

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN OTORGADA A LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIA

PERCEPTION OF THE QUALITY OF CARE PROVIDED TO PATIENTS IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

Katya Cuadros-Carlesi

Enfermera Matrona

Dra. en Enfermería

Universidad Viña del Mar, Viña del Mar, Chile

katya.cuadros@uvm.cl

<https://orcid.org/0000-0003-4751-815X>

Paola Andrea Ruiz-Araya

Enfermera Matrona

Dra. en Proyectos

Magister en Gestión Educacional

Universidad Viña del Mar, Viña del Mar, Chile

paola.ruiz@uvm.cl

<https://orcid.org/0000-0001-9485-598X>

Artículo recibido el 31 de julio de 2023. Aceptado en versión corregida el 01 de diciembre de 2023.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. La atención de urgencia reviste características particulares, conjugándose múltiples factores que impactan en la calidad del servicio prestado, siendo su evaluación crucial para mejorar la satisfacción de los usuarios. No obstante, la utilización de encuestas no siempre logra profundizar la experiencia del paciente y del personal que presta el servicio. **OBJETIVO.** Conocer la calidad percibida por los usuarios de un servicio de urgencia de una clínica privada de Chile. **METODOLOGÍA.** Investigación cualitativa, descriptiva en la que participaron 20 pacientes, cinco familiares y diez integrantes del equipo de salud. Para la recolección de datos se realizaron entrevistas semiestructuradas y observación no participante. Se utilizó un enfoque inductivo para analizar los datos, realizando codificación selectiva y axial en base a siete categorías predefinidas basadas en las dimensiones de calidad. **RESULTADOS.** Del análisis de los discursos se obtuvieron seis categorías y 16 subcategorías de calidad de atención, siendo las más relevantes la oportunidad, la calidez, el confort y calidad técnica y capacidad resolutiva. En el caso del personal de salud, emergió la violencia por parte de pacientes o familiares como un factor

relevante que impacta negativamente en la calidad. **CONCLUSIÓN.** Existió coincidencia en la percepción del personal de salud, pacientes y familiares. Se identificaron como fortalezas la amabilidad del personal, así como la accesibilidad y oportunidad de la información al paciente respecto de los procesos de atención. Se detectaron oportunidades de mejora relacionadas a los tiempos de espera, la presencia de especialistas y a la privacidad que ofrecen los boxes de atención.

Palabras clave: Calidad, acceso y evaluación de la atención de salud, atención al paciente, satisfacción del paciente, Servicio de Urgencia en Hospital.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Emergency care involves multiple factors that impact the quality of the service provided, and its evaluation is crucial to enhance user satisfaction. However, the use of surveys does not always succeed in revealing the patient's experience and the experiences of staff who provide the service. **OBJECTIVE:** To ascertain the perceived quality of care by users of an emergency department in a private clinic in Chile. **METHODOLOGY:** Qualitative, descriptive research involving 15 patients, five relatives and ten healthcare team members. Data were collected through semi-structured interviews and non-participant observation. An inductive approach was used to analyze the data, implementing selective and axial coding based on seven pre-defined categories grounded on quality dimensions. **RESULTS:** From the analysis of the data, six categories and 16 subcategories of care quality were obtained, with the most relevant being timeliness, warmth, comfort, technical quality, and problem-solving capacity. In the case of health personnel, violence by patients or family members emerged as a relevant factor that negatively impacts quality. **CONCLUSION:** There was agreement in the perception of healthcare personnel, patients, and relatives. The friendliness of the staff, as well as the accessibility and timeliness of information provided to the patient regarding care processes, were identified as strengths. Opportunities for improvement were detected related to waiting times, the presence of specialists, and the privacy offered in the care setting.

Keywords: Health Care Quality, Access, and Evaluation; Patient Care; Patient Satisfaction; Emergency Service, Hospital.

http://dx.doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.34.3.539-560

INTRODUCCIÓN

A través de la historia diferentes autores han definido la calidad en salud, siendo uno de ellos Donabedian, quien la conceptualizó como “la obtención del máximo beneficio para el usuario,

mediante la aplicación del conocimiento y la tecnología más avanzada tomando en cuenta los requerimientos del paciente, así como las capacidades y limitaciones del recurso de la institución de acuerdo con los

valores sociales imperantes”¹. Asimismo, planteó que para medirla se deberían considerar tres ámbitos estrechamente relacionados: a) la estructura (características de las instalaciones, los recursos materiales y los recursos humanos que atienden a los pacientes), b) los procesos (las acciones y actividades que se llevan a cabo en la prestación de servicios de salud, incluyendo diagnóstico, tratamiento, comunicación con el paciente, entre otros) y, c) los resultados (los efectos finales de la atención médica en la salud del paciente, como la mejoría de los síntomas, la recuperación, la prevención de complicaciones y la satisfacción del paciente)².

Para los establecimientos de salud es relevante evaluar la calidad, pues es el primer paso para brindar un adecuado servicio, mejorar la eficacia y lograr el éxito organizacional³, siendo la satisfacción del usuario un indicador esencial⁴ que, al ser medido entrega información sobre la percepción de la calidad de la atención recibida, permitiendo detectar deficiencias que luego se aborden como parte del proceso de mejora continua.

La calidad percibida es un concepto multifactorial y subjetivo⁴. De acuerdo con el modelo de Parasuraman et al., se define como el juicio global del cliente que resulta de la comparación de las expectativas y percepciones sobre el servicio ofrecido, lo que determina el nivel de satisfacción del usuario⁵, pudiendo éste evaluar la calidad de la atención desde la mirada de distintas dimensiones⁶.

En el caso de los servicios de urgencias, este juicio está influenciado por

el estado emocional del paciente, por ello, la accesibilidad, la amabilidad del trato y la mejora en su estado de salud son determinantes para esta calidad percibida⁷. Otros factores tales como: largos tiempos de espera de atención, incomodidad de la sala de espera, el trato del personal médico, la profesionalidad del personal de enfermería, la percepción de un diagnóstico y tratamiento sin errores, profesionales que atienden con premura, y la manera en que se realiza la entrega de información a pacientes y familiares, también afectan la conformidad de los pacientes con la atención recibida en un servicio de urgencias⁸⁻¹⁰.

Dado que para mejorar estos aspectos se hace necesario intervenir en la eficacia y eficiencia de la prestación de servicio, con una clara preocupación por el bienestar de los pacientes⁶, resulta relevante la adopción de una cultura de calidad de servicio, de modo tal de cumplir con sus expectativas y responder a sus necesidades¹¹. Por otra parte, se ha evidenciado que la priorización de la atención de los pacientes según su gravedad y la capacitación del personal y de la comunidad sobre este proceso, han mejorado la satisfacción de los pacientes en los servicios de urgencia^{12,13}.

Dentro de las acciones que toman los establecimientos de salud, se encuentra la medición de la satisfacción de sus usuarios mediante métodos cuantitativos y cualitativos para obtener su opinión¹⁴, siendo las encuestas una de las estrategias más utilizadas¹⁵. Sin embargo, los métodos cualitativos aportan una mirada comprensiva respecto de los procesos de cuidado de los que son objeto los pacientes

y pueden complementar la información recabada por métodos cuantitativos¹⁶. Es por lo que se planteó realizar un estudio cualitativo que contemplará la participación del personal de salud y de los pacientes, con el objetivo de conocer la calidad percibida por los usuarios de un servicio de urgencia de una clínica privada de Chile.

METODOLOGÍA

Este estudio correspondió a una investigación cualitativa, de tipo descriptiva. Se eligió este diseño como el más apropiado para conocer cómo el equipo de salud y los pacientes evalúan la calidad de la atención desde sus propias experiencias, ya que proporciona un completo contenido descriptivo desde la perspectiva de los sujetos en estudio^{17,18}. Se llevó a cabo entre los meses de agosto y septiembre del 2022 en el servicio de urgencia de una clínica privada de alta complejidad de la región de Valparaíso, Chile.

La población correspondió al personal del servicio de urgencia y a los pacientes, familiares, o padres de menores de edad, que recibieron atención en este servicio.

Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo de variabilidad máxima¹⁹ con objeto de incluir todo tipo de pacientes consultantes y personal de salud con diferentes funciones dentro del servicio de urgencia. Las investigadoras definieron por acuerdo el tamaño final de la muestra cuando se logró la saturación de datos²⁰.

Los participantes pertenecientes al personal de salud fueron elegidos

considerando los siguientes criterios de inclusión: antigüedad en el cargo mayor a seis meses, ser personal de planta y aceptar participar en el estudio firmando el consentimiento informado para la investigación.

Los pacientes fueron invitados a participar en base a los siguientes criterios de inclusión: ser mayor de edad, ser atendido en el servicio de urgencia, con ausencia de patologías que implique una urgencia vital, no presentar alteraciones de conciencia, disconfort (dolor, procedimientos invasivos u otros) o alteraciones cognitivas que dificultaran su participación en el estudio, encontrarse en un box en el cual se pudiera resguardar la privacidad de sus respuestas al ser entrevistados y aceptar participar en el estudio firmando el consentimiento informado.

Finalmente, para los padres y/o acompañantes de pacientes menores de edad o con limitaciones cognitivas o de conciencia, se definieron como criterios de inclusión: ser acompañante de un menor de edad o paciente que se encontrará con una patología sin riesgo vital en el servicio de urgencia, encontrarse en un recinto o sala en la cual se pudiera resguardar la privacidad de sus respuestas al ser entrevistado, y aceptar participar en el estudio a través de la firma del consentimiento informado.

Se hizo difusión del estudio en el servicio de urgencia a través de un trabajo colaborativo de motivación con la clínica. Luego de esto, las investigadoras realizaron contacto personal con los trabajadores para formalizar su participación, quedando constancia en el

consentimiento informado que firmó cada participante. En el caso de los pacientes, padres y/o familiares que cumplieran con los criterios de inclusión, las investigadoras utilizaron como estrategia para invitarlos a participar en el estudio, un contacto inicial en el box para explicar el alcance del estudio, evaluar su disponibilidad de participación y programar una entrevista presencial, telefónica o por videoconferencia de acuerdo con la disponibilidad de pacientes, padres o acompañantes según correspondiera.

La muestra final quedó constituida por diez miembros del equipo de salud (una enfermera supervisora, dos enfermeras clínicas, tres técnicos en enfermería, dos auxiliares de servicio y dos funcionarios administrativos), 15 pacientes y cinco familiares. En total, 30 participantes. Cabe señalar que no se

registró participación del estamento médico por su falta de disponibilidad para concretar entrevistas durante el periodo en que se llevaron a cabo, debido a una elevada demanda asistencial.

Para la recolección de datos se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas y observación no participante. La duración de las entrevistas fue de entre 30 minutos a una hora en promedio. Las investigadoras tenían conocimiento y experiencia previa en la conducción de entrevistas en otros estudios. Para realizar las entrevistas semiestructuradas se utilizaron pautas elaboradas en base a la revisión del marco teórico, lo que derivó en la construcción de categorías y subcategorías predeterminadas, basadas en las dimensiones de la calidad, las cuales se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. *Categorías y subcategorías de calidad de la atención percibida predefinidas.*

Categoría	Definición conceptual	Subcategorías
Confort	Bienestar o comodidad proporcionado por los espacios físicos.	Temperatura, aseo, tamaño, luminosidad, ventilación, decoración, ruido
Accesibilidad	Facilidad para obtener atención de salud a pesar de barreras económicas, geográficas, culturales, etc. ²¹	Accesibilidad geográfica, accesibilidad a la información
Oportunidad	Entrega de servicios en el momento en que el usuario efectivamente lo requiera o necesite. ²¹	Oportunidad de atención (tiempos de espera)
Calidad técnica	Capacidad de los miembros del equipo de salud para solucionar problemas de salud y satisfacer las necesidades de sus usuarios. ²¹	Calidad técnica de la atención del equipo de salud, calidad de equipos e insumos utilizados en la atención, calidad de la información, tiempo dedicado a la atención del paciente.
Capacidad resolutive	Capacidad real de un procedimiento o tratamiento de lograr los objetivos propuestos. ²¹	Capacidad resolutive del profesional que atiende, recursos disponibles para otorgar la atención, coordinación dentro del equipo de urgencia, coordinación con unidades de apoyo.

Percepción de la calidad de la atención otorgada a los pacientes en el servicio de urgencia

Seguridad del paciente	Un marco de actividades organizadas tendientes a generar culturas, procesos, procedimientos, conductas, tecnologías y entornos en la atención de salud que de manera constante y sostenible reduzcan riesgos, reduzcan la ocurrencia de daños evitables, hagan el error menos probable y reduzcan el impacto cuando ocurren. ²²	Seguridad del paciente durante la atención, existencia de protocolos, cumplimiento de protocolos.
Calidez de la atención	Trato amable, buena disposición para escuchar, atender problemas y resolver inquietudes por parte del personal que otorga la atención.	Relación interpersonal entre el personal y pacientes, aspectos de la humanización de la atención, manejo de conflictos.

Fuente: elaboración propia.

Se solicitó el permiso de los participantes para grabar las entrevistas en archivos de audio, los que fueron resguardados en un disco duro al que solo tuvo acceso el equipo investigador.

En el caso de los pacientes o sus familiares, se indagó respecto de su experiencia durante todo su proceso de atención desde el ingreso hasta el alta del servicio de urgencia. Adicionalmente, esta instancia permitió explorar fortalezas y debilidades, así como sugerencias para la mejora continua de los procesos de atención.

Respecto de los trabajadores del servicio de urgencia, se indagó la percepción de la calidad de la atención

otorgada desde la mirada del rol que deben desempeñar en las distintas etapas del proceso de atención: admisión, categorización, atención en box, prestaciones complementarias (exámenes de laboratorio, imagenología, interconsultas a especialistas) y alta del servicio (a domicilio, traslado a un servicio clínico o traslado a otro centro asistencial). Además, se exploraron fortalezas y debilidades, así como también sugerencias para la mejora continua de los procesos. Para ello, se iniciaba con una pregunta de apertura, que se relacionaba con su trayectoria laboral y su trabajo diario en la clínica (Tabla 2).

Tabla 2. Ejemplos de preguntas orientadoras de la entrevista semiestructurada.

Categoría	Ejemplo de pregunta
Confort	¿Qué le parecen los espacios que dispone el servicio de urgencia para la atención de los pacientes y/o familiares?
Accesibilidad	¿Cómo considera usted la ubicación del servicio de urgencia?
Oportunidad	¿Cuál es su percepción respecto del tiempo de espera para ser atendido en el box?
Calidad técnica	¿Qué opina usted respecto de la calidad profesional del equipo de salud que lo atendió?

Capacidad resolutive	¿Cuál es su opinión respecto de la resolución de su problema de salud?
Seguridad del paciente	¿Le explicaron alguna medida o protocolo para resguardar su seguridad?
Calidez de la atención	¿Cómo describiría Ud. el trato que recibió por parte del personal administrativo, guardias, enfermeras(os), Técnicos en enfermería y médicos?

Fuente: elaboración propia.

Las entrevistas individuales del personal de salud fueron realizadas en recintos cerrados de la clínica, que permitían resguardar la privacidad de los entrevistados en un ambiente fuera del contexto de la atención clínica y libre de interrupciones. En tanto, las entrevistas de los pacientes o familiares se realizaron por videollamada utilizando la plataforma Zoom® posterior a su alta cuando ya se encontraba en su domicilio, o de manera presencial en un espacio cerrado que permitiera el resguardo de su privacidad, antes del alta administrativa.

Por otra parte, para enriquecer la calidad de los datos recolectados se realizó observación no participante, que consistió en la observación de las labores diarias del equipo de salud del servicio de urgencia, de modo tal de conocer en profundidad los procesos de atención que se llevaban a cabo en el ambiente natural de trabajo. Esta actividad se realizó tanto en la sala de espera como en las distintas dependencias durante la jornada laboral, lo que permitió contextualizar la información recabada a través de las entrevistas individuales. Para la recolección de datos se utilizó un cuaderno de campo para registrar notas que contemplaron el relato y meta relato de lo observado. Se realizaron las observaciones durante 10 días no consecutivos en diferentes horarios.

Las entrevistas fueron transcritas por el equipo investigador dentro de las siguientes 24 horas hábiles de su realización. Para mejorar la eficiencia del proceso, se utilizó el programa Amber Script® para una transcripción inicial, la que fue posteriormente corregida por las investigadoras. Para resguardar la confidencialidad de los datos de identificación de los participantes, se asignó un código alfanumérico a cada entrevista. La transcripción se realizó en un archivo Word.

Los archivos de audio de las entrevistas fueron revisados detalladamente por las dos investigadoras para efectos del análisis y los datos obtenidos a partir de los discursos de los participantes fueron sometidos a análisis de manera independiente por cada investigadora, con el objeto de dar respuesta a las interrogantes de esta etapa del estudio. Se procedió a descomponer y recomponer el texto de los discursos, contextualizándolo en sus circunstancias de producción, de modo tal de alcanzar una comprensión y encaje de éste dentro del contexto de la investigación utilizando un enfoque inductivo. Se realizó codificación abierta en un inicio, tomando como referencia las categorías predeterminadas relacionadas a las dimensiones de calidad. Luego, se procedió a leer y releer las transcripciones

destacando palabras o frases que daban cuenta de los pensamientos o percepciones de los entrevistados respecto a la pregunta de investigación. Estos textos destacados fueron comparados, asignándoseles códigos para luego llevar a cabo una codificación selectiva y axial²⁰. Este proceso fue realizado en conjunto por las investigadoras, llevando a consenso los códigos, subcategorías y categorías que emergieron de los datos.

En tanto, los relatos y meta relatos obtenidos durante la observación no participante fueron transcritos en un archivo Word y considerados como fuente complementaria que permitió la triangulación de los datos. Para mejorar la confiabilidad del análisis de datos, el equipo investigador tomó notas de campo para llevar registro de las reflexiones y las decisiones analíticas adoptadas durante la codificación y categorización de los datos.

Criterios de rigor y consideraciones éticas:

Este estudio respetó los principios éticos de la investigación contenidos en la declaración de Helsinki y contó con la autorización del Comité Ético Científico de la Universidad de Viña del Mar (Carta de aprobación del 5 de agosto 2022). Asimismo, se consideraron los criterios de rigor de un estudio cualitativo planteados por Guba²¹.

RESULTADOS

Calidad percibida por pacientes, padres y acompañantes:

El proceso de análisis llevó a la fusión de dos categorías predefinidas (calidad técnica y capacidad resolutive), derivando en seis categorías y 16 subcategorías, las que se muestran en la Figura 1. De estas categorías la más mencionada en los relatos fue la de “oportunidad”, seguida de las categorías “calidez de la atención” y “confort”.

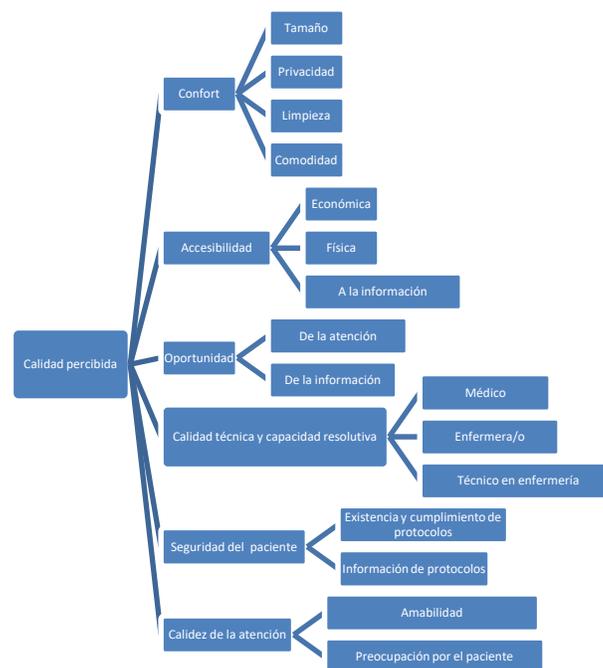


Figura 1. Categorías y subcategorías de los pacientes y familiares.

Confort: respecto de la subcategoría “tamaño”, los participantes mencionaron que la planta física del servicio de urgencia era reducida, especialmente los boxes de atención y la sala de espera. Además, la ausencia de áreas separadas para pacientes adultos y pediátricos, les generaba gran incomodidad.

“La sala de espera es muy pequeña, a veces está lleno y tenemos que esperar afuera” P14

“El espacio físico también lo encuentro un poco chico, pequeño, para la cantidad de gente que va, lo encuentro muy similar, no sé, a un hospital” P12

“incomoda que estén mezclados niños y adultos por los ruidos y llantos” P3

Además, se evidenció que el espacio reducido y la presencia de cortinas para separar una camilla de otra afectaba negativamente en la “privacidad” de los pacientes, ya que, si bien constituía una barrera física para evitar la visualización de parte de los otros pacientes, no lo era para el ruido ambiental o las conversaciones entre pacientes y personal de salud, lo que impactaba negativamente en el resguardo de la confidencialidad de la atención. Si bien los pacientes reconocían que contar con cortinas contribuía a su privacidad, su presencia les afectaba cuando se trataba de temas sensibles que debían ser puestos en conocimiento del equipo de salud o que pudiesen comprometer su dignidad.

“me sentí incómodo al tener que compartir el espacio en el box, era una sala para cuatro pacientes y se escuchaban gritos de otro paciente” P1

“está la cortina por lo que la privacidad está bien, pero si viniera por otra cosa, sería más estricta” P14

En general, la “limpieza” de las dependencias fue un aspecto valorado positivamente por los pacientes y familiares, lo que también se evidenció a través de la observación no participante.

“todo muy limpio, es que en general siempre, bueno las veces en que he venido es así aquí, todo está muy limpio” P9

En la subcategoría “comodidad” se hizo alusión a los factores ambientales, tales como temperatura, ventilación, iluminación y ruido, siendo este último un aspecto valorado negativamente, al no disponerse de barreras físicas que lo mitigaran.

“me pongo nerviosa con los niños llorando” P3

“El box era incómodo, me molestaba la luz y vine por dolor de cabeza, la luz blanca mucho rato es molesto” P4

Accesibilidad: en esta categoría, la “accesibilidad física” fue la más aludida por los entrevistados, destacando la ubicación geográfica de la clínica como un aspecto positivo y valorado por la facilidad para llegar desde distintos puntos de la ciudad. Sin embargo, la falta de señalética respecto del acceso y ubicación del servicio de urgencia dentro de la clínica les dificultaba su llegada, requiriéndose en muchas ocasiones de la ayuda u orientación de guardias de seguridad o funcionarios de la clínica para encontrar el acceso al servicio, puesto que éste se

encuentra en el extremo opuesto a la entrada principal de la clínica.

“es céntrica, al menos yo tomo locomoción colectiva, camino dos cuadras y luego, para irme lo mismo dos cuadras subo y luego. Y igual está bien ubicado” P9

“me costó un poco porque entré por la principal y de ahí pasé al fondo porque igual la encontré escondida esa parte” P11

En la subcategoría “*accesibilidad económica*”, los usuarios reconocen que los precios de esta clínica son más accesibles para la clase media que otros recintos cercanos.

“comparo los precios cuando tengo que hacerle procedimientos a mi mamá y cuando yo también tengo que hacérmelo, son un poco más conveniente que otros lugares” P11

Respecto de la “*accesibilidad a la información*”, los pacientes valoraron la implementación del protocolo de información del presupuesto de las prestaciones previo a la atención, ya que conocer los costos, permite al paciente o familia evaluar la factibilidad económica de recibir la atención. Además, cuando un paciente refería dificultades económicas, se le ofrecían alternativas de solución, lo que fue bien evaluado por los entrevistados, pues asumían que debían incurrir en un gasto al tratarse de una clínica privada.

“Me parece bien que venga alguien a darle el presupuesto antes de atenderte, aunque igual tendría que pagar igual porque no tengo opción” P3

Oportunidad: En esta categoría la gran mayoría de los entrevistados hizo

referencia a la subcategoría “*oportunidad de la atención*”, siendo la más mencionada, lo cual se condice con la situación de salud de los pacientes, quienes consideran urgente resolver sus necesidades particulares. En general, la valoración fue positiva por parte de los pacientes, pero sujeta a sus expectativas, a la gestión del tiempo de espera y a la resolución del motivo de consulta por parte del personal del servicio.

“acá en el box tuve que esperar harto rato... no sé si el dolor le hacer ver a una la intensidad del tiempo...es que una se pone un poco exigente, que sea todo rápido...es que uno tiene eso a veces en su mente, pero no es así seguramente por la urgencia que uno siente” P7

En la subcategoría “*oportunidad de la información*” se evidenció una valoración positiva de la entrega de información durante los distintos momentos de la atención de los pacientes por parte del personal de salud que lo atiende.

“A los enfermeros uno les puede hacer las consultas que quiera y le responden. Avisan qué es lo que tiene, qué van a hacer” P16

Calidad técnica y capacidad resolutoria:

En general, existió una percepción favorable de esta categoría, siendo la calidad técnica del estamento médico la más evaluada por los pacientes, en concordancia con su rol preponderante en el servicio de urgencia.

“llegó al tiro el médico, me revisó, se aseguró que no tuviera ninguna fisura o algo y ahí me dio el diagnóstico y me fui para la casa” P11

Sin embargo, la falta de atención pediátrica las 24 horas del día y de especialistas fue evaluada negativamente por los pacientes, pues implica que deben acudir a hospitales del sistema público o a otras clínicas para resolver problemáticas de salud de sus hijos.

“En la noche no hay atención de niños. El otro día no había traumatólogo y mi hija se fracturó la muñeca. Tuve que ir al hospital público” P15

Seguridad del paciente: Se evidenció que los pacientes no tenían claridad sobre la existencia de protocolos para proteger su seguridad, los que tampoco les son informados por el personal, lo que puede impactar negativamente en diversas situaciones que ponen en riesgo la seguridad del paciente, más aún cuando en la observación no participante se constató que no existían cámaras para el monitoreo de los pacientes ni rondas periódicas del personal por los boxes de atención.

“yo creo que no debiese ser así, o sea a lo mejor porque lo mío no era tan grave, supongo, pero creo que debiera haber igual una preocupación mayor y, y mínimo ir más seguido que un lapso de una hora para ir a preguntar a un paciente cómo se siente, creo yo, porque si fuera una persona mayor, no sé po, le puede pasar hasta algo en ese rato” P12

Calidez de la atención: Se distinguieron dos subcategorías, “amabilidad” y “preocupación por el paciente”. La primera fue un aspecto destacado positivamente por los entrevistados. Sin embargo, algunos pacientes sintieron una

falta de preocupación del personal mientras se encontraban en el box o en otras dependencias del servicio, así como una escasa preocupación por detalles que mejoren la experiencia del paciente.

“me dejan ingresar con mi madre porque es adulta mayor y no escucha bien” P3

“la persona que categorizó es muy cercana, eso se agradece porque uno viene sintiéndose mal” P9

“El personal tienen buena disponibilidad y amabilidad, pero nadie me recibió con una silla de ruedas, yo venía cojeando” P17

“Nadie se da una ronda para saber cómo está uno en un box” P20

En general los pacientes calificaron la atención recibida como buena y muy buena, siendo muy minoritario quienes la evaluaron como mala o regular. De las sugerencias para mejorar los procesos, mencionaron la necesidad de contar con atención pediátrica las 24 horas, habilitar estacionamiento para pacientes que consultan en urgencia, separar físicamente las dependencias destinadas a adultos y niños, y mejorar los tiempos de espera.

Calidad percibida por personal de salud

Además de las categorías predefinidas teóricamente, surgió de los participantes una categoría que, si bien no es una dimensión de la calidad, es un factor que está presente en especial en este tipo de servicio al momento de brindar la atención y que correspondió a la “violencia verbal o física por parte de pacientes y/o familiares” (Figura 2).

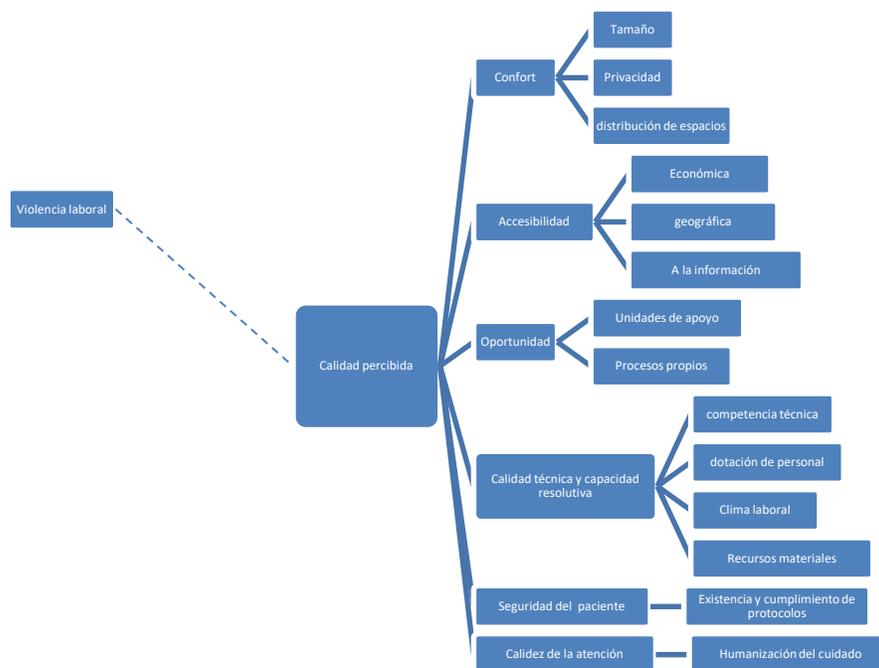


Figura 2. Categorías y subcategorías del personal de salud.

Confort: En general, el personal reconoció que los espacios no son apropiados para la atención al no contar con la “privacidad” requerida, lo que fue identificado como un aspecto que afecta negativamente el bienestar del paciente.

“lo que perjudica a los pacientes es que no hay privacidad en los boxes, tienen cortinas” (PS6)

“la privacidad no es buena porque se escucha todo lo del paciente del lado” (PS1)

Por otra parte, en relación con el “tamaño” de las dependencias, al igual que los pacientes, el personal de salud considera pequeña la sala de espera, en especial en época de alta demanda asistencial.

Lo malo de la sala de espera es su porte porque es pequeña. hay gente que espera afuera de la clínica” (PS1)

También, la “distribución de los espacios” fue calificada como inadecuada, al no contar con sectores exclusivos para pacientes adultos y pediátricos. Además, mencionaron que la infraestructura se ha adaptado a la necesidad de espacios, alejándose de su diseño original. Es así como su actual diseño no permite la visualización de los pacientes que se encuentran alejados de la estación de enfermería o de la recepción, lo que dificulta la detección oportuna de situaciones que los pongan en riesgo.

“no tenemos box adecuados para pediátricos” (PS4)

“no todos los boxes están iluminados, si apago una luz se las apago a todos” (PS4)

“yo no tengo visión desde mi puesto...la sala de espera es chica” (PS5)

Accesibilidad: La “*accesibilidad geográfica*” fue un aspecto valorado positivamente por los miembros del equipo de salud, así como también la “*disponibilidad de la información*” para todos los usuarios, destacando la accesibilidad al presupuesto de las prestaciones requeridas previo a su realización, de modo tal que el paciente tenga opción de tomar una decisión informada respecto de continuar atendándose en la clínica. Por otro lado, si bien la “*accesibilidad económica*” fue reconocida como algo positivo, pues se identifica a la clínica como un recinto que ofrece prestaciones a un menor costo que otros centros asistenciales, hay pacientes que no pueden continuar con su atención por falta de recursos económicos a pesar de que existen facilidades de pago.

“Hay mucha gente que rechaza los tratamientos por el costo” (PS1)

“yo creo que es accesible para llegar” (PS6)

“si el paciente queda hospitalizado se le entrega información de lo que tiene que traer” (PS2)

Oportunidad: Esta categoría fue una de las más mencionadas por el personal de salud, puesto que el tiempo de espera de los pacientes es afectado principalmente por los tiempos de los procesos que realizan las unidades de apoyo, en especial imagenología y laboratorio. La

disponibilidad de los resultados de exámenes no es expedita, lo que retrasa el diagnóstico y tratamiento del paciente, además de mermar la disponibilidad de boxes de atención para los usuarios que esperan su atención.

“dentro de los problemas que más se repiten está lo del escáner porque tienen un tiempo de 3 horas para dar el resultado...eso deja al paciente estancado sin estar realmente haciendo algo con él... a veces el laboratorio se demora 2 horas en procesar las muestras” (PS1)

Además, se identificaron determinados “*procesos propios del servicio*”, que ralentizan las prestaciones, como la presencia de una ficha clínica poco funcional, el proceso de diagnóstico y tratamiento médico, y la entrega de presupuesto a paciente.

“la ficha clínica es muy ineficiente para atender al paciente...tengo que ir uno por uno imprimiendo los exámenes, es muy lento” (PS6)

“el paciente tiene largos tiempo de espera, se demora la atención médica...nosotros necesitamos las indicaciones médicas... pueden pasar dos horas esperando” (PS2)

Calidad técnica y capacidad resolutive: En cuanto a la calidad técnica, el personal hizo referencia a algunos problemas con la “*dotación de personal*” y la “*competencia técnica*”. Solo se cuenta con médicos generales o especialistas de medicina interna, existiendo la opción de llamar otros especialistas si se requiere. Quedan excluidos de atención por especialista pacientes ginecobstétricas, neuroquirúrgicos, con urgencias cardiovasculares y

pediátricos que requieren hospitalización, lo que genera preocupación y opiniones críticas en los funcionarios al sentir que no pueden otorgar todos los cuidados, y que deben intentar resolver con las dificultades que implica no tener suficiente capacidad resolutoria.

“con un solo médico, se aumenta el tiempo de espera...es más lento en atender...no tiene que ver con la antigüedad en el servicio” (PS2)

“si un médico no tiene mucha experiencia, eso puede desencadenar demoras en la atención” (PS1)

“la urgencia obstétrica se cerró, pero nosotros también tenemos que ver los problemas de esas mamás, ya hemos tenido dos partos” (PS1)

Por otra parte, el personal mencionó que no cuenta con todos los “recursos materiales” necesarios para poder dar solución a las problemáticas de los pacientes, ya que aun cuando cuentan con los insumos para atenderlos, no disponen de un servicio de ambulancias propia, lo que dificulta su traslado a otros centros asistenciales.

“insumos tenemos de todo...encuentro bien la calidad técnica” (PS2)

“Cuando tengo un paciente grave y se debe trasladar, no hay cómo sacarlo de acá” (PS1)

“no hay ambulancia y lo que nosotros podemos hacer es gestionar que el paciente la contrate” (PS1)

Por otra parte, en cuanto al “clima laboral” indicaron que dentro del equipo y con las unidades de apoyo existe buena comunicación. Sin embargo, se evidencia tensión entre algunos integrantes del

equipo, lo que afecta la atención otorgada a los pacientes.

“los TENS (técnicos en enfermería) se han puesto cómodos y nosotros terminamos haciendo todo” (PS4)

“como equipo de enfermería nos cooperamos, los médicos son aparte” (PS6)

“tenemos buena relación con las unidades de apoyo” (PS7)

Seguridad del paciente: En cuanto a la categoría “seguridad del paciente”, el personal refirió la existencia de algunos protocolos y que éstos son dados a conocer a los pacientes, sin embargo, fue la categoría menos mencionada espontáneamente por los entrevistados.

“tenemos protocolos de caídas, sistemas de alerta, y de infecciones intrahospitalarias” (PS7)

Calidez de la atención: En esta categoría se apreció que la “humanización del cuidado” otorgado y la relación con el paciente se ve afectada por varios aspectos, tales como la carga laboral y la personalidad del funcionario, entre otros. Sin embargo, el personal de salud se auto percibe como empático, tanto con el dolor como con la problemática del paciente, y reconocen que pasan poco tiempo al lado de éste. Aducen no contar con mucho tiempo para ello. No obstante, la observación no participante evidenció que existen oportunidades para estar más presentes con los pacientes y sus familiares, más allá del momento en que se realizan procedimientos clínicos. Se evidenció un foco en lo procedimental, en

desmedro del abordaje de otros aspectos, como el escucha activa y la disposición de ayuda hacia los pacientes.

“no se ve que el personal visite los pacientes, quedan solitos...creo que es porque hay poca gente” (PS5)

“tratamos de escucharlo, de decirle que vamos a tratar de solucionar su problema, lo calmamos” (PS7)

“Dedicar más tiempo al paciente puede retrasar mi trabajo” (PS1)

Violencia laboral: Esta categoría se define como la actitud agresiva del paciente o sus familiares hacia el personal del servicio de urgencia. Esta agresión puede ser verbal e incluso física, ante lo cual el personal se siente expuesto e indefenso. Esto interfiere en la provisión de servicios por el amedrentamiento e indefensión a la que se

expone el personal de salud. El personal de salud mencionó que esta es una problemática que ha ido incrementándose en el tiempo, siendo de difícil manejo y solución a corto plazo.

“nos han tirado agua, escupo, hay gente que nos amenaza que va a volver con armas” (PS1)

Calificación global: En general, el personal calificó la atención como regular, siendo muy minoritario quienes la categorizaron como buena y muy buena. Lo mejor evaluado fue el compromiso con su trabajo y la calidez del trato. En tanto, lo peor evaluado fue el tiempo de espera, siendo esto último la principal causa que identifican para que un paciente no recomiende ese servicio de urgencia a otra persona (Figura 3).



Figura 3. Nube de palabras asociadas a la calificación global de la calidad percibida.

DISCUSIÓN

La experiencia de servicio se inicia desde el momento en que el usuario ingresa a la institución de salud, por lo que desde ese instante la calidad de la atención otorgada estará siendo evaluada por éste¹. Esto fue evidenciado en este estudio en el cual los pacientes evaluaron la calidad percibida en cada uno de los procesos y en relación con cada uno de los miembros del equipo de salud que les brindó atención.

El servicio de urgencia es el primer punto de contacto de muchos pacientes que necesitan atención en un contexto de dolor y/o malestar físico, al que se suma la percepción de que su situación de salud podría comprometer su vida, lo que desencadena la presencia de estrés, miedo y sensación de vulnerabilidad. Por ello, contar con la compañía de algún familiar, amigo o cuidador, además de contribuir al proceso de atención al proporcionar información relevante, alivia la ansiedad, la soledad del paciente y le hace pasar el tiempo de una forma más grata²³. Este aspecto fue evaluado de buena manera tanto por el personal como por los pacientes, quienes mencionan situaciones en las cuales la presencia de un acompañante era de ayuda y apoyo para la atención. Por otra parte, los pacientes y familiares dieron cuenta de la amabilidad, la preocupación y la actitud empática de parte del personal, lo cual ha sido identificado como un predictor de la satisfacción del paciente y de la posibilidad de que éste recomiende el servicio a otras personas²⁴.

Sin embargo, algunos pacientes refirieron sentirse solos y poco cuidados por el personal, lo cual es consistente por

lo mencionado en otro estudio en donde los pacientes refirieron situaciones de abandono y vulnerabilidad²³, condición que puede ser revertida con intervenciones simples como rondas frecuentes del personal de enfermería.

Así mismo, un tema relevante en la atención de urgencia es la relación interpersonal con los usuarios, la que considera no solo la comunicación verbal, sino también la comodidad, la privacidad y el ambiente que se les proporciona¹. El personal de salud debe tener presente que los pacientes esperan que los traten con empatía, compasión y respeto²⁵, por ello, se debe prestar atención a cada uno de ellos, manteniéndolos informados de manera correcta y oportuna sobre su estado de salud y tratamiento³.

Por otra parte, en relación con la oportunidad de atención, tanto los pacientes como el personal identificaron el tiempo de espera como el aspecto más problemático que impacta sobre la calidad percibida de la atención. Esto es concordante con lo planteado por otros autores, quienes mencionan que, en el caso de los pacientes, existe una percepción subjetiva del tiempo que pasa desde que ingresa al servicio hasta que es dado de alta, la que depende de la presencia de malestar físico, la severidad y urgencia de su situación de salud, así como de la espera de atención médica o de resultados de exámenes diagnósticos. En cambio, para el personal de salud existe una percepción disminuida de la duración de tiempo, a raíz de la multiplicidad de tareas que deben realizar²⁶.

En este estudio se evidenció que la entrega de información oportuna y clara sobre su proceso de atención aportaba positivamente a la espera de resultados de exámenes de escáner y laboratorio, lo que disminuía la angustia e incertidumbre en los pacientes y acompañantes, al tener la confianza en que se precisará su diagnóstico y por ende su tratamiento, lo que contribuirá a la recuperación de su estado de salud. Esto es concordante con los planteado por otra investigación que identificó a la comunicación como un aspecto fundamental al momento de evitar crear falsas expectativas respecto de la atención, por lo que informar sobre el proceso de atención, contribuirá a una mejor satisfacción respecto de la atención recibida¹².

En relación con la competencia técnica, ésta fue bien evaluada por los pacientes, sin embargo, mencionaron la falta de especialistas, situación que fue coincidente con el relato del personal del servicio, quien manifestó su preocupación al tener que enfrentar situaciones fuera de su alcance resolutivo. Al respecto se ha señalado que la competencia técnica es una variable relevante²⁴, ya que un adecuado diagnóstico y tratamiento se asocia con una percepción positiva del personal y con la satisfacción global del paciente⁷. En este punto habría una oportunidad de mejora para dar respuesta a las necesidades de salud de los usuarios.

Otro aspecto que impacta en la calidad percibida es el confort proporcionado por las instalaciones, siendo la incomodidad de las camillas, la existencia de salas de espera pequeñas, ornamentadas deficientemente, en especial

cuando se atienden niños, algunos de los aspectos mencionados en otros estudios²³. En esta investigación, los pacientes y acompañantes evaluaron deficientemente el acceso al servicio de urgencia, el tamaño de la sala de espera y box de atención, así como también la falta de privacidad y de aislamiento del ruido al tener que compartir una sala de atención múltiple en donde se utilizaban cortinas para separar una camilla de otra, ya que esto afectaba el resguardo del contexto de humanidad y dignidad en el cual debe darse la atención de urgencia. Esto ha sido mencionado por otros autores, quienes han hallado relación entre la satisfacción del paciente y variables como la privacidad, la limpieza, la seguridad, el ruido ambiental, la posibilidad de acceder a urgencia en automóvil y la facilidad en los trámites financieros. Se ha reportado que, al disminuir el ruido, crear espacios con más privacidad²⁷ y contar con un servicio limpio y ordenado puede cambiar la percepción del paciente⁷.

El servicio de urgencia ha sido descrito como un área de alto riesgo de errores. También se sabe que las condiciones de trabajo, como la alta carga laboral y la escasez de personal de la salud, son factores comunes que afectan negativamente la seguridad del paciente^{28,29}. Por el contrario, la capacitación periódica y la existencia de guías de práctica clínica y protocolos se han identificado como aspectos que contribuyen a la calidad y seguridad de la atención³⁰. En esta investigación la categoría seguridad del paciente no fue preponderante ni para los pacientes, quienes en su mayoría desconocían los

protocolos de seguridad existentes, ni para el personal, que no se refirió espontáneamente sobre las prácticas de seguridad que se encuentran implementadas para disminuir la probabilidad de ocurrencia de los eventos adversos. Esto deja entrever una oportunidad de mejora en la cultura de seguridad en este servicio, la que debería contemplar una participación activa del paciente, en sintonía con lo planteado por la Organización Mundial de la Salud en el Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2023²².

Finalmente, una categoría que emergió sin estar vinculada a las dimensiones de la calidad fue la violencia ejercida por los pacientes o sus acompañantes, la que impacta negativamente en el bienestar de los trabajadores al sentirse vulnerables y expuestos a daño físico y emocional, lo que puede repercutir en la atención de los pacientes. Actualmente, la violencia laboral ha sido abordada de manera creciente, ya que afecta transversalmente a un número elevado de trabajadores, y se expresa en un continuo que puede ir desde palabras hasta acciones que impliquen poner en riesgo de vida. Tiene un alto costo para las personas que son víctimas, desencadena problemas de salud mental, aumenta las licencias médicas, el absentismo laboral y ocasiona un descenso en la productividad³¹, por lo que su prevención y control es un desafío para las instituciones de salud.

CONCLUSIONES

Existe coincidencia entre pacientes, padres, acompañantes y

personal respecto de las fortalezas y debilidades de la calidad de la atención en la unidad de emergencia.

La calidad percibida por pacientes, padres y acompañantes fue buena, siendo el personal de salud más crítico en su evaluación.

Como oportunidades de mejora se identificaron los prolongados tiempos de espera para la atención, la falta de privacidad de las instalaciones y la ausencia de especialistas las 24 horas del día. En tanto, la amabilidad y la facilidad con que el usuario es informado fueron evaluadas positivamente por pacientes, familiares y personal, constituyendo una fortaleza que puede ser aprovechada para mitigar los prolongados tiempos de espera, particularmente en casos en los cuales el paciente debe esperar por resultados de pruebas diagnósticas.

Como limitación del estudio se debe mencionar que no fue factible acceder a los médicos que se desempeñan en el servicio de urgencia por su sobrecarga laboral en el periodo en que se llevó a cabo la investigación, por lo que su apreciación no pudo ser incorporada en los resultados, siendo un área por indagar en futuras investigaciones.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece la participación del equipo de salud de la clínica en la que se realizó la investigación.

Este estudio fue financiado por la Escuela Ciencias de la Salud de la Universidad Viña del Mar, Chile.

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bautista Rodríguez LM. La calidad en salud un concepto histórico vigente. *Rev. cienc. cuidad.* [Internet]. 2016 [citado 21 de julio de 2023];13(1):5-9. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/731>
2. Coronado-Zarco R, Cruz-Medina E, Macías S, Arellano A, Nava T. El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. *Rev Mex Med Fis Rehab.* [Internet]. 2013 [citado 2022 mar 23]; 25(1):26-33. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2013/mf131e.pdf>
3. Gholami M, Kavosi Z, Khojastefar M. Services quality in emergency department of Nemazee Hospital: Using SERVQUAL model. *Health Manag Inf Sci.* [Internet]. 2016 [cited 2023 jul 21]; 3(4):120–6. Available from: https://jhmi.sums.ac.ir/article_42677_7abe7a355c164aa4d4c673495f343ca0.pdf
4. Borré Ortiz Yeis M, Vega Vega Y. Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2014 [citado 2022 Mar 23]; 20(3): 81-94. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000300008>.
5. Parasuraman AP, Zeithaml V, Berry L. A Conceptual Model of Service Quality and its Implication for Future Research (SERVQUAL). *J Mark.* [Internet].1985[cited 2023 nov 16]; 49 (41-50). Available from: <http://dx.doi.org/10.2307/1251430>.
6. Observatorio de Calidad en Salud. Guía Práctica Calidad y Seguridad Asistencial en Chile para alumnos de carreras de la salud. Unidad de Asesoría Técnica Intendencia de Prestadores febrero 2018. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-16609_recurso_1.pdf
7. Sonis J, Aaronson E, Castagna A, White A. A Conceptual Model for Emergency Department Patient Experience. *JPX* [Internet].2019 [cited 2023 nov 15] 6(3): 173-178. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/2374373518795415>
8. Parra Hidalgo P, Bermejo Alegría RM, Más Castillo A, Hidalgo Montesinos MD, Gomis Cebrián R, Calle Urrea JE. Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. *Gac Sanit* [Internet]. 2012 [citado 2022 Mar 23];26(2):159–65. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000200011
9. Ibarra Picón A, Rua Ramirez E. Evaluación de la calidad en la atención al usuario del servicio de urgencias del hospital público de Yopal en Casanare, Colombia. *Nova* [Internet]. 2018 [citado 23 Mar 2023]; 16(29): 21-31. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-24702018000100021&lng=en.
10. González-Sanzana C, Bustos-Ibarra C. Desafíos de la calidad percibida y el ejercicio del derecho a la información de los/as usuarios/as de las unidades de

- urgencias hospitalarias. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2021 [citado 23 Mar 2023]; 149(3): 366-377. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000300366>.
11. Vizcaíno A de-J, Vizcaíno-Marín V del-P, Fregoso-Jasso GS. Análisis de la satisfacción de pacientes del servicio de urgencias en un hospital público de Jalisco. *HS* [Internet]. 2018 [citado 23 de marzo de 2022];18(1). Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v18n1/2007-7459-hs-18-01-27.pdf>
 12. Arellano HN, Martínez LMG. Satisfacción de los usuarios de Urgencias basada en la sistematización del Servicio. Hospital General Dolores Hidalgo; Guanajuato, México. *Arch Med Urg Mex.* [Internet]. 2012[citado 2022 Mar 23];4(1):13-19. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=32909>
 13. Muñoz Cruz R, Rodríguez Mármol M, Romero Iglesias N. Nivel de satisfacción de un grupo de ancianos de Madrid con los cuidados enfermeros recibidos en urgencias. *Gerokomos* [Internet]. 2016 [citado 2022 Mar 23]; 27(3): 109-112. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000300005&lng=es.
 14. Kardanmoghadam V, Movahednia N, Movahednia M, Nekoei-Moghadam M, Amiresmaili M, Moosazadeh M, Kardanmoghadam H. Determining patients' satisfaction level with hospital emergency rooms in Iran: a meta-analysis. *Glob J Health Sci.* [Internet] 2015 [cited 2023 Jul 27];7(4):260-9. Available from: <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n4p260>. PMID: 25946934; PMCID: PMC4802144.
 15. Motaghed Z, Davoudi Monfared E, Mohazab Turabi S, Nemati I, Mousavi AR, Eshraghi R, et al. Assessment of Quality of Services in Health Centers from the perspective of Clients by SERVQUAL Method. *Health Res J.* [Internet]. 2017[cited 2023 Jul 27];2(1):49–55. Available from: <https://doi.org/10.18869/acadpub.hrjbaq.2.1.49>
 16. Swallmeh E, Byers V, Arisha A. Informing quality in emergency care: understanding patient experiences. *Int J Health Care Qual Assur.* [Internet] 2018 [cited 2023 Jul 21];31(7):704-717. Available from: <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-03-2017-0052>
 17. Sandelowski M. What's in a name? Qualitative description revisited. *Res Nurs Health.* [Internet]. 2010 [cited 2023 Jul 27];33(1):77-84. Available from: <https://doi.org/10.1002/nur.20362>
 18. Colorafi KJ, Evans B. Qualitative Descriptive Methods in Health Science Research. *Heal Environ Res Des J.* [Internet]. 2016 [cited 2023 Jul 27];9(4):16-25. Available from: <https://doi.org/10.1177/1937586715614171>
 19. López P. Población muestra y muestreo. *PC* [Internet]. 2004 [citado 2023 nov 11]; 9(8):69-74. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/scielo.php?s>

- cript=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1815-0276.
20. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. (2018). Mc Graw Hill. México.
 21. Guba EG. Criterios de credibilidad en la investigación naturalista. In: Gimeno Sacristan J, Pérez Gómez A, editors. La enseñanza: su teoría y su práctica. 3. ed. Madrid: Akal; 1989. p. 148-65.
 22. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
 23. Bull C, Latimer S, Crilly J, Spain D, Gillespie BM. 'I knew I'd be taken care of': Exploring patient experiences in the Emergency Department. *J Adv Nurs*. [Internet]. 2022[cited 2023 nov 15]; 78(10):3330-3344. Available from: <https://doi.org/10.1111/jan.15317>
 24. Sonis JD, Aaronson EL, Lee RY, Philpotts LL, White BA. Emergency Department Patient Experience: A Systematic Review of the Literature. *J Patient Exp*. [Internet]. 2018[cited 2023 Jul 27]; 5(2):101-106. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2374373517731359>
 25. Lagos Sánchez Z, De Mattos Pimenta CA, Urrutia Soto MT. Competencias blandas y calidez en enfermería: definiciones, concepción y características. *rhe*[Internet]. 2013 [citado 27 de julio de 2023]; 24(1):32-41. Disponible en: <https://horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/RHE/article/view/12918>
 26. Fontova-Almató A, Juvinyà-Canal D, Suñer-Soler R. Influencia del tiempo de espera en la satisfacción de pacientes y acompañantes. *Rev Calid Asist*. [Internet]. 2015[citado 27 de julio de 2023]; 30(1):10-16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2014.12.009>
 27. Natsui S, Aaronson EL, Joseph TA, Goldsmith AJ, Sonis JD, Raja AS, White BA, Luciani-McGillivray I, Mort E. Calling on the Patient's Perspective in Emergency Medicine: Analysis of 1 Year of a Patient Callback Program. *J Patient Exp*. [Internet] 2019 [cited 2023 nov 15];6(4):318-324. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/2374373518805542>.
 28. Källberg AS, Ehrenberg A, Florin J, Östergren J, Göransson KE. Physicians' and nurses' perceptions of patient safety risks in the emergency department. *Int Emerg Nurs*. [Internet] 2017 [cited 2023 Jul 27]; 33:14-19. Available from: doi: 10.1016/j.ienj.2017.01.002. Epub 2017 Feb 28. PMID: 28256336.
 29. Rocha H, Oliveira A, Azevedo A, Andrade I, Antonio M, Santos J, Farre A, Santana-Filho V. Percepção dos enfermeiros sobre qualidade da assistência prestada aos pacientes em situação de internação nos pronto-socorros. *Research, Society and Development*. [Internet].2022 [cited 2023 nov 15]; 11. e46211528461. Citado em:

<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28461>

- ^{30.} Castro-Montenegro DA, Chamorro-Cabrera EY, Rosado-Onofre LM, Miranda-Gómez LE. Calidad de atención en un servicio de emergencias de tercer nivel de atención. Rev. Criterios [Internet]. 2021 [citado 27 de julio de 2023];28(1):196-218. Disponible en:

<https://revistasumarianaeduco.biteca.online/index.php/Criterios/article/view/2597>.

- ^{31.} Hou Y, Corbally M, Timmins F. Violence against nurses by patients and visitors in the emergency department: A concept analysis. J Nurs Manag. [Internet]. 2022 [cited 2023 nov 15]; 30(6):1688-1699. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.13721>.