

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

UNAN-LEON



Informe final de investigación

Para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía.

**Percepción de la población sobre la calidad de la atención
brindada en el Centro de Salud “Primero de mayo” Enero –
mayo 2010.**

Autores:

Br. Brenda Noelia Valladares Sequeira.

Br. Fernando José Valle Areas.

Tutore:

Dr. Juan Almendárez Peralta^a.

^a Doctor en Medicina y Cirugía. Maestro en Salud Pública. Profesor titular del departamento de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas, UNAN – León.

DEDICATORIA

A DIOS: Todo poderoso que por su infinita misericordia, me ah regalado sabiduría y conocimiento para culminar mi trabajo y así continuar por un camino de rectitud, fe y firmeza de espíritu, y por hacer de todo ayer un sueño de felicidad y de cada mañana una visión de esperanza.

A MIS PADRES: JORGE VALLADARES Y ROSIBEL SEQUEIRA que con manos de hierro y guantes de seda me enseñaron el honor, servicio, amor al prójimo y a la disciplina de la lucha constante para mejorar cada día más y que con su ejemplo y sacrificio han hecho lo que ahora soy.

A MIS HERMANOS: TAMARA VALLADARES Y BISMAR VALLADARES que cada día me han ayudado y me han sabido comprender a pesar de mis errores pero que nunca me han abandonado en los momentos difíciles.

Brenda Noelia Valladares Sequeira

DEDICATORIA

A DIOS padre todo poderoso que nos brinda sabiduría y conocimiento no solo para culminar este trabajo si no toda nuestra carrera aumentando así nuestro lado humanitario para ser cada día mejores con nuestro prójimo

A MIS PADRES Y ABUELA Fernando de Jesús Valle Dávila, Silvia José Areas Quiñonez y Gloria Anita Quiñonez Torres que con su esfuerzo dedicación y empeño hicieron de mi la persona que ahora soy y siguen luchando para que con la fortaleza que nos da Dios nuestro padre y sus consejos, regaños y ejemplos sea un hombre de bien y humanitario que nuestra carrera merece.

A MIS HERMANOS Silvia Elena Valle Areas y Wilfredo Alfonso Valle Areas que han sabido comprender, aconsejar y ayudar en mis errores, tropiezos y caídas de la mejor forma que un hermano puede hacerlo y por ser parte de mi vida incondicionalmente.

A MI PRIMO Y ABUELO Dr. Silvio Casco Valle y Dr. Wilfredo Areas Prieto que ahora en compañía de Dios nuestro padre siguen siendo guía en mis caminos como médico y persona.

Fernando José Valle Areas

AGRADECIMIENTO

Agradecimiento infinito a DIOS, guía espiritual que en todo momento nos iluminó manteniendo nuestra fe ineludible para seguir este camino.

Especial agradecimiento a nuestro tutor Dr. JUAN ALMENDÁREZ PERALTA Doctor en Medicina y Cirugía. Maestro en Salud Pública, Profesor titular del departamento de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas, UNAN – León, que con sus conocimientos y experiencia supo guiarnos por el camino correcto y culminación de nuestro trabajo investigativo

Nuestro agradecimiento a los usuarios/as que son el ser más importante de nuestros Estudio, para lo cual no dependen de nosotros, nosotros dependemos de ellos, no es una interrupción para nuestro trabajo, ellos son propósito de nuestro trabajo, no le hacemos un favor con servirles, ellos nos hacen el favor de darnos la oportunidad de servirles.

A los proyecto MSH PRONICAS, al Ministerio de Salud y Universidad Nacional Autónoma de León como fuentes de apoyo guía y documentación.

RESUMEN

Se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal, aplicado a la evaluación de servicios, para medir la percepción de la población sobre la calidad de la atención brindada en el centro de salud "Primero de Mayo", de la ciudad de León, Nicaragua.

Para ello se aplicó una encuesta, instrumento propuesto por Abedis Donabedian, a 330 personas del sector de El Coyolar, usuarios del centro de salud. La información se procesó en la base de datos Epi-Info v.3.5.1 para Windows, a través del cual se realizó análisis de datos y mediante tablas y cruces de variables.

En general encontramos que los pacientes que asisten al Centro de Salud sienten alcanzadas sus expectativas con el proceso de atención. Sin embargo los niveles de satisfacción, aunque altos, se clasifican como regular para una escasa cantidad de usuarios, encontrando dificultades en la parte de infraestructura que limita las dimensiones de la calidad técnica y la calidad interpersonal.

En los grados de satisfacción juegan un papel las características personales, siendo evidentes que más adultos jóvenes se sintieron satisfechos en niveles altos, igual que las mujeres y las personas con algún grado de instrucción.

Se recomienda realizar mejoras en la infraestructura de acuerdo a las condiciones económicas del Centro asistencial, sobre todo en la sala de espera, ayudando a que los pacientes sientan cómodos los momentos de espera. Y mejorar la calidez de todo el personal incluyendo el administrativo

.INDICE

Contenido	Páginas
Introducción	1
Planteamiento del problema	3
Objetivos	4
Marco teórico	5
Diseño metodológico	14
Resultados	18
Discusión	37
Conclusiones	41
Recomendaciones	42
Referencia	43
Anexos	46

INTRODUCCIÓN.

El sector salud ve la necesidad de cada día mejorar su sistema de atención con el propósito de brindar una atención de calidad desde el punto de vista sanitario y social. Es por ello, que aparecen muchas interrogantes clásicas, sobre la calidad asistencial, si mantener la asistencia sanitaria dentro de unos costes aceptables tendrá o no efectos en el nivel de calidad asistencial, si es posible o no aumentar la calidad y disminuir los costes, si todos o sólo algunos ciudadanos van a tener acceso a procedimientos de calidad, o si los ciudadanos accederán a prestaciones de calidad variable.¹ Responder a estos interrogantes requiere definir un modelo de calidad asistencial que permita medir la calidad obtenida y los factores de los que puede depender la variabilidad en la calidad asistencial observada.

Los esfuerzos por mejorar la salud de los pueblos han dado pie a las reformas sanitarias, que en la década de los 90 se iniciaran en casi todos los países de Latinoamérica, donde se intensifican los procesos de transformaciones de los sistemas de salud².

En la actualidad existen muchos cuestionamientos a dichos cambios y se han generado otras propuestas orientadas a centrar la atención en las familias y la comunidad como eje de desempeño del sector salud. Sin embargo todos estos esfuerzos podrían ser poco útiles si no se impulsan programas de evaluación para medir los impactos de cualquier cambio a las formas de atención. En este sentido la evaluación de la calidad asistencial es vital en el éxito de la adecuación de las reformas en los sistemas de salud.

La medición de la percepción de la calidad por los usuarios y de los niveles de satisfacción de los mismos, se consideran un factor clave a tomar en cuenta en las estrategias de las instituciones y empresas proveedoras de servicios^{3 4} En un estudio realizado sobre la percepción de la calidad y contenido de los servicios de salud en el puesto de salud Julio Buitrago (Masachapa) 2009, se encontró que los pacientes sienten alcanzadas sus expectativas con el proceso de atención, El nivel de satisfacción fue alto aún con dificultades en infraestructura, limitando las dimensiones de la calidad técnica y la calidad interpersonal.

En una investigación desarrollada con el objetivo de determinar la calidad de los servicios prestados en el sector de salud privado del Municipio Maracaibo del Estado de Zulia en Venezuela, se reporta que los pacientes tienen la percepción de que la calidad referida a instalaciones, ambiente físico, servicios ofrecidos y tecnología es muy buena o buena; sin embargo la mayoría de los pacientes consideran que no existe equidad entre el precio y la calidad del servicio recibido.⁵

En otro estudio realizado para explorar la satisfacción percibida por los adultos que reciben atención de urgencias en el centro de salud integral “SALVADOR ALLENDE”, se comprueba un alto nivel de satisfacción por parte de los usuarios , incidiendo principalmente en este, el desempeño de los profesionales de la salud; además de confirmar lo encontrado en otros estudios que los pacientes de sexo masculino, los de mayor edad y los de menor nivel escolaridad, percibieron un nivel más elevado de satisfacción. Los pacientes que refirieron insatisfacción lo hicieron refiriéndose a un solo aspecto de la atención, más frecuente con aspectos organizativos y de limpieza del centro.⁶

El MOSACF se considera la alternativa más viable desde el punto de vista técnico para nuestro país, el presente estudio se enfoca en medir la percepción que tiene la población acerca de la calidad de la atención en salud y de los niveles de satisfacción en el puesto de salud primero de mayo tomando como sector el barrio el coyolar en el periodo enero – mayo 2010. Con lo que se pretende obtener información de gran utilidad para proponer mejoras de la calidad técnica y humana, de tal forma que un progreso sostenido de la calidad aumente la satisfacción de la

población y nos permita alcanzar mayor cobertura en los servicios e incidir positivamente en la salud global de la población.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la percepción de la población sobre la calidad de la atención en salud, en el Centro de Salud “Primero de mayo” León, enero – mayo del 2010?

OBJETIVOS.

Objetivo general:

Determinar la percepción de la calidad y el grado de satisfacción que tiene la población de los servicios de salud brindados en el centro de salud “Primero de Mayo”, tomando como sector el barrio “El Coyolar”. León. 2010.

Objetivos específicos:

- 1) Medir la percepción de la calidad de los servicios de salud brindados en el puesto de salud primero de mayo, que tienen los habitantes del barrio “El Coyolar”.
- 2) Determinar el nivel de satisfacción que tiene la población del barrio “El Coyolar” con los servicios percibidos.
- 3) Identificar los aspectos dimensionales (técnica e interpersonal) y las etapas (estructura, proceso y resultado) donde se encuentran menor grado de satisfacción de la población.

MARCO TEORICO

La OMS en su Marco para el Desempeño de los Sistemas de Salud señala tres objetivos:

1. Mejoría de la salud de las poblaciones a las que sirven.
2. Responder a las expectativas no médicas de la población.
3. Proveer protección financiera contra el costo de la salud deteriorada.⁷

Calidad de los servicios de salud (Enfoque conceptual).

La definición de buena calidad de los servicios de salud es difícil y ha sido objeto de muchos acercamientos. La dificultad estriba principalmente en que la calidad es un atributo del que cada persona tiene su propia concepción pues depende directamente de intereses, costumbres y nivel educacional entre otros factores⁸

Desde el punto de vista del paciente, es conocido por ejemplo, que para algunos una consulta médica de buena calidad debe ser breve y dirigirse directamente al punto problemático, mientras que para otros la entrevista médica sólo será satisfactoria si el médico destina una buena parte de su tiempo a oír los pormenores de la naturaleza, historia y características de los síntomas que aquejan al paciente⁹.

Desde el punto de vista del médico, tampoco existe un patrón estrictamente uniforme de lo que puede considerarse atención médica de buena calidad. Se acepta, por lo menos, que ésta tiene una relación con el estado del conocimiento actual y el empleo de la tecnología correspondiente.

Si un médico utiliza un procedimiento anticuado para tratar una dolencia, no podrá decirse que está brindando atención médica de calidad. Tampoco podrá afirmarse esto si procede a indicarle a un paciente una prueba diagnóstica o un tratamiento que no es reconocido (por la “comunidad médica”) para la supuesta enfermedad, ni siquiera si el paciente está complacido con el procedimiento empleado.

Las tendencias más modernas de la atención sanitaria (“Medicina Basada en la Evidencia”) abogan porque las prácticas médicas estén profundamente basadas en la evidencia científica que realmente son las idóneas para cada caso. Sin embargo, muchos alegan que la práctica de una medicina totalmente basada en la evidencia científica podría conducir a una deshumanización de la relación médico paciente, algo que tampoco debería considerarse deseable⁹.

Desde el punto de vista de los gestores o administradores de la atención médica, la calidad con que se brinda un servicio de salud no puede separarse de la eficiencia puesto que si no se tienen en cuenta el ahorro necesario de los recursos disponibles, el alcance de los servicios será menor que el supuestamente posible.

Ninguno de los enfoques deberá desdeñarse puesto que si bien los médicos pueden tener la razón mejor fundamentada, los administradores disponen de los recursos y los enfermos, receptores de la atención, deberán aceptarla conscientemente para que surta el efecto esperado. Sólo el balance apropiado de intereses y concepciones dará lugar a la calidad óptima.

La calidad asistencial:

La calidad asistencial puede ser vista, definida, y medida de muchas maneras. Por ejemplo, como “la medida en que la efectividad (efecto conseguido) se aproxime a la eficacia (máximo efecto alcanzable)”¹⁰. También puede ser vista como una actividad sistémica de los componentes “estructura, proceso, y resultado”¹¹. Una reciente definición elaborada por el IOM define la calidad asistencial como “la medida en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados de salud para el individuo y para la población en consistencia con el conocimiento profesional de ese momento”¹². A estos y otros conceptos de origen sanitario, se

están añadiendo otros procedentes de la industria, como los círculos de calidad, o la gestión de calidad total, entre otros.

Desde el punto de vista de la salud pública, definir el concepto de calidad no es fácil, ya que el usuario de un servicio tendrá en cuenta la competencia o el comportamiento del personal, el facultativo la medirá basándose en sus conocimientos y en la tecnología empleada, y el responsable de la gestión la definirá en relación con la eficiencia del personal y de las instalaciones. Los estudios de calidad en el sector se han basado en la medición de tres dimensiones básicas: la estructura, el proceso y los resultados, existiendo bastante unanimidad al considerar que, si bien pueden estudiarse aspectos como la accesibilidad, la eficiencia o la calidad científico-técnica, ningún estudio de calidad será completo si no se analizan las diferencias entre las expectativas de los ciudadanos y la percepción real del servicio¹³.

Las organizaciones de Salud son diferentes al resto de las empresas y comprender su particularidad es la clave para lograr una gestión exitosa en resultados¹⁴. Entre algunos factores diferenciales podemos mencionar:

El manejo de la **relación interpersonal** con el cliente-paciente es infinitamente más compleja que el intercambio cliente-proveedor de cualquier tipo de empresa, ya que el cuidado de la salud tiene que ver con aspectos muy íntimos, sensibles e importantes de la vida (permanente contacto con el sufrimiento, el dolor, la enfermedad).

El concepto de calidad de servicio aplicado a las organizaciones de salud es más **amplio e integral** que aquel aplicado en el resto de las empresas. Así, se pasa de la preocupación por la calidad del cuidado técnico, a la inclusión del **cuidado emocional**; de la preocupación por la efectividad a la inclusión de la eficiencia primero y después la optimización de los recursos; de la preocupación por el bienestar individual, al bienestar del **grupo familiar** (paciente/ familia/ amigos); de una calidad periférica a una **calidad integral**¹⁵.

En las empresas, la calidad se refiere a un producto o servicio, mientras que en las organizaciones de salud el objetivo final es la **calidad de vida del paciente** y su recuperación. Los **costos de no calidad** en las organizaciones de salud implican consecuencias diferentes que en el resto de las empresas: la no calidad en las instituciones sanitarias puede afectar y acabar con la vida del paciente.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

Donabedian define la calidad de los servicios de salud, como el atributo de la atención médica que puede obtenerse en diversos grados. Se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente.

Los mayores beneficios posibles se definen, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que cuenta una institución de salud para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes. La calidad implica, por definición, los resultados de la atención, medida como la mejoría esperada en la salud, que es atribuible a la atención misma.

Para Donabedian, la calidad es un concepto que debe interpretarse en dos dimensiones íntimamente relacionadas e interdependientes: una técnica, representada por la aplicación de conocimientos y técnicas para la solución del problema del paciente, y una interpersonal, representada por la relación que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor del mismo

Podemos diferenciar dos dimensiones:

- **Dimensión técnica** se expresa la aplicación de la ciencia y tecnología de la medicina a un problema a un problema concreto de salud.

La calidad de la atención en su dimensión técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de modo que reporte el máximo de beneficio de la salud del paciente minimizando sus riesgos.

- **Dimensión interpersonal** se expresan las características cualitativas de las relaciones humanas que se establecen entre los profesionales de la salud, conjuntamente con el resto de su equipo y el paciente.

La calidad de la atención en su dimensión interpersonal se expresa en el cumplimiento por el médico, de los modos de actuación definido por la ética médica y ética general de la sociedad.

Etapas de desarrollo del servicio:

- **ESTRUCTURA:** Comprende las características relativamente estables de la organización de salud que proporciona la atención. Estas características se refieren a los recursos financieros, materiales y humanos, así como también a la forma en que estén organizados para proveer el servicio a la población; reglas, normas, procedimientos, documentos que integran el sistema de información. También incluye los conocimientos y habilidades que aplica el personal de salud para brindar la atención.
- **PROCESO:** Conjunto de actividades realizadas por el personal de salud para atender a los usuarios y solucionar sus problemas. También incluye las actividades que realizan los propios usuarios en beneficio de su salud. Son elementos del proceso de atención la forma en que el médico examina al paciente, sus decisiones diagnósticas y terapéuticas y el apego del paciente al tratamiento establecido.
- **RESULTADO:** Se refiere a los cambios en el estado de salud de la población atendida que pueden ser atribuidos al proceso de atención. Los resultados consisten en una mejoría en el estado de salud, pero también en el peor de los casos (la iatrogénica) en un daño causado por el tratamiento.

La fórmula de éxito de las organizaciones de salud: CALIDAD + CALIDEZ.

CALIDAD (lo racional):

Control de costos: Las organizaciones de salud se caracterizan por tener un alto costo de no calidad difícilmente mensurable¹⁶. Establecer un sistema de costos de la calidad es una acción estratégica porque permite conseguir la reducción de los costos operativos de la empresa a la vez que se aumenta el nivel de calidad.

Integración de tres conceptos teórico-prácticos:

- enfoque sistémico (estructura-proceso-resultado).¹⁷
- enfoque estratégico (aspectos gerenciales y de gestión interna del establecimiento; análisis permanente de los factores positivos y amenazas del contexto; fortalezas y debilidades de la institución en sus relaciones con el mismo).
- liderazgo institucional (trabajo en equipo, concertación, acuerdo, negociación, cooperación, consenso y participación).

.La calidad es una Gestión basada en procesos, significa hacer las cosas bien según lo establecido en las ciencias médicas, las ciencias de la salud, normas y procedimientos administrativos. Definición de indicadores y estándares aceptados. Son Acciones tendientes a lograr los resultados esperados de recuperar la salud, prevenir la enfermedad y mejorar la calidad de vida de la organización. Es un programa de mejoramiento a través de la educación continua, aprender haciendo.

TRABAJAR CON CALIDEZ (lo emocional).

- ✓ superar las prácticas de actuación tradicionales hacia la nueva mística empresarial.

- ✓ trabajar de manera proactiva e innovadora, teniendo en cuenta las necesidades del paciente en forma integral.
- ✓ constituir modelos de comportamiento, capaces de transgredir las prácticas de actuación que conlleva la sociedad de flujos lineales hacia cíclicos, desarrollando un nuevo “proyecto ambiental”.
- ✓ desarrollar líderes de líderes¹⁸, para poder liberar la capacidad mental de las organizaciones y así sostener el cambio organizacional, basado en los siete pilares fundamentales definidos por Avedis Donabedian (eficacia/efectividad/eficiencia/optimización/aceptabilidad/legitimidad/equidad).
- ✓ trabajar con el alma y con los sueños como fuente de la confianza, la dedicación, la inspiración y la alegría.
- ✓ Situar a las personas en el centro de la estrategia de la empresa reconociendo su diferencia con el capital y la tecnología, reconociendo las características fundamentales del Capital Humano (funcionamos en el tiempo; buscamos significados; tenemos alma)¹⁹.

INDICADORES DE CALIDAD

Si pensamos que la atención sanitaria está dirigida especialmente a mejorar la salud de las personas y de las comunidades, es natural que **la opinión de los pacientes** constituya uno de los indicadores principales de su calidad.

En esto se basan los actuales esfuerzos hacia los llamados “*sistemas orientados al cliente*” o la llamada “*capacidad de reacción*” (en inglés “responsiveness”) a las expectativas de la población como cualidad importante de los sistemas de salud²⁰.

La percepción:

La percepción es el acto de recibir, interpretar y comprender a través de la psiquis las señales sensoriales que provienen de los cinco sentidos orgánicos. Es por esto que la percepción, si bien recurre al organismo y a cuestiones físicas, está directamente vinculado con el sistema psicológico de cada individuo que hace que el resultado sea completamente diferente en otra persona. Es, además, la instancia a partir de la cual el individuo hace de ese estímulo, señal o sensación algo consciente y transformable.²¹

Proveniente del latín, de la palabra *perceptio*, que significa recibir, recolectar o tomar posesión de algo, la percepción es entendida por la psicología como el primer momento de elaboración cognoscitiva, es decir, la primera instancia en la cual la información recibida se transforma en un elemento conocible y comprensible. Siempre partiendo de los datos otorgados por los cinco sentidos (la vista, el olfato, el tacto, el gusto y el oído), se dice que la persona percibe la información cuando ya ha hecho un proceso de asimilación y comprensión de la misma que es, obviamente, inmediato, pero que implica una elaboración propia de la misma.

La percepción es sin dudas un importante elemento para el análisis de la psicología de un ser humano ya que, como se dijo antes, cada individuo realiza un proceso perceptivo único y diferente al de los demás. En este sentido, la teoría psicológica de Gestalt es aquella que se ha hecho famosa por interesarse en el estudio de la percepción humana ante determinadas figuras, estructuras, dibujos y formas con el fin de comprender los sistemas psíquicos de los pacientes.

Podemos definir la percepción, como un proceso de organizar e interpretar los datos sensoriales que entran a desarrollar la conciencia del yo y del entorno a través de los sistemas de la visión, audición, somato-sensorial, químico y propioceptivo.

Hay dos factores que influyen en la percepción:

Las señales externas (estímulos), permiten el inicio de algo más que la simple sensación. Establece que la totalidad de una situación de estímulo es más que la suma de sus partes por separado (**Gestaltismo**²²).

Señales internas (factores personales), cómo la persona atiende a los estímulos poniendo un mínimo de atención al estímulo para que se de la percepción a través de los procesos cognoscitivos. Por ejemplo, la motivación, la experiencia pasada o las expectativas en un momento dado, pueden actuar como señales internas.

ELEMENTOS DE LA PERCEPCIÓN.

Recepción sensorial: La base de la perfección es la recepción proveniente de los sentidos, sin sensación es imposible cualquier tipo de percepción. Las sensaciones no nos llegan nunca aisladas, ni siquiera con la misma intensidad y siempre se da un proceso de selección de las mismas, es decir, una percepción.

La estructuración simbólica: La percepción va siempre ligada a una representación, a un concepto o a una significación; al escuchar un sonido de un avión, por ejemplo, representamos su configuración por las experiencias vividas anteriormente.

Los elementos emocionales: Es posible que muchos de nuestras percepciones van íntimamente ligadas a procesos emocionales, dando lugar en nosotros a sentimientos o a emociones agradables o desagradables.

Satisfacción del usuario:

La satisfacción del usuario se ha sido definida de varias maneras, pero la mayoría concluye que es el grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la

atención recibida y sus resultados¹². Donabedian señalaba: “la satisfacción del paciente es de fundamental importancia como una medida de la calidad de la atención porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del paciente que son asuntos en los que éste es la autoridad última.”²³

La valoración de la satisfacción de los usuarios proporciona una información con diversos grados de subjetividad sobre el resultado final del proceso asistencial, sin embargo estas opiniones aun en este contexto son sumamente valiosas ya que es mejor que nada.

Para las autoridades que dirigen los servicios de salud, unos resultados satisfactorios pueden suponer, aparte de una disminución de las reclamaciones y una mejora de su imagen ante la población, un ahorro económico, ya que si los pacientes están satisfechos con el personal de salud es más probable que mejoren su adhesión al tratamiento, cumplan las recomendaciones y controles que se establezcan y, sobre todo, acepten y asuman como propios los cambios en hábitos y costumbres que toda actividad preventiva conlleva²⁴.

La satisfacción no esta dada sólo como una sensación o estado individual y único, aunque esa es su esencia, sino que sería esa sensación o estado único e irrepetible que se produce en cada sujeto dado el desarrollo de todo un complejo proceso intrasubjetivo e Intersubjetivo.

Entiéndase, no es apenas una evaluación desde lo personal, sino también desde lo social, desde y con el otro, desde lo que como sujetos pertenecientes a grupos sociales determinados, sentimos de un modo o de otro²⁵.

De forma más sencilla pudiéramos decir refiriéndonos a lo que sucede a diario en nuestras instituciones de salud: Hay un sujeto (paciente) que viene a nosotros esperando algo, evaluando si lo que esperaba es lo que obtiene o no y eso constituye la medida de la satisfacción que siente. Hay otros sujetos (personal de salud) que dan algo al que espera y que también esperan y evalúan por ese algo que dan, y eso constituye la medida de su satisfacción que incide cíclicamente en el

próximo dar que brindan al próximo paciente que espera. Pero a su vez el propio personal de salud es un sujeto demandante al interno de aquella institución de la cual el ahora deviene sujeto con una expectativa, sujeto expectante.

La población tiene una determinada percepción de la calidad que se le ofrece, específicamente en las Unidades de Salud de atención primaria en donde toman en consideración, entre otras cosas, la rapidez o lentitud de los tramites, la información recibida, el trato del personal, la forma en que son interrogadas, el surtido de su receta medica, etc. aspectos a los que probablemente el personal no les confiere mayor importancia ya que tiene una perspectiva muy diferente a la gente que recibe el servicio.²⁶

El estudio de medición de la satisfacción de los usuarios se considera una medida fundamental para la evaluación y control de calidad de los servicios de atención primaria. Por tanto, su estudio e interpretación debe de ser básicos para una racionalización en la gestión de los recursos sanitarios²⁷.

Técnicas de medición de la satisfacción del cliente²⁸:

Para medir la satisfacción del cliente, debemos saber primero que el cliente evalúa varios aspectos (indicadores) respecto del servicio que recibe de una empresa, por lo que entonces al medir su satisfacción no lo podemos llevar a cabo solo con una pregunta.

El cliente considera cinco indicadores distintos: Tangibles, Cumplimiento de Expectativas, Actitud del personal, Habilidades del personal y Empatía. Para evaluar la calidad en el servicio que recibe, entonces debemos buscar medir varios de estos aspectos, de no ser así, la medición no será muy útil para tomar acciones de mejora, porque no representará la realidad de la opinión del cliente en cuestión.

Escala de medición:

Los expertos en la investigación sobre satisfacción, sugieren evaluaciones con escalas de medición impares, es decir del 1 al 5, del 1 al 7. Estas escalas son útiles

si a cada valor le asignamos una escala específica. Por ejemplo: Pésimo, Muy mal., Mal, Regular, Bien, Muy Bien, Excelente.

Cabe destacar que en varios experimentos algunas empresas han utilizado escalas del 1 al 10 y los resultados han sido favorables.

Para clasificar los resultados , se agrupan en tres grupos Satisfacción : del ítem5 al 7; satisfacción intermedia : el ítem 4: e insatisfacción del ítem 1 al3.

Recientemente se han comenzado a desarrollar programas de evaluación de resultados, que incluyen la satisfacción del paciente y la mejoría subjetiva de los síntomas²⁹. Debido a que la información sobre estos elementos no aparece fielmente reflejada en la historia clínica (que confeccionan usualmente los proveedores de salud) para implantar estos programas ha sido necesario desarrollar instrumentos *ad hoc*.

Tres de los más conocidos son: el Cuestionario de Satisfacción del Cliente (Client Satisfaction Questionnaire, CSQ-8)³⁰, el Inventario Breve de Síntomas (Brief Symptom Inventory, BSI)³¹ y la Encuesta Corta de Salud MOS 36 (MOS 36- Ítem Short Form Health Survey, SF-36)³².

Programas e instrumentos que tienen como objetivo evaluar el desempeño de servicios, hospitales u otras instituciones de los sistemas de salud a partir de la opinión y satisfacción de los pacientes continúan desarrollándose.

EL MOSAFC Y SUS ETAPAS DE IMPLEMENTACIÓN³³.

Las principales características de este modelo son:

- ❖ Trascender la atención individual y tomar como referencia la familia y la comunidad incluyendo el ambiente.
- ❖ Es un modelo que se enmarca en la construcción del poder ciudadano y promueve la responsabilidad compartida entre los ciudadanos y el Ministerio de Salud.
- ❖ El equipo de salud familiar se traslada de las unidades de salud a laborar en la comunidad.
- ❖ El Modelo de atención esta en función de las necesidades de la población, y enfatiza en la Promoción y Prevención.
- ❖ El Modelo garantiza la Gratuidad y el Acceso universal a los servicios de salud.

Para implementar este modelo la comunidad debe estar organizada esto a su vez es indispensable en la realización de gestiones para el desarrollo local y la salud El control social facilita la interacción entre la comunidad y las instituciones de manera respetuosa, eficiente y democrática a fin de lograr las metas y objetivos planteados en los planes, programas y proyectos, estimulando entre los ciudadanos y sus gobernantes el cumplimiento transparente de sus funciones y la rendición de cuentas oportuna.

ORGANIZAR LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS, FAMILIA Y COMUNIDAD.

Para esto el Equipo de Salud Familiar en cada uno de los sectores asignados junto con la red comunitaria deberá cumplir las siguientes etapas:

1. Inducción
2. Sectorización.
3. Caracterización del sector: La actualización del croquis de la comunidad y del sector, el levantamiento de la Historia de Salud Familiar, el levantamiento del Diagnóstico Comunitario, elaborar el Consolidado del Sector:
4. Análisis de la situación de salud a nivel de la comunidad.
5. Elaboración del plan de salud de desarrollo local.
6. Entrega de prestaciones de servicios de salud a las personas, familia y comunidad.
7. Registro de información de salud.

IMPLEMENTACIÓN DEL MOSAFC EN EL SECTOR DEL COYOLAR³⁴.

Se inicia el 21 de enero del 2009, con un proceso de sensibilización (INDUCCIÓN) en la que se explica a los trabajadores la sectorización y como se implementaría. Y en el mes de junio inicia la dispensarización.

1ra Fase:

- a) Levantamiento de la historia familiar que incluye chequeo médico y la dispensarización de la población encontrada según grupo dispensarial.
- b) Organización de casas bases: Se activaron 4 casas bases con el apoyo de los miembros del CPC, realizado en 4 sesiones de trabajo.

ENTREGA DE PRESTACIONES.

2da Fase:

- a) Organización: se establece el vínculo de la población con, Casa base, voluntarios de salud y el equipo de salud.
- b) Intervención sobre los resultados de la Historia Familiar levantada: Chequeo médico e inclusión a grupo dispensarial de población no encontrada en primer visita, atención a población referida en la unidad de salud, seguimiento programado en cuadernos de citas, seguimiento a problemas de salud vinculado con el entorno físico y social.
- c) Análisis de la situación de salud y elaboración del plan de salud.

3ra Fase:

Diagnóstico comunitario y propuesta de intervención general por sectores³⁵. El diagnóstico comunitario fue realizado en el período de abril a junio del 2009.

La elaboración del diagnóstico y plan comunitario se realiza una vez se finalizadas las visitas a las familias al barrio durante las cuales se actualizaron los datos de cada persona de las familias, de la vivienda y del entorno en el que habitan. En el barrio las visitas a las familias fueron realizadas por el equipo de salud familiar del sector, estudiantes de 4º y 5º año de medicina, médicos internos y equipo técnico del SILAIS León, durante los meses de junio 2008 a abril del 2009.

Los resultados de la información obtenida fueron compartidos con los líderes comunitarios y personal de las instituciones que atienden al barrio permitiendo la elaboración del diagnóstico y el plan comunitario durante los meses de abril a junio del 2009.

La ejecución, seguimiento y evaluación del plan comunitario que a mediano plazo debe mostrar cambios en la actitud y la situación de las personas, familias y entorno del barrio estará dado por la integración y participación constante de los actores comprometidos y responsables de la realización de las actividades.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Descriptivo de corte trasversal, mediante la aplicación de una encuesta.

Área de estudio: El puesto de salud “Primero de Mayo”, ubicado al noreste de la ciudad de León, con una población de 19.203 habitantes; consta con 3 sectores, SECTOR 4 (Primero de mayo), SECTOR 5 (posada del sol. José escobar; Rogelio Santana; Rosendo Pacheco; Pedro José Avendaño) y SECTOR 6 (El coyolar.) del territorio Mantica Berio. El puesto de salud cuenta con 30 trabajadores (organizados en tres equipos de atención, uno para cada sector) y área administrativa. Además de la red Comunitaria, actores sociales y CPC. Y actualmente tiene en función doce casas bases. Se escogió esta área de estudio debido a que es el primer territorio en implementar el MOSAFC.

Universo de estudio: son todos los pobladores del sector 6 que corresponde al barrio de “El Coyolar” ubicado al norte con reparto 1º. De mayo, Rosendo Daniel Pacheco y Posada del Sol; al sur el barrio El Calvario, río Chiquito; al este los repartos Pedro José Avendaño y Rogelio Santana y al oeste con la antigua línea férrea. Que cuenta con una población total a mayo del 2009 de 3065 habitantes, divididos a su vez en 912 familias de acuerdo a las visitas de las familias, pero según INIDES la población del barrio es de 6798 personas.

Muestra: Se tomó una muestra por conveniencia de 330 personas encargadas del cuidado sanitario del núcleo familiar. Por cada manzana se encuestaron al azar 10 casas debido a que el barrio está dividido en 33 manzanas. Si en una casa elegida al azar no se logró a encuestar ya sea porque no se encuentra una persona responsable o porque no desee participar se procedió a encuestar la casa siguiente.

Criterios de inclusión:

- De ambos sexos.
- Entre las edades de 18 - 75 años.

- Encargado del núcleo familiar.
- Residente del barrio “El Coyolar”.
- Participación voluntaria.

Fuente de información:

La fuente de información es primaria, los datos se obtuvieron a través del llenado de un cuestionario, mediante la aplicación de una encuesta.

Instrumentos de recolección de datos.

Se diseñó un cuestionario que recogió información sugerida por diversos autores de estudios relacionados con la percepción de la calidad y la satisfacción de los usuarios así también tomando en cuenta los objetivos de nuestro estudio y los principios de anonimato, libre participación y confidencialidad del participante.

Para su validación como instrumento apropiado en nuestro medio se realizó una prueba piloto a 10 personas encargadas del núcleo familiar 1 semana previas a la realización del estudio, permitiendo conocer lo practicidad y la comprensión del mismo, así como evaluar la redacción de los enunciados y proporcionar las bases para su validez.

Procedimiento de recolección de datos:

Se procedió a elegir los días para la aplicación de las encuestas, que se llevó a cabo durante 1 semana y se aplicó la encuesta a 50 personas por día. Al llegar al terreno se iniciará a encuestar a partir de la segunda casa ubicada en la esquina noreste de la manzana seleccionada, continuando la secuencia a favor de las manecillas del reloj cada tres casas.

Se visitó casa a casa a los jefes de familia, y una vez se les explicó los objetivos de nuestro estudio y habiendo pedido su consentimiento de forma verbal además de asegurarles la confidencialidad de su información se les pidió que llenaran la encuesta.

Al final de cada visita se revisó si no se dejó algo sin llenar, de haber sido así se les pidió que completaran esos acápite

VARIABLES.

Caracterización de los usuarios del servicio: Hace referencia a una serie de variables de identifican la variedad de usuarios (datos generales): Edad, sexo, escolaridad, ocupación y religión.

Calidad percibida: Impresión que los usuarios tienen sobre la idoneidad de un servicio para satisfacer sus expectativas y de los alcances que tienen las mismas al concluir el proceso de atención. Se construyen a partir de tres preguntas: ¿Por qué llegó al servicio?, ¿Qué esperaba del servicio? y ¿Qué tanto alcanzó sus expectativas?

Satisfacción del usuario con el servicio: Es el grado de cumplimiento de las expectativas del usuario en cuanto a la atención recibida y sus resultados. Soportada en las experiencias de Donabedian Abedis, se estructuraron las dos dimensiones y las tres etapas del desarrollo del servicio. En cada uno de los cuadrantes resultantes, se asignaron indicadores propios.

MODELO GENERAL			
	ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO
Dimensión técnica^b	DT-E	DT-P	DT-R
Dimensión Interpersonal^c	DI-E	DI-P	DI-R

PLAN DE ANÁLISIS

Los datos fueron procesados y analizados utilizando el paquete estadístico Epi-Info 3.5.1. Para Windows. Se procesaron las preguntas de percepción y se estimó la frecuencia de sus variables. Cada una de las preguntas de satisfacción fue codificada con valores del 1 al 7.

Durante el análisis se procedió a sumar los ítems por dimensiones establecidas (técnica e interpersonal) y por componentes sistémicos (Estructura, proceso y resultado). La sumatoria se comparó proporcionalmente con el valor máximo a tener por cada agrupación y se clasificó en tres grados de satisfacción. **Satisfacción** (5 – 7), **satisfacción intermedia** (4), e **insatisfacción** (1 – 3) Estos resultados fueron cruzados con las variables generales. Los resultados se plasmaron en cuadros y gráficos.

^b La dimensión técnica hace referencia a los procesos normatizados para la atención.

^c La dimensión interpersonal hace referencia al intercambio de información que permite la orientación al usuario sobre diferentes aspectos del proceso de atención, desde el momento que llega a la unidad de salud, durante la consulta hasta su egreso del servicio,

RESULTADOS

De acuerdo a las características generales encontramos que la población encuestada es bastante joven, a pesar de que se encuentran personas de mayor edad, un gran peso de las edades corresponde adultos jóvenes de 20-29 con un 29.1% (96), seguido del grupo de 30-39 con un 19.17% (65), y del grupo de 40-49 con 18.2% (60), en menor proporción los ancianos, de 50- 59 con un 13.6% (45) ; >60 con un 13% (43) y los adolescentes con un 6.4% (21). (Vea cuadro1.)

En cuanto al sexo de los encuestados, a las mujeres les correspondió el 71.2% del total de la muestra y en menor porcentaje los varones. Y de acuerdo a la religión a los católicos les correspondió un 57.6% (190), seguido de los protestantes con un 40.9% (135) y en menor proporción otros con 1.5% (5). (Vea cuadro 1.)

En relación al nivel de instrucción el 43.6% (144) de los encuestados tienen algún grado de primaria, seguido de un 33.6 % (111) con algún año de secundaria aprobado; el 21.5% (71) tienen un nivel de técnico superior o universitario; y apenas el 1.2% eran analfabetos. (Ver cuadro1.)

En relación a las expectativas, encontramos que el 48.5% de la personas llegaron al puesto de salud por tener alguna dolencia o enfermedad, y un 39.4% por tener cita. Lo que esperaban de la atención era rapidez con un 36%, seguido de medicamentos gratuitos con un 35% y amabilidad con un 18%. La mayor parte de la población refiere que recibió lo que esperaba con un 82.7% (Ver cuadro 2.)

De las prestaciones de servicio, el personal que más atendió fue el médico con un 87.7%(283), enfermeras con un 13.3% (44) y otro personal con 1.8% (6). El grupo de edad que más fue atendido fue de 20-60 años con un 72% (240), mayores de 61 años con 9.39% (31), y < de 5 años con un 8.78% (29). (Ver cuadro3.)

De acuerdo a los diferentes aspectos de la dimensión técnica relacionada con el resultado de la atención, el 84.4% de los encuestado refieren que si le brindaron la atención que se merece; un 92.4% refiere que si volvería a consultar en la misma

unidad y un 27.4% refieren que si recomendarían el servicio a otras personas. (Ver gráfico 1.)

El histograma global de la dimensión técnica de diversos aspectos de la atención, muestra una imagen con altos niveles de satisfacción entre los usuarios, siguiéndole a estos valores bajos de satisfacción intermedia y por ultimo en pocas personas niveles bajos de insatisfacción. (Ver gráfico 2.)

De los diversos aspectos de la dimensión interpersonal relacionados con los resultados de la atención podemos decir que el 77.6% de la población se encuentra satisfecha, el 10.3% tiene satisfacción intermedia y un 12.1% tiene insatisfacción. (Ver gráfico 3.)

De forma global se observa en el histograma de los diversos aspectos relacionados con la dimensión interpersonal de la atención, una concentración de valores altos de satisfacción con un 82.8%, un nivel de satisfacción intermedia bajo de 11.3% y con un 5.8% de insatisfacción. (Ver gráfico 4.)

En cuanto a los diversos aspectos relacionados con la estructura, se observa en el histograma un alto nivel de satisfacción en muchos usuarios así como puntajes medios, luego muchos valores medios de insatisfacción similares a la satisfacción intermedia. (Ver gráfico 5.)

De acuerdo a los diversos aspectos relacionados con el proceso de atención, podemos observar en el histograma un nivel de satisfacción con valores altos en la mayoría de las personas, y niveles muy bajos de satisfacción intermedia e insatisfacción unas pocas personas. (Ver gráfico 6.)

En cuanto a los diversos aspectos relacionados con el resultado, se observa en el histograma una concentración de valores altos y medios de satisfacción en el 79% de las personas, niveles bajos de satisfacción intermedia en el 14.3% de las personas y niveles muy bajos de insatisfacción con un 6.7% de las personas. (Ver gráfico 7.)

Del grado de satisfacción global que la población refiere de la atención, el histograma muestra una concentración de valores altos de satisfacción en gran parte de la población y sólo pocas personas niveles bajos de satisfacción intermedia e insatisfacción. (Ver gráfico 8)

Cuadro 1. Características socio-demográficas de la población encuestada para conocer el grado de satisfacción con los servicios ofrecidos en el Puesto de salud “Primero de mayo”. León, Mayo del 2010.

Variables	Numero	Porcentaje
Edad		
• 10 a 19	21	6.4%
• 20 a 29	96	29.1%
• 30 a 39	65	19.7%
• 40 a 49	60	18.2%
• 50 a 59	45	13.6%
• 60 y mas	43	13.0%
Sexo		
• Femenino	235	71.2%
• Masculino	95	28.8%
Escolaridad		
• Analfabeta	4	1.2%
• Primaria	111	33.6%
• Secundaria	144	43.6%
• Universidad	71	21.5%
Religión		
• Católico	190	57.6%
• Otros	5	1.5%
• Protestante	135	40.9%
Total	330	100.0%

Cuadro 2. Valoración del cumplimiento de las expectativas que tenían los usuarios al llegar al puesto de salud” Primero de mayo”. León, mayo del 2010.

VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
¿Por qué acude a la unidad?		
• Por cita	130	39.4%
• Por medicamento	25	7.6%
• Por morbilidad.	160	48.5%
• Por realización de exámenes.	15	4.5%
¿Qué esperaba del centro?		
• amabilidad	60	18%
• charlas	21	6.4%
• rapidez	119	36%
• Medicamentos gratuitos	115	35%
• eficacia	15	4.6%
¿Recibió lo que esperaba?		
• si	273	82.7%
• no	57	17.3%
Total	2230	100.0%

Cuadro 3. Grupos de población a que pertenecen las personas atendidas por la unidad de salud y personal que proveyó la atención de la población encuestada para conocer el grado de satisfacción con los servicios ofrecidos en el Puesto de Salud “Primero de mayo”. León, Mayo del 2010.

Grupo	Personal que atendió					
	Medico		Enfermera		Otros	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Recién nacidos	3	1.1%	1	2.3%	0	0.0 %
Niños < 5 ^a	22	7.8%	7	15.9%	0	0.0 %
Niños de 5-9a	5	1.8%	2	4.5%	0	0.0 %
Adolescentes 10-14a	1	0.4%	1	2.3%	0	0.0 %
Adolescentes 15-19a	13	4.6%	7	15.9%	0	0.0 %
Personas 20-60a	210	74.2%	25	56.8%	5	83.3%
> 61 años	29	10.2%	1	2.3%	1	16.7%
Total	283	100.0%	44	100.0%	6	100.0%

Cuadro 4. Grado de satisfacción con diversos aspectos relacionados a la dimensión técnica relacionada a la estructura de la atención que refiere la población atendida en el Puesto de Salud “Primero de mayo”. León, Mayo del 2010.

Aseveraciones	Respuestas		
	Insatisfacción	S. Intermedia	Satisfacción
1 Cómo valora la distancia que recorre entre su casa y el P/S	25.4%	12.1%	62.5%
2 Cómo valora la limpieza en el P/S:	13.9%	18.8%	67.3%
3 Cómo valora la iluminación que hay en el P/S:	20%	20.0%	60%
4 Cómo valora la ventilación que existe en el P/S:	32.1%	18.5%	49.4%
5 Cómo valora la comodidad de las sillas del P/S:	49.8%	21.5%	28.8%
6 Cómo valora el tiempo que espero para que lo atendieran:	20.9%	25.2%	53.9%

Cuadro 5. Grado de satisfacción con diversos aspectos relacionados a la dimensión técnica relacionada a los procesos de la atención que refiere la población atendida en el Puesto de Salud “Primero de mayo”. León, Mayo del 2010.

Aseveraciones	Respuestas		
	Insatisfacción	S. Intermedia	Satisfacción
7 Cómo valora la información que le brindo el médico sobre su salud:	3.6%	6.1%	90.3%
8 Cómo valora la explicación que le dio sobre cuidados a seguir en casa:	3.6%	7.0%	89.4%
9 Cómo valora la información del médico sobre cada uno de los procedimientos a realizarle:	3.3%	9.4%	87.3%
10 Cómo valora la información que le dio el médico sobre su próxima cita	7.8%	11%	81.2%
11 Cómo valora la exanimación que hizo el médico:	2.8%	4.2%	92.6%
12 Que tanto valora la información que le dieron sobre la receta que le extendieron:	15.2%	6.4%	78.5%
13 Cómo valora la entrega de medicamentos según las recetas que le extendió el P/S	25.1%	7.6%	67.3%

Cuadro 6. Grado de satisfacción con diversos aspectos relacionados a la dimensión técnica relacionada al resultado de la atención que refiere la población atendida en el Puesto de Salud “Primero de mayo”. León, Mayo del 2010.

Aseveraciones	Respuestas		
	Insatisfacción	S. Intermedia	Satisfacción
14 Cómo valora el gasto que hizo por los servicios recibidos	16.9%	8.8%	74.3%
15 Cómo valora la capacidad profesional del médico que le atendió	4.2%	4.9%	90.8%
16 Cómo valora de forma general la calidad del servicio recibido:	6%	8.8%	85.1%

Gráfico 1. Otros aspectos relacionados con la satisfacción con diversos aspectos relacionados a la dimensión técnica relacionada al resultado de atención que refiere la población atendida en el Puesto de Salud “Primero de mayo”. León, Mayo del 2010.

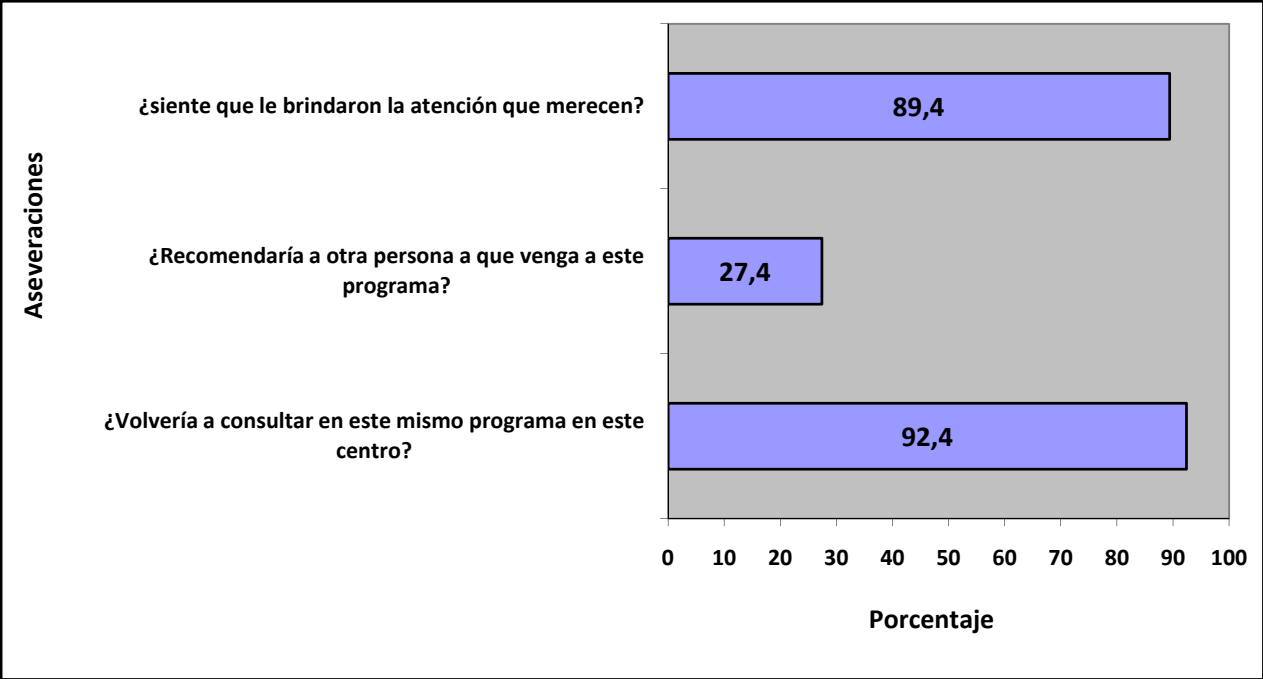
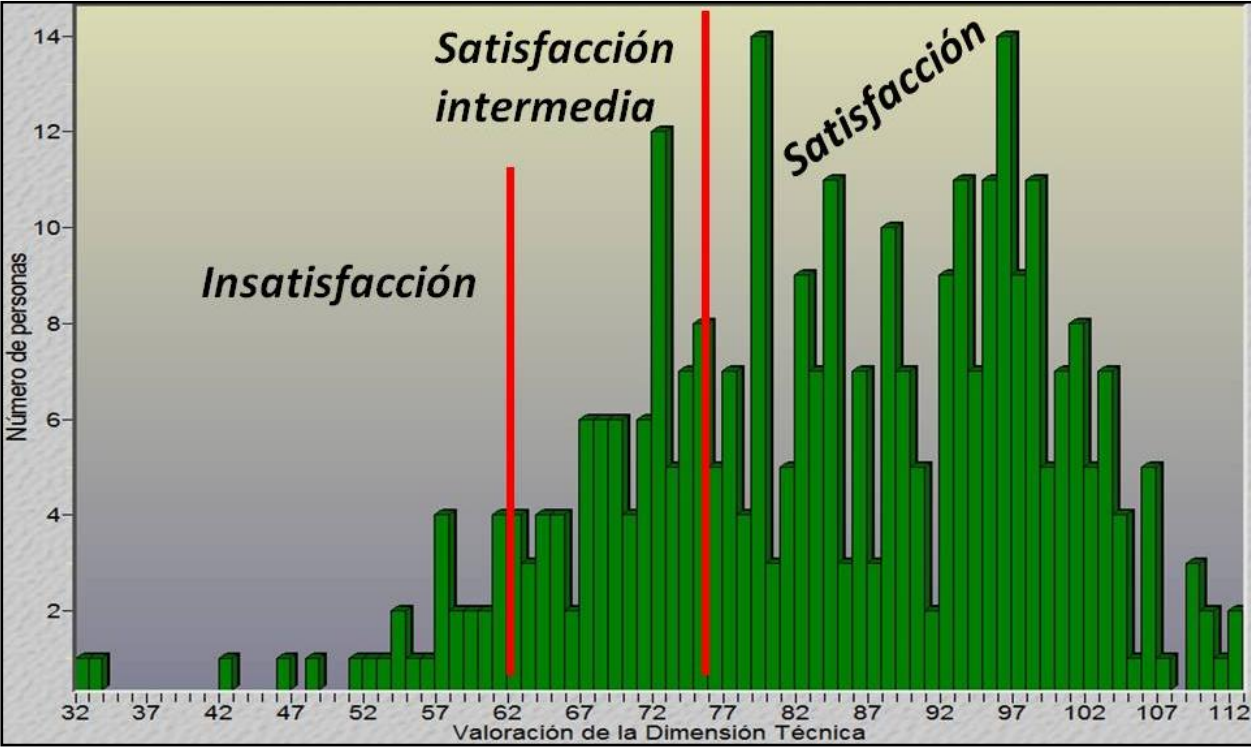


Gráfico 2. Grado de satisfacción con diversos aspectos relacionados a la dimensión técnica de la atención que refiere la población atendida en el Puesto de Salud “Primero de mayo”. León, Mayo del 2010.



Satisfacción 68.6%

Satisfacción Intermedia 24.7%

Insatisfacción 6.7%

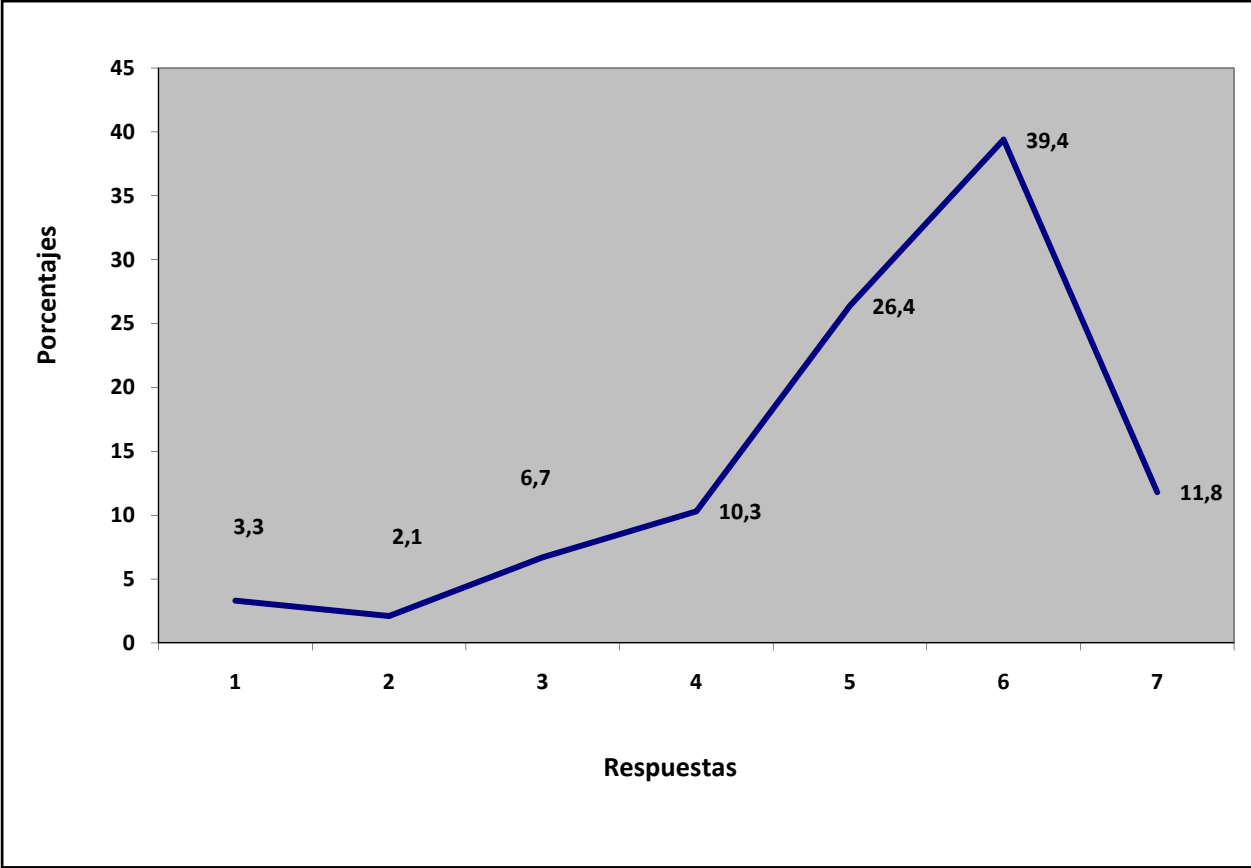
Cuadro 7. Grado de satisfacción con diversos aspectos relacionados a la dimensión Interpersonal relacionada a la estructura de atención que refiere la población atendida en el Puesto de Salud “Primero de mayo”. León, Mayo del 2010.

Aseveraciones	Respuestas		
	Insatisfacción	S. Intermedia	Satisfacción
20 Cómo valora la atención que le brinda el personal del C/S al momento de llegar a solicitar consulta	30%	16.1%	53.9%
21 Cómo valora los cuidados que le presta el personal antes de pasar consulta con el médico	25.2%	16.7%	58.1%
22 Cómo valora la información que le brinda el personal para que reciba la consulta q busca	28.3%	18.3%	53.3%
23 Cómo valora la información que le brinda el personal sobre servicios que brinda el C/S	30%	20.0%	50%
24 Cómo valora el programa de educación que brinda el personal del C/S	22.2%	19.8%	58.1%
25 cómo valora las charlas que le brinda el personal mientras espera su consulta y/o medicamento	8.1%	13.0%	78.8%

Cuadro 8. Grado de satisfacción con diversos aspectos relacionados a la dimensión Interpersonal del proceso de atención que refiere la población atendida en el Puesto de Salud “Primero de mayo”. León, Mayo del 2,010.

Aseveraciones	Respuestas		
	Insatisfacción	S. Intermedia	Satisfacción
26 Cómo valora el tiempo que le brindo el médico para que usted hablara de su estado de salud:	30%	16.1%	53.9%
27 Cómo valora la entrevista que hizo el médico sobre su estado de salud:	2.1%	5.5%	92.4%
28 Cómo valora el interés que le mostró el médico por su estado de salud:	2.4%	3.3%	94.3%
29 Cómo valora la forma y gestos que hace el médico cuando habla con usted:	2.1%	4.2%	93.6%
30 Cómo valora la preocupación que mostró el médico por usted como paciente y ser humano:	3%	4.6%	92.4%
31 Por lo general el médico que le atiende la llama por su nombre:	3.9%	3.0%	93%
32 Cómo valora la forma como el médico le saluda a usted cuando llega:	5.4%	4.2%	90.4%
33 Cómo valora la forma como el médico le saluda a usted cuando se despide:	5.7%	3.9%	90.3%

Gráfico 3. Grado de satisfacción con diversos aspectos relacionados a la dimensión Interpersonal relacionada al resultado de atención que refiere la población atendida en el Puesto de Salud “Primero de mayo”. León, Mayo del 2,010.

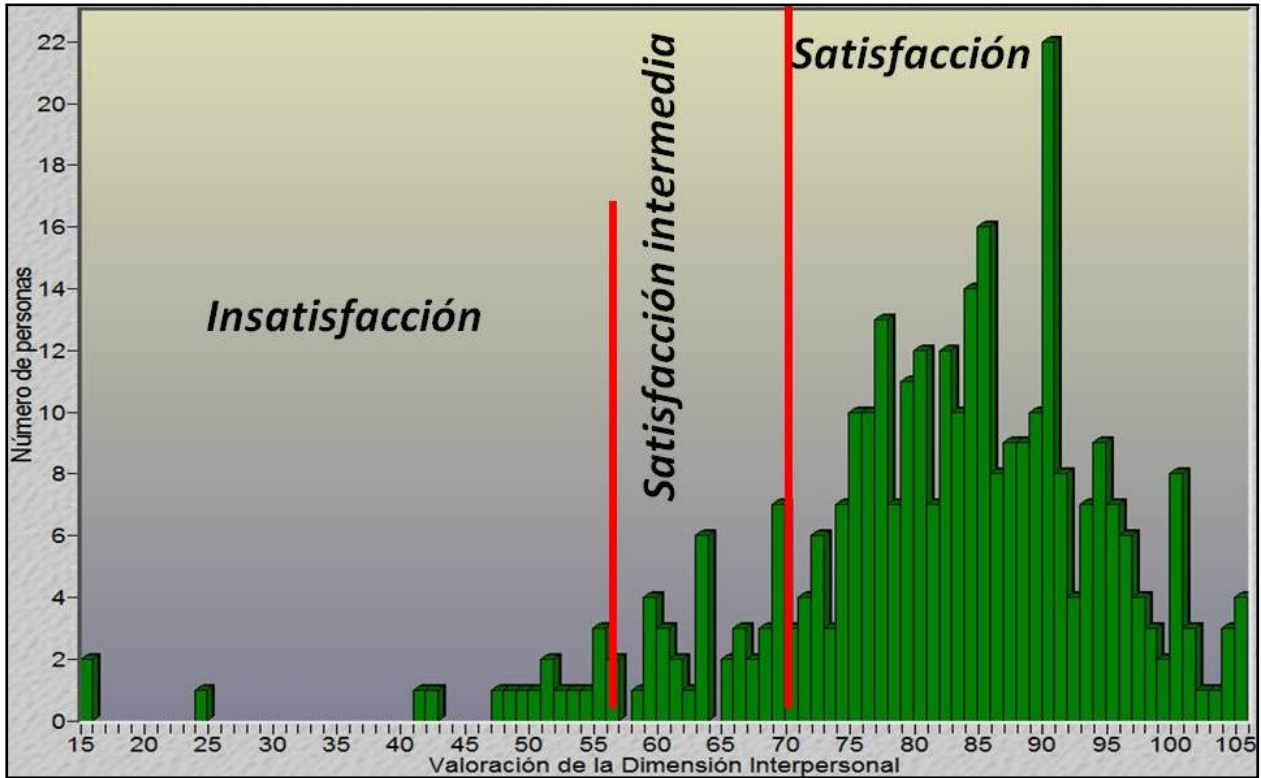


Satisfacción 77.6%

Satisfacción Intermedia 10.3%

Insatisfacción 12.7%

Gráfico 4. Grado de satisfacción con diversos aspectos relacionados a la dimensión Interpersonal de la atención que refiere la población atendida en el Puesto de Salud “Primero de mayo”. León, Mayo del ,010.

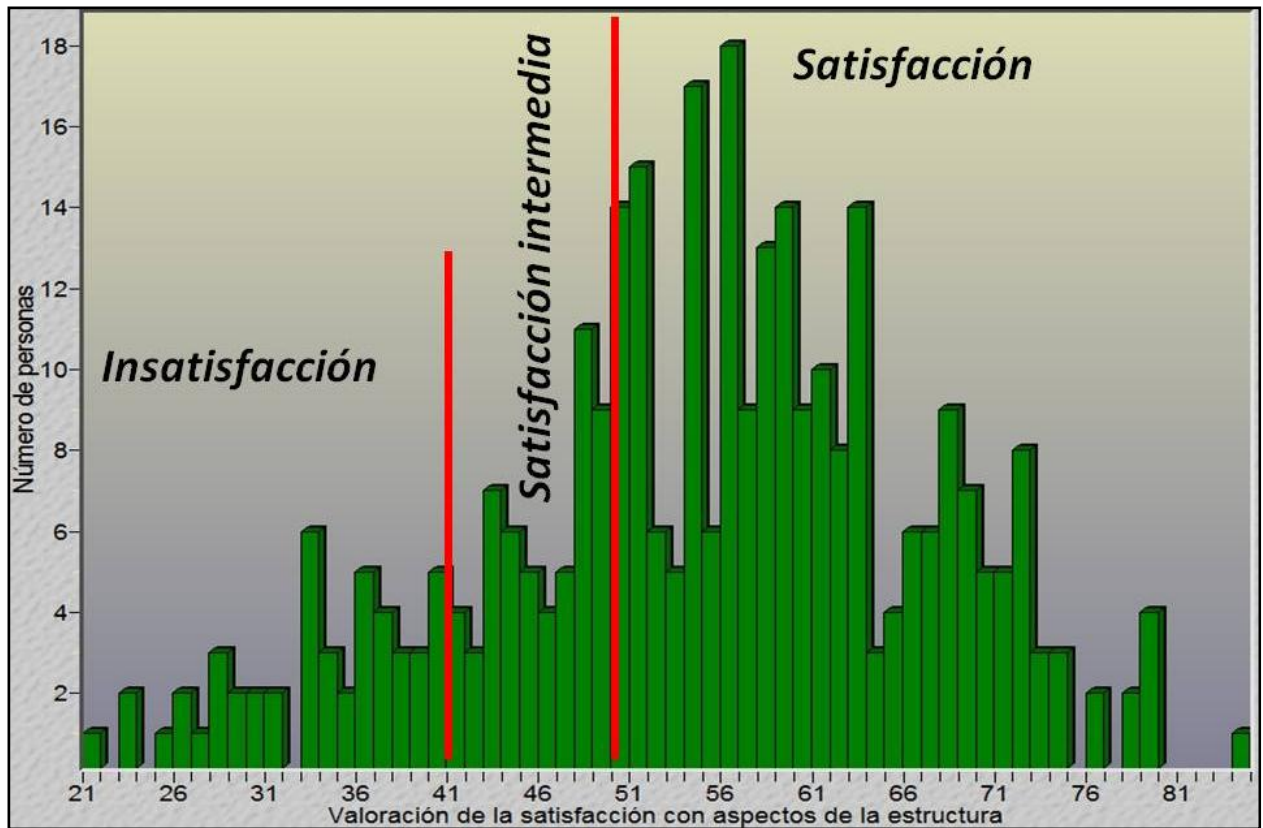


Satisfacción 82.8%

Satisfacción Intermedia 11.3%

Insatisfacción 5.8%

Gráfico 5. Grado de satisfacción con diversos aspectos relacionados a la estructura de la atención que refiere la población atendida en el Puesto de Salud “Primero de mayo”. León, Mayo del 2,010.

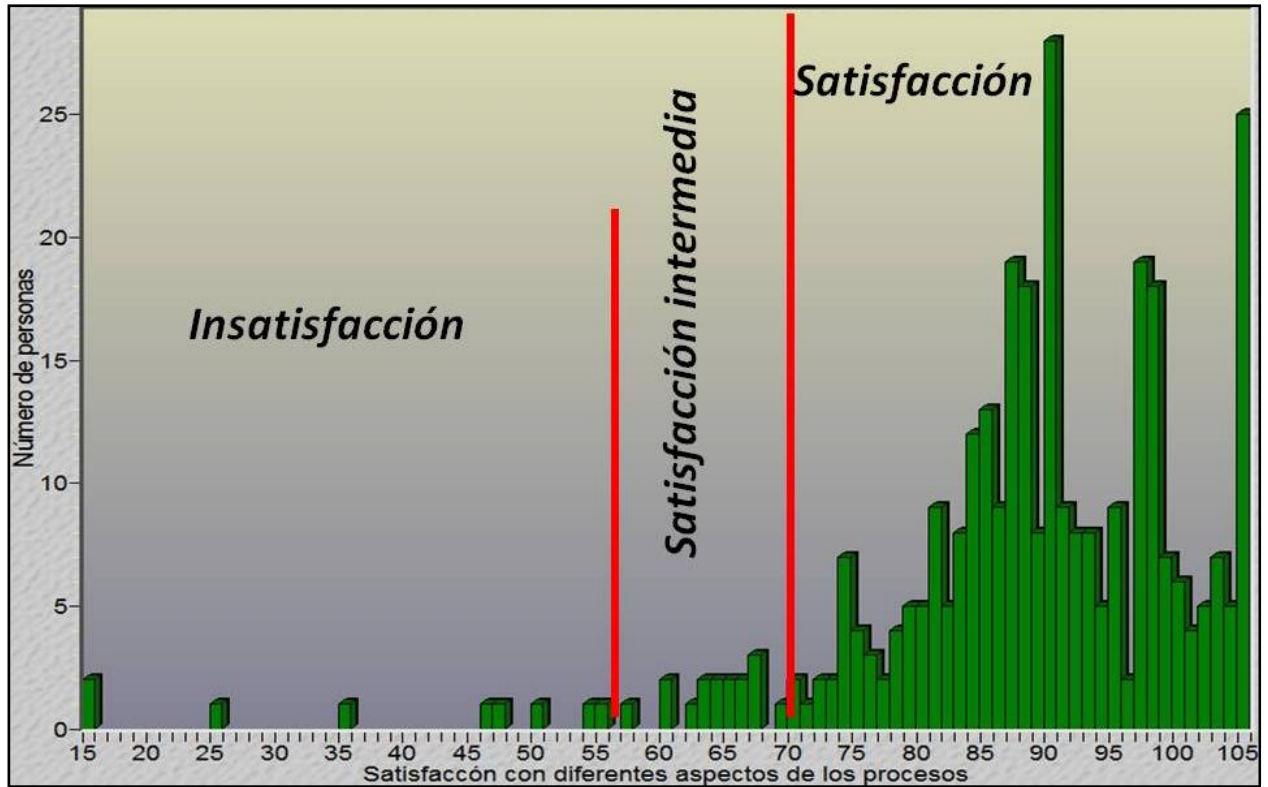


Satisfacción 64.7%

Satisfacción Intermedia 20.9%

Insatisfacción 14.4%

Gráfico 6. Grado de satisfacción con diversos aspectos relacionados a los procesos de la atención que refiere la población atendida en el Puesto de Salud “Primero de mayo”. León, Mayo del 2,010.

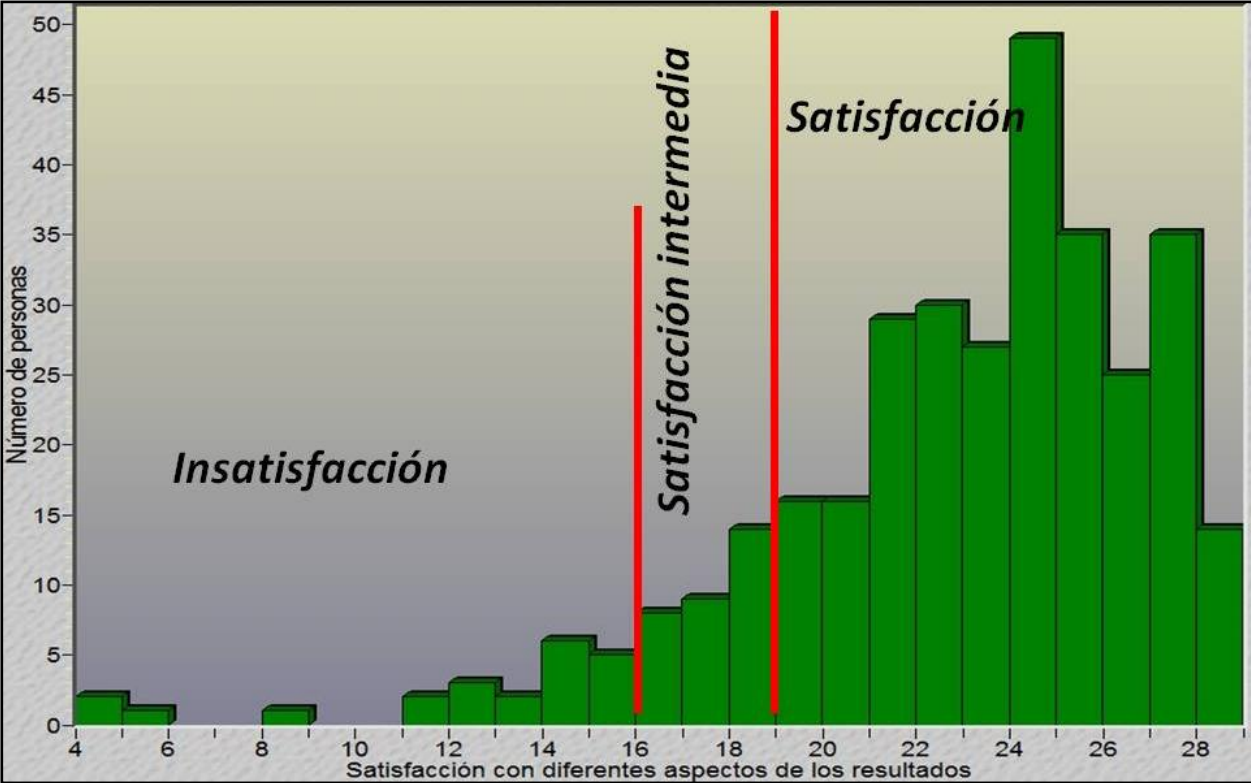


Satisfacción 91.8%

Satisfacción Intermedia 5.57%

Insatisfacción 2.7%

Gráfico 7. Grado de satisfacción con diversos aspectos relacionados a los resultados de la atención que refiere la población atendida en el Puesto de Salud “Primero de mayo”. León, Mayo del 2,010.

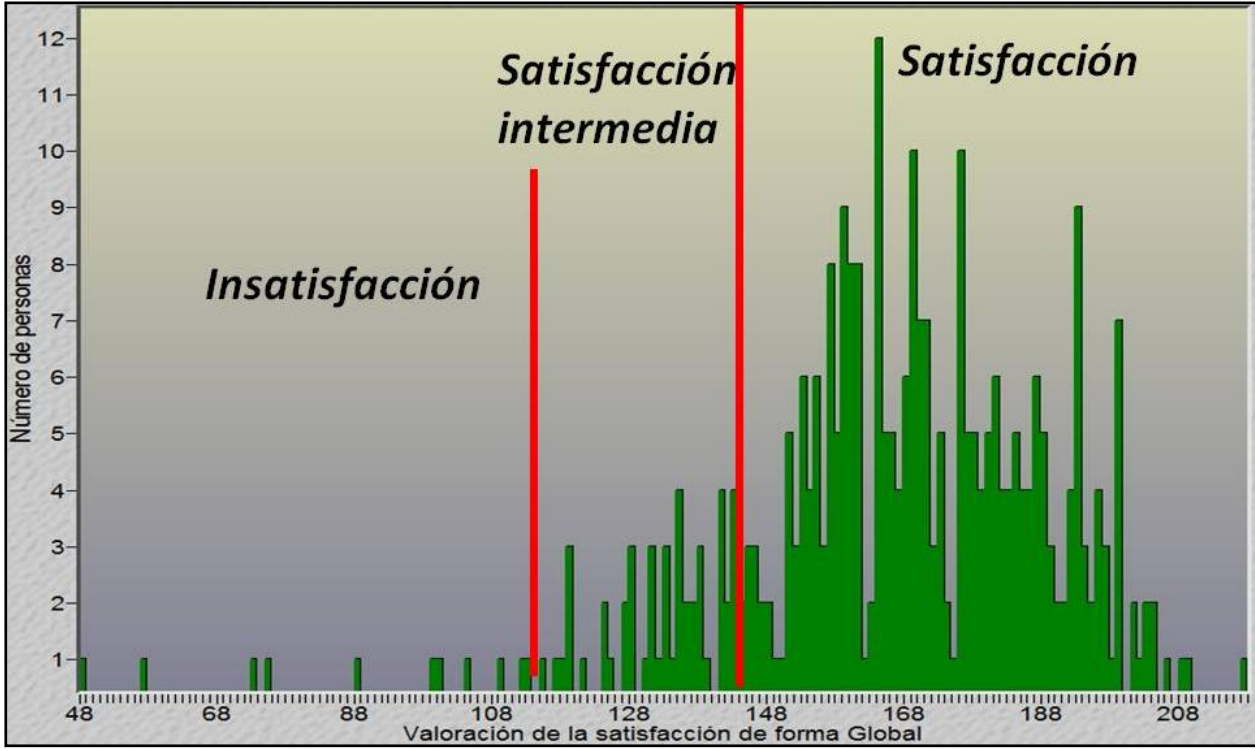


Satisfacción 79%

Satisfacción Intermedia 14.3%

Insatisfacción 6.7%

Gráfico 8. Grado de satisfacción global con la atención que refiere la población atendida en el Puesto de Salud “Primero de mayo”. León, Mayo del 2,010.



Satisfacción 83.6% Satisfacción Intermedia 13% Insatisfacción 3.4%

DISCUSIÓN

Datos generales de la población:

Si observamos en los grupos etarios, el que más acude a la unidad de salud es el que se encuentra entre las edades de 20-60 años, y sobre todo son las mujeres que buscan más los servicios de salud, ya sea por motivos propios o de sus hijos, al estar enfermos y por asistencia directa a los servicios de planificación familiar, control prenatal, vacunación, VPCD entre otros. Por otra parte los adolescentes y los ancianos mayores de 60 años frecuentan las unidades de salud en menor proporción por ser grupos más complejos.

La mayoría de la población encuestada tiene algún nivel de instrucción esto debido a que estamos en un área urbana y porque actualmente existe un mínimo grado de analfabetismo.

Percepción de la calidad de atención:

Los usuarios del puesto de salud primero de mayo, perciben la calidad de atención como buena de acuerdo a las expectativas iniciales, el 82.7% de los usuarios recibió lo que esperaba y el 17.3% refiere que no, la mayoría debido al tiempo de espera para ser atendido, a que el medicamento no se les da completo y a la falta de amabilidad por parte del personal de salud en su mayoría personal de admisión y enfermería.

En el aspecto de la amabilidad sólo 18 personas no obtuvieron buen trato por parte del personal, se ha considerado que el buen trato es fundamental para la base de la relación y empatía entre el recurso de salud y los usuarios

Hay personas que demandan rapidez para ser atendidos, otras demandan más tiempo para ser escuchados, esto se ha observado en nuestro medio sobre todo en las personas de mayor edad y con enfermedades crónicas, las cuales necesitan descargar la tensión que le ocupa su enfermedad y muchas veces no se sienten atendidos y mucho menos escuchados. Por otro lado por los compromisos de atención el personal de salud no le dedica el tiempo que el paciente necesita y solo

se limita a los procesos técnicos de la atención. Para unos esto es suficiente pero para otras personas esto apenas es una parte de todo su problema. Dentro de esta parte del abordaje el sistema de salud ha llamado la atención interpersonal o la parte de la calidez en la atención, un aspecto donde la propaganda asistencial ha estado promoviendo desde hace mucho tiempo, pero no se correlaciona con las exigencias en el volumen de atención al público, ni en la falta de personal con que laboran muchas unidades de salud.

Existe un alto porcentaje de usuarios que acuden a la unidad de salud por morbilidad general, esto coincide con algunos estudios realizados anteriormente, donde manifiestan que van al centro de salud sólo cuando se sienten enfermos, así mismo también le sigue un porcentaje de personas que asistieron porque tenían cita.

Muchas personas necesitan de privacidad durante las consultas para poder explicar al médico su dolencia, mas sin embargo se encontró que algunas personas no estaban satisfechas por la falta de privacidad, sobre todo cuando la atención se daba en las casas bases. Esto constituye una barrera para la utilización de servicios de salud, debido a que a nadie le gusta que otras personas conozcan sus enfermedades

Sobre satisfacción:

En general la satisfacción que tienen los usuarios con el proceso de atención del puesto de salud primero de mayo, es valorada como buena, usando parámetros establecidos y validados en diferentes estudios. Se observa que concuerda con la calidad percibida por los usuarios. Al conocer las expectativas de los usuarios se valora la calidad; mientras que la satisfacción de estos hace énfasis en una serie de elementos que comprende todo el proceso de atención y mide la calidad desde la óptica de mejora constante.

Podemos diferenciar ambos aspectos en la medida de que la percepción de la calidad valora aspectos de forma puntual como producto final, mientras que la satisfacción mide aspiraciones a futuro, las personas esperan que esto pudiera ser mejor todavía.

Por otro lado, que la medición de la calidad se base en la interpretación personal de cada individuo y que es muy complicado esperar que un grupo de personas tengan puntos de vistas en común, ya que cada persona parte de sus vivencias, su preparación académica, la dolencia que le acompaña, la interpretación de sus necesidades y la confianza en los servicios de salud¹⁶.

En la sumatoria de los diferentes componentes de la dimensión técnica se observa una tendencia de valorar de bueno a excelente el nivel de satisfacción, observamos que existen valores de insatisfacción de pésimo a regular a nivel de la dimensión técnica en relación con la estructura, probablemente estas personas no están satisfechas con la infraestructura del lugar lo que concuerda con algunos estudios de satisfacción (6).

De igual forma en la dimensión interpersonal, se observa una tendencias de valorar regular a muy bueno el nivel de satisfacción, esto se debe q que el componente de la infraestructura hay poca satisfacción en relación a los otros componentes como son proceso y resultado.

De una u otra forma estos hallazgos hacen ver las debilidades que tiene la atención en las unidades de salud en el tema calidez, donde las condiciones de trabajo y las exigencias en la productividad podrán estar conspirando junto a los estilos de trabajo y actitudes en los aspectos de la calidad que influyen en la satisfacción o insatisfacción de los usuarios.

El cuidado de la salud tiene que ver con aspectos muy íntimos, sensibles e importantes de la vida, compromisos y formas de ser y pensar de las personas¹⁰.

La expresión de que la mayoría de las personas se sentían con grado medio de satisfacción, aún cuando sienten sus expectativas alcanzadas, denota que aún a los servicios les hace falta ajustarse a las necesidades reales de los pacientes y de que se debe tratar de hacer mediciones sistemáticas para establecer procesos de mejora continua².

CONCLUSIONES

Al terminar con nuestro estudio, podemos concluir:

- 1) Los pacientes que asisten al puesto de Salud “Primero de Mayo” del municipio de León, sienten alcanzadas sus expectativas con el proceso de atención.
- 2) Los niveles de satisfacción encontrados son altos, para una cantidad grande de usuarios, además de encontrarse dificultades en la parte de infraestructura que limita las dimensiones de la calidad técnica y la calidad interpersonal.
- 3) En la satisfacción, como valoración subjetiva de las personas, juegan un papel las características personales, siendo evidentes que los adultos jóvenes tuvieron un alto nivel de satisfacción, igual que las mujeres y las personas con algún grado de instrucción.

RECOMENDACIONES:

De acuerdo a las conclusiones de nuestro estudio y tomando en cuenta los propósitos prácticos del estudio, consideramos:

1 Mejorar la infraestructura de la mejor manera posible tomando en cuenta las limitaciones presupuestarias, procurando entre otras cosas acondicionar la sala de espera con más cantidad de sillas y sala de atención con mayor la privacidad.

2. Definir en la unidad de salud una política de priorización de la atención ambulatoria para que los usuarios se atiendan de forma más rápida basados en los siguientes criterios: - ancianos. - mujeres embarazadas. – niños < 5años. Y emergencias.

3. Revisar los indicadores de productividad modificando los estándares de tal forma que se pueda darle tiempo a la calidez, al tiempo que se capacita al personal de salud en estos aspectos.

.4. Programar los medicamentos en la unidad de salud tomando en cuenta los problemas de consumo de medicamento, y priorizar a las personas de los programas crónicos.

5. Ampliar la oferta de servicios mediante la contratación o reasignación de recursos humanos en las diferentes áreas de trabajo.

6. Dar estímulos a las personas que ayudan a diario a la implementación del nuevo modelo de salud, como son los actores comunitarios para motivar cada vez más la inclusión de la comunidad en los temas de salud.

7. Involucrar a todo el personal sobre todo al de admisión o administrativo para que juegue un rol más activo en los procesos de atención sobre todo en la calidez.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Lázaro P. Martín L. Medición de la calidad de la asistencia sanitaria. Introducción. Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Santander. 1997:17-23.
- ² OPS/OMS: “La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma sectorial”, (esp. e ing.), Washington DC, 1997, 31
- ³ Alfonso A. Sánchez-Macián Pérez. Contribución a la medida de calidad de servicio percibida en servicios telemáticos mediante la definición y representación de relaciones formales entre ámbitos de calidad. Disponible en: <http://oasis.dit.upm.es/~esther/doctorado/2006-2007/ResumenTesisAASanchez.pdf>
- ⁴ Ramírez Sánchez TJ, Nájera Aguilar P, Nigenda López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Salud Pública Mex.1998; 40: 3-12.
- ⁵ Silva, Y: Calidad de los servicios privados de salud. Revista de Ciencias Sociales. [Revista on line] 2005 abril. [acceso 11 junio 2008]; 11(1):167177. Disponible. ISSN 1315-9518.
- ⁶ Ángel Luis Olivera Escalona. Satisfacción percibida por los pacientes atendidos en el servicio de urgencias SALVADOR ALLENDE. Publicado 28-07-2009. Venezuela. Disponible en [:http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1604/2/Satisfaccion-percibida-por-pacientes-atendidos-en-el-servicio-de-urgencia](http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1604/2/Satisfaccion-percibida-por-pacientes-atendidos-en-el-servicio-de-urgencia)
- ⁷ World Health Organization. ¿What is the WHO Health System Performance Framework?. Concepts, methods and debates. Disponible en: <http://www.who.int/health-systems-performance/concepts.htm>
- ⁸ Donabedian A. Approaches to assessment: What to assess in evaluating the quality of medical care? Milbank Mem Fund Quart 1986; 44:167-70.

⁹ Rosa E. Jiménez Peneque. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Rev. Cubana Salud Pública 2004; 30(1): Hospital Clínico quirúrgico "Hermanos Ameijeiras"

¹⁰ Brook RH. Quality assessment and technology assessment: critical linkages. En: Lohr KN, Rettig RA, editores: Quality of care and technology assessment. Institute of Medicine. National Academy Press. Washington, D.C. 1990:21-8.

¹¹ Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.

¹² Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare. Medicare. A strategy for quality assurance. Lohr KN editor. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press, 1990

¹³ José Castañeda Colunga, Adriana Guadalupe González Rodríguez. Propuesta para medir la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud en el primer nivel de atención. Servicios de Salud de Nuevo León.

¹⁴ María Cristina Ferrari. Calidad y calidez: la fórmula de éxito en las Organizaciones de Salud. Trabajo presentado en el XV Congreso de Latinoamericano de Estrategia celebrado en Montevideo del 23 al 25 de Mayo de 2002.

¹⁵ Revista de Calidad Asistencial, XIX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, II Congreso de Murcia de Calidad Asistencial, octubre de 2001, Vol.16, número 7.

¹⁶ OPS. Informe del Director. 1990.

¹⁷ Paganini JM. La calidad y la Eficiencia Hospitalaria. Boletín OPS. /Serie SILOS 30. 1993.

¹⁸ Bennis, Warren, Learning to lead, A workbook on becoming a leader, 1994. / Ferrari, Cristina, Capítulo "Liderazgo Transformador" publicado en el tomo III de Auditoria Médica de la Fundación Universitaria Dr. Rene Favaloro.

¹⁹ Gratton, Lynda, Estrategias de Capital Humano, Pearson Education, Madrid, 2001.

²⁰ McKee M. Measuring the efficiency of health systems. BMJ 2001; 323:295-6.

²¹ <http://www.definicionabc.com/general/percepcion.php>.

²² (del al. Gestalt, "forma") Escuela psic, fundada por M.Wertheimer en 1912, que propone que el todo es más que la suma de las partes. Aplicada a un principio a la percepción.

-
- ²³ Donabedian A. Una exploración conceptual. En: La calidad de la atención médica. La prensa Médica Mexicana Méjico DF: 1982 p. 1-39.
- ²⁴ Donabedian A. Approaches to assessment: What to assess in evaluating the quality of medical care? Milbank Mem Fund Quart 1986; 44:167-70.
- ²⁵ Delgado A., López LA., Luna del Castillo JD.: Influence of the organizational model on user satisfaction. Aten Primaria, 16(6): 314-8, 320-1, 1995.
- ²⁶ Grogan S., Conner M., Willits D., Norman P.: Development of a questionnaire to measure patient's satisfaction with general practitioners' services. Br J Gen Pract, 45(399): 525-9, 1995.
- ²⁷ José C. Colunga, Adriana G González. Propuesta para medir la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud en el primer nivel de atención. Servicios de Salud de Nuevo León.
- ²⁸ Víctor Quijano. Cómo medir la satisfacción del cliente y obtener información para aumentarla. Disponible en: página Web Webnova en la dirección: <http://www.webnova.com.ar/articulo.php?recurso=171>
- ²⁹ Waxman H. An inexpensive hospital-based program for outcome evaluation. Hosp Comm. Psych.1994; 45 (2): 160-62.
- ³⁰ Larsen DL, Attkisson CC, Hargreaves WA, Nguyen TD. Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. Eval Prog Planning 1979; 2: 197-202.
- ³¹ Derogatis LR, Melisaratos N. The brief symptom inventory: an introductory report. Psycho Med 1993; 13: 595-605.
- ³² Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Med Care 1992; 30: 473-483.
- ³³ Nicaragua. Ministerio de salud. Modelo de salud familiar y comunitario. Manual de Organización y funcionamiento del sector. Managua marzo del 2007.
- ³⁴ Ministerio de salud. Sectorización y dispensarización. Informe. Puesto de salud Primero de Mayo. Enero 2009.
- ³⁵ Ministerio de Salud. Diagnóstico y plan comunitario del barrio El Coyolar. SILAIS, León. julio 2009.



ANEXOS

Percepción de la población sobre la calidad de la atención en salud, brindada por el MOSAFC en el Centro de Salud “Primero de mayo”. LEÓN. 2010.

Introducción:

Buenos días, deseo invitarle a responder el presente cuestionario. Sus respuestas, confidenciales y anónimas, tienen por objeto recoger su importante opinión sobre la calidad y el contenido de los servicios de salud proporcionados por la implementación del nuevo modelo de atención de salud, MOSAFC.

Agradezco su tiempo y colaboración.

Fecha

I.- Datos generales:

Edad: /___/___/	Sexo: Masculino Femenino	Escolaridad Analfabeta Alfabetizado	Religión: Católico Protestante
--------------------	--------------------------------	---	--------------------------------------

II.- Expectativas:

De la ultima vez que acudió a consulta médica responda:

¿Por Qué acude a consulta? ¿Qué tenía? ¿Qué quería?

¿Qué esperaba del puesto y del personal de salud?

¿Recibió lo que esperaba de la atención? Explique.

¿Qué procedimientos le realizaron los siguientes recursos?
(profundice lo más que pueda:

El médico	Las enfermeras	Otro personal
<input type="checkbox"/> Programa: <input type="checkbox"/> Morbilidad	<input type="checkbox"/> Programa: <input type="checkbox"/> Morbilidad	<input type="checkbox"/> Programa: <input type="checkbox"/> Morbilidad <input type="checkbox"/> Otro:

III, Satisfacción							
En cuanto a la dimensión técnica relacionada con la estructura:							
<i>Valore según crea conveniente en:</i>							
1 = Pésimo; 2 = Muy mal; 3 = Mal; 4 = Regular; 5 = Bien; 6 = Muy Bien; 7 = Excelente							
Aseveraciones	1	2	3	4	5	6	7
1) Cómo valora la distancia que tiene que recorrer entre su casa y el Centro de Salud							
2) Cómo valora la limpieza que observa en el Centro de Salud							
3) Cómo valora la iluminación que hay en los ambientes de atención en el Centro de Salud							
4) Cómo valora la ventilación que existe en los ambientes de atención del Centro de Salud.							
5) Cómo valora la comodidad de las Sillas en sala de espera							
6) Cómo valora el tiempo que esperó para que le brindaran atención							
En cuanto a la dimensión técnica relacionada con el proceso							
7) Cómo valorar la información que le dio el médico sobre su estado de salud							
8) Cómo valora la explicación que le dio el médico sobre los cuidados que debe seguir en su casa.							
9) Cómo valora la información del médico sobre cada uno de los procedimientos a realizarle.							
10)Cómo valora la información que le dio el doctor sobre su próxima cita							
11)Cómo valora la examinación que hizo el médico							
12)Qué tanto valora la información que le dieron sobre la receta que le extendieron							
13)Cómo valora la entrega de medicamentos según las recetas que extendió el médico en el centro de salud							

En cuanto a la dimensión técnica relacionada con el resultado:							
14)Cómo valora el gasto que hizo por los servicios recibidos							
15)Cómo valora la capacidad profesional del doctor que le atendió							
16)Cómo valorar de forma general la calidad del servicio recibido							
17)Volvería a consultar en este mismo programa en este centro.						Si	No
18)Recomendaría a otra persona que venga a atenderse en este programa en este mismo centro de salud						Si	No
19)Siente que le brindaron la atención que se merece						Si	No
Dimensión Inter personal, en los componentes de estructura							
20)Cómo valora la atención que le brinda el personal del Centro al momento de llegar a solicitar una consulta.							
21)Cómo valora los cuidados que le presta el personal antes de pasar a consulta con el doctor							
22)Cómo valorar la información que le brinda el personal para que reciba la consulta que busca							
23)Cómo valora la información que le brinda el personal sobre los servicios que brinda el puesto de salud							
24)Cómo valora el programa de educación que brinda el personal en el puesto de salud							
25)Cómo valora el sistema de citas para cuidar su salud							
26)Cómo valora las charlas que le brinda el personal de salud mientras espera su consulta o medicamentos							

Dimensión Inter personal, en los componentes de proceso							
27)Cómo valora el tiempo que le brindó el Doctor para que usted hablara de su estado de salud							
28)Cómo valora la entrevista que hizo el médico sobre su estado de salud							
29)Cómo valora el interés que le mostró el médico por su estado de salud.							
30)Cómo valora la forma y gestos que hace el médico cuando habla con usted							
31)Cómo valora la preocupación que mostró el médico por usted como paciente y como ser humano.							
32)Por lo general el Doctor (a) que le atiende la llama por su nombre							
33)Cómo valora la forma como el médico le saluda a usted cuando llega usted							
34)Cómo valora la forma como el médico le saluda a usted cuando se despide de usted							
Dimensión Inter personal, en los componentes de resultado							
35)Cómo valora la regularidad de la consulta en el puesto de Salud.							