

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNAN – LEON**



**TESIS PARA OPTAR AL TITULO:
MEDICO Y CIRUJANO**

**PERCEPCION SOBRE LA CALIDAD DE TRABAJO Y ATENCION EN
LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD LUIS FELIPE MONCADA
OLIVERA DEL MUNICIPIO DE SANTA MARIA, NUEVA SEGOVIA.
PRIMER SEMESTRE 2006.**

AUTOR:

BR. BYRON JOSE MENDEZ ZARATE

TUTOR:

DR. JUAN ALMENDAREZ PERALTA¹

LEON, NICARAGUA. OCTUBRE 2006.

**1. DR. MEDICO Y CIRUJANO, MAESTRIA EN SALUD PUBLICA.
PROFESOR TITULAR DEL DPTO. SALUD PUBLICA UNAN – LEON**

DEDICATORIA

A Dios quien me dio la vida y la familia maravillosa que todos anhelamos, que me ha ayudado a vencer los obstáculos durante mi trayectoria de de estudiante, porque da la sabiduría y de su boca viene el conocimiento y la inteligencia. Proverbios 2:6.

Mi padre quien con su amor incondicional, sabiduría y respeto me ha sabido guiar por el camino hacia mi formación. Brindándome su apoya día a día, con el mismo entusiasmo de ayer.

Mi familia trabajador que me ha brindado su amor, calor y abrigo durante el proceso de mi vida, en especial a mi abuelita **Doña María Félix Quintana Guido**, quien sembró en mí los valores que me han ayudando a crecer como persona.

Mis amigos: Dr. Peral José López quien con su amistad me ha ayudado a enfrentar las barreras en el transcurso de mi formación, que con sus conocimientos y profesionalismo colaboró en la culminación de este estudio y al **Dr. Mario José Mendiola Murguía** quien con su amistad incondicional me ha brindado su apoyo.

ÍNDICE

Introducción.....	3
Antecedentes.....	5
Justificación.....	8
Planteamiento del problema.....	9
Objetivos.....	10
Marco de referencia:	
Satisfacción.....	11
Sistema de Salud en Nicaragua.....	12
Calidad de Atención en Salud.....	14
Factores Asociados a la Organización de los servicios de Atención.....	17
Satisfacción del Staff sobre el impacto de La transformación de la atención.....	19
Metodología del SOCPE.....	22
Enfoque del SOCPE, mejoramiento de calidad.....	27
Componente del SOCPE.....	28
Calidad.....	30
Niveles de Atención en el Sistema de Salud Nicaragua.....	34
Satisfacción de los Usuarios.....	38
Causas de insatisfacción.....	40
Diseño Metodológico.....	42
Resultados.....	45
Discusión.....	47
Conclusiones.....	50
Recomendaciones.....	51
Bibliografía.....	52
Anexos	

I. INTRODUCCIÓN

La meta de Salud para todos en el 2000, enfrentó numerosos obstáculos desde su formulación. El acceso a los servicios de salud fue y sigue siendo deficiente a muchas comunidades postergadas. Los costos crecientes de los servicios han sido, siempre, una amenaza constante para las iniciativas destinadas a mejorar el estado de salud de la población. Los progresos observados en el desarrollo de tecnologías médicas fueron implementados con inequidad. La atención que se brinda en los centros asistenciales y específicamente en la zona rural son limitados afectando su calidad por presentar escasez principalmente en recursos materiales, humanos y equipamiento, limitando la credibilidad de los sistemas y determinando una deficiente situación de salud.¹

Actualmente, la región atraviesa una etapa singular de su historia, que se caracteriza por la consolidación de los ajustes macro económicos, introducidos para paliar la crisis de los años ochenta. La liberación de las economías y el afán de alcanzar mayor eficiencia y transparencia en las tareas del Estado, coinciden con la integración regional nada ajenas al sector salud. La Reforma al sector de salud está constituida por la equidad en la accesibilidad y la cobertura de los servicios (aunque en algunos países este paradigma no ha superado el plano de las declaraciones). Las Reformas se basan en un mejor nivel de salud, ampliar cobertura, atención de mayor calidad que la actual y una mayor eficiencia en la prestación de los servicios.²

La calidad, ha sido una preocupación de diversos sectores tanto nacionales como internacionales y entre ellos merece especial atención los términos de cobertura, accesibilidad, equidad, eficiencia, efectividad, satisfacción.³

En Nicaragua se han iniciado la realización de evaluaciones que permitan ajustar el sistema a las necesidades de la población y capacidades del sector salud.

En el municipio de Santa María, departamento de Nueva Segovia se han observado dificultades en el cumplimiento de los objetivos de los programas identificándose como

causas fundamentales: desabastecimiento de materiales, equipos, recursos humanos, etc. Sin embargo se piensa también que no se han realizado ajustes a los modelos de prestación de servicios para conciliar la oferta con la demanda.

Con el presente estudio, se pretende conocer la percepción del usuario externo e interno por eso se pretende conocer cuál es la satisfacción que tienen con relación a la calidad de atención que brinda el personal de salud de las unidades de salud y de esta manera proporcionar nuevos elementos que contribuyan a mejorar cada vez más la calidad en este Municipio.

II. ANTECEDENTES

El sistema de Salud en Nicaragua durante los años ochenta, buscó la mejor forma de que sus servicios de salud, fueran coherentes con la demanda de los usuarios. Se han establecido estrategias, desde la década de los sesenta, para que la demanda insatisfecha de los usuarios, no sea una brecha en relación con los servicios que se ofertan.⁴

La Agencia Internacional para el Desarrollo (AID) ha venido implementando y perfeccionando técnicas y formas adecuadas que aúnen esfuerzos, para mejorar la calidad de los servicios a los usuarios. A nivel Internacional, se han realizado algunos estudios sobre calidad de atención a usuarios e instrumentos para analizar el flujo de atención:

En las políticas del Ministerio de Salud de Nicaragua está contemplada la Modernización del Sector Salud a través de diversos procesos dirigida a todos los niveles, entre los que se encuentra: El Nivel Central del Ministerio de Salud, los Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud (SILAIS), Hospitales, Centros, puestos de Salud, desde el campo de la gerencia, equipamiento, infraestructura, como de fortalecimiento en la capacitación al personal de salud con objetivos dirigidos a mejorar la atención.⁴

En 1996, las organizaciones conocidas como: Management Sciences for Health (MSH), Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Ministerio de Salud (MINSA), realizaron un estudio de Demanda de Servicio de Salud en Nicaragua en seis Regiones del país incluyendo la Región del Atlántico, reflejando que la demanda de los Servicios de Salud está dada por el nivel socioeconómico y las necesidades básicas de los Usuarios. Este estudio obtuvo que la tasa de satisfacción sobre la atención de su problema salud fue de 20.7 % a nivel nacional, siendo mayor en el área rural. En cuanto a la búsqueda efectiva de atención, la situación cambia dramáticamente, la proporción de personas que busca atención para su problema de salud es en general más baja en

el estrato rural que en el urbano, resultados similares ofrecen la encuesta nacional de hogares sobre el nivel de vida en Nicaragua en 1993. ⁵

En Diciembre de 1,998 se realizó otro estudio en el Centro de Salud de Boaco, sobre el “Análisis del uso de la organización de los servicios”. Este estudio evaluó los tiempos de contacto, de espera y el flujo de atención de los usuarios; encontrando que uno de los problemas organizacionales es la inaccesibilidad de la información al usuario, ya que no se encuentra disponible para ellos. Otro de los problemas encontrados es la continuidad de los pacientes, ya que un 31% del personal en los servicios desconocen las normas. ⁶

En el año 1999 se realizó en el SILAIS de Granada, un estudio investigativo donde evaluaron la satisfacción del usuario interno y externo en el Primer Nivel de Atención, dando como resultado tres elementos importantes tales como:

- ✓ Buen trato
- ✓ Explicaciones recibidas por el médico
- ✓ Disponibilidad de medicamentos

En el estudio realizado por ex-alumnas de la Escuela Politécnica de Nicaragua, acerca de la opinión de los Usuarios sobre la Atención en los Servicios del Ministerio de salud en Nicaragua en el año 1,999; los resultados demuestran que los elementos que más incidieron en la insatisfacción de los usuarios fueron:

- ✓ Escasez de medicinas
- ✓ Inaccesibilidad geográfica
- ✓ Tiempo de espera prolongado

Las Políticas de Salud 2005 - 2015, en una de ellas se refieren a la modernización del sector salud y establece en su misión y visión el brindar a la población los servicios que satisfagan las necesidades de la familia, la comunidad, con calidad, eficiencia y tecnología apropiada. ⁴

Se realizó un sondeo de opinión por el Dr. ZIL Rojas del Instituto Centroamericano de la Salud como parte del proyecto “Voter Awareness Initiative Of. Health and Education Priorities” financiado por USAID y coordinado por la asociación civil “Hagamos democracia”, el estudio se denominó “Opinión de los usuarios sobre los servicios de salud” Julio del 2,001. Se obtuvo los siguientes resultados: los Centros de salud de Managua recibieron más quejas por el excesivo tiempo de espera, dado que más del 50% de los usuarios entrevistados expresan mucho tiempo para ser atendidos, el 20% esperó menos de una hora, el resto más de una hora, aduciendo el exceso de la demanda y la falta de organización de los servicios, al igual sucedió en los puestos de salud, donde el 96% de los usuarios externos opinaron que tienen que esperar más de una hora para ser atendidos.⁷

En Noviembre del año 2002 se realizó un estudio sobre percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud: perspectiva de los usuarios del Municipio de Matagalpa, donde se obtuvo los siguientes datos: los usuarios refieren haber recibido maltrato por auxiliares de enfermería, en segundo lugar por el médico y por admisión y farmacia, los entrevistados con menor explicación recibida por el trabajador de la salud fue el que calificó como maltrato, otros de los motivos de insatisfacción es el tiempo de espera prolongado y la corta duración de las consultas.⁸

III. JUSTIFICACION

El Ministerio de Salud de Nicaragua a través del programa de Modernización del Sector Salud ha venido fortaleciendo diferentes áreas de las unidades de salud, mejorando la calidad de atención tanto en insumos, como en equipos, para su labor, este centro ofrece consulta general, emergencia, atención a los programas, entre otros. Sin embargo, no se ha realizado ningún estudio para conocer la percepción de la calidad de atención brindada en el centro de Salud “Luís Felipe Moncada Olivera”, en el municipio de Santa María, Nueva Segovia.

Los resultados obtenidos servirán como insumos que permitan a las autoridades de salud del departamento como del municipio de Santa María generar un análisis de la situación y tomar decisiones en la búsqueda de hacer los servicios de salud más eficientes, más humanizados y personalizados.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la calidad de los servicios que brinda el centro de salud “Luis Felipe Moncada Olivera” del municipio Santa María, Nueva Segovia desde la perspectiva de los involucrados en el proceso de atención?

V. OBJETIVOS

Objetivo General:

Valorar la calidad de los servicios que brinda el centro de salud “Luis Felipe Moncada Olivera” del municipio Santa María, Nueva Segovia desde la perspectiva de los involucrados en el proceso de atención.

Objetivos Específicos

- 1) Establecer la percepción que tienen los usuarios del centro de salud “Luis Felipe Moncada Olivera” sobre el personal y las condiciones de atención.
- 2) Valorar la percepción que tiene el personal de salud sobre su desempeño en la prestación de los servicios de salud y de su ambiente laboral.

VI. MARCO DE REFERENCIA

VI. 1. Satisfacción:⁹

Significa la medida en que las prestaciones y servicios sanitarios son aceptados por los propios usuarios y por la población en general.

Satisfacción del Usuario: la definición es muy sencilla, el usuario está satisfecho si sus necesidades reales o percibidas, son cubiertas o excedidas, entonces ¿cómo puede usted saber lo que el cliente necesita, quiere y espera? Se pueden clasificar de dos formas: 1) **Usuario interno**, se considera así al proveedor de salud, por ejemplo, médicos, enfermeras, etc.; 2) **Usuario externo**, se llama así todos aquellos demandantes de atención en salud, que dentro del nuevo concepto de prestación de servicios pasan a ser llamado clientes.

Calidad: definir la calidad es un poco más difícil que definir la satisfacción del usuario, la calidad está basada en la percepción de los usuarios, por lo tanto definimos la calidad como cualquier opinión que el usuario percibe como la calidad. Puede aparecer muy simplista esta definición; pero esto nos permite medir con mayor precisión la calidad y los niveles de satisfacción de los usuarios de su institución u organización.

La percepción es un proceso por el cual los individuos organizan e interpretan sus impresiones sensoriales con el fin de darle significado al ambiente. La investigación sobre la percepción demuestra en forma consistente que unos individuos pueden mirar al mismo objeto y percibirlo de manera diferente. Una administradora, por ejemplo, puede interpretar el hecho, de que su asistente tome varios días para tomar decisiones importantes, como evidencia de que su asistente es lento, desorganizado y temeroso de tomar decisiones. Otro administrador con el mismo asistente, puede interpretar la misma acción como que su asistente es reflexivo, cuidadoso y ponderativo. La primera administradora va a evaluar con probabilidad negativamente a su asistente, mientras que el segundo administrador valora positivamente al mismo comportamiento.

El hecho es que nadie ve la realidad. Lo que hacemos es interpretar lo que vemos y llamarlo realidad y, desde luego como lo muestra el ejemplo anterior, actuamos basados en nuestras percepciones.

6. 2 El Sistema de Salud de Nicaragua y la Reforma del sector:

Hace 7 años entre Noviembre de 1,991 y febrero de 1,992 técnicos del Banco Interamericano del Desarrollo (BID), Banco Mundial (BM) y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) visitaron Nicaragua, para colaborar en la elaboración de un programa de apoyo al sector salud. En ese momento se les solicitó asistencia técnica y financiera para desarrollar y reorganizar la salud, la cual fue otorgada en la lógica de fortalecer al MINSA en la definición de estrategias que permitan laborar con eficiencia.¹⁰

El Ministerio de Salud inicia un proceso de Reforma al sector que requiere de elementos indispensables generadores de cambios como, la democratización y la descentralización, la cual consiste en la transferencia planificada, ordenada y dirigida de la autoridad política, administrativa, técnica y financiera desde el nivel central hacia el SILAIS. Para esto, se definen las Políticas Nacionales de Salud, que fueron aprobadas en Octubre de 1,993 por el Consejo Nacional de Salud; siendo la primera; el fortalecimiento de la calidad de atención.¹¹

Actualmente Nicaragua presenta una tasa de fecundidad de las más altas del mundo de 3.9 hijos por mujer, presenta algunos indicadores de salud con tendencia a la mejoría como son: Mortalidad General por 1,000 habitantes y Mortalidad Infantil por 1,000 nacidos vivos. Sin embargo a pesar de su tendencia, estos indicadores continúan siendo muy altos si se les compara con los de países vecinos de Centroamérica.¹¹

Las enfermedades inmunoprevenibles muestran un comportamiento en franca mejoría presentando algunas de ellas muy pocos casos de defunciones. El país ha conseguido

la erradicación de la polio. En los últimos cinco años no se ha tenido ningún caso de difteria. La mortalidad por tos ferina ha disminuido y solamente se registran dos casos de tétano neonatal en los últimos tres años.¹¹

Pero el reto de Nicaragua no es simplemente mantener esta tendencia sino enfrentar además una serie de enfermedades emergentes entre las que se destacan: el VIH-SIDA, las Enfermedades crónicas – degenerativas, leptospirosis, etc. y algunas infecciosas que también mantienen altas tasas de incidencia y prevalencia como el cólera, diarrea, infecciones respiratorias agudas, entre otras.

La persistencia de enfermedades como las mencionadas anteriormente señalan la necesidad de fortalecer programas y servicios de salud, ampliar su cobertura y mejorar su eficacia.¹¹

Existe la presencia de una serie de problemas, que son el producto de nuestra situación socioeconómica característica de países subdesarrollados y de la situación de posguerra que vivimos; como son:

- Desabastecimiento de insumos médicos y no médicos.
- Infraestructura deficiente
- Falta de mantenimiento preventivo y correctivo.
- Crecimiento inorgánico de las unidades.
- Baja productividad.
- Falta de normativas técnico administrativa.

Ante esta situación y enmarcados en el proceso de Reforma surge la Modernización del Sector Salud, donde el MINSA impulsa cambios fundamentales de una lógica de salud pública y descentralización hacia los SILAIS; en la búsqueda de la equidad, eficiencia y eficacia.⁴

El Gobierno de Nicaragua ha emprendido el proceso de Modernización del sector salud en el marco de la Política Nacional, que surge con el propósito de adaptar los servicios de salud a las nuevas circunstancias sociales, contener los problemas epidemiológicos y disminuir las presiones operacionales en la estructura institucional.¹¹

Principales ejes de la Modernización se enfocan en las siguientes estrategias:¹¹

1. Democratización de la gestión.
2. Acciones integrales en salud.
3. Prestaciones de servicios diferenciados.

Los problemas a enfrentar son:¹¹

1. La contención de los costos de operación.
2. Dar respuesta al perfil epidemiológico.
3. Ejercer liderazgo en el sector.
4. Convertir al usuario en el eje de la atención para lo cual las unidades de salud deben cambiar sus formas de organización y gestión.
5. Organizar el sistema de salud, de tal manera que obtenga mejores resultados con el uso eficiente y equitativo del financiamiento.

La atención se debe centrar en los dos últimos problemas, ya que demandan cambios que se pueden efectuar a lo inmediato y que tendría gran impacto en la prestación de los servicios.

6.3 Calidad de Atención en Salud¹²

Se considera que los sistemas sanitarios de muchos países, independientemente de sus ingresos económicos enfrentan una situación donde los recursos escasean y las demandas de asistencia sanitarias son cada vez mayores ya que existe una crisis donde el componente financiero es apenas una parte del problema, adquiriendo la eficiencia un lugar predominante para resolver el problema, sobre todo en aquellos

países de escasos recursos. Con solo mejorar la eficiencia, se podría reducir el gasto mientras se mantiene el nivel de servicio.

El uso eficiente de los recursos permite mejorar la capacidad de respuesta ante los problemas e introducir cambios con una nueva lógica que hace posible aplicar nuevas tendencias organizativas para alcanzar la eficiencia, eficacia, equidad y una nueva cultura organizacional orientada hacia la calidad, satisfacción de los trabajadores y el servicio al cliente.

De tal manera que dentro de los principios y políticas de la Modernización se han incluido la eficiencia y la calidad, entendiendo la primera desde dos ópticas:⁷

- La eficiencia de asignación (proporción de recurso a cada problema de alta trascendencia y vulnerabilidad).
- Eficiencia técnica (grado en que aprovecha los recursos para producir el máximo rendimiento con el mínimo desperdicio).

La calidad la constituye el conjunto de características objetivas y subjetivas percibidas por los usuarios de los servicios de salud en un determinado segmento del mercado, capaz de satisfacer sus necesidades de cuidados y de crear lealtad con la institución prestadora del servicio obtenida a partir de las capacidades disponibles de respuesta institucional.⁷

El Ministerio de Salud se ha esforzado por la búsqueda de la calidad, desde la formulación de la primera Política de Salud de 1,993 hasta el momento actual, se han dado algunos pasos tendiendo a conseguir ese propósito como lo son la definición de estándares de calidad.

Para alcanzar niveles de calidad del producto que se oferta, se requiere mantener liderazgo en la búsqueda de la calidad misma y se denomina liderazgo de calidad. La expresión que comúnmente utilizan las compañías Japonesas es: “La calidad total empieza con la educación y termina con educación”. Cualquiera puede hablar acerca de los pasos específicos de un proceso y todo el mundo entender donde coinciden los pasos en el panorama total. Unidos por un entendimiento común los trabajadores pueden definir donde empieza y termina un proyecto y descubrir que, es lo que necesita ocurrir entre esos dos puntos para crear el producto o servicio que ellos desean. Sean capaces de concentrarse en los errores y en problemas para determinar que datos le ayudarán a mejorar la efectividad de las diferentes actividades.¹³

La gente que ve el trabajo como proceso entiende como es la calidad al finalizar la atención, determinado en gran parte, por la calidad de lo que entra. Cuando los empleados empiezan a observar los procesos, desarrollan a menudo por primera vez un lenguaje unificado y un entendimiento de lo que son sus trabajos, se le puede llamar procesos y a un grupo de procesos se le considera como un sistema.¹⁴

En la práctica es a veces difícil decidir quien es un consumidor o un proveedor y quien no lo es. Cuando la gente tiene dificultades definiendo a los consumidores, es porque usualmente, no han definido correctamente el proceso que están estudiando. Sólo cuando se logra entender que es un proceso y que son los consumidores, se está entonces en capacidades de apreciar lo que significa calidad. Si los consumidores son las personas que reciben el efecto del trabajo, sólo ellos pueden determinar que es calidad, sólo ellos pueden decir que es lo que quieren y como lo quieren. Es por eso que la consigna popular del movimiento de calidad es: *la calidad comienza con el consumidor.*

Una sola persona que utilice las prácticas de mejoramiento de la calidad puede efectuar un gran cambio en una organización; pero una vez que ya la persona adquirió todo el conocimiento. Por lo tanto, los mayores logros en la calidad y productividad, provienen casi siempre de equipos: un grupo de gente que combina sus habilidades, talentos y

conocimientos. Con capacitación adecuada, los equipos pueden usualmente lidiar con problemas económicos complejos y encontrar soluciones permanentes y efectivas.¹⁴

6. 4 Factores asociados a la organización de los servicios de atención:¹⁵

Se entiende por estudio del trabajo, genéricamente hablando, a ciertas técnicas y en particular el estudio de métodos y la medición del trabajo humano que llevan a investigar todos los factores que influyen en la eficiencia y economía de la situación estudiada con el fin efectuar mejoras. El estudio del trabajo se emplea por tanto en función de la productividad (obtener una producción mayor a partir de una cantidad de recursos sin invertir más capital) y al ser una técnica de dirección, es un proceso sistemático y por lo tanto una herramienta de investigación y perfeccionamiento. De ahí su gran utilidad, pues aplicando procedimientos sistemáticos, hombres de capacidad media pueden lograr resultados equiparables e incluso superiores a los obtenidos en otras épocas por hombres geniales. El tiempo utilizado en la producción de bienes y servicios es la sumatoria del tiempo utilizado en el contenido del trabajo total y el tiempo improductivo.

El primero se puede desglosar como sigue:

- Contenido básico del trabajo del producto final o de la operación (tiempo mínimo irreducible que se necesita teóricamente para obtener una unidad de producción).
- Contenido de trabajo suplementario debido a deficiencia en el diseño del trabajo a realizar o en las especificaciones del producto (mal diseño del producto final, falta de normas, normas erróneas).
- Contenido de trabajo suplementario debido a métodos ineficaces de producción o de funcionamiento (equipo inadecuado, proceso mal efectuado, herramientas inadecuadas, mala disposición, malos métodos de trabajo).

En cuanto al tiempo improductivo total se puede definir lo siguiente:

- Tiempo improductivo debido a deficiencias de la dirección (variedad excesiva de productos, falta de normas, cambio del diseño, mala planificación del trabajo, escasez de materia prima, instalaciones deficientes, accidentes).
- Tiempo improductivo, imputable al trabajador (ausencia, retraso, ociosidad, chapucería, accidentes).

A simple vista puede observarse como algunos de estos tiempos son susceptibles de ser mejorados en función de la calidad del proceso. Ahora bien, cuando se analizan los diferentes ítems expresados anteriormente puede surgir una gran gama de intervenciones al alcance del sistema y de bajo costo.

El tiempo de espera y contacto en que incurren los usuarios según servicios ofertados, determina el grado de retraso en la atención que existe en las unidades de salud.

El estudio de tiempo es una técnica de medición del trabajo empleada para registrar los tiempos y ritmos de trabajos, correspondientes a los elementos de una tarea definida y efectuado en condiciones determinadas.¹

Independientemente de la calidad técnica y humana del prestador de servicios un tiempo prolongado se traduce en inconformidad del usuario con una pérdida consecuente de la calidad del proceso ya que el paciente tiene derecho a una asistencia rápida o en un período de tiempo razonable.

6. 5 Satisfacción del staff sobre el impacto de la transformación de la atención:¹

Un estudio realizado en el SILAIS Managua, se encontró que más de 605 (70%) de los participantes opinaron que el acceso de los pacientes a la atención de salud, había disminuido como consecuencia de los cambios actuales. Un porcentaje similar percibió además una disminución de la calidad de atención recibida. Un número menor manifestó una disminución de la calidad de la atención realizada en su servicio en el año (44%). Los profesionales que manifestaban que la calidad de la atención había empeorado en el último año, puntuaban sustancialmente más bajo todas las dimensiones de clima organizativo. Los determinantes más importantes de la calidad de la atención percibida por el staff fueron el acceso a información pertinente directo a los cambios en su trabajo diario y al nivel de la organización, la gestión participativa, la gestión clínica y el compromiso con su trabajo. La satisfacción con su trabajo estaba más fuertemente asociada al clima organizativo que a la calidad percibida por su trabajo.

La identificación de problemas organizativos y de recursos por servicios prestados a los usuarios, que acuden a los servicios de salud, mide las limitaciones encontradas en el mismo y que están ligadas a la satisfacción, calidad y calidez de la atención.

Es importante revisar los procesos de trabajo que resulten críticos para los pacientes y organizar los servicios, para favorecer la rápida resolución de los problemas. Esto forma parte de las Políticas impulsadas por el MINSA y dentro de las áreas de intervención del programa de Modernización se incluye la priorización de investigaciones para resolver problemas de salud o de gestión.¹¹

Existen áreas que se consideran críticas en el funcionamiento interno de una organización, las cuales son:

- Toma de decisiones (inconsistencia del proceso decisorio, deficiencia de mecanismo de planificación).

- Información Gerencial (disponibilidad insuficiente de información, utilización de la misma de manera inadecuada).
- Producción de servicios (deficiencia de normas, desconocimiento de las mismas).
- Comunicación operativa (sobre carga burocrática, comunicación insuficiente).
- Relación de coordinación (relaciones interinstitucionales deficientes al igual que ínter departamentales).¹⁶

Las otras áreas críticas tienen que ver con la estructura (ubicación, contenido funcional, departamentalización) y con los recursos financieros y de otro tipo, que también están interfiriendo con la adecuada prestación de los servicios, los cuales están siempre sumamente reducidos y son muy poco susceptibles de mejoramiento por la situación económica actual que no permite mejorar las asignaciones presupuestarias.

Entonces, si se pretende elevar la calidad de atención, se hace meritorio primero, tratar de mejorar los métodos de trabajos y crear condiciones de trabajo que permitan a los obreros ejecutar sus tareas sin fatiga innecesaria.

Las malas condiciones de trabajo figuran entre las causas citadas de tiempo improductivo por deficiencia de la dirección. Cuando existen malas condiciones de trabajo, no solo se pierde tiempo sino que se origina una producción excesiva de trabajo defectuoso con desperdicio de materiales y pérdida de la producción, por lo tanto son antieconómicas. Con frecuencia mejoras muy pequeñas de las condiciones de trabajo, pueden originar notables aumentos en la productividad.

Los usuarios dicen utilizar las unidades por las siguientes razones:

- Accesibilidad geográfica o económica.
- La atención que los usuarios buscan está presente.
- Consideran que el personal está bien calificado.

El grado de satisfacción real en atención curativa es del 80.7 % y para las consultas de prevención y control están entre 76.3 y 87.5 %.¹⁷

En las investigaciones de organización que se realizan en los servicios de salud, se hace necesario incluir la percepción del usuario ya que las unidades de atención primaria deben elevar su capacidad para resolver problemas, ofertando así un servicio más atractivo y eficiente que pueda reorientar el flujo de pacientes al uso de unidades de atención primaria y no al abuso que actualmente se hace de los hospitales, los cuales son tensionados y presentan un costo mayor al sistema que si lo hicieran en atención primaria. Por otra parte, si se tomara únicamente como solución cambios vistos de cara a la institución, estaríamos abordando una parte del problema. Se debe aspirar a mejoras impulsadas por el consumidor y que dicho ciudadano pueda tener una forma de poder participar.¹⁸

Un buen servicio debe contener:

- **Integridad:** identificar todas las necesidades clínicas del usuario y procurar resolverlas.
- **Oportunidad:** realizar las acciones a su debido tiempo.
- **Continuidad:** actividad en secuencia apropiada y sin interrupción desde el ingreso hasta el alta.
- **Contenidos técnicos:** conocimientos teóricos y prácticos destinados a resolver los problemas del usuario.
- **Calidad humana:** calidad con que se trata el usuario(a).

La organización científica del trabajo en suma, no es la panacea de todos los problemas de productividad, sino, solamente una de las técnicas de dirección con que se puede elevar la productividad de una empresa u organización o reducir los costos, contribuye a mejorar la utilización de los recursos de la empresa y al aplicar las técnicas de estudios del trabajo se descubren defectos de organización y funcionamiento.

Nunca se insistirá demasiado en la importancia de que existan buenas relaciones humanas y buenas condiciones de trabajo en una empresa, antes de intentar introducir el estudio del trabajo. Este, como otras cosas, puede imponerse en determinadas circunstancias pero, las técnicas de dirección que los obreros aceptan de mala gana y

sin entender su propósito, rara vez dan buenos resultados y están expuestas a fracasar completamente una vez que cambien las circunstancias.

6. 6 Metodología del SOCPE

Estudios realizados en diferentes países del Continente Americano como Estados Unidos, México, Cuba, entre otros, hacen referencia a la Evaluación de la Calidad de Atención y Satisfacción, de los usuarios en los diferentes niveles de atención en salud. Entre los métodos utilizados prevalecen las encuestas de salidas a usuarios al concluir su recorrido por el flujo de atención. Se han evaluado servicios de seguridad social hospitales públicos y unidades de atención primaria con este tipo de métodos.

En más de 20 países y 100 centros de prestaciones de servicios se ha implementado la experiencia del Manual Cliente Orientado Proveedor Eficiente (COPE), como proceso y herramienta para mejorar la calidad de los servicios y optimizar los recursos.

COPE (sigla en inglés), cuya traducción significa: Prestador Eficiente de Servicios Orientados al Cliente, es una técnica de baja tecnología propuesta, elaborada y aplicada por AVSC Internacional, la cual puede ser utilizada por las instituciones de salud para hacer que sus servicios sean más eficientes y acordes a las necesidades de los usuarios.

Es también importante mencionar que la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD), por medio del Proyecto Subregional de Desarrollo de la Capacidad de Gerencia de los Servicios de Salud, formuló un instrumento gerencial sobre Teoría y Técnicas de Desarrollo Organizacional dirigido a los servicios de salud, que permite identificar algunos problemas organizacionales. Es una metodología de análisis crítico, intencionado y participativo que se puede usar para una estructura y funcionamiento. Este instrumento sirve para rediseñar la organización a través de un modelo simple y universal que permite una evaluación técnica y sencilla debido a que

proporciona en un solo instrumento los aspectos normativos y evaluativos sin ningún tipo de complicación tecnológica, y tiene tres características principales:

Es un **análisis crítico**, donde la metodología está dirigida a detectar y ponderar los problemas organizacionales y a profundizar la toma de conciencia sobre ellos.

La característica de **intencionado** implica que la metodología se aplica en función de procesos orientados al desarrollo organizacional dentro de los planes de desarrollo institucional. La metodología pretende dirigir la atención hacia los problemas que motivan la decisión del cambio.

La tercera característica: Análisis **participativo** para crear la conciencia colectiva sobre las necesidades de cambio y formar una masa crítica de personal involucrado en el proceso de desarrollo organizacional que se genere.

Cuatro factores fundamentales conforman la metodología: a) selección de las áreas críticas; b) definición de indicadores, c) ponderación de gravedad; d) matriz de identificación y ponderación de problemas organizacionales.

El primer componente de la metodología es la preselección de la temática que intencionalmente se va a someter al diagnóstico organizacional.

El segundo componente de la metodología es la definición de indicadores de problemas, de los cuales se han sintetizado tres indicadores por cada área crítica y se considera que siendo de los más comunes en los diagnósticos de la estructura orgánica y su funcionamiento orientan el análisis hacia su solución. La definición de tres indicadores por área crítica, brinda una orientación uniforme acerca de los diferentes conceptos de problemas organizacionales para, asegurar cierto grado de rigor y calidad técnica en las opiniones evaluativas y al mismo tiempo restringe la excesiva proyección de criterios subjetivos.

El tercer componente de la metodología, es la ponderación de la gravedad. Se considera que los indicadores de problemas dentro de un área crítica no conllevan grados iguales de gravedad; se hace necesario por tanto ponderar o dar un valor relativo a cada indicador de problema para facilitar la interpretación del diagnóstico. Se califica con una cruz (+) el indicador de problema considerado como de menor gravedad, dos cruces (++) al intermedio y tres cruces (+++) como el de mayor gravedad. La ponderación de la gravedad puede ser el resultado de un consenso, para que al final todos los participantes le asignen similar prioridad al ataque de los problemas diagnosticados.

El cuarto componente de la metodología, es la matriz de análisis de identificación y ponderación de los problemas. El objetivo de esta matriz es consignar en un solo instrumento toda la síntesis diagnóstica y presentar la situación de la estructura o del funcionamiento de la organización, mediante la interpretación de algunos códigos con significados preestablecidos.

Con la matriz se puede presentar el diagnóstico a diferentes niveles de profundidad: a) para el total de la institución o área que se analice; b) para cada una de las reparticiones componente de áreas y c) para cada indicador de problema en cada área crítica.

En el proceso de discusión concensuada, se colocara en cada repartición sujeta a estudio un (1) **si** se presentan los síntomas que explican la variable bajo análisis, se colocará un (0) si se considera que la situación que explica la variable **no** se está haciendo presente en la repartición.

La matriz está compuesta por dos coordenadas: la horizontal que contiene los indicadores de problema por área crítica y la vertical para indicar las reparticiones que son objeto del análisis. La ponderación contiene valores del uno al tres según la gravedad reconocida. La columna de gravedad absorbe el total de la multiplicación de la columna de incidencia por los valores de ponderación.

En base a los resultados de la matriz, se consensa entre los participantes el plan de acción para hacerle frente a los problemas encontrados y con periodicidad mensual se le da seguimiento al avance de las acciones concordadas.

El proceso ha tenido sus logros, pero falta mucho por hacer (desarrollo de un sistema de aseguramiento y evaluación de la calidad).¹¹

También dentro de este proceso los SILAIS se constituyen en la unidad organizativa intermedia del Ministerio de Salud, para atender y enfrentar la problemática de salud de la población residente en un territorio definido.

Los programas públicos no poseen un regular automático que señale si las actividades que se están llevando a cabo pueden realizarse de forma más eficiente, en que momento han dejado de ser productivas o bajo que, circunstancias los recursos utilizados en ellas pueden ser desplazados a otras actividades del mismo tipo, para producir un efecto más significativo en la población. La evaluación hace posible captar este tipo de señales y ayuda a solucionar los problemas planteados en su ejecución.

La evaluación de procesos realiza un intento sistemático de medir la cobertura de un programa social, para establecer el grado con el cual está llegando a la población objetivo. Posibilita conocer los mecanismos por los cuales ha estado logrando éxitos o fracasos e identificar las estrategias alternativas que se puede adoptar. Como para aumentar la producción de bienes y servicios se necesita: aumentar el número de trabajadores ocupados, o elevar su productividad, será esta última característica la que deberá ocupar un lugar determinante, en las investigaciones ya que la situación del país no permite la primera.

Un aumento de producción no supone de por sí, un aumento de productividad; ya que si añaden nuevos recursos habría que analizar si ellos son los responsables directos de

manera proporcional al aumento de producción o si ésta, está influenciada por otros factores.

El Manual Servicio Orientado al Cliente por Proveedor Eficiente (SOCPE), fue adaptado del COPE y fue desarrollada para ayudar a los servicios de atención primaria a tomar conciencia de las necesidades de sus usuarios y utilizar sus recursos de manera más eficiente. La iniciativa puede ser adaptada a todos los servicios de Atención Primaria, SOCPE es un proceso que facilita una serie de herramientas prácticas, que pueden mejorar la calidad de los servicios y se ha demostrado que la aplicación del mismo da resultados positivos, su uso es sencillo, fácil de entender, provechoso, necesita poco tiempo y recursos.¹⁹

Tanto los pequeños como los grandes problemas pueden afectar la calidad de los servicios de una institución, por ejemplo:

- ◆ La organización de los horarios puede ser deficiente: hay poco personal disponible durante las horas de mayor actividad.
- ◆ En las instituciones que no tienen señalización para los servicios, es posible que las personas tímidas y poco dispuestas a preguntar por el mecanismo para recibir atención se vayan sin haber encontrado el servicio.
- ◆ Es posible que no haya un ambiente privado para los interesados que están discutiendo asuntos personales, tales como la consejería relacionada con la salud reproductiva.
- ◆ Las clínicas abren los servicios más tarde del horario establecido y/o eventualmente sin previo aviso, algunos días de la semana no ofertan el servicio.
- ◆ Los resultados de laboratorio tardaban mucho tiempo para ser entregados.
- ◆ Los folletos, los afiches y los demás materiales informativos quizás se guardan bajo llave en alacenas polvorientas, mientras los usuarios potenciales esperan durante horas sin tener nada para mirar ni leer.

El personal y los usuarios son los mejores expertos en evaluar la calidad de los servicios de su centro, pero con frecuencia tienen pocas oportunidades de expresar sus opiniones o definir lo que consideran servicios de calidad. Los proveedores de servicios, con ayuda de los usuarios, pueden identificar problemas y desarrollar planes, aumentando la posibilidad de lograr un proceso de mejoramiento continuo de los servicios.

6.7 Enfoque de SOCPE: Mejoramiento de la Calidad:¹⁹

SOCPE utiliza principios fundamentales del manejo de la calidad, centrado en satisfacer y exceder las expectativas y las necesidades del usuario, enfatiza la identificación de los problemas y cómo se hacen las cosas, es decir en el proceso en vez de asignar culpabilidades. Un elemento primordial del manejo de la calidad y un postulado fundamental del SOCPE, es que la calidad siempre se puede mejorar y que el mejoramiento de la calidad debe ser una actividad continua.

El aspecto más importante del SOCPE es su énfasis en auto evaluación, ofreciendo al personal una oportunidad para que sus miembros evalúen la calidad de los servicios que prestan. Además, les solicita que consideren la calidad del servicio desde la perspectiva de los usuarios que atienden. A través del SOCPE, los proveedores identifican los problemas de los servicios, recomiendan soluciones y deciden quienes serán los responsables de tomar medidas en determinado momento. El hecho de que el proceso, es realizado por el propio personal del servicio, les ayuda a comprometerse a corregir los problemas y hacer planes para mejoramientos futuros. SOCPE le confiere autoridad al personal: fortalece su confianza en su capacidad de abordar sus propios problemas y permite que estos se les faciliten cada vez más.

La identificación de problemas también permite a la administración de la institución justificar los cambios necesarios en las políticas o asignación de recursos a una unidad administrativa. La formación de equipos es otro producto del SOCPE. Como éste ofrece un foro de discusión, el personal tiene la oportunidad de compartir con otras personas

(incluidos sus supervisores (iones) y el personal de otros departamentos), con los cuales tienen pocas oportunidades de comunicarse durante las actividades diarias. Si un buen facilitador dirige el ejercicio, todos los niveles del personal pueden ser escuchados.

6. 8 Componentes de SOCPE:

El proceso de SOCPE consta de cuatro herramientas que conforma su estructura:

- * **Auto evaluación**, realizada principalmente mediante el uso de Formularios – Guía que permite identificar problemas en la organización de los servicios. Los formularios se han organizado de acuerdo a las necesidades del usuario y del proveedor de servicios requeridos para garantizar la calidad.
- * **Entrevista con los usuarios**, llevada a cabo por el personal con la ayuda de un formulario de encuesta de satisfacción de los usuarios.
- * **Análisis del Flujo de Usuarios (AFU)**, un método de tecnología mentor para hacer el seguimiento de los usuarios en cada servicio, desde el momento en que ingresan hasta que salen.
- * **Plan de Acción**, preparado por el personal utilizando las herramientas anteriores; describe los problemas identificados, las soluciones recomendadas y las personas responsables de realizar las acciones antes de una fecha específica.

Proceso de aplicación del SOCPE:

Reunión preliminar: Su propósito es dar a conocer el SOCPE al Equipo Directivo Local y responsables de oficina y programas de la unidad de salud, explicando el proceso de aplicación del SOCPE.

Asimismo, se realiza la selección de los recursos que llenarán los formularios de auto evaluación y se establece fecha y hora para su reunión con el resto del personal y el registro de los resultados.

Reunión con personal seleccionado: Los responsables de cronograma y oficina realizan una reunión con el personal a su cargo, para explicarles los objetivos del SOCPE y el llenado de los formatos de auto evaluación y del análisis de flujo.

Análisis de Flujo de Usuarios (AFU): Es un método para seguir la trayectoria de los usuarios del servicio, desde el momento que ingresan a la unidad de salud hasta cuando salen. Todo el personal que contacte a los usuarios con la hoja de registro de AFU el día de la aplicación, debe anotar la hora del contacto.

Entrevista satisfacción del usuario: Se realiza la entrevista de satisfacción a los usuarios simultáneamente con el análisis de flujo o en cualquier día determinado.

Autoevaluación: Se realiza principalmente mediante el uso de formularios – guías, los cuales se organizan de acuerdo a los derechos del usuario y a las necesidades del proveedor de servicios.

Reunión sobre el Plan de Acción: En esta sesión se realiza la elaboración del plan de acción de la unidad de salud, el cual se corresponde a los problemas encontrados en el registro y análisis de los resultados de la aplicación de los formatos de autoevaluación, AFU y Encuesta de Satisfacción al Usuario, deben participar, el personal involucrado en el proceso de aplicación, los directivos locales y los facilitadores del SILAIS.

Divulgación y Seguimiento: Incluye la comunicación a todos los prestadores de servicios de los resultados obtenidos y el plan de acción, debe contemplarse una reunión para este fin, hacer un cronograma de reuniones para revisar, detectar y solucionar las limitantes en el cumplimiento de las actividades prevista en el Plan de Acción. Se establece trimestralmente se haga la aplicación del SOCPE en las unidades de salud.

Las herramientas de SOCPE fueron diseñadas para que sean flexibles: los prestadores de cada unidad de salud deben adaptarlas para que satisficieron sus necesidades particulares. Se necesita poco equipo para realizar el SOCPE: para el primer ejercicio, lo más importante que se requiere es dos o tres días del tiempo de un facilitador que pueda visitar la institución, ayudar al personal a experimentar el proceso del SOCPE y de capacitar a un miembro del personal como facilitador de la institución, para que continúe realizando ejercicios del SOCPE a intervalos regulares. Con la excepción de la reunión preliminar y la reunión sobre el Plan de acción, el ejercicio se lleva a cabo mientras el personal desempeña su trabajo regular.

Al aplicar el SOCPE en el nivel local, los cuales analizados desde la óptica de organización científica del trabajo servirán para plantear soluciones a problemas inmediatos. Estas soluciones serán vistas en función de eficiencia de los pocos recursos existentes y serán dirigidas a satisfacer las necesidades de atención del usuario.

Estudios de esta naturaleza aportan las bases para acciones dirigidas al desarrollo de los recursos necesarios en mejora de la calidad que se oferta en las unidades de salud.

6. 9 Calidad: ²⁰

Es un proceso de mejora continua, gracias al mejor conocimiento y control de todo el sistema: diseño, procesos, ejecución, información, proveedores, de forma que el producto recibido por los consumidores esté en correctas condiciones de uso.

Calidad Total se resume en los siguientes principios:

- Hacer bien el trabajo todas las veces desde el comienzo y, por lo tanto, sin defectos.
- Reducir los costos inútiles.
- Prevenir.

- Dirigir y Gestionar óptimamente.
- Responder a las necesidades de los clientes externos e internos.

La Garantía de Calidad es asegurar que el producto reúna las cualidades prefijadas, de forma que el consumidor pueda adquirirlo con confianza y utilizarlo durante el tiempo previsto. Sus bases son:

- La calidad debe incorporarse en el diseño y en el proceso: no puede crearse con la inspección.
- El control de calidad basado en la inspección está anticuado.
- El concepto básico del control es prevenir los fallos.
- La eliminación de la causa del error, no de los síntomas.
- El control de calidad de una empresa alcanza su madurez cuando los consumidores compran los productos con confianza y satisfacción.

Factores que influyen en la satisfacción. ¿Cómo explicamos el hecho de que la gente puede percibir el mismo objeto en forma diferente? cierto número de factores opera para darle forma y, en algunas ocasiones, distorsionar la percepción. Estos factores pueden residir en el sujeto que percibe, en el objeto o blanco que es percibido o en el contexto de la situación en que se da la satisfacción.

Cuando un individuo mira a un blanco e intenta interpretar lo que ve, esa interpretación está considerablemente influida por características personales del sujeto perceptor. Estas características personales que afectan la percepción influyen actitudes, personalidad, motivos, intereses, experiencias anteriores e ilusiones.

Las características del blanco que está siendo observado pueden afectar también lo que es percibido. Gente ruidosa es más probable que se note en un grupo de los silenciosos. Así también, hay individuos extremadamente atractivos o repulsivos. Debido a que no se miran los blancos en aislamiento, la relación de un blanco con su fondo también influye en la percepción como lo hace nuestra tendencia a agrupar objetos cercanos o similares.⁹

El contexto en el que vemos objetos o sucesos también es importante. El tiempo en el que un objeto o suceso es visto puede influir en la atención, como lo puede el sitio, la luz, el calor o cualquier cantidad de factores situacionales.

Las personas en las organizaciones juzgan y evalúan a otras personas. Como ejemplos, los administradores conducen entrevistas y hacen estimaciones del desempeño, y los operativos valoran, si sus compañeros de trabajo están poniendo su máximo esfuerzo o no. Pero hacer juicio sobre otros es difícil. Para simplificar la tarea, los individuos toman atajos. Algunos de estos atajos son valiosos, porque nos permiten realizar percepciones precisas con rapidez y suministran información válida para hacer predicciones. Sin embargo también pueden producir distorsiones significativas.

Implicaciones para los administradores. Los administradores necesitan reconocer que ellos y sus empleados reaccionan a las percepciones y no a la realidad. Ya sea que un puesto es en realidad interesante o atractivo es irrelevante. La clave radica en lo que es percibido. En forma parecida cuestiones como un justo pago por el trabajo realizado, la validez, de las apreciaciones sobre el desempeño y lo adecuado de las condiciones de trabajo afectan el desempeño y la satisfacción de un empleado. Pero la realidad debe ser primero organizada e interpretada y eso permite el potencial para la distorsión perceptual.

El mejoramiento de la calidad a un nivel organizacional, se orienta a obtener el máximo beneficio de los productos en favor de los clientes externos, los beneficiarios últimos de la atención, aunque además de clientes “externos” hay clientes “internos”.

De los usuarios se obtiene la información acerca del desempeño y la calidad para determinar, en qué medida los servicios satisfacen sus necesidades y expectativas. Por lo tanto, es necesario que la organización de atención a la salud conozca la información en que sus clientes evalúan la calidad de sus servicios y su atención.¹⁹ El tema fundamental del modelo de calidad de servicio es el grado y la dirección de la diferencia entre las percepciones y las expectativas, se diseñarán los servicios y se ofrecerán de acuerdo a estas expectativas.

Se ha dicho que la calidad en los establecimientos de salud consiste en servicios deseables u óptimos. Donabedian agregaría cierta calificación tales como el uso de “medios legítimos”, de “conformidad con las normas”, señalando que en ella intervienen al hablar de salud, la atención técnica, la relación interpersonal y el ambiente en que se lleva a cabo, para que la salud sea una meta “alcanzable”.²¹

Para hablar de calidad suficiente se debe contar con un servicio de salud que se puede alcanzar óptimamente desde el punto de vista de la tecnología médica existente. Dado que eso es algo que solo un sector, bien informado de la profesión médica puede determinar, se constituye la participación de profesionales, es un elemento imprescindible. Por lo tanto la información que se necesita para evaluar los aspectos técnicos de la salud debe basarse en observaciones minuciosas, sujetas al rigor científico y analizado hábilmente en conjunto.²²

Sin embargo la calidad depende tanto de las impresiones como el conocimiento de los pacientes ya que estos perciben cuáles son los servicios que le brindan atención médica muy favorable o muy desfavorable, aunque ellos tengan ciertos valores en cuanto al estilo y el contenido de la comunicación con el médico y personal de salud. Esto incluye también su satisfacción acerca del tiempo que se necesita para efectuar un diagnóstico, administrar tratamiento y obtener un resultado favorable, incluyendo además el nivel cultural, nivel de escolaridad, entre otros. Constituyéndose la calidad de la atención desde el punto de vista del paciente un componente necesario, aunque no es suficiente, ya que el paciente puede estar perfectamente satisfecho, aunque no está recibiendo servicios de buena calidad, en relación al diagnóstico y tratamiento.

Se necesita de toda una información de parte del usuario, que les permita a los administradores hospitalarios conocer lo que éste piensa acerca del servicio prestado con el fin de tomar las mejores decisiones, que sostengan la calidad de los servicios. Puesto que toda información que el usuario brinde acerca del servicio pueda utilizarse para la elaboración de estrategias futuras y al mismo tiempo considerar las

repercusiones de las mismas, en el bienestar de la salud del usuario en relación a las demandas de los servicios de salud.

6. 10 Niveles de atención en el Sistema de Salud de Nicaragua:

Primer nivel de atención: se ocupa de la atención, prevención y promoción del saneamiento y mejoramiento del ambiente; se apoya en los niveles superiores a donde refiere temporalmente a los pacientes.

Segundo nivel de atención: en este nivel debe disponerse de un conjunto de recursos organizados para atender los problemas que le sean referidos por el primer nivel.

Tercer nivel: Realiza actividades de restauración y rehabilitación de la salud a usuarios, que presentan padecimientos de alta complejidad de diagnóstico y de tratamiento que han sido referidos por los otros niveles de atención.

La estructura del I nivel de atención posee las siguientes áreas o ambiente para la prestación de servicios, como son:

- a. Admisión y Clasificación de pacientes, donde se reciben pacientes ambulatorios y otros que son trasladados o referidos por diferentes médicos con la finalidad de ser clasificados y puestos a disposición del área correspondiente en donde se le brindará la atención referida.
- b. Área de espera y estancia de camillas, es un espacio físico dotado de condiciones básicas en donde el paciente, en caso necesario, deberá esperar turno para recibir la atención médica necesaria, la que será acorde a su clasificación.
- c. Ambientes: Espacio conocido como consultorios y es donde se da el proceso de atención de los pacientes que acuden por consulta general o programas.

- d. PAI: Área donde se aplican las vacunas y se lleva el programa de Control del niño menor de cinco años.
- e. Área de Observación, es el sitio donde se envía los pacientes con finalidad de evolucionar el cuadro clínico y su padecimiento.
- f. Sala de partos: Área o lugar donde se atienden los partos. Este a su vez se subdivide en prelabor y el expulsivo para mayor comodidad de la usuaria y del recién nacido.

Acceso a la información, respeto, dignidad y a la privacidad:

- a. Todo individuo se le deberá dar el acceso imparcial a la información disponible o que se indique en su atención médica.
- b. Respeto y Dignidad: El usuario tiene derecho de recibir el tratamiento respetuoso en todo momento y bajo toda circunstancia, como reconocimiento de su dignidad personal.
- c. Privacidad y Confidencialidad: El usuario tiene derecho, de acuerdo a la ley, a su privacidad personal y de información, tal como se manifiesta en los siguientes derechos:

Información:

El usuario tiene derecho de obtener del profesional responsable, comunicación y coordinación de su tratamiento o cualquier pronóstico. Dicha información deberá comunicarse al paciente, de manera que se pueda esperar la comprensión de éste. Cuando no se considere médicamente aconsejable dar esta información al paciente, dicha información será puesta a la disposición de un individuo autorizado.

El personal asistencial tiene dos funciones:²²

1. La función Operacional
2. La función Relacional

La función operacional. Es el conjunto de operaciones que ejecuta dicho personal, algunas de las cuales son de índole interno y otras son interacciones con el cliente.

La función relacional. El personal de contacto sólo realiza su función plenamente si la desempeña de forma eficaz y agradable para el cliente.

Acceso a los Servicios:

- Eliminación de barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención en salud.

Barreras geográficas, económicas, social, cultural, organizacional, lingüística.²³

El deber de la calidad en el servicio brindado, implica ofertar atención que generen confianza en los usuarios, siendo importante el contacto humano, y el desarrollo del personal que labora requiere de cambios concurrentes con el cambio de la forma de hacer el trabajo.²⁴

Desde la perspectiva del usuario

a) Continuidad:

- Implica que el cliente reciba atención completa de todos los servicios que necesita para recuperar su salud, sin interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias.
- Los servicios deben ofrecerse de forma constante.
- La falta de continuidad lleva a comprometer la eficacia, deja insatisfecho al cliente y disminuye la eficiencia de la atención.

b) Seguridad:

- Implica la reducción de riesgos, de infecciones, de efectos colaterales perjudiciales y otros peligros.
- La seguridad es una preocupación de todos los miembros del equipo de salud así como del paciente.
- Todos los peligros para el usuario que puedan derivarse para la prestación de los servicios.

c) Comodidad:

- Son las características de los servicios de salud que no están directamente relacionados con la eficacia clínica, pero que aumenta la satisfacción del usuario y su deseo de volver a la unidad de salud en un futuro.
- El aspecto físico del establecimiento, el personal y materiales, limpieza privacidad y orden.

d) Flujo de Atención:

Permite conocer el tiempo de espera y de contacto de los usuarios y el uso del personal en un servicio. El análisis de flujo contribuye al análisis de los servicios de salud identifica cuellos de botella, contactos no realizados, identifica contactos con usuarios no programados, medir el tiempo de espera, estimar el tiempo que los usuarios demoran en cada contacto, demuestra el efecto de los cambios operacionales del servicio en el flujo de usuarios y permite hacer estimativos de costo de personal.²³

El análisis del flujo de atención puede incluir una reducción del personal y el tiempo de espera de usuarios (y la frustración), en la institución, una mejor distribución de la carga de Trabajo diaria de los proveedores y la reducción de los gastos de personal. Esto permite el conocimiento de nuevas formas para aumentar la eficiencia así como mostrar maneras para atender más usuarios.

El abordar las inquietudes del usuario externo es tan esencial para la atención de buena calidad como la competencia técnica. Para el usuario, la calidad depende

principalmente de su interacción con el personal de salud, de atributos tales como el tiempo de espera, el buen trato, la privacidad, la accesibilidad de la atención y, sobretodo, de que obtenga el servicio que procura.

La importancia de conocer la perspectiva del cliente con respecto a los servicios fue reconocida crecientemente durante la década de los ochenta. Cuando los sistemas de salud y sus trabajadores ponen al usuario por encima de todo, ellos ofrecen servicios, que no sólo cubren los estándares técnicos de calidad, sino que también cubren sus necesidades con respecto a otros aspectos de la calidad, tales como respeto, información pertinente y equidad.

6. 11 Satisfacción de los usuarios:

En el “Estudio de conocimientos, actitudes y prácticas para identificar necesidades de capacitación”, realizado en los SILAIS de Managua, Boaco, Matagalpa y Jinotega en junio de 1,996 por asesores técnicos de Management Science For Health (MSH); se encontró que en relación con el “Tiempo” el 27 % de los encuestados tuvieron que esperar un máximo de media hora antes de ser atendido, lo cual es bastante aceptable. Esta consideración no coincide con los resultados encontrados en los grupos focales realizados en este mismo estudio, ya que las conclusiones de los mismos señalan como un importante problema las largas esperas.

Si se considera dentro de lo óptimo una hora de espera como máximo, el resultado señala que solamente un 37% fue atendido en este lapso. Más del 60 % fue atendido después de una hora. En el estudio, se encontró que un 20 % esperó tres o más horas para recibir atención.

La variable tiempo se puede considerar como un importante indicador de monitoreo demostrativo del grado de avance en la organización de los servicios, sobre todo porque estos deben satisfacer al usuario.

Se estudió el trato recibido en admisión, del cual fue calificado como excelente y bueno por el 83 % de los usuarios encuestados. El resto (15%), calificó el trato como regular o malo.

La admisión en general, constituye el primer contacto del usuario con el Centro de Salud y es el lugar más importante para promocionar los servicios de salud. De la misma manera, la admisión puede ocasionar “rechazo” al usuario, por tanto, se considera que un establecimiento con buena empatía elevaría este porcentaje hacia una apreciación positiva casi cercana al 100 % y por lo tanto una mayor utilización de los servicios de salud.

En el mismo estudio se analizó que el 30 % de los pacientes recibieron una consulta con una duración menor a los cinco minutos, lo que debe alertar a los gerentes para revisar esta situación, ya que una consulta menor de cinco minutos señala una baja calidad de atención.

Es necesario resaltar el hecho, que el 40 % de los usuarios que recibieron consulta con una duración menor de cinco minutos, considerando esta, como suficiente. Este dato podría indicar una baja autoestima, o desconocimiento de lo que significa un tiempo apropiado para la consulta.

Se observó que el 61 % de los usuarios manifestaron resuelto sus problemas de salud, lo que coincide con el 68 % que afirma está satisfecho de la atención recibida; sin embargo, el 30% restante afirma no sentirse con el problema resuelto, hace pensar que los prestadores de servicios deben asegurarse que los pacientes salgan satisfechos, con la sensación de haber recibido la atención necesaria para resolver su problema. ²⁵

6. 12 Causas de insatisfacción:

La pregunta sobre causas de insatisfacción fue respondida en forma abierta. La razón principal de insatisfacción es la falta de diagnóstico y de explicación sobre su patología.

Causas menos frecuentes:

- “ le contestaron ”
- “ le regañaron ”
- “ no le dieron medicamento ”
- “ no le explicaron los riesgos ”
- “ solicitó condones y no le dieron ”
- Dos casos señalaron insatisfacción “por que no le examinaron”.

Causas de Satisfacción:⁶

Las causas de satisfacción están relacionadas con el hecho de recibir algún tipo de explicación, recomendación del personal de salud que atendió a los usuarios. Este hecho es un proceso lógico del ser humano, que si consulta por algún motivo que desconoce y además le preocupa, la expectativa general es la de recibir una explicación sobre el motivo de preocupación. Por este motivo y tomando en cuenta que “la decepción es directamente proporcional a la expectativa”, este elemento debe ser retomado por todo el personal que brinda atención, para mejorar la satisfacción del usuario.

Relacionando lo anteriormente señalado, todo servicio que se brinda se “vende”, el usuario recibe el beneficio del servicio y lo “consume” de inmediato. Lo único que le queda como “beneficio “, es el recuerdo de la relación interpersonal.

Por esa razón, si esta relación es percibida en forma negativa, impedirá una buena promoción del servicio de salud o “venta” del mismo. Por el contrario, si la satisfacción

acerca de las relaciones interpersonales es positiva, la promoción del servicio se hará prácticamente sin ningún esfuerzo.

En cuanto a la preferencia del horario de atención, un 76 % de usuarios manifestó preferir el horario de la mañana. Posiblemente esto responde a un problema de patrón cultural que los mismos servicios de salud han impuesto, o quizás realmente esa sea la preferencia del usuario. Sin embargo, se ha observado que en sector privado, el comportamiento es diferente y los usuarios prefieren el horario de la tarde, aunque es probable que responda al mismo patrón cultural mencionado anteriormente e impuesto por los médicos, ya que la mayoría de ellos trabajan en el sector público por la mañana y en el sector privado por la tarde.

VII. DISEÑO METODOLOGICO

a. **Tipo de Estudio:** estudio evaluativo.

b. **Área de estudio:** El presente estudio se realizó en la unidad de salud del Municipio de Santa María, Nueva Segovia, Nicaragua ubicado a 54 Km. de la cabecera departamental Ocotal y a 280 Km. al norte de la capital Managua; con una altitud sobre el nivel del mar de 950 Mts Limita al norte con Honduras, al sur con el Municipio de Macuelizo y el departamento de Madriz, al este con el Municipio de Dipilto y al oeste con Honduras.

El Municipio tiene una extensión territorial de 168 Km². Actualmente consta de 23 comunidades, población estimada para el año 2,006 de 4,383 habitantes, densidad poblacional de 25 habitantes por km².; una tasa de crecimiento anual de 4.6% predominando el sexo femenino con un estimado de 2,254 (51%). La pirámide poblacional presenta un comportamiento de tipo expansivo en su base.

El centro de salud "Luís Felipe Moncada Olivera" se encuentra ubicado en el centro del casco urbano del Municipio Santa Maria contiguo a la iglesia católica Esquipulas y frente al parque municipal. Dicho centro cuenta con una fuerza laboral de tres médicos generales, servicio Social, jeja de enfermería, tres enfermeras auxiliares quienes se encuentran a cargo de los diferentes programas que ofrece el centro de salud a la población entre estos: control de fertilidad, crónicos y tuberculosis, atención prenatal, inmunizaciones, atención del parto fisiológico y atención de morbilidad general. Además de contar con un grupo de apoyo constituido por conductor de ambulancias, higienista, conserje, admisionista, despachador de farmacia y responsable de insumos médicos. Durante el año dicho centro de salud atiende aproximadamente 15475 pacientes.

c. La unidad de análisis: Debido a las características del estudio tenemos tres unidades de análisis:

- 1) Ocho personas representativas de la población que brindaron información mediante técnicas cualitativas (Entrevista a profundidad a informantes claves) sobre las necesidades en salud que tiene la población y sobre aspectos que definen la calidad. Personal comunitario en salud, dirigentes gremiales, maestros, autoridades municipales.
- 2) Usuarios de los servicios (200 pacientes que acudieron al servicio de consulta externa del centro de salud de Santa María). Donde se aplicó una encuesta para estimar el nivel de percepción con los servicios brindados.
- 3) Diez trabajadores de salud que brindan atención, donde se buscó información mediante técnicas cualitativas (Grupo focales) sobre aspectos relativos al desempeño por la calidad.

d. Procedimientos para la recolección de datos:

- 1) Para recolectar en primer lugar se discutió la propuesta de investigación elaborada con las autoridades sanitarias para tomar en cuenta sus intereses en cuanto a mejoría continuada de la calidad.
- 2) Se seleccionaron las personas a realizar la entrevista a profundidad, para ello se hizo un listado de informantes claves de entre personas que tuvieron conocimientos de las necesidades en salud que tienen la población. Una vez seleccionada se visitó en su casa y se les explicó los objetivos del estudio y se solicitó su colaboración como informante clave. Después de aceptar voluntariamente, se procedió a realizar la entrevista. Se realizó análisis de contenido, previo vaciado en matrices de resultados.
- 3) Las encuestas se aplicó a los usuarios al egreso de la consulta. Para ello se esperó la salida de los pacientes, se les explicaron los objetivos del estudio y se solicitó su colaboración. Luego de aceptar se procedió a llenar la entrevista. Si la persona podía leer y escribir se les entregó la encuesta y un lapicero para que lo llenara por sí misma. Las encuestas fueron procesadas y analizadas utilizando el paquete estadístico Epi Info 3.2 para Windows.

e. Variables del estudio: Se ha seleccionado dos grandes tópicos establecidos como las variables principales:

Percepción sobre los de servicios y la calidad de atención: 1) Se trata de identificar mediante técnicas cualitativas las necesidades percibidas que tienen y que de una u otra manera demandan de usuarios externos sobre los servicios de salud. 2) La percepción de los usuarios internos se basó solamente en lo concerniente a su desempeño y sus aspiraciones en su lugar de trabajo. Esta se medirá mediante una encuesta de percepción de usuarios. 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 sanitarios. 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 resultados.

La escala de Likert es una de las escalas ordinales para medir actitudes más usadas en investigación social. Esta escala contiene una serie de señalamientos de opiniones sobre algún problema. El procedimiento es fácil, y se selecciona una serie de planteamientos que oscila desde los extremos de diferentes medidas, como por ejemplo:

Cantidad: Muy poco Poco Adecuado mucho demasiado

Acuerdo: Muy de acuerdo De acuerdo Desacuerdo Muy en desacuerdo

Evaluación: Muy bueno Bueno Justo Regular Malo

La desventaja de esta escala es que cuando se quiere totalizar alguna medición, algunas veces las respuestas podrían sumar el mismo puntaje, lo mismo puede surgir de muchas combinaciones de respuestas diferentes, lo que podría llevar a pérdida de la información sobre los componentes del puntaje de la escala. La ventaja es que permite visualizar rápidamente cual es la respuesta modal en cada uno de los ítems.^{27,28}

VIII. RESULTADOS

Los ítems en que los usuarios externos tuvieron peor apreciación fueron el tiempo de espera (6%) y el trato por el personal de enfermería. Por otro lado, los ítems que fueron mejor valorados fueron las charlas educativas (30.5%), la capacidad profesional del proveedor de salud (26%), la obtención de citas (22%), el interés del proveedor (11%), Por lo tanto, de forma general la percepción de los usuarios externos fue buena en más del 80% de los mismos (Cuadro 1).

En cuadro 2 se aprecia que la percepción de los usuarios externos fue excelente (100%) en todos los aspectos, excepto en la provisión de medicamentos que estuvo por debajo del 90%. En el 12.5% la percepción fue negativa con respecto abastecimiento de medicamentos.

Los grupos de usuarios internos que tuvieron percepciones negativas fueron las enfermeras y otro personal, especialmente en que creen que sus compañeros de trabajo no le aportan en sus funciones, y todos estuvieron satisfechos con sus relaciones de trabajo. Las enfermeras también se sienten insatisfechas con su salario. El único médico entrevistado manifestó haber estado satisfecho en todos los ítems evaluados (Cuadro 3).

En el cuadro 4 se aprecia la diversidad de percepciones de los usuarios internos. Casi todos los entrevistados manifestaron percepciones positivas con respecto al trabajo que desempeñan, sobre la posibilidad de innovar en sus actividades laborales, su trabajo le ayuda a crecer profesionalmente, y se sienten cómodos en su trabajo. Sin embargo, algunas percepciones negativas se relacionaron en que la población no valora su trabajo, creen que su trabajo no es bien remunerado, y otros manifestaron que se sienten inseguros en su trabajo.

Resultados de las entrevistas a profundidad a informantes claves de la comunidad reveló lo siguiente: 1) La mayoría de la población acude a las unidades de salud porque reciben mejor atención y tratamiento, también porque es instruido sobre aspectos educativos. Otros manifestaron que es debido a que no hay otra opción (atención médica privada) por falta de recursos económicos, que si la hubiera acudirían a la atención privada. 2) Algunas personas no acuden a las instituciones de salud porque creen que sus problemas son debido a hechizos y brujerías. Otros recurren a plantas medicinales y por problemas de accesibilidad geográfica y económica para comprar sus medicamentos. 3) Generalmente los usuarios consideran que dentro de la pobreza que viven un factor importante en la búsqueda de atención es que los proveedores de salud (centros u hospitales) garanticen buena atención y medicamentos gratis.

Otros aspectos de la entrevista estuvo relacionada con los usuarios internos: médicos y enfermeras, y manifestaron lo siguiente: 1) Que el personal médico y de enfermería es bueno porque son profesionales capacitados. 2) La población espera que los proveedores de salud sean amables, respetuosos y ordenados, en cuanto al flujo de atención. También manifestaron que la atención debería ser buena y rápida. 3) La característica anterior fue observada en el personal del centro. 4) La principal molestia de los pacientes es cuando no hay medicamentos donados. 5) La población cree que para catalogar como buena la atención los proveedores deben ser tolerantes, educar a la población, y poseer ética profesional. Ser eficiente en su diagnóstico y tratamiento. 6) En base al desempeño del personal del centro de salud la población lo catalogó como muy bueno.

IX. DISCUSION

Principales hallazgos

La población estudiada manifestó que el tiempo de espera en la atención es muy prolongado y que reciben maltrato del personal de enfermería. Sin embargo, algunos aspectos positivos relacionados con la promoción de la salud que brindan los proveedores de salud, así como la calidad en la atención brindada, incluyendo el seguimiento de sus problemas, a través de las citas en la consulta externa. La percepción de los usuarios externos fue positiva en todos los aspectos excepto en la entrega de medicamentos de forma gratuita.

Solamente el médico estuvo satisfecho en todos los aspectos, pero enfermería y el grupo de apoyo estaban insatisfechos con sus relaciones laborales y salario. Por otro lado, los pacientes demandan amabilidad, respeto, orden, tolerancia y tratamiento gratis.

Limitaciones del estudio

La principal limitación estuvo relacionada con la falta de indicadores objetivos para medir la calidad en la atención en salud. Por otro lado, no se consideró los ambientes en que laboran los proveedores de salud y esto dificultó realizar una triangulación de información. Por ejemplo, el suministro de medicamentos gratuito no se comprobó con el responsable de farmacia.

En el centro hay tres médicos, dos son pagados por el fondo social (ONGs) y uno por el MINSa, el único médico entrevistado fue uno pagado por el fondo social y manifestó estar satisfecho en todo, quizás esto sea influenciado porque su salario es mucho mayor al del MINSa.

Consistencia con otros estudios

En este estudio se reportó que el tiempo de espera es muy prolongado para recibir atención médica. Este hallazgo es similar al reportado por estudiantes de la escuela Politécnica de Nicaragua sobre la opinión de los usuarios sobre la atención en el MINSA,⁴ en donde los elementos que más incidieron en la insatisfacción de los usuarios fueron la escasez de medicina, la inaccesibilidad geográfica y tiempo de espera prolongado. Zil (2001) reportó también que en los centros de salud de Managua el tiempo de espera es muy prolongado.⁷ Otros autores, encontraron que el tiempo de espera es un factor de insatisfacción de los usuarios importante.⁶

Blandón (2002) realizó un estudio en el municipio de Matagalpa y encontró que los usuarios manifestaron haber recibido maltrato por el personal de enfermería, principalmente. Similar a lo encontrado en este estudio.⁸

Un estudio realizado por el BID⁵ reportó que la tasa de satisfacción sobre la atención fue de 21% a nivel nacional, siendo mayor en el área rural. Otros autores reportan tasas de satisfacción mayores con el 81%, valorando principalmente la atención curativa.¹⁵ Estas últimas cifras son similares a las reportadas en este estudio en donde la mayoría de los y las pacientes estaban satisfechos con la atención recibida.

Implicaciones del estudio para los tomadores de decisiones

La calidad es un proceso de mejora continua, difícil de definir operacionalmente, dada la falta de parámetros de referencia estándar. Sin embargo, es un indicador importante y necesario para la valoración de los servicios de salud en su conjunto. El MINSA considera la calidad como uno de sus principios que guiarán el Plan Nacional de Desarrollo y la Política de Salud 2004-2015, este principio establece que las acciones y servicios de salud deberán tener efectividad comprobada, que sean aceptadas y que generen satisfacción en la población, con el menor costo y riesgo posible. Este principio está asociado íntimamente a los otros principios como la universalidad, equidad, integralidad, complementariedad, solidaridad e interculturalidad.

Los aspectos reflejados en las entrevistas son consistentes con la visión del sector salud, en donde la población usuaria debe encontrarse satisfecha por el respeto y la calidez hacia su persona, la prontitud de la atención, las condiciones y la seguridad de los servicios de salud brindada. ⁴

La información proveída en esto estudio intenta contribuir al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, a pesar de las limitaciones del estudio.

X. CONCLUSIONES

- Las percepciones negativas de los usuarios externos fueron relacionadas al tiempo de espera y el trato del personal de enfermería. Las percepciones mas positivas fueron las charlas educativas, la capacidad médica, la obtención de citas y el interés del proveedor. Sin embargo, en 8 de 10 usuarios externos la percepción fue buena.
- Los usuarios externos valoraron muy positivamente las condiciones de limpieza, iluminación y ventilación del centro de salud. Por otro lado, perciben como excelente todos los aspectos, excepto la provisión de medicamentos.
- El personal no médico opina que sus compañeros de trabajo no le aportan en sus funciones, están insatisfechas con sus relaciones laborales y salario. Pero, están satisfechos con el trabajo que desempeñan, la posibilidad de desarrollo profesional. Perciben que la población no les reconoce su trabajo y se sienten inseguros.
- Las entrevistas a profundidad a informantes claves de la comunidad revelo que: Los pacientes acuden a las unidades de salud por la calidad de atención del personal, aunque otros manifestaron que es debido a que no hay otra opción; algunas personas no acuden a las unidades de salud por aspectos culturales, de accesibilidad geográfica y económica; se busca la unidad de salud porque reciben buena atención y medicamentos; se espera que el personal de salud provea mas amabilidad, respeto, rápida atención, educación y tratamiento gratis.

XI. RECOMENDACIONES

- 1) Mejorar condiciones organizacionales del flujo en la atención, para reducir el tiempo de espera de los pacientes.
- 2) Realizar supervisiones periódicas sobre el trato que reciben los pacientes, y tomar medidas disciplinarias correctivas. Además, incluir los buzones de quejas y sugerencias.
- 3) Realizar talleres sobre relaciones humanas a todos los usuarios internos del centro de salud.
- 4) Sería conveniente incluir aspectos relacionados a la infraestructura en la calidad de atención, así como realizar una triangulación entre los usuarios internos y externos para mejorar la validez de los datos.
- 5) Mejorar las políticas de salud e incluir mejores salarios para los trabajadores.

XII. BIBLIOGRAFIA

- 1) Arnetz BB. Percepción del staff del impacto de la transformación de la atención sanitaria en la calidad asistencial. Int. J Quila Health Care 11;345-351.
- 2) Twaddle A. Health Care Reform Effort Efforts Around the World. Wesport, CT, USA: Greenwood Publishing Group, Inc. 2002.
- 3) Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud 2004-2015. Managua, Nicaragua: MINSAL. 2005.
- 4) Nicaragua, Ministerio de Salud. Políticas Nacional de Salud 1997-2002, año 1997.
- 5) Proyecto BID-MSH, Estudio de demanda de los servicios de salud de Nicaragua, 1996.
- 6) Sáenz Torres, Carlos J., Icaza Espinoza, Mario J., Incer Toledo, Armando; Análisis del uso de la organización de los servicios de salud del centro de salud "Ramón Guillén Navarro". Boaco. Dic. 1998.
- 7) Rojas, Zil; Opinión de los usuarios sobre los servicios de salud. ICAS. Managua. Julio, 2001.
- 8) Blandón, Yudy Carla; et al.: Percepción de la calidad de la atención de los servicios de Salud: Perspectiva de los usuarios, Matagalpa durante Noviembre 2002.
- 9) Robbins SP. Administración teórica y práctica. 1987: 289-289.
- 10) Proyecto BID-MINSAL, Programa para el fortalecimiento de los servicios de salud y de las instituciones del sector (ATN/SF-41227-N3) componente II, Informe final fortalecimiento de la gerencia hospitalaria, Diciembre 1996.
- 11) Nicaragua, Ministerio de Salud. Programa de Modernización del Sector Salud 1998-2002, año 1998.
- 12) Roberts, Robert E; Clifford, Attkisson, Assesing client satisfaction among hispanic, Evaluation and program planning, 1993, Vol. 6.
- 13) Pavón Lazo, Hipolito. Evaluación de servicios de salud, 1985.

- 14) Pérez, Reynaldo; Ibarra, Ana María. La evaluación de la satisfacción de la población con los servicios de salud, Revista Cubana de Administración en Salud, 1985.
- 15) SILAIS Managua, Dirección de Administración de Servicios de Salud, Propuesta de intervención en los servicios de salud: agenda de citas escalonadas, Sept. 1995.
- 16) Proyecto MINSA-Banco Mundial-Funsalud, Estudio de satisfacción del usuario, 1996.
- 17) Sebastián, Pilar; Carlos J, Sáenz, et al.; Estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas para identificar Necesidades de Capacitación, Junio 1996.
- 18) Manrique, Jorge et al., Encuesta de Satisfacción de los Usuarios de un Hospital Público: Medida de la calidad de la atención médica, 1974.
- 19) ABSC Internacional. Cliente Orientado Proveedor Eficiente (COPE). Servicios eficientes para satisfacer las necesidades del usuario. 1996.
- 20) Dossier: Módulo de Gerencia Estratégica en Servicios Hospitalarios. Mejía M. Managua. UNAN-CIES. 1998.
- 21) Bedregal G, Quezada M, Tones M, et al. Necesidades de salud desde las perspectivas de los usuarios. Rev Med Chile 2002:130.
- 22) Gutierrez F, Morales G. Satisfacción de usuarios atendidos en cuidados críticos y observación. Hospital Antonio Lenin Fonseca y Manolo Morales. Tesis. 1995.
- 23) Cliente orientado al proveedor eficiente. AVSC Internacional, COPE. New Cork. 1996.
- 24) Plan de mejoramiento continuo de la calidad y productividades del servicio de emergencia. INTECH. Managua, Nicaragua, 2002.
- 25) MSH/USAID/MINSA. Instrumentos, análisis de flujo en las unidades de salud. SILAIS, Boaco. 1998.

- 26) Arnetz BB. Percepción del staff del impacto de la transformación de la atención sanitaria en la calidad asistencial. *Int. J Quila Health Care* 11;345-351.
- 27) Bowling A. *Research Methods in Health: Investing health and health services.* Buckingham: Open University Press. 1997.
- 28) Johnson B, Christensen L. *Educational Research: Qantitative, Qualitative and Mixed Approaches.* Second ed. Boston: Pearson Educations Inc. 2004.

ANEXOS

Cuadro 1 Percepción (%)* de los usuarios externos sobre la calidad de los servicios del centro “Luis Felipe Moncada Olivera”, municipio de Santa María, Nueva Segovia, enero-junio 2006.

Percepción**	Muy mal	Mal	Regular	Bien	Muy bien	Excelente
Valoración de la limpieza del centro de salud	0	0.5	2.0	88.0	7.0	2.5
Valoración de la iluminación del centro de salud	0	0.5	2.5	88.5	7.5	1.0
Valoración de la ventilación en los consultorios	0	2.5	6.0	85.0	4.5	2.0
Valoración del tiempo de espera para ser atendido	3.0	3.0	31.5	59.0	3.0	0.5
Valoración de la información que le dio el proveedor de salud	0	0	0.5	89.5	8.5	1.0
Valoración del trato que le brindó el proveedor de salud	0	0	3.5	84.0	9.0	3.5
Valoración de la capacidad profesional del proveedor de salud que le atendió	0	0	4.5	69.5	16.0	10.0
Valoración del trato con el personal de Enfermera	1.5	3.0	14.5	71.0	8.5	1.5
Valoración de la obtención de citas	0	0.5	2.5	74.5	18.0	4.0
Valoración de las charlas educativas	0	0	3.0	66.5	14.0	16.5
Valoración del interés que presentó el proveedor de salud	0	1.0	2.0	82.0	9.0	4.0

* Los porcentajes se basa en el total de 200 pacientes.

Percepción en la calidad de atención. Santa María, Nueva Segovia. 2006.
Méndez B.J.

Cuadro 2 Percepcion de los usuarios externos del centro de salud “Luis Felipe Moncada O.”, municipio de Santa Maria, Nueva Segovia, enero-junio 2006.

Percepciones	Si	No
Recibió expiación por el proveedor de salud:	94.5	5.5
Le dieron el medicamento	87.5	12.5
Volvería a visitar el centro de salud	99.5	0.5
Recomendaría el centro salud	100.0	0.0
Le dieron la atención que buscaba	100.0	0.0
Le brindaron información sobre el flujograma	97.0	3.0
Le llamaron por su nombre	100.0	0.0
Recibió algún tipo de saludo	100.0	0.0

Percepción en la calidad de atención. Santa María, Nueva Segovia. 2006.
Méndez B.J.

Cuadro 3 Percepcion de los usuarios internos del centro de salud “Luis Felipe Moncada O.”, municipio de Santa Maria, Nueva Segovia, enero-junio 2006.

Percepciones	Si	No
El trabajo que realiza ayuda a su formación:		
Enfermera	3	0
Médico	1	0
Otros	6	0
Se siente realizado en su trabajo:		
Enfermera	2	1
Médico	1	0
Otros	6	0
Trabaja en grupo:		
Enfermera	3	0
Médico	1	0
Otros	6	0
Cree que sus compañeros le aportan en sus funciones:		
Enfermera	1	2
Médico	1	0
Otros	3	3
Esta satisfecho con su salario:		
Enfermera	0	3
Médico	1	0
Otros	6	0
Esta satisfecho con sus relaciones de trabajo:		
Enfermera	3	0
Médico	1	0
Otros	3	3

Percepción en la calidad de atención. Santa María, Nueva Segovia. 2006.
Méndez B.J.

Cuadro 4 Percepción del desempeño de los usuarios internos del centro de salud “Luis Felipe Moncada O.”, municipio de Santa María, Nueva Segovia, enero-junio 2006.

Percepciones	Muy poco	Poco	Algo	Bastante
Le gusta la labor que desempeña:				
Enfermera		1	1	1
Médico		0	0	1
Otros		1	1	4
La población valora su trabajo:				
Enfermera	0	0	0	0
Médico	0	1	1	0
Otros	1	2	2	3
Realiza innovaciones en su trabajo:				
Enfermera		1		2
Médico		0		1
Otros		2		4
Se siente en familia con sus compañeros de trabajo:				
Enfermera	0	2		1
Médico	0	0		0
Otros	1	0		5
Qué tan importante es para usted sus compañeros de trabajo:				
Enfermera		0	1	1
Médico		1	3	2
Otros		1		
Como cree que su trabajo es remunerado:				
Enfermera		1	2	0
Médico		0	0	1
Otros		2	1	3
Su trabajo le ayuda a crecer profesionalmente:				
Enfermera	0	0		3
Médico	0	0		1
Otros	1	1		4
Se siente seguro en su trabajo:				
Enfermera	1	1		1
Médico	0	0		1
Otros	1	2		3
Se siente cómodo en su trabajo:				
Enfermera	0	1	0	2
Médico	0	0	0	1
Otros	1	0	1	4

**Percepción sobre la calidad de trabajo y atención en los
Servicios del Centro de Salud “Luis Felipe Moncada O.”
del municipio Santa María, Nueva Segovia.
Primer semestre del 2,006.
Encuesta a usuarios.**

I.- Datos generales:

Sexo:	Escolaridad	Procedencia:
Edad: /__/_/	<input type="checkbox"/> Analfabeta	<input type="checkbox"/> Rural
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Urbano
<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Secundaria	

II.- Expectativas:

Motivo de su consulta al Centro de Salud:

III. Percepción

Valore según crea conveniente en:

1 = Muy mal; 2 = Mal; 3 = Regular; 4 = Bien; 5 = Muy Bien; 6 = Excelente

Aseveraciones

1 2 3 4 5 6

Cómo Valora la limpieza del Centro de Salud

Cómo valora la iluminación del Centro de Salud

Cómo valora la ventilación de los consultorios en el
Centro de Salud

Cómo valora del tiempo de espera para ser atendido en el
Centro de Salud

Cómo valora de la información que le dio el proveedor de
salud del Centro de Salud.

Cómo valora el trato que le brindo el proveedor de salud

Cómo valora la capacidad profesional del proveedor de
salud que le atendió

Cómo valora el trato que le brindo el personal de
enfermería

Cómo valora la obtención de cita.

Cómo valora la obtención de cita.

Cómo valora el interés que presento el proveedor de salud
que lo atendió

Percepciones	SI	NO
Recibió explicación por el proveedor de salud		
Le dieron el medicamento		
Volvería a visitar el Centro de Salud		
Recomendaría usted el Centro de Salud		
Le dieron la atención que buscaba		
Le brindaron información sobre el flujo grama de atención		
Le llamaron por su nombre		
Recibió algún tipo de saludo		

Percepción en la calidad de atención. Santa María, Nueva Segovia. 2006.
Méndez B.J.

**Percepción sobre la calidad de trabajo y atención en los Servicios del Centro de Salud “Lis Felipe Moncada O.” del municipio de Santa María, Nueva Segovia.
Primer semestre del 2,006. Encuesta al personal.**

I.- Datos generales del encuestado:

Edad: /_/_/

Sexo:

Profesión:

Años de laborar: /_/_/

- Masculino
 Femenino

- Médico
 Enfermera
 Otros

II.- Evaluación del desempeño del personal:

Percepciones

Si

No

El trabajo que realiza ayuda a su formación:

Se siente realizado en su trabajo:

Trabaja en grupo:

Cree que sus compañeros le aportan en sus funciones:

Esta satisfecho con su salario:

Esta satisfecho con sus relaciones de trabajo:

Percepciones	Muy poco	Poco	Algo	Bastante
Le gusta la labor que desempeña:				
La población valora su trabajo:				
Realiza innovaciones en su trabajo:				
Se siente en familia con sus compañeros de trabajo:				
Qué tan importante es para usted sus compañeros de trabajo:				
Como cree que su trabajo es remunerado:				
Su trabajo le ayuda a crecer profesionalmente:				
Se siente seguro en su trabajo:				
Se siente cómodo en su trabajo:				

Percepción sobre la calidad de trabajo y atención en los Servicios del Centro de Salud “Luis Felipe Moncada O.” del municipio Santa María, Nueva Segovia.

Primer semestre del 2,006.

Guía de entrevista a profundidad a informantes claves.

Se saluda al informante seleccionado, se les explican los objetivos del estudio y la razón de haberlo seleccionado para el estudio. Se solicita su consentimiento a participar de la entrevista.

Guía de preguntas:

- 1) **¿Porqué cree usted que los pacientes acuden a la unidad de salud?.**
- 2) **¿Porqué creen que algunas personas no acude a la unidad de salud por tratamiento ?.**
- 3) **¿Qué hace que una persona busque atención por médicos o enfermeras en la unidad de salud?**
- 4) **¿Qué tan bueno cree usted que son los médicos y enfermeras de este Ceno de Salud?**
- 5) **¿Qué espera usted del personal de salud cuando pasa consulta?**
- 6) **¿Qué tan amables cree usted que son los médicos y enfermeras del Centro de Salud?**
- 7) **¿Qué le ha molestado de la consulta recibida?**
- 8) **¿Qué características debe tener la atención para que usted la pueda valorar como buena?**
- 9) **¿Cómo valora usted el trabajo que realiza el personal de salud en cuanto a satisfacer sus necesidades?**