ATENCION A LO QUE REFIERE EL USUARIO	NIVEL DE ATENCION	A. Si B. No
17	TIEMPO DE CONSULTA	ES EL TIEMPO EXPRESADO EN MINUTO DURANTE EL CUAL EL MEDICO BRINDA ATENCION EN SALUD	TIEMPO EN MINUTOS	A. Menos de 5 B. De 6 a 10 C. De 16 a 30 E. Más de 30 A. Si

**OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES  
TRABAJADORES Y GERENTES**

#	VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	VALORES
18	EXPLICACION MEDICA	SON LAS PALABRAS QUE UTILIZA EL MEDICO PARA SER COMPRENDER AL USUARIO ACERCA DE SU FISIOPATOLOGIA.	INFORMACION FISIOPATOLOGIA	B. No A. Si B. No
19	LUGAR DE REFERENCIA	SON LAS DIFERENTES UNIDADES DE SALUD DENTRO O FUERA DE LA RED DE SERVICIOS A DONDE ES TRANSFERIDO EL USUARIO	UNIDAD DE SALUD	A. Centro de Salud B. Clínicas Privadas C. Consulta Externa D. Centro de Ref. Nac.
20	AMENIDADES	ES PERCEPCION DEL TRABAJADOR ACERCA DE LAS CONDICIONES DE CONFORT EN SU AMBIENTE DE TRABAJO	CONDICIONES CONFORT	E. Otros A. Privacidad B. Ventilación C. Higiene D. Iluminación
21	DISTRIBUICION DE RECURSOS	ES LA PERCEPCION DEL TRABAJADOR EN RELACION A AL DISTRIBUCION DE RECURSOS POR TURNO	DISTRIBUCION DE RECURSOS	A. Adecuada B. Inadecuada
22	TURNOS CON MAYOR PROBLEMA	ES LA OPINION DEL USUARIO INTERNO EN RELACION A LA INCIDENCIA DE PROBLEMAS POR TURNO.	PROBLEMAS SEGÚN TURNO	A. 7 a.m. A 2 pm B. 2 pm. A 10 pm C. 7 a.m. A 7 a.m.
23	PORQUE LOS PROBLEMAS EN ESE TURNO	ES LA OPINION DEL SUARIO INTERNO ACERCA DEL PORQUE SE PRESENTAN LOS PROBLEMAS EN DETERMINADO TURNOS	OPINION DEL USUARIO INTERNO	A. Mayor demanda B. Falta de personal C. Falta de medicina D. Falta de materiales
24	SUPERVISION	SON LAS VISITAS QUE REALIZA SU JEFE INMEDIATO PARA DETECTAR PROBLEMAS Y EL CUMPLIMIENTO DE LABORES	VISITAS	A. Cada día B. Una vez cada 7 C. Una cada 15 D. Una vez cada 30
25	EVALUACION	SON LAS VECES QUE SU JEFE INMEDIATO EMITE UN JUICIO DE VALOR ACERCA DE SU DESEMPEÑO LABORAL	ANALISIS DEL DESEMPEÑO	A. Trimestrales B. Semestrales C. Nonestral D. Anual E. Nunca
26	NECESIDADES LABORALES	ES LA OPINION DEL USUARIO INTERNO EN RELACION A LAS NECESIDADES PRIORITARIAS PARA MEJORAR SU DESEM	NECESIDADES	A. Mobiliario B. Capacitacion C. Equipos Médicos

**OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES  
TRABAJADORES Y GERENTES**

#	VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	VALORES
		PEÑO LABORAL		D. Actualización
27	ESTIMULOS	SON LOS RECONOCIMIENTOS O GRATIFICACIONES VERBALES, ESCRITAS O MONETARIAS RECIBIDAS POR EL TRABAJADOR	MOTIVACIONES	A. Frecuentemente B. Algunas Veces C. Nunca
28	TIPO DE PROBLEMA	ES LA OPINION DEL USUARIO INTERNO ACERCA DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS QUE ESTAN AFECTANDO SU DESEMPEÑO LABORAL	TIPO DE PROBLEMA	A. Laborales B. Organizacionales C. Relaciones Interpersonales D. Salariales E. Transporte F. Otros
29	CALIDAD DEL SERVICIO	ES LA OPINION DEL USUARIO INTERNO ACERCA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	OPINION DEL USUARIO	A. Excelente B. Muy Bueno C. Bueno
				D. Regular E. Malo
30	CALIDEZ HUMANA	ES LA AUTOVALORACION DEL USUARIO INTENRO ACERCA DE LA CALIDEZ HUMANA BRINDADA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA	OPINION DEL USUARIO	A. Excelente B. Muy Bueno C. Bueno D. Regular E. Malo

## **V. RESULTADOS**

### **A.- USUARIOS EXTERNOS**

Para obtener información de los usuario externos del presente estudio, se define el tamaño de la población en base a datos estadísticos de pacientes que demanden atención médica por el servicio de Emergencia en el año 1998.

Según registros estadísticos, la población es de N=75,432. Por otro lado, para obtener una muestra de tipo probabilística se utiliza un intervalo del 95%, que representa el grado de confiabilidad del estudio y un máximo de error permisible en las estimaciones para la variable de interés del 5%.

En base a una encuesta piloto, se calculó una estimación de la proporción de pacientes que estaban satisfechos con los servicios ofrecidos en el servicio de Emergencia y se encontró que era del 20%

El estudio quiere demostrar entre sus variables principales. Cual es el nivel de satisfacción (**Ver anexo análisis estadístico** ) por lo tanto, el tamaño muestra de la fuente de información para el usuario externo es de Doscientos cuarenta y cinco (245) pacientes.

#### **DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN EDAD USARIO EXTERNO**

Edad	Frec.	Proporc. Frec.	FR %	M/C	F.A.	F.A.R.	F.A.R%	L.R.I
0-9	81	0.33	33%	5.5	81	0.33	33%	0-9.5
10-19	52	0.21	21%	14.5	133	0.54	54%	9.5-19.5
20-29	42	0.17	17%	23.5	175	0.71	71%	19.5-29.5
30-39	14	0.06	6%	32.5	189	0.77	77%	29.5-39.5
40 +	56	0.23	23%	41.5	245	1	100%	
<b>TOTAL</b>	<b>245</b>	<b>1</b>						

La presente distribución de frecuencia para la variable edad nos muestra que en este período los que mas demandaron atención es el grupo etáreo de **0-9 años con un 33%**, seguido del grupo etáreo de **40 años y más con un 23%**, luego están los adolescentes de 10 – 19 años de edad con un 21%.

Lo anterior indica, que son las edades extremas de la vida, las que más demandaran atención médica por el servicio de Emergencia, durante este período, en el Hospital "Amistad Japón Nicaragua" (**Ver Anexo Análisis Estadístico** ).

**La edad promedio de los pacientes que fueron atendidos en el servicio de Emergencia en este período, es de veinte años.**

El 50% de las edades de los pacientes que demandaron atención médica son menores de 13 años y el otro 50% son mayores de trece años.

La edad de los pacientes que se presentaron con más frecuencia al Servicio de Emergencia, es de ocho (8) años . El verdadero valor promedio de la edad de los pacientes oscila entre 18 y 22 años, con un 95% de confianza. (**Ver Anexo Tabla No. 1 Usuarios Externos**)

Los datos estadísticos demuestran que **el servicio de emergencia fue mas utilizado por las mujeres con un 61%**, en relación a los varones que fue de 39% (**Ver Usuario Ext. Tab. 2.**)

En relación a los pacientes atendidos según la ocupación, se observa que la clase observo es la proporción más alta con un porcentaje del 33%, seguida de los comerciantes con un 34%, luego están los técnico con un 15% y por último se encuentran los profesionales con un 11.4% (**Ver Anexo Tab. 2 Usuario Ext.**)

Analizando conjuntamente las variables (Sexo – Ocupación), se observa que son pacientes del sexo femenino y obreras las que mas fueron atendidas por este servicio, con una proporción del 0.33, lo que equivale a un 33%

En relación a los pacientes atendidos **según lugar de procedencia**, se **observa que el 69.7% proceden de la cabecera departamental (Granada)**, y el 30.2% proceden de otros municipios.

Al cruzar las variables (ocupación sexo y lugar de procedencia), se observa que **la proporción más alta de pacientes atendidos por el servicio de Emergencia, en este período fue de 0.30 (30%), las cuales son obreras y proceden de la cabecera departamental.**

#### DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGUN INGRESO

##### USUARIO EXTERNO

Ingresos C\$	Frec.	Frec. R.	Frec. R %	MC	FA.	F.A.R. %	L.R.
0 – 500	125	0.51	51%	250	125	51%	0500.5
501 – 1000	56	0.23	23%	750.5	181	74%	500.5-1000.5
10001 –1,500	27	0.11	11%	1,250.5	208	85%	1000.5-1500.5
1,501 – 2,000	20	0.08	8%	1,750.5	228	93%	1500.5-2000.5
2,000 a MAS	17	0.06	6%	2,250.5	245	100%	2000.5-MAS

En relación a los ingresos los datos estadísticos demuestran que el 51% de los usuarios externos tienen ingresos familiares menores de C\$500.00 Córdobas.

El 23% de los pacientes tienen un ingreso familiar de C\$ 501.00 a C\$ 1.000.00 córdobas.

Solamente el 6.9 % de estos pacientes, expresaron tener ingresos de C\$2,000.00 o más, lo cual significa que **el 93% de los pacientes son personas de bajos ingresos económicos, menores a C\$2,000.00 córdobas** los que más demandan atención médica en el servicio de

emergencia y solamente el (6%) con un ingreso económico de C\$2,000.00 y más.

El ingreso familiar promedio por mes es de C\$736.00.

De acuerdo a la mediana, el 50% de los pacientes que demandaron este servicio, su ingreso familiar por mes es menos que C\$490.00 y el otro 50% su ingreso familiar es mayor a C\$490.00.

De acuerdo a la moda, el ingreso mas común de las pacientes que fueron atendidas es de C\$322.00

**El verdadero ingreso promedio oscila entre C\$657.00 y C\$814.00 con un confiabilidad del 95%.**

#### **DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN ESCOLARIDAD USUARIOS EXTERNOS**

Escolaridad	Frec.	Frec. R	Frec. R %
Analfabeto	79	0.32	32%
Primaria incompleta	69	0.28	28%
Primaria completa	36	0.15	15%
Br. Incompleto	24	0.10	10%
Br. Completo	11	0.04	4%
Universidad	26	0.11	11%
TOTAL	245	1	100%

El 32% de los pacientes que recibieron atención médica en el servicio de Emergencia eran analfabetos, en su mayoría (26.5%) con salarios menores de C\$500.00 córdobas.



El 15% aprobó su primaria en su mayoría (6.12%) con salarios de C\$501.00 a C\$1.000.00 córdobas

Solamente el 4% de los pacientes eran bachilleres, en su mayoría (2.4%) con salarios de C\$ 1001.00 a C\$ 1.500.00 córdobas

El 11% habían cursado universidad y se habían graduado, en su mayoría (5.7%) con ingresos de C\$2,000.00 córdobas y mas.

Al cursar las variables ingreso, sexo y escolaridad, se observa que el **51% de los usuarios externos en su mayoría tienen salarios menores de C\$500.00 córdobas, siendo en su mayoría féminas con un 31.4% y analfabetas con 26.5% (Ver Tabla No. 4 Usuarios Externos)**

#### **DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA**

##### **USUARIO EXTERNO**

TIEMPO	Frec.	Frec. R	Frec. R %	MC.	FR.	F.A.R. %	L.R.
0 – 15	15	0.061	6.1%	7.5	15	6%	0 – 15.5
16 – 30	20	0.08	8%	23	35	14.29%	15.5 –30.5
31 – 45	105	0.43	43%	38	140	57.1%	30.5 – 45.5
46 – 60	27	0.11	11%	53	167	68.16%	45.5 – 60.5
61 a MAS	78	0.32	32%	68	245	1	60.5 MÁS

Los datos estadísticos demuestran que el 43% de los pacientes, que son la mayoría tardan de 31 a 45 minutos en llegar desde su casa al Servicio de Emergencia.

El 32% de 61 minutos o más y solamente el 6% tardan menos de 15 minutos en llegar desde su casa al hospital.

**De acuerdo a medidas de posición el tiempo promedio que tardan las pacientes en llegar desde su casa al hospital es de 46 minutos.**

El 50% de los pacientes duraron menos de 43 minutos en llegar desde su casa al hospital; y el otro 50% duro mas de 50 minutos.

El verdadero valor del tiempo promedio oscila entre 43 y 48 minutos con una confiabilidad del 95.

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN MEDIO DE TRANSPORTE  
USUARIO EXTERNO**

Medio de Transporte	Frec.	F.R.%
Taxi	96	39 %
Bus	106	43 %
Vehículo Propio	12	5 %
A pié	31	13 %
<b>TOTAL</b>	<b>245</b>	

Se observa que el medio de transporte mas utilizado por los pacientes para trasladarlos desde su casa al hospital es el autobús con un 43%.

El 39% utilizaron taxi, el 13% se trasladaron a pie, desde su casa hasta el hospital. **(Ver Tabla No. 5 Usuarios Externos)**

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN MOTIVOS DE CONSULTA  
USUARIO EXTERNO**

Motivos de consulta	Frec.	F.R. %
Enf. Prevenibles x otros medios No vacunas ( Educ. sanitaria)	165	67 %
Enf. Curables con Atención Médica Espec.	64	26 %
Enf. Con baja Probab. De Cura	16	7 %
<b>TOTAL</b>	<b>245</b>	<b>100%</b>

La mayoría de pacientes que consultaron en el servicio de Emergencia, fue por enfermedades prevenibles por otros medios que no sean vacuna con un 67.6% en su mayoría obreros con 29.3% y comerciantes con un 24.4%

El 26% de pacientes requerían de atención médica especializada en su mayoría obreros con 9.38% y solamente el 7% consulto con enfermedades con baja probabilidad de cura (etapa terminal), en su mayoría comerciante con 2.85% es decir en etapa terminal.

Los datos estadísticos demuestran que de 245 pacientes encuestados el 74.6% no utilizo el sistema de referencia, siendo en su mayoría comerciante con un 30.2%. Al mismo tiempo se observa que el 67.3% consultaron por enfermedades prevenibles por otros medios que no fuesen vacuna (educación e higiene sanitaria), en su mayoría obreros con un 29.3%, en otras palabras este porcentaje de pacientes pudo haber sido tratado en el primer nivel de atención. (Ver Tabla No. 6 Usuario Externo).

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN GRADO DE SATISFACCION  
USUARIO EXTERNO**

Grado de satisfacción	<u>SEXO</u>					
	M	F	FR % M	FR % F	TOTAL	F.R.% TOTAL
Muy satisfechos	46	26	19%	11%	72	29%
Satisfechos	40	36	16%	15%	76	31%
Poco satisfechos	8	41	3%	16%	49	20%
Nada satisfechos	0	4	-	1.7%	4	1.7%
No puede precisar	2	42	0.8%	17%	44	18%
<b>TOTAL</b>	<b>96</b>	<b>149</b>	<b>39%</b>	<b>61%</b>	<b>245</b>	<b>100%</b>

En relación a las medidas de posición el tiempo promedio de espera estimado fue de 31 minutos.

Es decir que el 50% de los pacientes tuvieron que esperar menos de 35 minutos para ser atendidos y el otro 50% esperó un tiempo r mayor a 35 minutos.

**El tiempo modal es de 9 minutos**, es decir el tiempo más frecuente que esperó el paciente para ser atendido.

Al cruzar la variable satisfacción y suministro de medicamento los datos estadísticos demuestran que de **245 pacientes encuestados que recibieron atención médica en el servicio de emergencia del hospital al 60.8% se le suministró medicamento; de los cuales el 50.1% expresaron estar satisfechos o muy satisfechos.** Por otro lado se puede observar que el 39.5% no se le suministró ningún tipo de medicamento, quienes expresaron en un 28.9% estar insatisfecho. **(Ver Tabla No. 8 Usuario Externo).**

Al cruzar la variable satisfacción y trato del personal se puede observar que el 29.3 expresaron en su totalidad haber sido atendidos con calidez humana, calificando el trato del personal médico en un rango de excelente a bueno.

El 31.2% de usuarios satisfechos calificaron el trato del personal médico en un rango de muy bueno a bueno para un 27.7% y solo un 3.2% lo calificó de regular. **(Ver Tabla No. 8 Usuario Externo).**

En relación al 39.2% de usuarios insatisfechos calificaron el trato del personal médico de regular para un 23.2%; el 11% lo calificaron como malo y solamente el 4.8% lo calificó de bueno. **(Ver Tabla No. 8 Usuario Externo).**

Los datos estadísticos demuestran que el 31% de los usuarios expresaron sentirse satisfechos en su mayoría del sexo masculino con 16.3% y con tiempos de espera menores de 30 minutos para un 24.4%.

El 29.3% de los usuarios expresaron sentirse muy satisfecho, siendo en su mayoría del sexo masculino con un 18.7% y con tiempos de espera menores de 30 minutos para un 24.4%.

Por otro lado se puede observar un 20% de usuarios externos poco satisfecho, en su mayoría fémnia con un 16.7% porque esperaron de 61 a 90 minutos para un 17.5%.

También se puede observar que el 17.9% no pudo precisar, siendo casi en su totalidad fémnia con un 17.19% y con tiempos de espera de mas de 90 minutos para un 13.8%. Finalmente un 1.6% expresó sentirse nada satisfecho en su totalidad fémnas, con tiempo de espera menor de 30 minutos de mas de 90 minutos para 1.2%.

De forma general se puede observar que el **60.3% de los usuarios Externos están satisfechos en su mayoría con tiempo de espera menor de 30 minutos para un 44.8% (Ver tabla No. 7 Usuario Externo).**

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN TIEMPO DE ESPERA USUARIO EXTERNO**

Tiempo	Frec.	Frec. R	Frec. R %	MC.	FA.	FAR %	L.R.
0-30	110	0.45	45%	15	110	45%	0 – 30.5
31 – 60	38	0.15	15%	30	148	60%	30.5-60.5
61 – 90	60	0.24	24%	45	208	85%	60.5-90.5
90 o más	37	0.15	15%	60	245	100%	90.5-más
<b>TOTAL</b>	<b>245</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>				

En relación a las medidas de posición el tiempo promedio de espera estimado fue de 31 minutos.

Es decir que el 50% de los pacientes tuvieron que esperar menos de 35 minutos para ser atendidos y el otro 50% esperó un tiempo mayor a 35 minutos.

**El tiempo modal es de 9 minutos**, es decir el tiempo más frecuente que esperó el paciente para ser atendido.

Al cruzar la variable satisfacción y suministro de medicamento los datos estadísticos demuestran que de **245 pacientes encuestados que recibieron atención médica en el servicio de emergencia del hospital al 60.8% se le suministró medicamento; de los cuales el 50.1% expresaron estar satisfechos o muy satisfechos.** Por otro lado se puede observar que el 39.5% no se le suministró ningún tipo de medicamento, quienes expresaron en un 28.9% estar insatisfecho. **(Ver Tabla No. 8 Usuario Externo).**

Al cruzar la variable satisfacción y trato del personal se puede observar que el 29.3 expresaron en su totalidad haber sido atendidos con calidez humana, calificando el trato del personal médico en un rango de excelente a bueno.

El 31.2% de usuarios satisfechos calificaron el trato del personal médico en un rango de muy bueno a bueno para un 27.7% y solo un 3.2% lo calificó de regular. **(Ver Tabla No. 8 Usuario Externo).**

En relación al 39.2% de usuarios insatisfechos calificaron el trato del personal médico de regular para un 23.2%; el 11% lo calificaron como malo y solamente el 4.8% lo calificó de bueno. **(Ver Tabla No. 8 Usuario Externo).**

#### -SATISFACCION SEGÚN TIPO DE PERSONAL Y PERSONIFICACION DE LA ATENCION

Los datos estadísticos demuestran que el 29.3% de usuarios muy satisfechos fueron atendidos en su mayoría por médicos especialistas para un 20% y solamente el 9.3% por médicos generales, igualmente se observa que el 27.7% fueron llamados por su nombre.

Por otro lado se puede observar que el 31.02% de pacientes satisfechos fueron atendidos en su mayoría por médicos generales para un 15.1%, el 12.2% por médicos especialistas y solamente el 3.6% por médicos internos.

En relación al **39.5% de pacientes insatisfechos la mayoría fueron atendidos por médicos internos 31.3% y solamente el 8.2% por médicos generales, al mismo tiempo se puede observar que el 38.2% no fue llamado por su nombre (Ver tabla No. 9 Usuario Externo).**

#### -SEGÚN OCUPACION SENTIRSE ESCUCHADO Y PORQUE

Los datos estadísticos demuestran que de 245 usuarios externos encuestados **el 54.6% se refirió sentirse escuchado de los cuales 27.8% eran obreros y refirieron sentirse escuchados porque recibieron trato cortes en un 19.1% y atención inmediata en un 8.5%.** En segundo lugar están los comerciantes con un 12.6% y refirieron sentirse escuchados por haber recibido trato cortes en un 11% y el 1.6% refirió haber sido atendido por su médico de cabecera. En tercer lugar están los técnicos, con un 10.2% los cuales expresaron sentirse escuchados por que recibieron trato cortes en un en un 6.9% y atención inmediata en un 3.2%. Finalmente están los profesionales con un 4.08% de los cuales el 2.8% expresó recibir trato

cortés y el 1.2% atención inmediata. **(Ver Tabla No. 10 usuarios externos)**

Los datos estadísticos demuestran que **el 45% de los usuarios externos encuestados refirieron sentirse no escuchados, en su mayoría comerciantes, con un 21.6% , obreros 11.8%**, profesionales con un 7.3% y solamente 4.4% eran técnicos; **al mismo tiempo se puede observar que el 26.5% recibió mala atención y el 18.7% no precisó el porque. (Ver Tabla No. 10 Usuario externo)**

-Según Ocupación Privacidad e Higiene

De acuerdo a datos estadísticos el **71.8% de los usuarios externos refirieron que sí existe privacidad en su mayoría Obreros para un 35.5% seguido de Comerciantes para un 27.7%**, Profesionales con un 4.4% y Técnicos para un 4.08%; al mismo tiempo se puede observar que el 28.16% expresaron que no había privacidad, en su mayoría técnicos con un 10.6 , profesionales con un 6.9% , Comerciantes con un 6.5% y obreros solamente con un 4%. **(Ver Tabla No. 11 Usuario Externo)**

En relación a la higiene se puede observar que **66.5% expresó que sí existe higiene en su mayoría obreros con un 32.6% y comerciantes con un 30.2%**; al mismo tiempo se puede observar que el **33.4% expresó que no había higiene**, en su mayoría técnicos con un 12.2% y profesionales con un 10.2% **(Ver Tabla No. 11 Usuarios Externos)**

-Según Ocupación, Calidad y Calidez Médica

Los datos estadísticos demuestran que de 245 usuarios externos encuestados en relación a la calidad médica la calificaron como buena en un 32.6% en su mayoría obrero con un 17.5%; en segundo lugar el 27.7%



opinó que era muy buena en su mayoría comerciante con un 15.9%; en tercer lugar el 15.9% expresó que era regular en su mayoría obrero con 8.5%; en cuarto lugar el 16.7% la calificó de mala en su mayoría obrero solamente un 6.9% de excelente en su mayoría comerciante.

En relación a la calidez médica, el 44.4% de los usuarios externos expresaron que era muy buena, siendo en su mayoría comerciante con un 17.5% y obreros con un 15.1%. En segundo lugar se observa que el 26.5% la calificó de buena en su mayoría obreros con 13.4% y comerciantes 6.12%. En tercer lugar el 17% la calificó de regular en su mayoría comerciantes con 8.9% y obreros con 6.12%. En cuatro lugar el 10.2% la calificó de mala en su mayoría obreros con 4.8 % y profesionales con 2.8%.

De forma general los datos estadísticos demuestran un **68.2% de opinión favorable en relación a la calidad médica y 72.5% de opinión favorable en relación a la calidez médica del servicio de emergencia. (Ver Tabla No. 12 Usuario Externo).**

## B- USUARIOS INTERNOS

Los usuarios internos lo constituyen el total de trabajadores (63) que laboran en el servicio de Emergencia del hospital "Amistad Japón Nicaragua" los datos Estadísticos reflejan los siguientes resultados :

### DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN EDAD

#### USUARIO INTERNO

EDAD	FREC.	FR.	FR. %	MC.	FA.	F.A.R.%	LR
21-30	12	0.19	19%	25.5	12	19%	20.5 – 30.5
31-40	38	0.60	60%	35.5	50	79%	30.5 – 40.5
40 – MÁS	13	0.21	21%	44.5	63	100%	40.5 MAS

La presente tabla refleja que el 60% de los trabajadores del HAJN en el servicio de Emergencia sus edades oscilan entre 31-40 años seguido el grupo etéreo de 40 años y mas con 21% y solamente el 19% tienen edades entre 21 y 30 años.

### DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN OCUPACION USUARIO INTERNO

Ocupación	FREC.	FR.	FR %
Obrero (limpieza)	6	0.095	9.5 %
Técnicos	23	0.37	37%
Enf. Auxiliares	9	0.14	14%
Enf. Prof.	6	0.095	9.5%
Médicos Generales	12	0.19	19 %
Médicos de Base	3	0.05	5 %
Médicos Internos	4	0.06	6 %

Vemos que **este servicio tiene más trabajadores técnicos con un 37%** conformado por los Técnicos de Laboratorios y Rayos

La proporción total del área de **enfermería (Auxiliares, Enfermeras Profesional) es de 0.24; que equivale a 24%.**

**El 30% lo compone el personal médico y un 9% trabajadores de limpieza.**

Analizando conjuntamente las variables ocupación y edad se observa que **el 60% del personal sus edades oscilan entre 31 y 40 años, en su mayoría técnicos con 17.4% seguido de médicos generales con 19%, obreros con 9.5% Auxiliares con 7.9% y enfermeras con 6.3%**

En segundo lugar el 20.6% de los trabajadores tienen edades de 40 años y mas en su mayoría técnicos con 9.5% médicos de base con 4.7% auxiliares y enfermeras con 3.17% respectivamente.

Finalmente se observa que el 19% del personal sus edades oscilan entre 29 y 30 años en su mayoría técnicos con 9.52%, médicos internos con 6.3% y Auxiliares con 3.17% **(Ver Tabla No. 1 Usuarios Internos)**

## **SEGÚN OCUPACION, SEXO Y PROCEDENCIA**

**Los datos estadísticos demuestran que de 63 usuarios internos encuestados el 68.2% son del sexo femenino y el 57.1% proceden fuera de la cabecera departamental.**

A su vez se puede observar que el 36.5% son técnicos en mayoría del sexo femenino 31.7% de las cuales el 25.3% viven fuera de la cabecera departamental.

En segundo lugar se observa que el 19% de los usuarios internos son Médicos Generales, la mayoría del sexo masculino para un 12.6%, de estos el

11.11% habitan en la Cabecera Departamental de Granada; en tercer lugar se observa que el 14.2% son auxiliares de enfermería en su totalidad del sexo femenino y en su mayoría 11.1% viven fuera de Granada.

En cuarto lugar el 9.5% son Enfermeras Profesionales, todas del sexo femenino y en su mayoría 6.34% proceden fuera de la cabecera departamental.

En quinto lugar, el 9.5% son obreros en su mayoría del sexo masculino 6.3% y en su totalidad viven en la ciudad de Granada.

En sexto lugar se puede observar que el 6.3% (4) son Médicos Internos, con igual porcentaje tanto del sexo masculino como femenino y en su totalidad viven fuera de Granada.

Finalmente se encuentran los Médicos de Base con un 4.7% (3) todos del sexo masculino y procedentes de la ciudad de Granada . **(Ver Tabla No. 2 Usuario Interno).**

#### SEGÚN OCUPACIÓN Y ESTADO CIVIL.

Al cruzar la variable ocupación y estado civil se puede observar que el **36.5% del personal está casado en su mayoría médicos generales con un 15.8% y técnicos con un 9.5%.**

En segundo lugar está la unión libre con 33.3% en su mayoría técnicos con 17.4% .

En tercer lugar están los solteros con 28.5% en su mayoría Técnicos con 7.9% y médicos internos con 6.3%.

Finalmente solo el 1.5% del personal su estado civil es divorciado. **(Ver Tabla No. 3 Usuarios Internos )**

Según Ocupación, Medios de transporte y Accesibilidad Geográfica.

De 63 trabajadores del Servicio de Emergencia se puede observar **que 39.6% tardó mas de 60 minutos para llegar al hospital**, en su mayoría **técnicos con un 20.6%, auxiliares con 7.9% obreros con 6.3% y Enfermeras con 4.7%** al mismo tiempo se observa que el **36.5% utilizaron bus** para trasladarse a su centro de trabajo.

En segundo lugar el 28.5% demoró de 31 a 45 minutos, siendo en su mayoría médicos generales con un 15.8% seguido de médicos internos con un 6.3% ambos utilizaron taxi como medio de transporte.

También se observa que el 23.8% demoró de 46 a 60 minutos en su mayoría técnicos con 15.8% seguido de las enfermeras con 3.17% las cuales también utilizaron bus como medio de transporte.

Finalmente se evidencia que el 7.9% tardan de 16 a 30 minutos para llegar al hospital en su mayoría médicos de base 4.7% y médicos generales 3.1%, ambos utilizaron vehículo propio como medio de transporte (**Ver Tabla No. 4 Usuario Interno**).

#### SATISFACCION SEGÚN OCUPACION E INGRESOS

De 63 trabajadores de Emergencia entrevistados, los datos estadísticos demuestran que el 44.4% expresó sentirse satisfecho en su mayoría médicos generales con un 19.% cuyos salario oscila entre C\$ 3,001.00 a C\$4000.00; seguido de Técnicos con un 15.8% y enfermeras profesionales con 9.5% con salarios de C\$ 2,001.00 a C\$ 3,000.00.

Por otro lado el 28.5% expresó sentirse poco satisfecho en su mayoría técnico con un 26.9% con salario de C\$ 1.001.00 a C\$ 2,000.00 seguido de obreros con un 1.5% cuyos salarios son menores a C\$ 1,000.00.

El 19% de los usuarios internos expresaron sentirse nada satisfechos en su mayoría auxiliares de enfermería con un 14.2% con salarios de C\$ 1,001.00 a C\$ 2,000.00 córdobas y obreros con 4.7% con salarios menores de C\$ 1,000.00

Solamente el 4.7% expresaron sentirse muy satisfechos, siendo todos médicos de base con un salario mayor de C\$ 4,000.00 .

Finalmente se encuentran un 3.17% que no precisaron en su totalidad obreros con salarios menores a C\$ 1,000.00 (**Ver Tabla No. 5 Usuarios Internos**)

#### SATISFACCION SEGÚN ANTIGÜEDAD Y RECONOCIMIENTO LABORAL

Los datos estadísticos reflejan que **44.4% de los trabajadores expresaron sentirse satisfechos en su mayoría 30.1%** tienen de uno a cinco años de estar laborando y el 6.3% de 6 a 10 años, solamente el 7.9% tienen mas de diez años de estar laborando. Al mismo tiempo se puede observar que del grupo en mención 44.4% el **28.5% expresó haber recibido alguna vez reconocimiento laboral, el 9.5%** lo recibió frecuentemente y solamente el 6.3% expresaron que nunca habían recibido reconocimiento laboral.

Por otro lado se observa que **el 28.5% expresó sentirse poco satisfecho en su mayoría 11.1% tienen mas de 10 años de laborar, el 7.9% de 6 a 10 años y el 6.3% menos de un 1 año.**

Dentro del grupo en mención el 28.5% se observa que la mayoría el **25.3% expresaron que nunca recibieron reconocimiento laboral** y solamente de 3.17% si recibieron reconocimiento laboral alguna vez.

Cabe señalar que el 19% refirieron sentirse nada satisfechos, en su mayoría 7.9% tienen mas de 10 años de laborar y solamente el 4.7% de 6 a 10 años.

Es importante señalar que del grupo antes mencionado 19%, el 17.4% expresaron que nunca habían recibido reconocimiento laboral y solamente el 1.5% recibió reconocimiento laboral alguna vez.

Igualmente se puede observar que el 4.7% expresaron sentirse muy satisfechos, teniendo todos de 1 a 5 años de laborar, del grupo en mención el 3.17% expresaron haber recibido algunas veces reconocimientos laborales y el 1.5% recibió reconocimiento laboral frecuentemente.

El 3.17% no precisaron y tenían menos de 1 año de laborar en esta institución, además expresaron nunca habían recibido reconocimiento laboral **(Ver Tabla No. 6 Usuarios Internos)**

#### SATISFACCION SEGÚN OCUPACION, PRIVACIDAD E HIGIENE

De 63 trabajadores entrevistados, el **57% expresó que si había privacidad, siendo en su mayoría técnicos con un 31.7%** seguido de las Auxiliares de Enfermería con 9.5% .

El **42.8% opinaron que no había privacidad en el Servicio**, en su mayoría médicos generales 12.6% seguido de las Enfermeras con 6.3% y los médicos de base con 4.7%

Por otro lado se observa que el 62.% de los usuarios internos expresaron que sí existe higiene en el servicio en su mayoría técnicos con 33.3%, Auxiliares de Enfermería con 11.1% y Obreros con 9.5%

Los datos demuestran por otro lado que el 38% refirió que no hay higiene en su mayoría médicos generales con 11.2%, seguido de enfermeras con 7.9% y los médicos de base e Internos con 4.7% respectivamente. **(Ver Tabla No. 7 Usuarios Internos)**

#### SEGÚN OCUPACION Y PRINCIPALES PROBLEMAS QUE AFECTAN SU DESEMPEÑO LABORAL

Los datos estadísticos reflejan que de 63 usuarios internos entrevistados a relación de problemas que afectan el desempeño laboral, el 44.4% refirieron

problemas salariales, siendo en su mayoría técnicos 19% seguido de Auxiliares de Enfermería con 7.9% , obreros con 6.3%

Por otro lado el 39.6% expresó que el transporte es el problema principal, que está afectando su desempeño laboral siendo en su mayoría Médicos Generales con 15.5% seguidos de Técnicos con 11.1%, Auxiliares de Enfermería con 4.7%, Obreros y Médicos Internos ambos 3.17%.

También se observa que el 9.5% de los Usuarios Internos expresaron que su principal problema eran los turnos vespertinos en su mayoría, Médicos de Base y Auxiliares de Enfermería ambos con 4.7%

Solamente el 6.3% expresaron problemas de comunicación, en su mayoría Enfermeras con 3.17% , Auxiliares de Enfermería y Técnicos ambos con 1.58% (Ver Anexo tabla No. 9 Usuarios Internos)

De acuerdo a datos estadísticos de nuestro estudio, podemos afirmar que el salario y el transporte son los dos principales problemas que más afectan el desempeño laboral, sobre todo los trabajadores que tienen salarios más bajos, como son los obreros y Auxiliares de Enfermería respectivamente.

Los datos estadísticos de nuestro estudio, se relacionan con el estudio "Calidad percibida por el Usuario y el trabajador de la salud en el Primer Nivel de Atención" donde se refleja que la variable comunicación entre el personal de salud de Silais Granada, el 50% expresó satisfacción con la comunicación de la Administración y Dirección, igualmente evidencia que solamente el 10% de los trabajadores están satisfechos con su salario es decir un grado de insatisfacción mayor que el encontrado en nuestro estudio.



## SEGÚN OCUPACION Y NECESIDADES LABORALES .

Del total de usuarios internos entrevistados del servicio de Emergencia, el 60.3% expresaron que la Capacitación era su necesidad laboral dentro de los que destacan, los Técnicos con un 20.63%, seguido de Auxiliares de Enfermería y Médicos Generales, ambos con 12.69%, las Enfermeras Profesionales y Médicos Internos con un 6.34% respectivamente y Médicos de Base con un 1.5%.

Por otro lado el 33.3 de los Usuarios Internos (Trabajadores refirió que sus necesidades laborales era el mobiliario, en su mayoría Técnicos con un 15.3%, seguidos de obreros con un 9.52%, Enfermeras Profesionales y Médico Internos con 6.3% respectivamente, los Técnicos con 4.7% y Médicos de Base con 1.5%.

Por otro lado se puede observar que el 46% expresó que su necesidad laboral era mobiliario, dentro de los que destacan los Técnicos con un 31.7% seguidos de obreros con 9.5%, Enfermeras Profesionales con 3.17% y Auxiliares de Enfermería con 1.58%.

Solamente el 6.3% expresó que su necesidad laboral eran los Equipos Médicos, dentro de los que se encuentran Médicos Generales y Médicos de Base con 3.17% respectivamente.

De forma general se puede afirmar que las necesidades laborales de los Usuarios Internos de la Sala de Emergencia, van a estar determinadas por su nivel y desarrollo científico Técnico.

Los datos estadísticos de nuestro trabajo guardan relación con el estudio "Calidad percibida por el usuario y el trabajador de la salud en el Primer Nivel de Atención", en el Silais Granada, en el año 1996, donde refleja que el 25% de los trabajadores expresaron la capacitación como una necesidad laboral, igualmente reflejan los datos del estudio en mención, que dentro de

las condiciones para atender al usuario, se encuentra el Equipo necesario con un 20%, reflejando esto una insatisfacción o necesidad laboral

El resto de estudios no tomó en consideración estas variables.

## **VI. DISCUSION DE LOS RESULTADOS**

### **A- USUARIOS EXTERNOS**

El total de Usuarios Externos encuestados fue de 245 obteniéndose los siguientes resultados :

#### **A.1. SEGÚN GRUPO ETAREO , NUMERO DE HIJOS Y ESTADO CIVIL**

El grupo etáreo que más demandó los servicios médicos de Emergencia fueron los **menores de 10 años para un 33%, seguido del grupo de 40 años y más con 22.8%** y en tercer lugar se encuentran el grupo de 10 a 19 años para un 21% (**Ver Tabla No.1 Usuarios Ext.**).

Se observa que **el 42.85% no han procreado hijos**, en segundo lugar 31.4% tienen de 3 a 5 hijos y el 12.2% tienen menos de tres hijos (**Ver Tabla No. 1 Usuarios Ext.**).

Estos resultados guardan relación con la muestra tomada en nuestro estudio donde **el 33% de los usuarios son menores de 10 años**, igualmente con el grupo etáreo de 10 a 19 años para un 21.2% donde no todos están aptos para concebir hijos.

Este fenómeno refleja que los grupos etáreo más vulnerables de sufrir procesos mórbidos son los extremos de la vida, debido a sus condiciones fisiológicas y socioeconómicas. Este dato guarda relación con el estudio realizado sobre satisfacción del Usuario en 6 hospitales de Managua en el año 1995. Además guarda relación con el estudio de demanda de servicios de salud, realizado por la M.S.H. en 1995, que de acuerdo a resultados el 43% de la población estudiada era menor de 15 años.

**El estado civil que mayor demanda de servicios realizó fueron los solteros para un 50.2%, seguido de la unión libre para un 31.4% y los casados con un 14.69% (Ver Tabla No. 1 Usuarios Externos)**

Estos datos guardan relación con los usuarios son menores de 10 años y el 21.2% son adolescentes de 10 a 19 años, donde predomina la soltería y las relaciones sexuales informales.

#### A.2. SEGÚN SEXO, OCUPACION Y PROCEDENCIA

**El sexo femenino demostró ser el mayor usuario de los servicios médicos de Emergencia para un 60.8% , siendo en su mayoría obreras para un 33.06%, seguida de comerciantes 14.59% (Ver Tabla No. 2 Usuario Externo).**

Este resultado demuestra que tradicionalmente son las mujeres las que mayor uso hacen de los servicios de salud y además está comprobado estadísticamente que existe más población femenina que masculina.

Este dato guarda relación con el estudio "Encuesta de Satisfacción del Usuario en los Servicios de Emergencia y Consulta Externa", de 6 Hospitales de Managua, realizados en 1994, donde refleja que el sexo femenino demostró ser el mayor usuario de los servicios de salud 62.6%.

El estudio realizado por la M.S.H. en 1995, toma en consideración variables de carácter socio económicos pero no realiza análisis de cómo estas variables inciden en la satisfacción del usuario.

Procedencia, **el 69.79% proceden de la cabecera departamental** y el 30.2% pertenecen al área rural **(Ver Tabla No.2 Usuarios Ext.)**

Esto refleja que los usuarios del área urbana, tienen mayor acceso a los servicios de Emergencia del Hospital y guarda relación con el estudio "Opinión de los Usuarios acerca de la atención recibida en el servicio de

Emergencia del Hospital Alemán Nicaragüense de Managua”, donde la procedencia estuvo dominada por el área urbana 83% que solicitó los servicios de emergencia.

Igualmente guarda relación con el estudio realizado M.S.H. que demuestra que el mayor porcentaje de los que demandan servicios de salud (82.%) son del área urbana.

### A.3 SEGÚN SEXO Y EMPLEO

Se puede observar que **el 55.1% está desempleado siendo en su mayoría del sexo masculino con un 29.3%**, igualmente se observa que del 44.89 que tienen empleo, la mayoría son mujeres 35.1% **(Ver Tabla No. 3 Usuario Ext.)**

Estos datos demuestran el alto índice de desempleo que existe a nivel del país en un 60%. Es importante mencionar que el sexo femenino tienen mayores probabilidades de encontrar empleo.

### A.4. SEGÚN ESCOLARIDAD E INGRESO

**El 32.2% de los usuarios externos son analfabetos en su mayoría con salarios menores de 500.00 córdobas con un 26.5%.** En segundo lugar se puede observar que **el 28.26% no concluyeron estudios primarios** en su mayoría con **salarios menores de 500 córdobas el 19.5%.**

**El 9.79% concluyeron estudios secundaria en su mayoría con salarios de 1000.00 a 1,500.00 córdobas para un (2.4%)**

**El 11.41% concluyeron estudios universitarios en su mayoría con salarios de 2,000.00 córdobas y más 5.7% (Ver Tabla # 4 Usuarios Ext.)**

Esto demuestran que los pacientes que más demandan los servicios de emergencia son personal de bajos ingresos económicos y baja escolaridad, esto podría explicarse por que no pueden tener accesibilidad a los servicios privados y por otro lado el hecho de no poder adquirir la canasta básica, los lleva a un déficit nutricional, los que los hace mas propensos a los procesos mórbidos.

Estos datos guardan relación con los datos obtenidos por la M.S.H. que revela que el 73% vive en pobreza y el 52% en extrema pobreza.

Los otros estudios no toman en consideración esta variable.

#### A.5. SEGÚN ACCESIBILIDAD GEOGRAFIA Y MEDIOS DE TRANSPORTE

**El 42.85% tarda de 31 a 45 minutos para trasladarse de su casa al Hospital, en su mayoría comerciantes 32.6%**

En segundo lugar **31.83% tarda más de 1 hora para llegar al Hospital siendo en su mayoría obreros 25.7%**

En tercer lugar, **el 8.16% tarda de 16 a 30 minutos siendo en su mayoría obreros 29.7%**

**El 39.13% utilizó taxi, siendo en su mayoría comerciantes 27.7% y profesionales 8.16%**

**El 12.65% se trasladó al Hospital a pie en su mayoría obreros 7.3% (Ver abla No. 5 Usuario Ext.)**

La accesibilidad geográfica hacia el Hospital va a estar determinada por el medio de transporte utilizado, y la ocupación del usuario o ingresos económicos.

Estos datos guardan relación con el estudio realizado por la M.S.H. sobre demanda de servicios donde los obstáculos vinculados con el acceso (transporte y dinero) representan entre 17.7% (otros urbanos) y 27% (rural) de las razones de no solicitar consulta, al mismo tiempo refiere el estudio que el tiempo promedio de transportarse mayor de 1 hora.

#### A.6 SEGÚN OCUPACION, REFERENCIA Y MOTIVO DE CONSULTA

**El 74.69% se presentó espontáneamente a solicitar los servicios de emergencia.** En su mayoría comerciantes para un 30.2% y obreros 34.4%.

Solamente **el 25.3% fueron referidos del Primer Nivel de Atención** en su mayoría obreros 15.1%

En relación al motivo de consulta el **68.16% estaban afectados por enfermedades prevenibles**, por otros medios que nos fueran (vacunas, higiene y educación sanitaria) y solamente el **26.12% consultaron por enfermedad que requerían atención especializada. (Ver tabla No. 6 Usuario Ext.)**

Es evidente que de acuerdo a la cultura general de los usuarios externos, sienten mayor preferencia hacia los servicios del Hospital, debido al mayor nivel resolutivo que existe dentro de la misma unidad, por otro lado pensamos que falta desarrollar un poco más la labor preventiva en el Primer Nivel de Atención.

Esto guarda relación con estudio de la M.S.H. que refiere que el 68.6% de los hospitales se hacen por autoreferencia.

#### A.7. SEGÚN GRADO DE SATISFACCION POR SEXO Y TIEMPO DE ESPERA

Se observa un total de **60.3% de opinión favorable** donde el 31.02% expresaron estar satisfechos, siendo en su mayoría varones para un **16.3% con un tiempo de espera menor de 30 minutos** para un 20.4%, segundo lugar el 29.3% expresaron sentirse muy satisfechos, en su mayoría varones **18.70% con tiempo de espera menor de 30 para un 24.4% (Ver tabla #7 Usuario Ext.)**

Se observa que el total de **opiniones no favorables fue un total de 39.2%** donde el 17.9% no precisaron el grado de insatisfacción en su mayoría sexo femenino con un tiempo de espera mayor de 90´ para un 13.8%. En segundo lugar el 20% refirieron sentirse poco satisfechos, siendo en su mayoría mujeres para un 16.7% con un tiempo de espera entre 60 y 90 para un 17.5%

El 1.6% expresó insatisfacción total, siendo en su totalidad femeninas que esperaron más de 90 minutos para ser atendidas.

La satisfacción del usuario va a estar determinada por el tiempo de espera, y un segundo lugar también por el sexo debido a que la mujer es más susceptible que el hombre.

En la encuesta de satisfacción de los usuarios del servicio de Emergencia de 6 hospitales de Managua el tiempo de espera de los pacientes que asistieron a esa unidad vario desde un rango de atención inmediata con 28.9% hasta tiempos de espera prolongadas de 5 ½ horas. El 13% esperaron **30´ y el 12.3% 5´**.

El estudio de la M.SH reporta un grado de satisfacción real del 75% a nivel de los hospitales primarios.



#### A.8. SATISFACCIÓN DEL USUARIO SEGÚN SUMINISTRO DE MEDICAMENTO Y TRATO DE PERSONAL MÉDICO

Se puede observar que de los pacientes que demandaron servicios a la Sala de Emergencia se les suministró **algún tipo de medicamentos al 60.8% de los cuales el 50.1% expresaron estar satisfechos o muy satisfechos.**

Se puede ver que el **39.5% no se les suministró ningún tipo de tratamiento**, quienes expresaron en su mayoría (28.9% no estar satisfechos)

También se puede observar que el 29.3% de usuarios muy satisfechos expresaron en su totalidad haber sido atendidos con calidez humana de parte del personal médico.

El 31.2% de usuarios satisfechos calificaron el trato del personal médico en un rango de excelente a bueno para un 27.7% y sólo un 3.2.% lo calificó de regular.

Igualmente se puede observar que el 39.5% de usuarios insatisfechos el 23.2% calificaron el trato del personal como regular, el 11% lo calificaron como malo y solamente 4.89% calificó como buena.

La satisfacción del usuario en el servicio de Emergencia va a estar determinada principalmente por la calidez humana que brinde el personal médico por otro lado también la va a determinar el suministro de medicamentos para la solución de su problema del usuario estaba relacionada con la adquisición de medicamentos.

También guarda relación con el estudio realizado en Julio 1996 sobre la calidad percibida por el usuario de trabajador de la salud en el Primer Nivel de Atención, donde el 70% de los usuarios refieren que los más importantes para la atención médica es que el personal sea amable y el 14% expresó

que la satisfacción iba a estar determinada por la adquisición de la medicina (pagina No. 33)

#### A.9. SATISFACCION SEGÚN TIPO DE PERSONAL MEDICO Y PERSONIFICACION DE LA ATENCION

De acuerdo a los datos estadísticos se observa que del 29.3% de usuarios muy satisfechos, el 20% fueron atendidos por médicos especialistas y el 7.7% fueron llamados por su nombre por otro lado el 31.02% de pacientes satisfechos fueron atendidos en su mayoría por Médico General 15.1% y el 8.5% fueron llamados por su nombre durante la atención.

En relación al **39.5% de pacientes insatisfechos**, la mayoría fueron atendidos **por médicos Internos 31.3%** y **Médicos Generales 8.2%**. Cabe mencionar que el 38.2% no fue llamado por su nombre.

#### A.10. SEGÚN OCUPACION, EL SENTIRSE ESCUCHADO Y PORQUE?

De acuerdo a datos estadísticos se observa que de 245 pacientes (usuarios externos) El **54.69% refirió sentirse escuchado**, de los cuales el 27.8% eran obreros y refirieron sentirse escuchados por que recibieron trato cortés en un 19.1% y atención inmediata en un 8.5% En segundo lugar están los comerciantes con el 12.65% y refirieron sentirse escuchados por haber recibido trato cortés en un 11.0% y el 1.63% refirió haber sido atendido por su médico de cabecera. En tercer lugar están los técnicos, con un 10.2% los cuales expresaron sentirse escuchados debido a que el 6.9% recibió trato cortés y el 3.26% atención inmediata. Finalmente están los profesionales con un 4.08% los cuales expresaron sentirse

escuchados, debido a que el 2.85% recibió trato cortés y el 1.22% recibió atención inmediata **(Ver tabla # 10 Usuario Ext.)**

Se puede observar que **el 45% de los usuarios externos refirieron sentirse no escuchados.**

Ocupando el Primer lugar los comerciantes con un 21.6% de los cuales el 13.4% refirió ser mal atendido y el 8.16% no precisó el porque.

En segundo lugar están los obreros con un 11.8%, de los que el 6.12% no precisó el por que y el 5.7% expresó mala atención.

En tercer lugar están los profesionales con un 7.34% de los cuales 4.8% expresaron haber sido mal atendidos y el 2.44% no precisaron.

Finalmente están los técnicos con un 4.48% de estos el 2.4% refirió mala atención y el 2% no precisó el porque **(Ver tabla # 10 Usuario Ext.)**

Es evidente de acuerdo a los datos aquí expuestos, que al ser escuchados, para los usuarios externos satisfechos, va a estar determinada en gran parte por el trato cortés del personal médico y la atención inmediata que se le brinde independientemente de al ocupación que se tenga.

Al revisar los estudios con los que estamos comparando nuestro trabajo, evidenciamos que ninguno tomó en cuenta las variables en mención.

#### A.11. CALIFICACION DEL SERVICIO DE EMERGENCIA SEGÚN OCUPACION, PRIVACIDAD E HIGIENE

De acuerdo a datos estadísticos se observa que de 245 pacientes **el 71.8% (176) refirieron que si existe privacidad**, en su mayoría obreros para un 35.5% (87), seguido de los comerciantes con un 27.7%

(68) y un tercer lugar los profesionales con 4.48% (11) y Técnicos con 4.08% (10).

Se observa que el **28.16% (69)** expresaron que no existía privacidad, en su mayoría técnicos con 10.6% (26) seguidos de los profesionales con 6.8% (17), en tercer lugar están los comerciantes con 6.5% (16) y finalmente los obreros con un 4.08% (10) (**Ver Tabla No. 11 Usuarios Externos**)

En relación a la higiene se puede observar que el **66.5% (163)** expresaron que si hay higiene en el Servicio de Emergencia, siendo en su mayoría obreros para un 32.6% (80), seguido de los comerciantes con un 30.2% (74), tercer lugar están los técnicos con un 2.44% (6). Finalmente se encuentran los profesionales con 1.22% (3).

Se observa que el 33.4% (82) expresaron no había higiene en la Sala de Emergencia, siendo en su mayoría técnicos para un 12.2% (30) seguido de los profesionales con un 10.2% (25) en tercer lugar están los obreros con un 6.9% (17) por último se encuentran los comerciantes con un 4.08% (10) (**Ver Tabla No. 11 Usuario Externo**)

Es evidente que la calificación en relación a la privacidad e higiene del usuario externo en cualquiera de los servicios hospitalarios, incluyendo el de Emergencia, va a estar determinada por la ocupación o preparación académica de los usuarios.

#### A.12. SEGÚN OCUPACION, CALIFICACION DE EMERGENCIA Y CALIDEZ MEDICA

De acuerdo a los datos estadísticos se observa que el 32.65% calificó al Servicio como bueno, el 27.75% expresaron que el servicio era muy bueno

y el 6.9% excelente, para un total de opinión favorable de 67.3% . Así mismo el 15.91% lo calificó como regular y el 16.7% como malo, para un total de opinión desfavorable.

En relación a la Calidez Médica los datos estadísticos muestran que el 44.48% expresó que la Calidez Médica era muy buena, el 26.53% dijo que era buena y solamente el 1.63% la calificó de excelente, para un total de opinión favorable de 72.64%. También se puede observar que el 17.14% expresaron la calidez médica como regular y el 10.2% como mala.**(Ver Tabla No. 12 Usuarios Externos)**

De manera general se puede afirmar que a pesar de existir un porcentaje elevado de aceptación en relación a la calidad del servicio de emergencia y la calidez médica, todavía persiste un porcentaje de opinión desfavorable relacionada a la calidad del servicio de Emergencia relacionada con una serie de factores que ya han sido discutidos en el presente estudio.

## **B- USUARIOS INTERNOS**

El total de Usuarios Internos encuestados fue de 63 trabajadores del Servicio de Emergencia del Hospital Amistad Japón-Nicaragua obteniéndose los siguientes resultados :

### **B.1 SEGÚN EDAD, OCUPACION**

Según se puede observar los datos estadísticos reflejan que de 63 usuarios internos entrevistados de acuerdo a edad y ocupación, **el 60% (38) oscilan entre las edades de 31 – 40 años**, en su mayoría Médicos Generales para un 19% (12) seguidos de Técnicos con un 17.46% (11), en tercer lugar están los obreros con **un 9.52% continuando las Auxiliares**

**de Enfermería para un 7.93%** encontrándose finalmente las **Enfermeras Profesionales con un 6.34% (4)**

**El 20.6 % (13) que oscilan entre las edades de 40 años y más, siendo en su mayoría Técnicos para un 9.52% (6), seguido de los Médicos de Base con un 4.7% (3) y un tercer lugar están las Auxiliares de Enfermería y las Enfermeras Profesionales con un 3.17% (2).**

Como puede observarse el 19% están entre las edades de 21 – 30 años siendo en su mayoría técnica, con un 9.52% (6), seguido de los Médicos Internos para un 6-3% (4) finalmente se encuentran las Auxiliares de Enfermería con un 3.17% (2) **(Ver Tabla No. 1 Usuario Int.)**.

De acuerdo a datos aquí presentes, se puede afirmar que el personal del Servicio de Emergencia está en condiciones físicas óptimas para el cumplimiento de sus funciones, igualmente se puede decir que cuenta con personal médico y de enfermería calificado, para responder a las demandas de la población externa.

Este estudio guarda relación con el estudio realizado acerca de la calidad percibida por el usuario y el trabajador de la salud, en el Primer Nivel de Atención, en el Silais de Granada, en el año 1996 cuyos datos reflejan que la edad promedio de los trabajadores de la salud fue de 33.7 años, pero al mismo tiempo vemos que el estudio en mención no incluyó a Médicos Especialistas, ni Médicos internos.

Los estudios restantes con los cuales estamos comparando este trabajo, no considerarán en su estudio al usuario interno.

#### **B.2. SEGÚN SEXO, LUGAR DE PROCEDENCIA, OCUPACION**

Del 100% (63) Usuarios internos encuestados el **68.2% son del sexo femenino y el 57.1% proceden fuera de la cabecera departamental.**

A su vez se puede observar que el **36.5% (23) son Técnicos en su mayoría del sexo femenino 31.7% (20)** de las cuales el **25.3% (16) viven fuera de la cabecera departamental.**

Se observa que el **19% (12) de los usuarios internos son Médicos Generales**, la mayoría del sexo masculino para un **12.6% (8)** de estos el **11.11% habitan en la Cabecera Departamental de Granada**, además los datos evidencian que el **14.2% (9) son auxiliares de enfermería, todas del sexo femenino** y en su mayoría **11.1% (7) viven fuera de Granada.**

Igualmente podemos observar que el **9.5% son Enfermeras Profesionales, todas del sexo femenino de las cuales la mayoría viven fuera de la cabecera departamental para un 6.34%.** Los obreros al igual que las Enfermeras tienen un porcentaje de **9.5%** y en su totalidad habitan en la ciudad de Granada .

Podemos ver que los datos reflejan que el **6.3% (4) son Médicos Internos**, con igual porcentaje tanto del sexo masculino como femenino y en su totalidad viven fuera de Granada.

Finalmente se encuentran los **Médicos de Base con un 4.7% (3) todos del sexo masculino y procedentes de la ciudad de Granada (Ver Tabla No. 2 Usuarios Internos)**

De forma general se puede afirmar que la procedencia va a estar determinada por la ocupación y esta a su vez, por el sexo, además podemos decir que hay datos que guardan relación con el **perfil sociodemográfico del Hospital Amistad Japón – Nicaragua, donde la mayoría son del sexo femenino 60% y un 70% viven fuera de la ciudad de Granada.**

También guarda relación con el estudio Calidad, percibida por el usuario y los trabajadores de la salud en el Primer Nivel de Atención, realizado en el

año de 1996, en el Silais, Granada donde se refleja que el 80% de los trabajadores eran mujeres.

Igualmente los datos de nuestro estudio, guardan relación con la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud realizada en 1998, donde se describe **que el 48.3% la población es del sexo masculino y el 52% son del sexo femenino**, en relación a la procedencia contrasta con nuestro estudio, ya que **el 61% reside en la zona urbana de Granada y el 39% en la zona rural.**

En relación a la ocupación, el estudio revela que **el 23.2% de la población femenina de Granada, son Técnicos o Profesionales**, pero no especifica el tipo de Profesión.

### B.3. USUARIO INTERNO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA, SEGÚN OCUPACIÓN Y ESTADO CIVIL.

Del 100% (63) usuarios también del servicio de Emergencia el **36.5% (23) son casados, en su mayoría Médicos Generales con un 15.8% (10), seguido de los Técnicos con un 9.5% (6)** continuando los Médicos de Base para un 4.7% (3), encontrándose finalmente las Auxiliares de Enfermería y Enfermeras Profesionales con un 3.1% (2).

Los datos reflejan que **el 33.3% (21) tienen unión libre, destacándose los Técnicos con un 17.4%**, seguida de las Auxiliares de Enfermería con un 6.3% (4), concluyendo las obreras y Enfermeras Profesionales con un 4.7% (3) **(Ver Tabla No. 3 Usuario Int.)**

De acuerdo a datos estadísticos reflejados, se puede afirmar que el estado civil, va a estar determinado por la ocupación, predominando las relaciones formales, dentro de los profesionales con mayor nivel científico técnico.



Cabe mencionar que los estudios con las que estamos comparando nuestro trabajo no tomó en cuenta la variable Ocupación y Estado Civil.

#### B.4. OCUPACIÓN, MEDIO DE TRANSPORTE, ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA.

De 63 trabajadores del Servicio de Emergencia, se puede observar **que el 39.6% (25) tardó más de 60 minutos en llegar al Hospital, en su mayoría técnicos con un 36.5% (23)** los cuales utilizaron bus para su traslado. Por otro lado el **28.5% (18) demoraron de 31 – 45 minutos, siendo en su mayoría los Médicos Generales con un 15.8% (10)**, seguido de los Médicos internos, para un 6.3% (4), utilizando ambos taxi como medio de transporte.

También se observa que **el 23.8% (15) tarda de 46 a 60 minutos, siendo en su mayoría Técnicos con 15.8% (10), seguido de las Enfermeras para un 3.17% (2)**, los cuales utilizan como medio de transporte bus.

Finalmente se evidencia que **el 7.9% (5) tardan de 16 a 30 minutos para llegar al Hospital**, en su mayoría Médicos de Base 4.7% (3) y Médicos Generales 3.17% (2), ambos utilizan carro propio como medio de transporte. **(Ver Tabla No. 4 Usuario Int.)**

Los estudios con los que estamos comparando este trabajo, no consideraron las variables en mención.

#### B.5. GRADO DE SATISFACCIÓN SEGÚN OCUPACIÓN E INGRESOS.

De 63 trabajadores de emergencia entrevistados los datos estadísticos evidenciaron **44.4% expresó sentirse satisfecho, en su mayoría Médicos Generales con un 19% (12) cuyo salario oscila entre**

**3,001.00 a 4,000.00** seguido de los **Técnicos con un 15.8% (10)** y **Enfermeras con 9.5% (6)** con salarios de **2,000.00 a 3,000.00 córdobas.**

**El 28.5% expresó sentirse poco satisfecho, siendo en su mayoría Técnicos con un 20.6% (13)** cuyo salario está entre **1,001.00 a 2,000.00 córdobas.**

Igualmente **obreros con 1.5% (1)** con salario menor de **1,000.00 córdobas.**

También se observa que **el 19% (12)** expresaron sentirse **nada satisfecho, siendo en su mayoría Auxiliares de enfermería con 14.2% (9)** con salarios de **1,001.00 a 2,000.00 córdobas** y **obreros 4.7% (3)** con salarios menores de **1,000.00 córdobas.**

**Solamente el 4.7% (3)** expresaron sentirse **muy satisfechos, todos Médicos de Base, teniendo un salario mayor de 4,000.00 córdobas.**

Finalmente se encuentra un **3.17% (2)** no precisaron en su totalidad obreros con salarios menor de **1,000.00 córdobas (Ver Tabla No. 5 Usuario Int.)**

Afirmamos que la satisfacción del Usuario Interno, va a estar determinado en gran medida por la ocupación e ingresos económicos.

Los datos estadísticos guardan relación con el estudio de calidad percibido por el usuario y el trabajador de al salud, realizado en el año 1996, donde evidencia que el **56%** de los trabajadores expresaron sentirse satisfechos con el trabajo que realizaron, pero contrasta al evidenciar que el solo el **2%** de los trabajadores estaban satisfechos con su salario, ya que nuestro estudio refleja que el **49%** de los usuarios internos de la S.E. Hospital de Amistad Japón – Nicaragua, expresaron sentirse satisfechos con sus ingresos económicos.

El resto de estudios no tomó en consideración estas variables.

#### B.6 SATISFACCION SEGÚN ANTIGÜEDAD Y RECONOCIMIENTO LABORAL.

De 63 trabajadores (U.I.) los datos estadísticos reflejan que **el 44.4% (28) expresaron sentirse satisfechos, en su mayoría 30.1% (19) tienen de 1 a 5 años de estar laborando y el 6.3% (4) de 6 a 10 años, solamente el 7.9% (5) tenían más de 10 años de estar laborando.** Al mismo tiempo se puede observar que del grupo en mención 44.4% (28), **el 28.5% (18) expresó haber recibido alguna vez reconocimiento laboral, y el 9.5% (6) lo recibió frecuentemente y solamente el 6.3% (4) expresaron nunca haber recibido reconocimiento laboral.**

Se observa que **el 28.5% (18) expresó sentirse poco satisfecho** en su mayoría **11.1% (7) tienen más de 10 años,** el 7.9% (5) de 6 a 10 años y el 6.3% (4) menos de 1 año.

Dentro del grupo en mención **28.5% (18), se observa que la mayoría el 25.3% (10) expresaron nunca recibieron reconocimiento laboral y solamente el 3.17% (2) recibieron reconocimiento laboral alguna vez.**

Cabe señalar que **el 19% (12) refirieron sentirse nada satisfechos, en su mayoría 7.9% (5) tienen más de 10 años de laborar y solamente el 4.7% (3) de 6 a 10 años.**

Es importante señalar que del grupo antes mencionado, en su mayoría **17.4% expresaron que nunca habían recibido reconocimiento laboral** y solamente el 1.5% (1) recibió reconocimiento laboral alguna vez.

Igualmente se puede observar que **el 4.7% (3) expresaron sentirse muy satisfechos, teniendo todos de 1 a 5 años. De estos el 3.17% (2) expresaron haber recibido algunas veces reconocimientos laborales** y el 1.5% (1) recibió reconocimiento laboral frecuentemente.

El 3.17% (2) no precisaron y tenían menos de 1 año de labor en esta Institución, además expresaron nunca habían recibido reconocimiento laboral **(Ver Tabla No. 6 Usuario Int.)**

Es obvio de acuerdo a datos aquí presentes existe una relación directa entre satisfacción del usuario interno y el reconocimiento laboral e inversamente proporcional con la antigüedad, a mayor antigüedad, mayor insatisfacción.

Nuestro trabajo guarda relación con el estudio acerca de la calidad percibida por el usuario y el trabajador de la salud en el Primer Nivel de Atención en el año 1996, donde el 58% de los trabajadores consideraron que su trabajo fue valorado de forma insatisfactoria. El restante de estudios no tomaron en consideración, estas variables.

#### B.7. SEGÚN OCUPACIÓN, PRIVACIDAD E HIGIENE.

De 63 trabajadores entrevistados, el **57% expresó que si había privacidad, siendo en su mayoría técnicos con un 31.7% (20)**, seguido de las Auxiliares de Enfermería con 9.5%.

**El 42.8% (27) opinaron que no había privacidad en el servicio, en su mayoría Médicos Generales 12.6% (10) seguido de las Enfermeras con 6.3% (4). Los Médicos de base con 4.7% (3).**

Alrededor de la opinión sobre la higiene del Servicio de Emergencia, los usuarios internos **el 62% (39) expresaron que si existe higiene, en su mayoría técnicos con 33.3% (21) Auxiliares de Enfermería con 11.1% (7) y obreros con un 9.5% (6)** . Los datos demuestran por otro lado que **el 38% (24) refirió que no hay higiene en su mayoría Médicos Generales 11.2% (9)**, seguido de Enfermeras 7.9% (5) y los Médicos de Base e Internos con 4.7% (3) respectivamente. **(Ver Tabla No. 7 Usuario Int.)**

De manera general se puede decir que la opinión de los usuarios internos acerca de la privacidad, e higiene, va estar en dependencia de la ocupación es decir, a mayor nivel intelectual, mayor exigencia alrededor de estas variables.

El estudio sobre la calidad de atención percibida por los usuarios y los trabajadores de la salud, en el Silais Granada en el año 1996, hace nada más referencia acerca de la variable privacidad, como una condición necesaria para atender al usuario sin determinar la existencia o no de la misma a nivel de la calidad de atención de los pacientes de Centro de Salud del Silais, Granada.

#### B.8. SEGÚN OCUPACION, TURNOS CON MAYOR INCIDENCIA DE PROBLEMAS Y PORQUE?

De 63 trabajadores entrevistados del servicio de Emergencia, el **84.1%(53)** expresaron que el turno con mayor incidencia de problemas es el turno de 7 a.m. a 3 p.m. El **15.8% (10)** refirió era el turno 2 p.m. a 10 p.m., ninguno de los entrevistados expresó problemas con el turno 7 p.m. a 7 a.m.

Al revisar el porque de los problemas, el **63.4% (40)** de usuarios internos expresaron que era debido a una mayor demanda de pacientes, lo cual fue manifestado en su mayoría por técnicos con un **20.6% (13)**, seguido de Médicos Generales, **15.8% (10)**, Auxiliares de Enfermería con **11.11% (7)** obreros con 9.5% (6) y Enfermeras Profesionales con 6.34% (4).

Por otro lado el **23.8% (15)** de los usuarios internos opinaron, que la mayor incidencia de problemas en los turnos, se daba por falta de material y medicamentos, opinión vertida en su mayoría por

**técnicos con un 15.87% (10), seguido de los Médicos de Base con un 4.7% (3), Médicos Generales con 3.17% (2).**

Solamente el **12.6% de los usuarios internos refirió que la mayor incidencia de problemas en los turnos se daba por falta de personal, dentro de los que se describen Médicos Internos con un 6.3% (4), Auxiliares de Enfermería y Enfermeras Profesionales, ambos con 3.17% (2) (Ver Tabla No. 8 Usuario Int.)**

De forma general se puede afirmar que la mayor incidencia de problemas por turno en el Servicio de Emergencia va estar determinada por alta demanda de pacientes, falta de materiales y medicamentos y escasez de recursos humanos.

Solamente el estudio calidad percibida por el usuario y trabajadores de la salud, en el Silais Granada, en 1996 refleja que el 70% de los trabajadores, opinó que una de las condiciones necesarias para atender a los pacientes, eran los medicamentos, las variables demanda de pacientes y escasez de Recursos Humanos, no fue tomada en cuenta.

#### **B.9. SEGÚN OCUPACION Y PRINCIPALES PROBLEMAS QUE AFECTAN SU DESEMPEÑO LABORAL**

Los datos estadísticos reflejen que de 63 Usuarios Internos entrevistados a relación de problemas que afectan el desempeño laboral, el **44.4% (28) refirieron problemas salariales, siendo en su mayoría técnicos 19% (12) seguido del Auxiliares de Enfermería con 7.9% (5), obreros con 6.3% (4).**

Por otro lado el **39.6% (25) expresó que el transporte es el problema principal, que está afectando su desempeño laboral, siendo en su mayoría Médicos Generales con 15.8% (10) seguidos**

**de Técnicos con 11.1% (7)**, Auxiliares de Enfermería con 4.7% (3), Obreros y Médicos Internos ambos 3.17 (2)

También se observa que **el 9.5% de los Usuarios Internos expresaron que su principal problema eran los turnos vespertinos en su mayoría, Médicos de Base y Auxiliares de Enfermería ambos con 4.7% (3)**

Solamente el **6.3% (4) expresaron problemas de comunicación, en su mayoría enfermeras con 3.17% (2)**, Auxiliares de Enfermería y Técnicos ambos con 1.58% (1) **(Ver Tabla No. 9 Usuarios Internos)**.

De acuerdo a datos estadísticos de nuestro estudio, podemos afirmar que el salario y el transporte son los dos principales problemas que más afectan el desempeño laboral, sobre todo los trabajadores que tienen salarios más bajos, como son los obreros y Auxiliares de Enfermería respectivamente.

Los datos estadísticos de nuestro estudio, se relacionan con el estudio "Calidad percibida por el Usuario y el trabajador de la salud en el Primer Nivel de Atención" donde se refleja que la variable comunicación entre el personal de salud de Silais Granada, el 50% expresó satisfacción con la comunicación de al Administración y Dirección, igualmente evidencia que solamente el 10% de los trabajadores están satisfechos con su salario es decir un grado de insatisfacción mayor, que el encontrado en nuestro estudio.

#### **B.10. SEGÚN OCUPACION Y NECESIDADES LABORALES REFERIDAS.**

Los datos estadísticos reflejan que de 63 trabajadores entrevistados del Servicio de Emergencia, **el 47.6% (30) expresaron que su necesidad laboral era la capacitación, en su mayoría Médicos Generales con 15.8% (10) seguidos de Auxiliares de Enfermería, con 12.6% (8),**

**Enfermeras Profesionales y Médicos Internos con 6.3% (4)** respectivamente, los Técnicos con 4.7% (3) y Médicos de Base con 1.5% (1).

Se puede observar, que **el 46% (29) expresó que su necesidad laboral era mobiliario, dentro de los que destacan los Técnicos con un 31.7%, seguidos de Obreros con 9.5% (6)**, Enfermeras Profesionales con 3.17% (2) y Auxiliares de Enfermería con 1.58.

Solamente el 6.3% (4) expresó que su necesidad laboral eran los Equipos Médicos, dentro de los que se encuentran, Médicos Generales y Médicos de Base con 3.17% (2) respectivamente. ( **Ver Tabla No. 10 Usuarios Internos**).

De forma general se puede afirmar que las necesidades laborales de los Usuarios Internos (trabajadores) de la Sala de Emergencia, van a estar determinadas por su nivel y desarrollo científico Técnico.

Los datos estadísticos de nuestro trabajo guardan relación con el estudio "Calidad percibida por el usuario y el trabajador de la salud en el Primer Nivel de Atención", en el Silais Granada, en el año 1996, donde refleja que el 25% de los trabajadores expresaron la capacitación como una necesidad laboral, igualmente reflejan los datos del estudio en mención, que dentro de las condiciones para atender al usuario, se encuentra el, Equipo necesario con un 20%, reflejando esto una insatisfacción o necesidad laboral.



## **VII. CONCLUSIONES**

### **USUARIOS EXTERNOS**

1. La accesibilidad geográfica y el medio de transporte son barreras que están incidiendo negativamente en la utilización de los servicios de Emergencia. Debido a que el hospital está ubicado fuera del perímetro de la ciudad de Granada.

Los datos estadísticos demuestran que un alto porcentaje (30.2%) de Usuarios Externos proceden fuera de la cabecera departamental y el 31.8% tarda más de 1 hora para trasladarse desde su casa al hospital, debido a que la totalidad (29.5%) de los usuarios utilizan como medio de transporte el autobús.

- 2.- Entre los factores socioeconómicos de los usuarios externos encontramos que existe un 55.% de desempleo, de los cuales el 29.3% son varones y el 25.7 son mujeres, debido a que las mujeres tienen mayor oportunidad de encontrar trabajo; también se puede observar que el sexo femenino fue el que más utilizó el servicio de emergencia con 60.8% siendo en su mayoría obreras con 31.4% demostrando que estos factores están incidiendo en el incremento de la demanda de los servicios de emergencia .

- 3.- Los factores socioeconómicos (analfabetismo, bajos ingresos familiares) son factores determinantes en relación a la demanda de los servicios de Emergencia del HAJN, dado que los usuarios externos que más demandaron

estos servicios fueron los analfabetas (32.2%) y semianalfabetas (28.16%) en su mayoría con ingresos familiares menores de 500 córdobas para un 26.5% y 19.18% respectivamente.

4. La deficiente articulación entre el primer y segundo nivel de atención están afectando la eficiencia y equidad de los Servicios de Emergencia del H.A.J.N. dado que un alto porcentaje 74.6% de usuarios externos se presentan a este servicio por demanda espontanea y el 67.3% eran portadores de enfermedades prevenibles por otros medios : Educación Sanitaria e Higiene.

Solamente el 26.2% de los usuarios externos eran reales emergencias.

4.- La satisfacción de los usuarios externos está determinada por los factores de interrelación personal, tales como: personal médico que lo atendió, si estos lo escucharon, si lo llamaron por su nombre y cuanto tiempo esperaron para ser atendidos.

Concluyendo entonces que dichos factores influyen de manera directa en la calidad y calidez humana de la atención que se brinda en el servicio de emergencia de HAJN.

## USUARIOS INTERNOS

1.- La satisfacción del usuario interno esta determinada principalmente por factores de reconocimiento laboral, lo que conlleva a la ausencia de motivación laboral del usuario interno del servicio de emergencia; lo que incide directamente en la calidad de los servicios prestados de los usuarios externos, los datos estadísticos demuestran que el 52.3% de los trabajadores nunca han recibido reconocimiento laboral.

2.- La satisfacción del usuario interno la determina en gran parte los ingresos económicos los cuales están determinados a su vez por el tipo

de ocupación que el trabajador realiza, donde los datos estadísticos muestran que el 44.4% expresaron sentirse satisfechos en su mayoría Médicos Generales con 19% cuyos salarios oscila entre 3.001 a 4.000, seguido de Técnicos con un 15.8% y Enfermeras con 9.5% con salario de 2.000 a 3.000 córdobas.

- 3.- Para los usuarios internos el turno con mayor problema estuvo determinado por una mayor demanda de pacientes y falta de material y medicamento, donde los datos estadísticos evidencian que el 84.1% de los trabajadores expresaron que el turno con mayor incidencia de problema es el turno de 7 a.m. a 3 p.m., debido a que durante el mismo se da una mayor demanda de pacientes (63.4%) y porque además hay falta de material y medicamentos (23.8%)
- 4.- Es evidente que las necesidades laborales referidas por los trabajadores estuvo determinada en gran parte por el tipo de ocupación que realiza.

Donde los datos estadísticos muestran que el 47.6% refirió que su necesidad laboral era capacitación, dentro de los que se encuentran auxiliares de enfermería 12.9% y médicos generales 11.5%.

Por otro lado el 46% expreso que su necesidad laboral era mobiliario, en su mayoría técnicos 31.7% y obreros 9.5%

- 5.- La accesibilidad geográfica de los usuarios internos la determinó en un alto porcentaje la ocupación y el medio de transporte utilizado, lo cual va a determinar a su vez el tiempo que el usuario interno demora para trasladarse desde su casa hacia el hospital.

Donde los datos estadísticos lo confirman demostrando que el 63.4% utilizaron autobus para trasladarse desde su casa al hospital, de los cuales el 39.6% demoro mas de 60 minutos para llegar al hospital y dentro de estas el 20.3% eran técnicos y auxiliares de enfermería 7.9%

## **VIII.RECOMENDACIONES**

- 1.- Nombrar un Médico clasificador, un admisionista y un camillero en turnos de 24 horas para mejorar la organización del Servicio de Emergencia.
- 2.- Coordinar con el Ministerio de Transporte de Granada, La Alcaldía Municipal en la adquisición de unidades de transporte para mejorar la accesibilidad hacia el hospital.
- 3.- Implementar la rotación de Médicos de Base en la Atención Primaria para descongestionar el hospital, buscando con ellos una mejor articulación municipio-hospital.
- 4.- Diseñar un Plan de Incentivos de capacitación técnica y revisión de salarios para mejorar el desempeño laboral del personal médico y de enfermería.
- 5.- Implementar un buzón de quejas y sugerencias accesible a los usuarios externos, donde presenten sus preocupaciones para mejorar las debilidades expresadas en relación al servicio de emergencia.
- 6.- Realizar un estudio posterior para evaluar las medidas administrativas tomadas a partir de la realización del presente estudio, evaluando la satisfacción del cliente interno y externo del hospital.
- 7.- Presentar los resultados del actual estudio a todo el personal involucrado en el mismo, buscando con ello el compromiso institucional de cada uno.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. André Pierre Contandriopoulos et al. La Evaluación en el campo de la salud: Conceptos y métodos. Nov. 1992
2. Bárbara S. Hulka. Validación de una esquila de satisfacción de los pacientes. Teoría métodos y prácticas.
3. Brook y Williams, 1975, Pag. 134.
4. David D. Rutstein, William Berenderg, thomas Chalmers. Como medir la calidad de la atención médica : un método clínico. 1974, Pag. 161 – 224
5. David M. Kessner. Evaluación de la calidad de la salud por el método de los procesos trazadores. Pag. 555.
6. Donabedian Avedis. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México, La Prensa Médica mexicana 1984.
7. Galo P. Martha, Medrano M. Josefina. Calidad percibida por el usuario y el trabajador de la salud, 1er. Nivel de atención 1998.
8. INEC, Encuesta nicaraguense de demografía y salud 1998.
9. Lee R.I. Jomes, L. W. The fundamental of good medical care.
10. Minsa, Programa de la calidad total, 1993.
11. MSH, Estudio de demanda de Servicios de Salud, Nicaragua 1995.
12. OPS. Acceso equitativo a los servicios básicos de salud, hacia una agenda regional para la reforma del sector salud. 1994, Pag. 434-440.
13. Patton, MQ. Creative evaluation Beverly Hills Sage 1991.
14. Shortell S.M. Continuity of medical car, conceptualization and measurement, medical care 14 (1976), pag. 377-391.

- 15.- Young PT Motivation and emotion, Neww York Wiley, 1961.
- 16.- Vroom VH, Work and motivation, New York Wiley, 1964.
- 17.- DOSSIER – CIES – UNAN Managua, Calidad en Salud.

***ANEXOS***  
***TABLAS Y ANALISIS***  
***ESTADISTICOS, GRAFICOS***

## **ENCUESTA PARA EL USUARIO(CLIENTE INTERNO)**

El presente cuestionario será utilizado para mejorar la calidad de la atención en servicio de emergencia de este centro, su respuesta y comentarios serán apreciados y de mucha utilidad para este Hospital.

### **DATOS GENERALES:**

1. Cuántos años cumplidos tiene:\_\_\_\_\_

2. Sexo: m( ), f( )

3.Cuál es su estado civil?

Soltero( ), casado( ), divorciado( ),  
Acompañado( ), viudo( )

### **DATOS PERSONALES:**

4.Dónde vive usted?

Cabecera departamental ( )

Otros ( )

5. Profesión u oficio:\_\_\_\_\_

6. Sabe leer? si ( ) no( )

Sabe escribir? si ( ) no( )

Hasta que grado o año estudio?

7. A cuanto ascienden sus ingresos familiares?

\_\_\_\_\_

8. Cuánto tiempo tarda en llegar al Hospital desde su casa?



9. Qué medio de transporte utiliza para llegar a su trabajo?

---

10. Cuánto tiempo tiene de estar laborando en este Hospital?

---

11. Qué tan satisfecho se siente con su trabajo?

---

12. Qué tan satisfecho se siente con la Institución, diga porqué?

---

---

13. Tiene buena comunicación con su jefe inmediato?

---

14. Porqué?:\_\_\_\_\_

15. Llama al usuario por su nombre?

Siempre lo llama ( )

Algunas veces ( )

Nunca ( )

16. Escucha usted al usuario? Si ( ), No ( )

17. Porqué dice que lo escucha?

---

18. Cuánto tiempo dura la consulta médica?

---

---

19. Explica al usuario acerca de su enfermedad?

Si ( ) No ( )

20. A dónde refiere a su paciente?

---

21. De los siguientes enunciados, considera que la Emergencia posee las siguientes características?

Exc. M.B. Bueno Regular  
Malo

a) Privacidad

b) Higiene

22. En que turno se presentan los problemas?

7 a.m. - 2 p.m. ( )

2 p.m. - 10 p.m. ( )

7 a.m. - 7 a.m. ( )

23. Diga porque se presentan los problemas en ese turno?

---

24. Que tan frecuente usted es evaluado (a)?

---

25. Ha recibido cursos de capacitación?  
Frecuentemente ( )  
Algunas Veces ( )  
Nunca ( )
26. Ha recibido algún reconocimiento verbal o escrito por su jefe?  
Frecuentemente ( )  
Algunas Veces ( )  
Nunca ( )
27. En su opinión cuales son los dos principales problemas que están afectando su desempeño laboral?
28. Que necesitaría para mejorar su desempeño laboral?
29. En una escala del 1 al 10 cuánto le daría al siguiente personal en relación a su calidez humana?
- C.P.F. \_\_\_\_\_
- ADMINISIONISTA \_\_\_\_\_
- MEDICO \_\_\_\_\_
- ENFERMERA \_\_\_\_\_
- TECNICO LABORATORIO \_\_\_\_\_
- TECNICO RAYOS "X" \_\_\_\_\_

## **ENCUESTA PARA EL USUARIO(CLIENTE EXTERNO)**

El presente cuestionario será utilizado para mejorar la calidad de la atención en servicio de emergencia de este centro, su respuesta y comentarios serán apreciados y de mucha utilidad para este Hospital.

### **DATOS GENERALES:**

1. Cuántos años cumplidos tiene? \_\_\_\_\_
2. Sexo : M (  ) F (  )
- 3.Cuál es su estado Civil? \_\_\_\_\_  
Soltero (  ), casado (  ), divorciado (  ),  
Acompañado (  ), Viudo (  )

### **DATOS PERSONALES:**

4. Dónde vive usted?  
Cabecera departamental (  )  
Otros (  )
  
5. Está trabajando actualmente ? si(  ) no (  )
  
5. En que labora actualmente?  
Profesión u oficio : \_\_\_\_\_
  
6. Sabe Leer? Si (  ) No (  )  
Sabe Escribir? Si No. (  )  
Hasta que grado o año estudio? \_\_\_\_\_
  
7. A cuanto asciende el ingreso familiar por mes?  
\_\_\_\_\_
  
9. Cuánto tiempo tarda en llegar al hospital desde su casa?  
\_\_\_\_\_

10. Qué medio de transporte utiliza para trasladarse desde su casa hasta el hospital?

---

11. Porqué consulto en la Emergencia?

---

---

12. Trae referencia?

Si ( ) No ( )

13. Qué tipo de personal lo atendió?

Médico Especialista ( )

Médico General ( )

Médico Interno ( )

Desconoce ( )

14. Cuánto tiempo esperó para ser atendido por el siguiente personal?

Administración : \_\_\_\_\_

Médicos : \_\_\_\_\_

Enfermera : \_\_\_\_\_

Técnico Laboratorio: \_\_\_\_\_

Técnico Rayos "X": \_\_\_\_\_

15. Lo llamó el Médico por su nombre?

Si ( ), No ( )

16. Al decirle su problema el médico lo escuchó?

Si ( ), No ( )

17. Porque dice que lo escucho?

---

---

18. Qué tipo de tratamiento le aplicaron en la Emergencia?

---

19. Incurrió en algún gasto en la Emergencia?

Si ( ) No ( )

20. En gasto: \_\_\_\_\_

21. De los siguientes enunciados considera que la emergencia posee las siguientes características?

	<u>Excelente</u>	<u>M.B.</u>	<u>Bueno</u>	<u>Regular</u>
<u>Malo</u>				
Privacidad				
Higiene				

22. Si tuviera algún problema de salud regresaría nuevamente a la Emergencia de éste hospital?

Si ( ) No ( )

23. Porque?: \_\_\_\_\_

—

\_\_\_\_\_

—

24. Qué tan satisfecho está usted con la atención medica del servicio de Emergencia?

- Muy Satisfecho ( )
- Satisfecho ( )
- Poco satisfecho ( )
- Nada satisfecho ( )
- No puede precisar ( )

25. En una escala del 1 al 10 cuánto le daría al siguiente personal en relación a a calidez humana?

OBRERO \_\_\_\_\_

TECNICOS \_\_\_\_\_

AUX. ENF.: \_\_\_\_\_

ENF. PROF. \_\_\_\_\_

MEDICO INTERNO : \_\_\_\_\_

MEDICO DE BASE: \_\_\_\_\_

MEDICO GENERAL : \_\_\_\_\_

**TABLA #1**  
**USUARIOS EXTERNOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA**  
**HOSPITAL AMISTAD JAPON NICARAGUA**  
**SEGÚN EDAD, ESTADO CIVIL Y NUMERO DE HIJOS**  
**FEBRERO 1999**

EDAD	ESTADO CIVIL												NUMERO DE HIJOS											
	CASADO		SOLTERO		DIVORCIADO		ACOMPAÑADO		VIUDO		TOTAL		<3		3-5		6-9		>9		NINGUNO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
< 10			81	33							81	33									81	33	81	33
10-19	4	1.6	27	11			21	8.57			52	21.2	20	8.16	15	6.2					17	6.93	52	21.2
20-29	5	2.04	10	4.08	2	0.81	25	10.2			42	17.1			23	9.5	9	3.6	3	1.22	7	2.85	42	17.1
30-39	7	2.85	2	0.8	2	0.81	1	0.4	2	0.81	14	5.7	3	1.22	9	3.6	2	0.81					14	5.7
40 Y MAS	20	8.16	3	1.22	2	0.81	30	12.24	1	0.4	56	22.8	7	2.85	30	12.24	15	6.12	4	1.63			56	22.8
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>14.69</b>	<b>123</b>	<b>50.20</b>	<b>6</b>	<b>2.44</b>	<b>77</b>	<b>31.42</b>	<b>3</b>	<b>1.22</b>	<b>245</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>12.24</b>	<b>77</b>	<b>31.42</b>	<b>26</b>	<b>10.61</b>	<b>7</b>	<b>2.85</b>	<b>105</b>	<b>42.85</b>	<b>245</b>	<b>100</b>



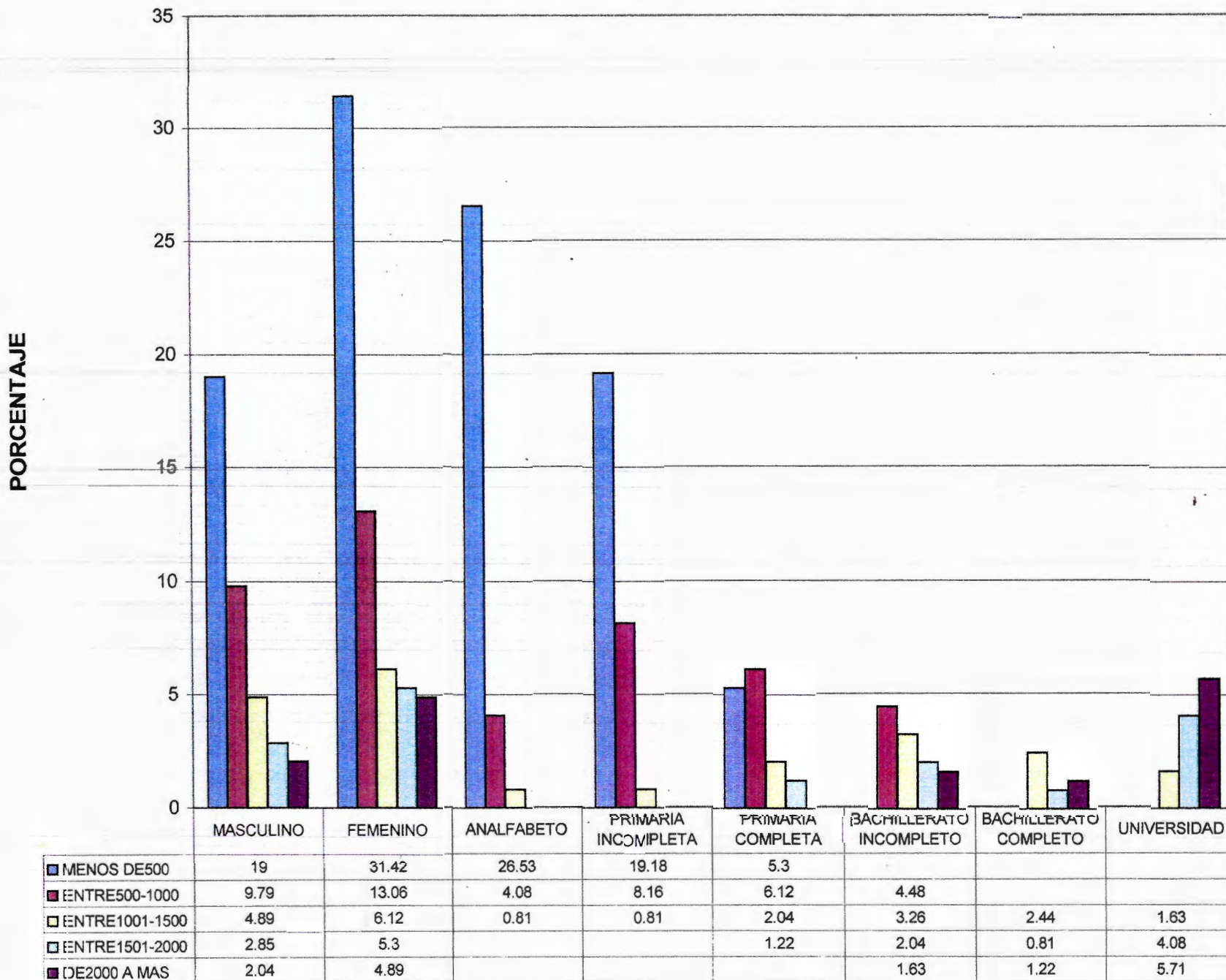
**TABLA #2**  
**USUARIOS EXTERNOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA**  
**SEGÚN SEXO, LUGAR DE PROCEDENCIA Y OCUPACION**  
**FEBRERO 1999**

OCUPACION	SEXO				TOTAL		LUGAR DE PROCEDENCIA			
	MASCULINO		FEMENINO		#	%	CABECERA DPTAL		OTROS	
	#	%	#	%			#	%	#	%
OBRERO	16	6.53	81	33.06	97	39.6	73	29.79	24	9.79
TECNICO	12	4.89	24	9.79	36	14.7	28	11.42	8	3.26
COMERCIANTE	48	19.59	36	14.69	84	34.3	49	20	35	14.28
PROFESIONAL	20	8.16	8	3.26	28	11.4	21	8.57	7	2.85
TOTAL	96	39.18	149	60.81	245	100	171	69.79	74	30.2

**TABLA #3**  
**USUARIOS EXTERNOS SERVICIO EMERGENCIA**  
**HOSPITAL AMISTAD JAPON NICARAGUA**  
**SEGÚN SEXO Y EMPLEO**

SEXO	LABORA				TOTAL	
	SI		NO		#	%
	#	%	#	%		
MASCULINO	24	9.79	72	29.38	96	39.2
FEMENINO	86	35.1	63	25.71	14.9	60.8
<b>TOTAL</b>	<b>110</b>	<b>44.89</b>	<b>135</b>	<b>55.1</b>	<b>245</b>	<b>100</b>

## USUARIOS EXTERNOS SEGUN INGRESO Y ESCOLARIDAD



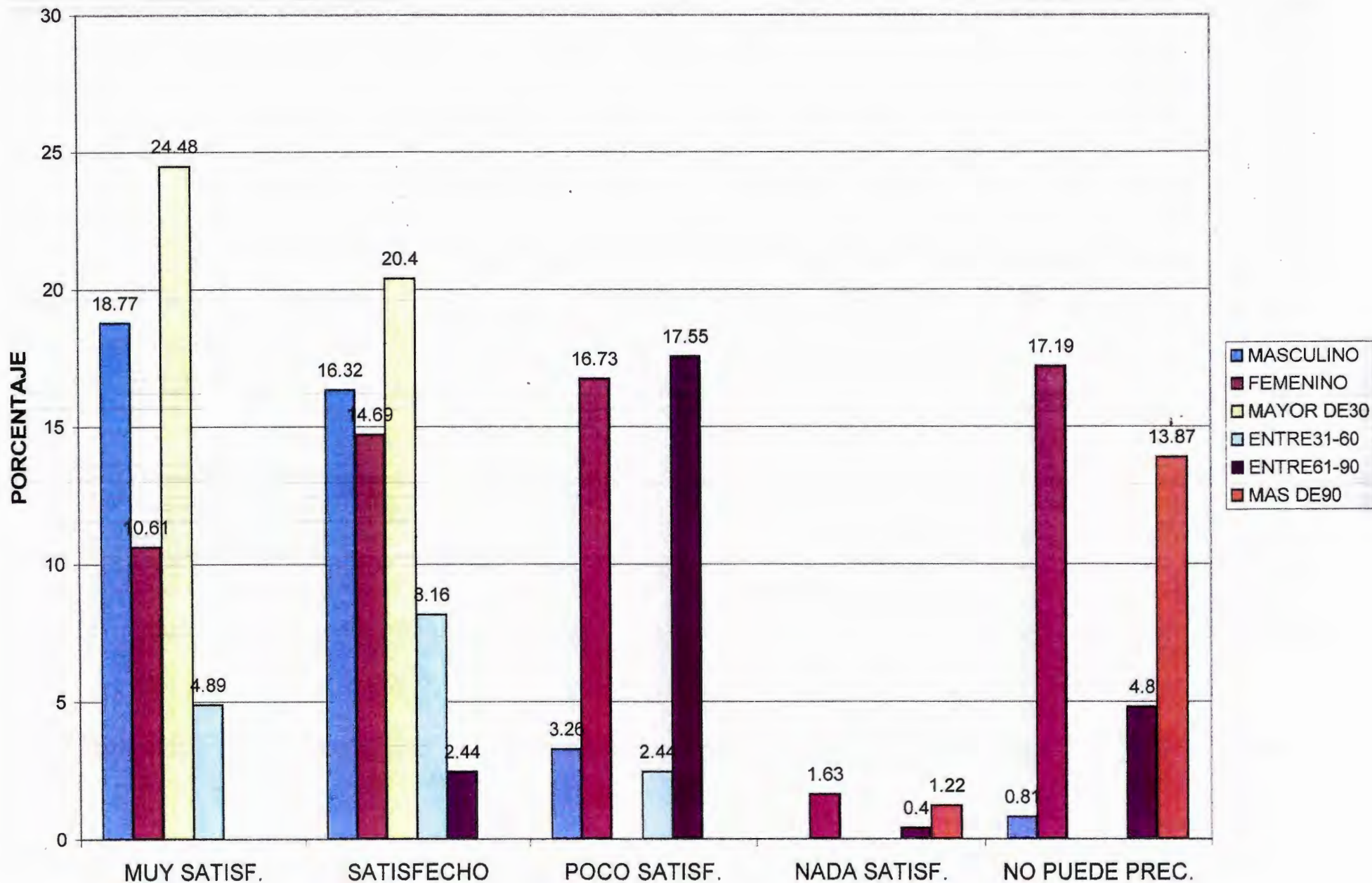
**TABLA #5**  
**USUARIOS EXTERNOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA**  
**HOSPITAL AMISTAD JAPON NICARAGUA**  
**SEGÚN OCUPACION, ACCESIBILIDAD Y MEDIO DE TRANSPORTE**

OCUPACION	ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA												MEDIOS DE TRANSPORTE											
	MENOS DE 15		16-30		31-45		46-60		MAS DE 60		TOTAL		TAXI		BUS		VEHICULO PROPIO		A PIE		TOTAL			
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%		
OBRERO			4	1.63	14	5.71	16	6.53	63	25.7	97	39.6	6	2.44	73	29.79					18	7.34	97	39.6
TECNICO			5	2.04	7	2.85	9	3.67	15	6.12	36	14.7	2	0.81	23	9.3					11	4.48	36	14.7
COMERCIANTE			2	0.81	80	32.65	2	0.81			84	34.28	68	27.75	10	4.08	4	1.63			2	0.81	84	34.3
PROFESIONAL	15	6.12	9	3.67	4	1.63					28	11.4	20	8.16			8	3.26					28	11.4
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>6.12</b>	<b>20</b>	<b>8.16</b>	<b>105</b>	<b>42.85</b>	<b>27</b>	<b>11</b>	<b>78</b>	<b>31.8</b>	<b>245</b>	<b>100</b>	<b>96</b>	<b>39.13</b>	<b>106</b>	<b>43.26</b>	<b>12</b>	<b>4.89</b>	<b>31</b>	<b>12.7</b>	<b>245</b>	<b>100</b>		

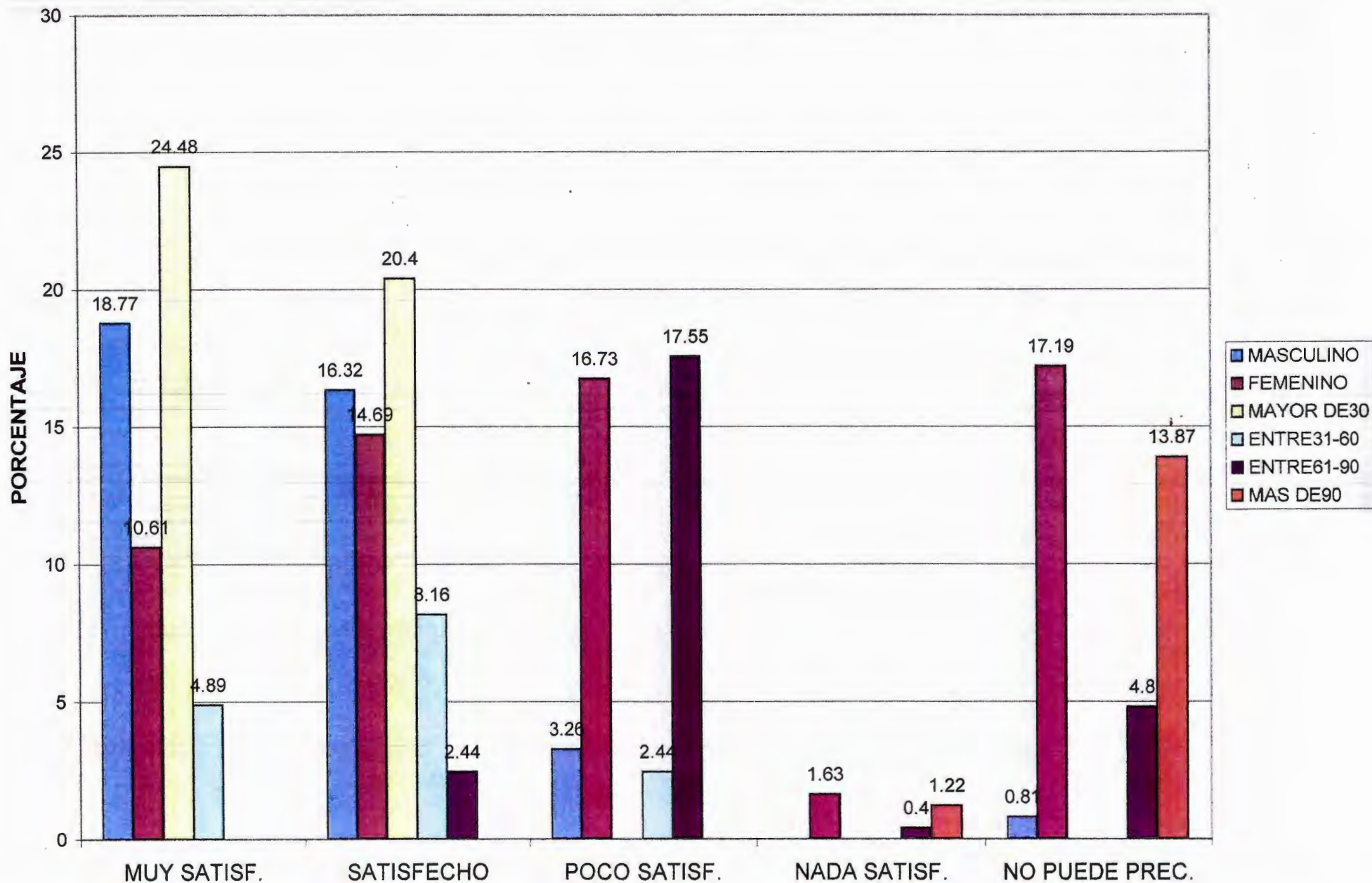
TABLA #6  
 USUARIOS EXTERNOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA  
 HOSPITAL AMISTAD JAPON NICARAGUA  
 SEGÚN OCUPACION Y REFERENCIA, MOTIVO DE CONSULTA

OCUPACION	REFERENCIA						MOTIVO DE CONSULTA									
	SI		NO		TOTAL		ENF. PREVIA		PREV. X OTROS MEDIOS		ENF. CURABLES		ENF. PROB		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	POR VACUNAS		NO VACUNAS		CON ATENC. MED		DE CURA		#	%
OBRERO	37	15.1	60	24.48	97	39.6			72	29.38	23	9.38	2	0.81	97	39.6
TECNICO	15	6.12	21	8.57	36	14.7			23	9.38	9	3.67	4	1.63	36	1.47
COMERCIANTE	10	4.08	74	30.2	84	34.3			60	24.48	17	6.93	7	2.85	84	34.3
PROFESIONAL			28	11.42	28	11.4			10	4.08	15	6.12	3	1.22	28	11.4
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>25.3</b>	<b>183</b>	<b>74.69</b>	<b>245</b>	<b>100</b>			<b>165</b>	<b>67.34</b>	<b>64</b>	<b>26.12</b>	<b>16</b>	<b>6.55</b>	<b>245</b>	<b>100</b>

## USUARIOS EXTERNOS SERVICIO DE EMERGENCIA SEGUN GRADO DE SATISFACCION, POR SEXO Y TIEMPO DE ESPERA



## USUARIOS EXTERNOS SERVICIO DE EMERGENCIA SEGUN GRADO DE SATISFACCION, POR SEXO Y TIEMPO DE ESPERA



## USUARIOS EXTERNOS SEGUN SATISFACCION, PERSONAL MEDICO Y PERSONIFICACION ATENCION

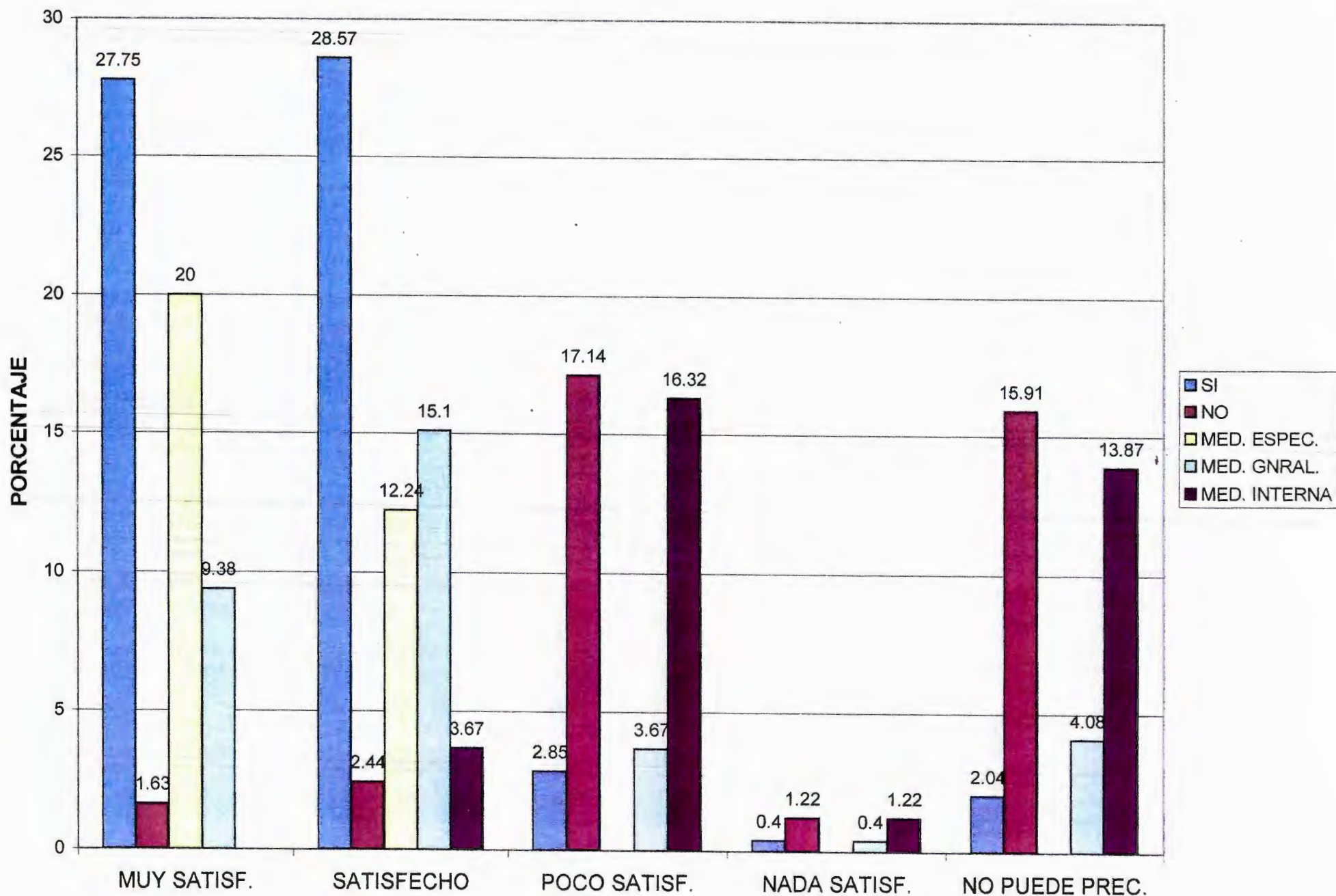




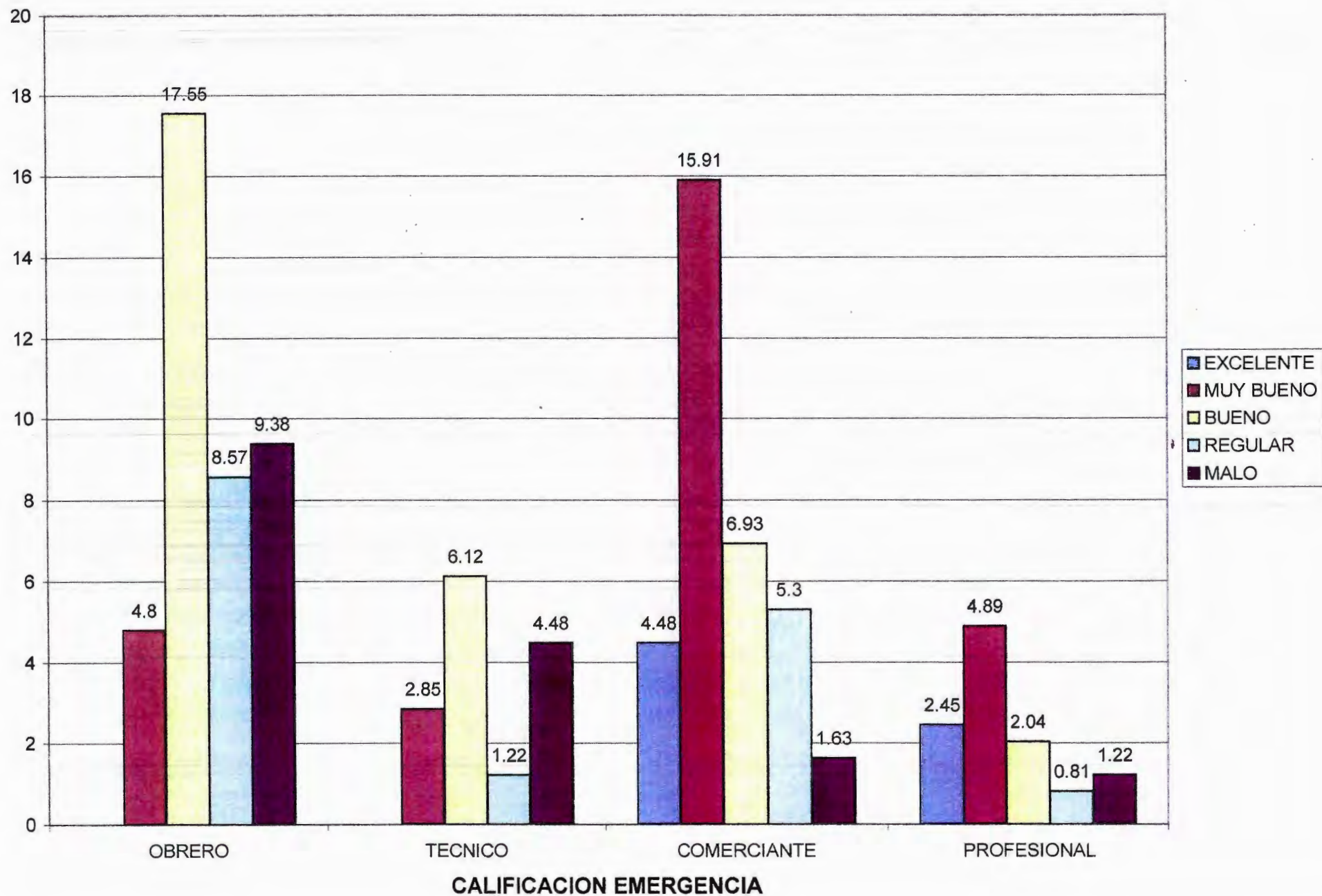
TABLA #10  
 USUARIOS EXTERNOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA  
 HOSPITAL AMISTAD JAPON NICARAGUA  
 SEGÚN OCUPACION, SENTIRSE ESCUCHADO Y PORQUE

OCUPACION	SENTIRSE ESCUCHADO						PORQUE											
	SI		NO		TOTAL		TRATO CORTES		ATENCION INMEDIATA		MEDICO DE CABECERA		NO PRECISA		MALA ATENCION		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
OBRERO	68	27.8	29	11.8	97	39.6	47	19.18	21	8.57			15	6.12	14	5.71	97	39.6
TECNICO	25	10.2	11	4.48	36	14.7	17	6.93	8	3.26			5	2.04	6	2.44	36	14.7
COMERCIANTE	31	12.65	53	21.6	84	34.3	27	11			4	1.63	20	8.16	33	13.4	84	34.3
PROFESIONAL	10	4.08	18	7.34	28	11.4	7	2.85	3	1.22	9	3.67	6	2.44	12	4.89	28	11.4
<b>TOTAL</b>	<b>134</b>	<b>54.69</b>	<b>111</b>	<b>45</b>	<b>245</b>	<b>100</b>	<b>134</b>	<b>54.96</b>	<b>32</b>	<b>13.06</b>	<b>13</b>	<b>5.3</b>	<b>59</b>	<b>24.08</b>	<b>52</b>	<b>21.2</b>	<b>245</b>	<b>100</b>

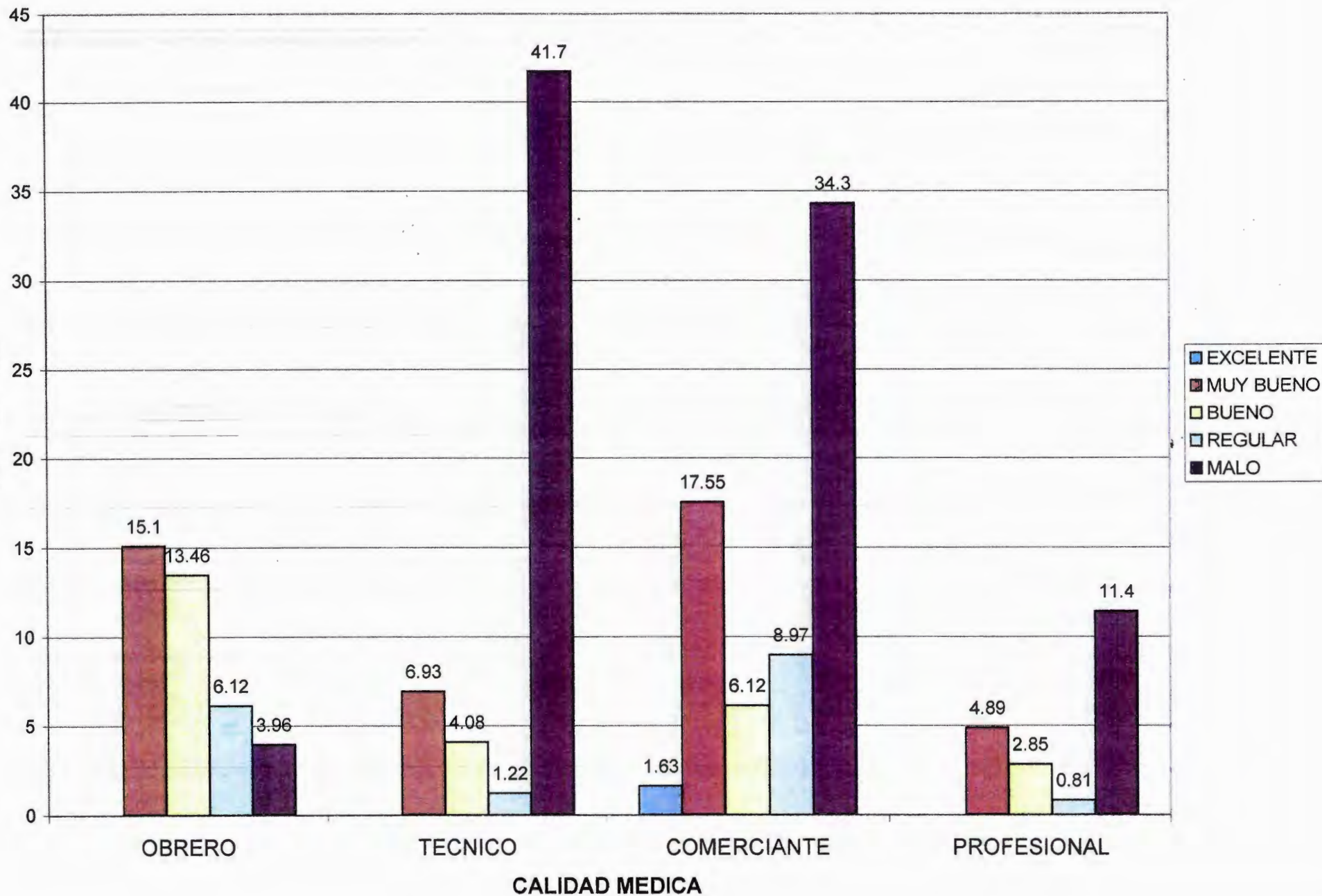
TABLA #11  
 USUARIOS EXTERNOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA  
 HOSPITAL AMISTAD JAPON NICARAGUA  
 SEGÚN OCUPACION, PRIVACIDAD E HIGIENE

OCUPACION	PRIVACIDAD						HIGIENE					
	SI		NO		TOTAL		SI		NO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
OBRERO	87	3.55	10	4.08	97	39.6	80	32.6	17	6.9	97	39.6
TENICOS	10	4.08	2	10.6	36	14.7	6	2.44	30	12.2	36	14.7
COMERCIANTES	68	27.7	16	6.5	84	34.3	74	30.2	10	4.08	84	34.3
PROFESIONAL	11	4.48	17	6.9	28	11.4	3	1.22	25	10.2	28	11.4
<b>TOTAL</b>	<b>176</b>	<b>71.8</b>	<b>69</b>	<b>28.16</b>	<b>245</b>	<b>100</b>	<b>163</b>	<b>66.5</b>	<b>82</b>	<b>33.4</b>	<b>245</b>	<b>100</b>

## USUARIOS EXTERNOS SEGUN OCUPACION CALIFICACION DE EMERGENCIA



## USUARIOS EXTERNOS SERVICIO DE EMERGENCIA CALIDEZ MEDICA



**TABLA #1**  
**USUARIOS INTERNOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA**  
**HOSPITAL AMISTAD JAPON NICARAGUA**  
**SEGÚN EDAD Y OCUPACION**  
**I. TRIMESTRE 99**

EDAD	OCUPACION															
	OBRERO		TECNICO		AUXILIAR		ENFERMERAS		MEDICO GRAL		MED. BASE		MED. INTER		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
21-30			6	9.52	2	3.17							4	6.3	12	19
31-40	6	9.52	11	17.46	5	7.93	4	6.34	12	19					38	60
MAS 40			6	9.52	2	3.17	2	3.17			3	4.7			13	20.6
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>9.52</b>	<b>23</b>	<b>36.5</b>	<b>9</b>	<b>14.2</b>	<b>6</b>	<b>9.51</b>	<b>12</b>	<b>19</b>	<b>3</b>	<b>4.7</b>	<b>4</b>	<b>6.3</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

**TABLA #2**  
**USUARIO INTERNO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA**  
**HOSPITAL AMISTAD JAPON NICARAGUA**  
**SEGÚN SEXO, LUGAR DE PROCEDENCIA Y OCUPACION**  
**I. TRIMESTRE 99**

OCUPACION	SEXO						LUGAR PROCEDENCIA			
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL		CABEC. DEPTAL.		FUERA CAB. DPTAL.	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
OBREROS	4	6.34	2	3.17	6	9.5	6	9.52		
TECNICOS	3	4.7	20	31.7	23	36.5	7	11.11	16	25.3
AUX. ENFERMERIA			9	14.2	9	14.2	2	3.17	7	11.11
ENFER. PROFES.			6	9.5	6	9.5	2	3.17	4	6.34
MEDICOS INT.	2	3.17	2	3.17	4	6.3	2	3.17	4	6.3
MEDICOS GRALES.	8	12.6	4	6.34	12	19	7	11.1	5	7.9
MEDICOS BASE	3	4.7			3	4.7	3	4.7		
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>31.7</b>	<b>43</b>	<b>68.2</b>	<b>63</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>44.1</b>	<b>36</b>	<b>57.1</b>

**TABLA #3**  
**USUARIO INTERNO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA**  
**HOSPITAL AMISTAD JAPON NICARAGUA**  
**SEGÚN OCUPACION Y ESTADO CIVIL**

OCUPACION	ESTADO CIVIL									
	SOLTERO		CASADO		DIVORCIADO		UNION LIBRE		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
OBREROS	3	4.7					3	4.7	6	9.5
TECNICOS	5	7.9	6	9.5	1	1.58	11	17.4	23	36.5
AUX. ENF.	3	4.7	2	3.1			4	6.3	9	14.28
ENFERMERAS	1	1.5	2	3.17			3	4.7	6	9.5
MED. INTERNOS	4	6.3							4	6.3
MED. GRAL.	2	3.17	10	15.8					12	19
MED. BASE			3	4.7					3	4.7
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>28.5</b>	<b>23</b>	<b>36.5</b>	<b>1</b>	<b>1.58</b>	<b>21</b>	<b>33.3</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

**TABLA #4**  
**USUARIO INTERNO SERVICIO DE EMERGENCIA**  
**HOSPITAL AMISTAD JAPON NICARAGUA**  
**SEGÚN OCUPACION, MEDIO DE TRANSPORTE Y ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA**

OCUPACION	ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA												MEDIO TRANSPORTE											
	MENOS 15		16 A 30		31 A 45		46 A 60		MAS DE 60		TOTAL		TAXI		BUS		VEHIC. PROPIO		BICICLETA		TOTAL			
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%		
OBRERO							2	3.17	4	6.34	6	9.52			2	3.17					4	6.34	6	9.52
TECNICO							10	15.87	13	20.63	23	36.5			23	36.5							23	36.5
AUX. ENF.					3	4.76	1	1.58	5	7.93	9	14.28			9	14.28							9	14.28
ENFEMERA					1	3.17	2	3.17	3	4.76	6	9.52			6	9.52							6	9.52
MED. INTER					4	6.3					4	6.3	4	6.3									4	6.3
MED. GRAL			2	3.1	10	15.8					12	19	10	15.8			2	6.3					12	19
MED. BASE			3	4.7							3	4.7					3	4.7					3	4.7
<b>TOTAL</b>			<b>5</b>	<b>7.9</b>	<b>18</b>	<b>28.5</b>	<b>15</b>	<b>23.8</b>	<b>25</b>	<b>39.6</b>	<b>63</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>22.2</b>	<b>40</b>	<b>6.34</b>	<b>5</b>	<b>7.93</b>	<b>4</b>	<b>6.34</b>	<b>63</b>	<b>100</b>		



TABLA #5  
 USUARIO INTERNO SERVICIO DE EMERGENCIA  
 HOSPITAL AMISTAD JAPON NICARAGUA  
 SEGÚN SATISFACCION, OCUPACION E INGRESOS

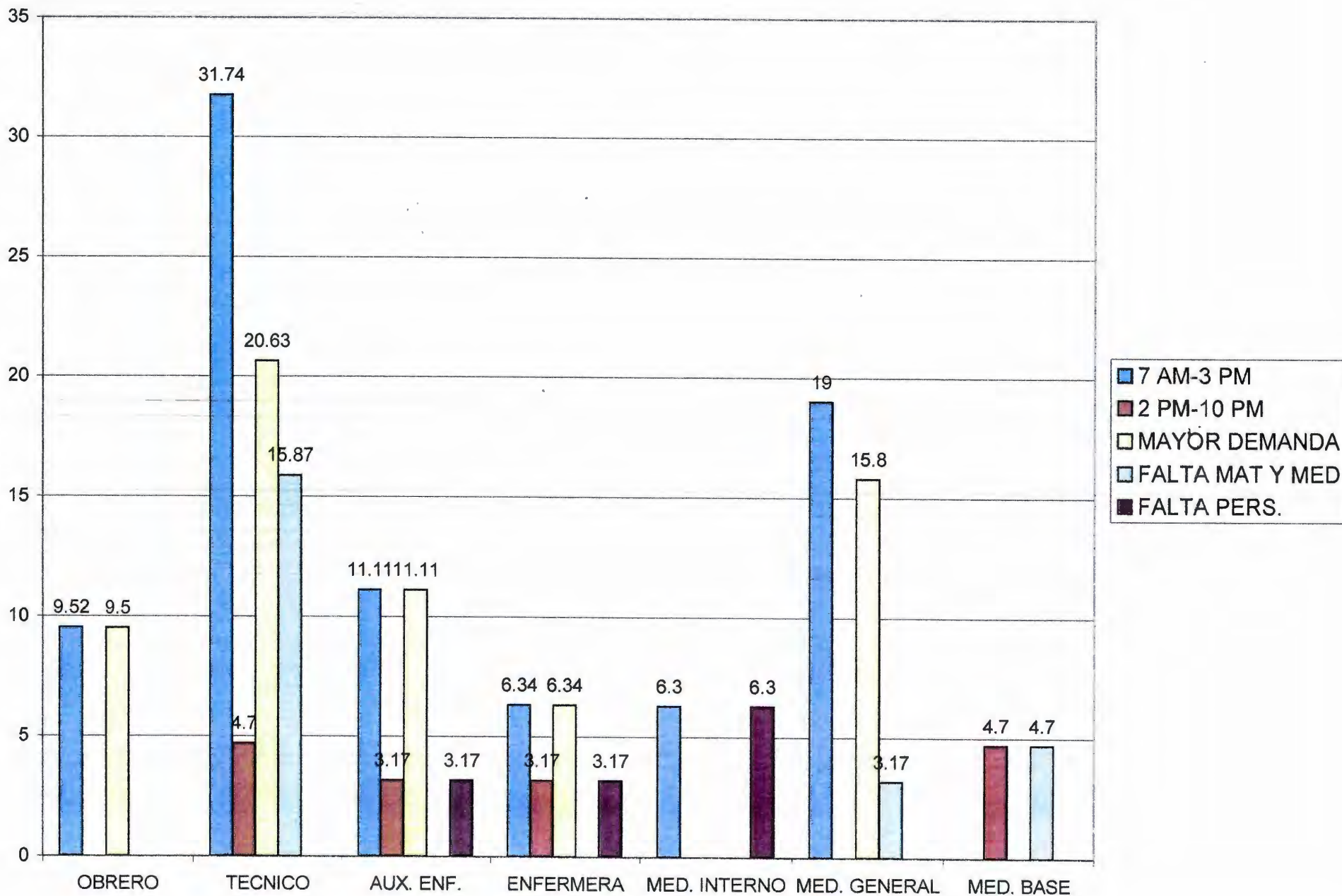
GRADO SATISFACCION	INGRESOS											OCUPACION																				
	MENOS 1000		1001-2000		2001-3000		3001-4000		MAS 4000		TOTAL		OBRERO		TECNICO		AUX. ENF.		ENF.		M. INTERNO		M. GRAL		M. BASE		TOTAL					
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%		
MUY SATISF.									3	4.7	3	4.7																	3	4.7	3	4.7
SATISFECHO					16	25.3	12	19			28	44.4			10	15.8				6	9.5				12	19					28	44.4
POCO SATISF.	1	1.5	17	26.9							18	28.5	1	1.5	13	20.6						4	6.3							18	28.5	
NADA SATISF.	3	4.7	9	14.2							12	19	3	4.7					9	14.2									12	19		
NO PRECISA	2	3.17									2	3.17	2	3.17																2	3.17	
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>9.5</b>	<b>26</b>	<b>41.2</b>	<b>20</b>	<b>31.7</b>	<b>12</b>	<b>19</b>	<b>3</b>	<b>4.7</b>	<b>63</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>9.5</b>	<b>23</b>	<b>36.5</b>	<b>9</b>	<b>14.2</b>	<b>6</b>	<b>9.5</b>	<b>4</b>	<b>6.3</b>	<b>12</b>	<b>19</b>	<b>3</b>	<b>4.7</b>	<b>63</b>	<b>100</b>				



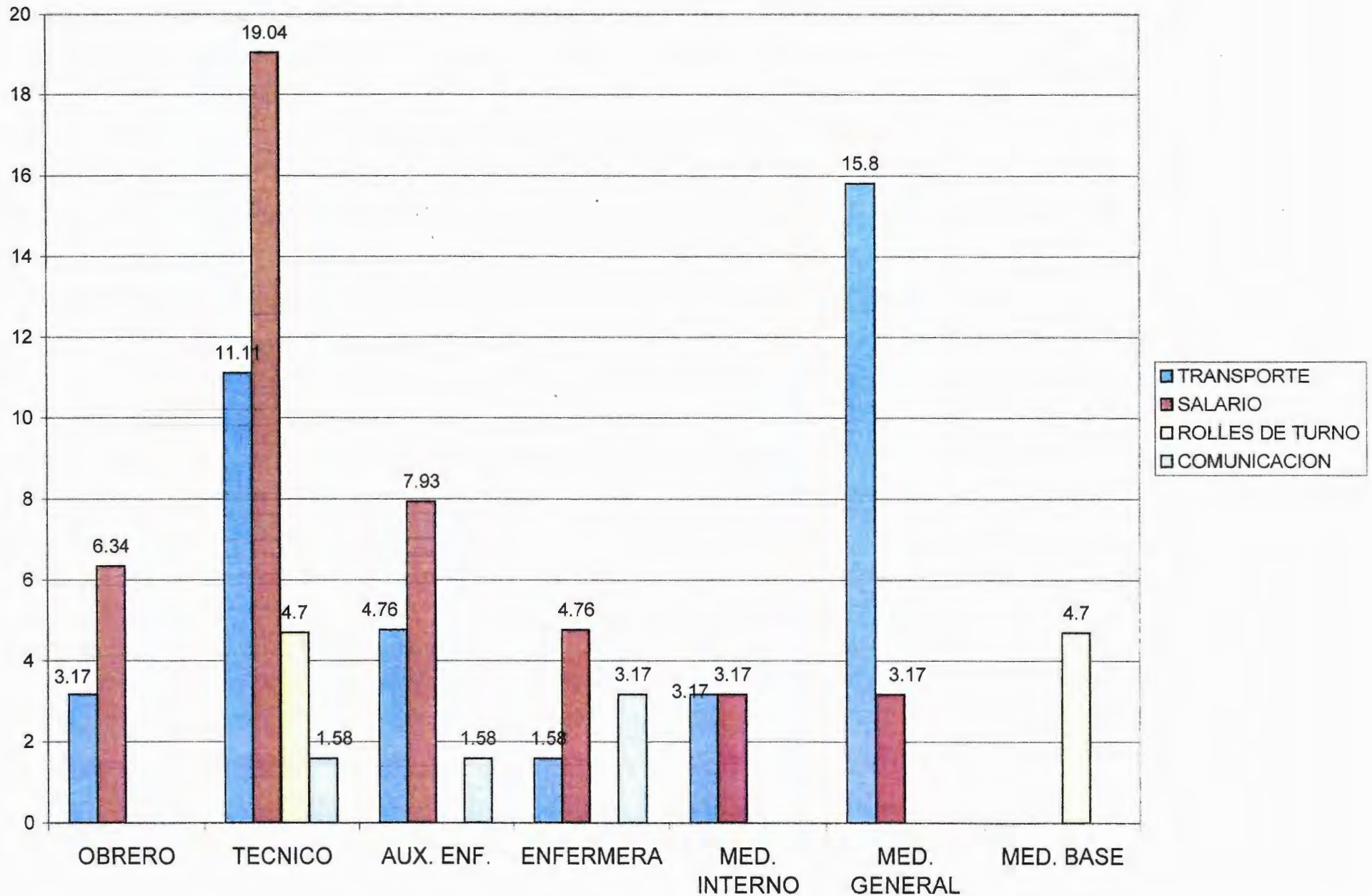
**TABLA #7**  
**USUARIO INTERNO SERVICIO DE EMERGENCIA**  
**HOSPITAL AMISTAD JAPON NICARAGUA**  
**SEGÚN OCUPACION, PRIVACIDAD E HIGIENE**

OCUPACION	PRIVACIDAD						HIGIENE					
	SI		NO		TOTAL		SI		NO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
OBRERO	4	6.3	2	3.17	6	9.5	6	9.5			6	9.5
TECNICO	20	31.7	3	4.7	23	36.5	21	33.3	2	3.17	23	36.5
AUX. ENF.	6	9.5	3	4.7	9	14.2	7	11.1	2	3.17	9	14.2
ENFERMERA	2	3.17	4	6.3	6	9.5	1	1.5	5	7.9	6	9.5
MED. INTERNO	2	3.17	2	3.17	4	6.3	1	1.5	3	4.7	4	6.3
MED. GENERAL	2	3.17	10	12.6	12	19	3	4.7	9	14.2	12	19
MED. BASE			3	4.7	3	4.7			3	4.7	3	4.7
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>57</b>	<b>27</b>	<b>42.8</b>	<b>63</b>	<b>100</b>	<b>39</b>	<b>62</b>	<b>24</b>	<b>38</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

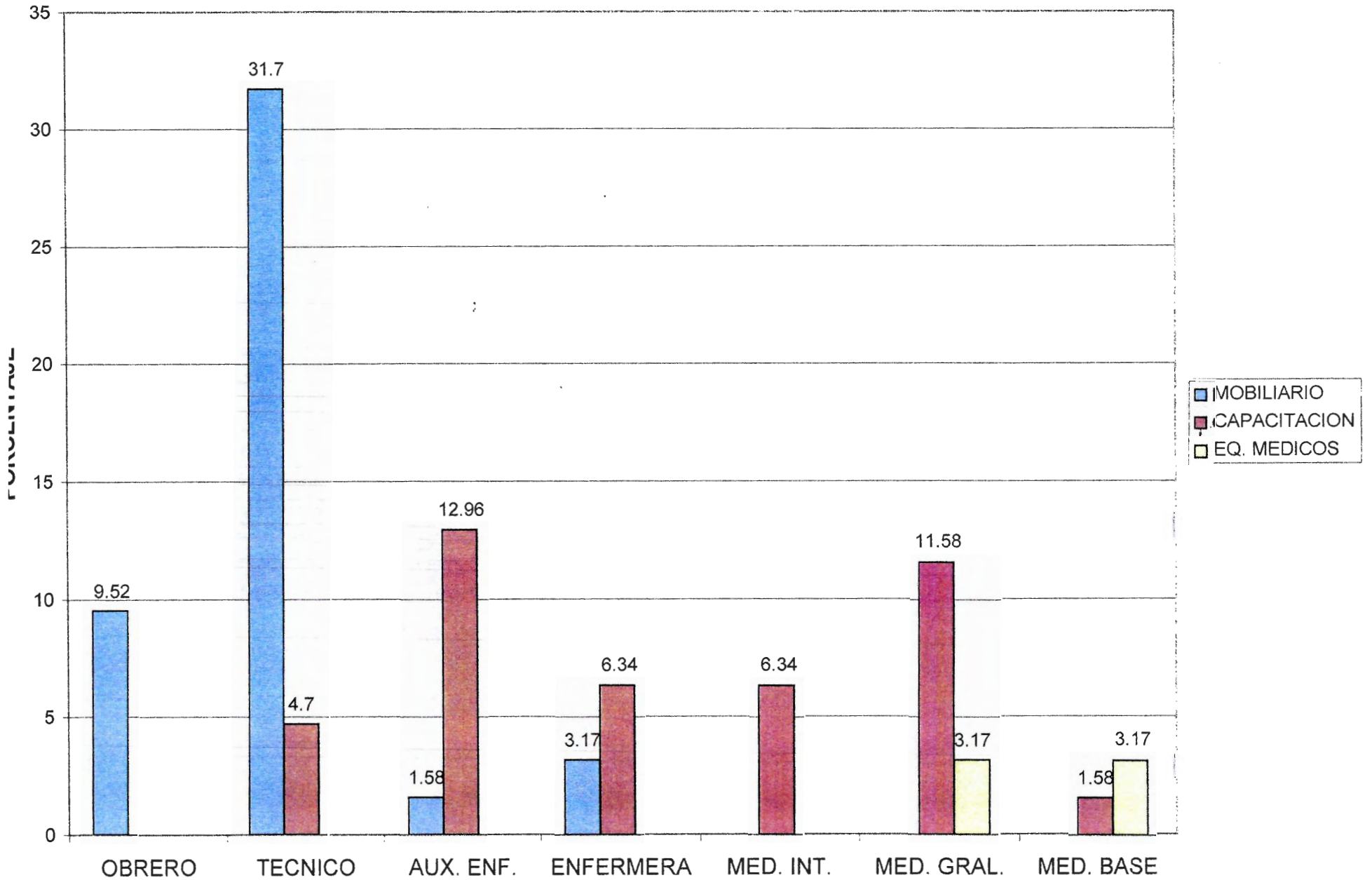
## USUARIOS INTERNOS SERVICIO DE EMERGENCIA SEGUN OCUPACIO, TURNOS CON MAYOR PROBLEMA Y PORQUE



## USUARIOS INTERNOS SERVICIO DE EMERGENCIA SEGUN OCUPACION Y PRINCIPALES PROBLEMAS QUE AFECTAN SU DESEMPEÑO LABORAL



# USUARIOS INTERNOS SERVICIO DE EMERGENCIA SEGUN OCUPACION Y NECESIDADES LABORALES REFERIDAS



# ANALISIS ESTADISTICO

## CALCULO DE LA MUESTRA

$$n = \frac{NZ^2Pq}{L^2(N-1) + Z^2 P q}$$

n = muestra (con significación estadística)

N = tamaño de la población o universo

Z = nivel de confianza

P = proporción estimada del fenómeno a medir

q = es la otra proporción restante

L = margen de error permitido

## CALCULOS ESTADISTICOS – APLICACIÓN DE FORMULAS

$$N = \frac{N Z^2 P o}{L^2 (N - 1) + Z^2 P q}$$

$$n = \frac{(75,432)(1.96)^2(0.2)(0.8)}{(0.05)^2(75,431) + (1.96)^2(0.2)(0.8)}$$

$$n = \frac{(75,432)(0.614656)}{189.19215}$$

$$\begin{aligned} \text{MEDIA } \bar{X} &= \frac{\sum mifi}{n} = \frac{(5.5)(81) + (14.5)(52) + (23.5)(42) + (32.5)(14) + (41.5)(56)}{245} \\ &= \frac{445.5 + 754 + 987 + 455 + 2324}{245} \\ &= \frac{4,965.5}{245} = 20.2 \sim 20 \end{aligned}$$

$$\text{MEDIANA} = \text{LRI} + \frac{(n/2 - fa) \cdot C}{F} \quad n/2 = 245/2 = 122.5$$

$$= 9.5 + \frac{(122.5 - 81) \cdot 10}{133}$$

$$M = 12.62 \sim M = 123$$

$$\text{MODA} = \text{LRI} + \frac{\Delta 1}{\Delta 1 + \Delta 2} \cdot C$$

$$= 0.5 + \left( \frac{81}{81 + 29} \right) \cdot 10$$

$$= 7.86 \sim 8$$

MEDIDAS DE DISPERSION

→ VARIANZA

→ DESVIACION STÁNDAR

$$S^2 \text{ y } S \quad S^2 = \frac{\sum_{i=1}^K m_i^2 f_i - n \bar{x}^2}{n-1} \quad \hat{S} = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^K m_i^2 f_i - n \bar{x}^2}{n-1}}$$

$$s = \frac{147,811.25 - (245)(20)^2}{244} = 204.14 \text{ VARIANZA}$$

$$S = 14.29$$

ESTIMACION POR INTERVALOS (IC)

$$P \left( \bar{x} - Z_{1-\alpha/2} \frac{S}{\sqrt{n}} \leq M < \bar{x} + Z_{1-\alpha/2} \frac{S}{\sqrt{n}} \right) = 1 - \alpha$$

$$P \left( \frac{20 - 1.96(14.29)}{\sqrt{245}} \leq M \leq \frac{20 + 1.96(14.29)}{\sqrt{245}} \right) = 0.95$$

$$p(18 \leq m \leq 22) = 0.95$$

Medidas de Posición

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^K m_i f_i}{n} \quad \text{Media}$$



$$\bar{X} = \frac{(250)(125) + (750.5)(56) + (1,250.5)(27) + (1,750.5)(28) + (2,250.5)(17)}{245}$$

$$\bar{X} = \frac{31,250 + 42,028 + 33,763.5 + 35,010 + 38,258.5}{245}$$

$$X = \frac{180,310}{245} = \text{C\$ } 735.9 = \text{C\$ } 736.00$$

$$\text{Mediana} = \text{L.R.I.} + \frac{\frac{n}{2} - f_a}{f} \cdot C$$

$$= 0 + \frac{122.5 - 0}{125} \cdot 500$$

$$= \text{C\$ } 490.00$$

$$\text{Moda} = \text{L.R.I.} + \frac{\Delta 1}{\Delta 1 + \Delta 2} \cdot C$$

$$= 0 + \left[ \frac{125}{125 + 69} \right] \cdot 500$$

= C\$ 322.00 Significa que le ingreso más común de los pacientes que fueron atendidos es de C\$ 322.00

$S^2$  y  $S$

$$S = \frac{228,961.530.40 - 132,715,520}{244}$$

$$S = 394,450.86 \quad \wedge \quad S = 628.05$$

I.C

$$P \left( \bar{X} \pm Z_{1-x} \frac{S}{\sqrt{N}} \leq M \right) = 1 - x$$

$$P(736 \pm (1.96) (\sqrt{628.05}) \text{ S M}) = 0.95$$

$$\sqrt{245}$$

$$P(736 \pm 78.6567412 \text{ M}) = 0.95$$

$$(657.3432588 \text{ SMS } 814.6567412)$$

Medidas de Posición.

$$\bar{X} = \frac{\sum m_i f_i}{n} = \frac{(7.5)(15) + (23)(20) + (38)(105) + (53)(27) + (68)(78)}{245}$$

$$= \frac{112.5 + 460 + 3990 + 1,431 + 5,304}{245}$$

$$= \frac{11,297.5}{245}$$

$$\bar{X} = 46 \text{ minutos}$$

$$\text{Med} = 30.5 + \left[ \frac{122.5 - 35}{105} \right] .15$$

$$\text{Med} = 42.99 = 43 \text{ minutos}$$

Nos indica que es el tiempo que mas frecuente se observó.

$$S^2 = 599.558.75 - (245) (46)^2 / 244$$

$$S^2 = 332.53 \text{ y } S = 18.23$$

Como la dispersión es pequeña quiere decir que los datos ( tiempo en minutos) no se encuentran muy alejados del promedio.

IC

$$P(x \pm \sum 1 x S \leq M) = 1 - \alpha$$

$$\sqrt{\quad}$$

$$P \left( 46 \pm (1.96) \frac{(18.23)}{\sqrt{245}} \leq M \right) = 0.95$$

$$P ( 43 \leq M \leq 48 ) = 0.95$$

Nos indica que el verdadero valor del tiempo promedio oscila entre 43 y 48 minutos con una confiabilidad del 95%.

### MEDIDAS DE POSICION

$$\begin{aligned} \bar{X} &= \frac{\sum_{i=1}^n m_i f_i}{n} \\ &= \frac{(15)(110) + (30)(38) + (45)(60) + (60)(37)}{245} \\ &= \frac{1,650 + 1,140 + 2,700 + 2,220}{245} \\ &= \frac{7,710}{245} = 31.4 = 31 \text{ minutos} \end{aligned}$$

Por tanto el tiempo promedio de espera estimado que los pacientes tuvieron que esperar para ser atendidos fue de 31 minutos.

$$\begin{aligned} \text{Med.} &= 30.5 \left[ \frac{+ 122.5 - 110}{38} \right] \cdot 15 \\ &= 35.43 = 35 \text{ minutos.} \end{aligned}$$

Es decir que el 50% de pacientes tuvieron que esperar para ser atendidos por el médico es menos de 35 minutos y el otro 50% esperó un tiempo mayor a 35 minutos.

$$\begin{aligned} M_o &= L.R.I. + \left[ \frac{\Delta_1}{\Delta_1 + \Delta_2} \right] C \\ &= 0 + \left[ \frac{110}{110 + 72} \right] 15 = 9 \text{ minutos} \end{aligned}$$

$$S^2 = \frac{313,650}{244} - \frac{(245)(31)^2}{244} = 320.51$$

$S = 17.90$  Esto significa que los datos no están muy dispersos de su promedio.

$$M = \frac{\sum_{i=1}^N m_i f_i}{N} = \frac{306 + 1,349 + 578.5}{63} = \frac{2,233.5}{63} = 35 \text{ años}$$

$$Md = L.R.I + \left[ \frac{\frac{n}{2} - fa}{f} \right] \cdot C = \frac{M}{2} = \frac{63}{2} = 31.5$$

$$M. = LRI + \left[ \frac{\Delta 1}{\Delta 1 + \Delta 2} \right] \cdot C$$

$$= 30.5 + \left[ \frac{26}{26 + 25} \right] \cdot 10 = 35 \text{ años}$$

La edad modal es de 35 años.

$$S = \frac{\sum_{i=1}^n m_i^2 f_i - n \times \bar{x}^2}{n-1} \times S$$

$$= \frac{81,435.75 - (63)(35)^2}{62} = \boxed{68.72 = S^2}$$

$$S = 8.29$$

$$M = \frac{3294}{52} = 52$$

$$Md = 45.5 + 31.5 \cdot \frac{2.3}{15}$$

$$= 54 \text{ minutos}$$

$$M. 60.5 + \left[ \frac{10}{10-0} \right] \cdot 15 = 75 \text{ minutos} = 1 \text{ h.} + 15 \text{ minutos}$$

El tiempo modal es de 1 h. + 15 minutos.

$$Z = \frac{\sum m_i^2 f_i - n \times \bar{x}^2}{n-1} = 169,997 - 170,352 / 62$$

$F = 5.72$ $=$ Varianza pob.	$y$	$f = 2.39$ Desv. Pob.
------------------------------------	-----	--------------------------

$$M = \frac{\sum_{i=1}^k f_i m_i}{N} = 2,183 \quad \text{El verdadero ingreso promedio de los trabajadores Del Hospital es de C\$ 2,183.00}$$

$$M_d = LRI + \left[ \frac{\frac{n}{2} - f_a}{f} \right] \cdot C$$

$$= 1000.5 + \frac{31.5 - 6}{26} \cdot 1000$$

$$M_d = 1,982$$

$$M_o = L.R.I. + \left[ \frac{\Delta_1}{\Delta_1 + \Delta_2} \right] \cdot C$$

$$= 1,000.5 + \left[ \frac{20}{20 + 10} \right] \cdot 1000$$

$$= 1,667$$

$$s^2 = \frac{\sum_{i=1}^k m_i^2 f_i}{N - 1} - N(M)^2$$

$$= 1,091,269.47$$

$$= 1,044.63$$

$$M = \frac{\sum_{i=1}^k f_i m_i}{N} = 6 \text{ años}$$

$$Md = L.R.I. + \left[ \frac{n - fa}{f} \right] \cdot C \quad -\frac{n}{2} = 31.5$$

$$5.5 + \left[ \frac{31.5 - 7}{27} \right] \cdot 5 = 10$$

$$Mo. = L.R.I. + \frac{\Delta 1}{\Delta 1 + \Delta 2} \cdot C$$

$$= 5.5 + \left( \frac{20}{20 + 15} \right) \cdot 5 = 8 \text{ años}$$