

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO “RUBÉN DARÍO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



Tema:

Percepción de la atención de los pacientes externos en el Departamento de Emergencia del Hospital Escuela “Oscar Danilo Rosales Argüello” (HEODRA) de la ciudad de León en el período comprendido entre Enero – Febrero del año 2017.

Tesis para optar al Título de Especialista en Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología.

Autor: Dr. Carlos Berrios Mayorga.

Tutor: Dr. Fermín Valdivia Picado.

Medico General Máster en Salud Pública.

Tutor metodológico: Bomar Méndez Rojas.

Médico, PhD.

León, 22 de Febrero del 2017.

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
Facultad de Ciencias Médicas.
UNAN- Managua.**



**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN DIRECCIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD Y EPIDEMIOLOGÍA.**

Autor: Dr. Carlos Antonio Berríos Mayorga.

Residente de especialidad en Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología.

Tutor: Dr. Fermín Valdivia Picado.

Máster en Salud Pública.

Tutor metodológico: Bomar Méndez Rojas.

Médico, PhD.

Dedicatoria.

A Dios por haberme dado la vida, el tiempo, la sabiduría y la voluntad de concluir con alegría mis estudios otra meta más en mi vida.

A mis padres, por el apoyo que me brindaron, la confianza que han puesto en mí, la certeza de que todo saldría bien y por ser mi estímulo hasta el final.

A mi abuela Lidia Aguirre (Q.E.P.D) por ser una inspiración y quien me transmitió sus experiencias, enseñándome el camino correcto para andar.

A mi hermanos: Quienes sacrificaron tiempo, espacio y que fueron mi punto de apoyo e inspiración para coronar estos estudios.

Agradecimiento.

A Dios el Omnisciente, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarme cada día más.

A los pacientes que acudieron a la sala de emergencia del HEODRA por permitirme realizar las entrevistas, necesarias para poder llevar a cabo esta investigación.

*A las autoridades del HEODRA y del departamento de emergencia del hospital **Dr. Ricardo Cuadra y Dra. Blanca Iris Meza** por cederme el tiempo para poder realizar mi estudio, quienes con sus aportes me dieron las herramientas para poder mejorar el proceso de atención que se brinda en dicha unidad de salud.*

A mi tutor y asesor por sus sabios consejos a través de su asesoría, para poder nutrir y corregir mis errores.

RESUMEN

La satisfacción referida por los usuarios externos que acuden a la consulta de emergencia y las percepciones que posee por la atención recibida en el hospital HEODRA, Enero- Febrero 2017.

Esta investigación operacional de tipo evaluativo describe el nivel de satisfacción referido por los usuarios que acuden a demandar dichos servicios y analiza las percepciones del personal que labora en los ambientes de atención directa en emergencia del hospital HEODRA. El estudio revela un 86% de usuarios satisfechos con la atención recibida y una calificación general de la atención considerada como buena a excelente en un 87%. Sin embargo el nivel de satisfacción referido no alcanza los estándares normativos del MINSA que establece un mínimo de 95% de satisfacción considerado como adecuado. El grupo etario predominante en la demanda fue de 20 a 39 años, sexo femenino.

Los aspectos que más influyen en la percepción de la calidad del servicio recibido por parte de los usuarios son el recibir recomendaciones para mejorar su estado de salud, trato del personal de salud y la explicación de los hallazgos en la consulta. La mayor influencia negativa es la falta de medicamentos, tiempo de espera, duración de la consulta y en un pequeño pero considerable porcentaje por el trato a la consulta en visitas anteriores.

Los aspectos a mejorar referidos por los usuarios son el abastecimiento de medicamentos y el trato del personal.

Carta AVAL

A: Dirección de Especialidad de Servicios de Salud y Epidemiología, se está Avalando la tutoría de la Tesis de Investigación Científica con el Tema:

Percepción de la atención de los pacientes externos en el Departamento de Emergencia del Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales Argüello" (HEODRA) de la ciudad de León en el período comprendido entre Enero – Febrero del año 2017.

Dicha investigación es desarrollada por el Autor: Dr. Carlos Berrios Mayorga. Residente del último año de especialidad.

Tutor: Dr. Fermín Valdivia Picado.

Medico General Máster en Salud Pública y Criminología.

Sin más a que referirme me despido de usted deseándole éxitos en sus funciones.

Atentamente



Dr. Fermín Valdivia Picado
Sub Director Docente
Silais León.

Cc. Archivo.

INDICE

PAG

INTRODUCCION.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
ANTECEDENTES.....	4
JUSTIFICACION	5
OBJETIVOS.....	6
MARCO TEORICO.....	7
DISEÑO METODOLOGICO.....	30
RESULTADOS.....	36
DISCUSION DE RESULTADOS.....	39
CONCLUSIONES.....	41
RECOMENDACIONES.....	42
BIBLIOGRAFICA.....	44
ANEXOS.....	49

I. INTRODUCCION

La globalización ha creado un impacto en los diferentes niveles de las prácticas y políticas en salud de la sociedad, en las diversas formas de expresión socio-culturales, en los fenómenos de emigración e inmigración, hasta en los mismos procesos de salud-enfermedad de las naciones. Un ejemplo de ello es que gran parte de la población de América Latina y del Caribe están siendo excluidas de los mecanismos de protección existentes contra los riesgos de enfermedades y no cuentan con recursos mínimos para resolver sus problemas de salud. Ante este problema se han desarrollado nuevos cambios en el campo de la salud, surgiendo un desarrollo humano y sostenible con estrategias centradas en la promoción y recuperación de la salud.

Es por esto que se buscan servicios de mayor calidad, cobertura y accesibilidad que se ajusten a las exigencias del sector más afectado por la desigualdad económica en la que se vive actualmente, es decir el día de hoy; la apertura a la incursión privada trajo consigo un significativo “incremento en la pobreza, un decremento importante en la atención médica, un desabastecimiento del personal médico por el crecimiento de la población, un deterioro en la infraestructura de los hospitales y una seria disminución en la rutina de las tareas preventivas”. La OMS aboga por la cobertura universal de servicios. Uno de los aspectos importantes con miras a alcanzar esta meta es la evaluación y mejoramiento del desempeño de los sistemas de salud.

Avedis Donabedian definió a la calidad de la atención en salud como “atributo de la atención que puede obtenerse en distintos grados y que consiste en el logro de los mayores beneficios, de acuerdo con los recursos disponibles y los valores sociales imperantes. El grado en el que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en salud”. [1]

En salud pública no sólo es necesaria la satisfacción del usuario (calidad percibida), sino que hay que garantizar que el conocimiento científico se aplica de manera correcta (calidad científico-técnica). [2]

La evidencia presentada por la literatura existente ha reforzado la noción de que la mejora de los servicios de salud debe no sólo estar enfocada a mejorar los aspectos técnicos, sino también a mejorar la calidad de vida de sus usuarios. Dada la importancia de tomar en cuenta el punto de vista de los pacientes, se han hecho esfuerzos para identificar a cuáles elementos de la provisión de servicios es más sensible la satisfacción de los pacientes. [2]

Este trabajo investigativo pretende contribuir a la existente línea de investigación ayudando a mejorar la percepción de la calidad de satisfacción de los pacientes con los servicios sanitarios. [2]

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello brinda una variedad de servicios dirigidos a la atención de las personas en su mayoría de escasos recursos económicos. Los usuarios del Departamento de emergencia han presentado molestias en cuanto al servicio que les brindan en la atención, como por ejemplo los pacientes tienen que esperar mucho tiempo para ser atendidos.

Como residente ante esta problemática nos motiva dar un aporte sustancial a este hospital con los resultados de este trabajo, por consiguiente nuestro problema se resume de la siguiente forma:

¿Cuál es la percepción de la atención de los pacientes externos en el Área de Emergencia del Hospital Escuela “Oscar Danilo Rosales Argüello” (HEODRA) de la ciudad de León en el período comprendido entre Enero –Febrero del año 2017?

III. ANTECEDENTES

La mayoría de los esfuerzos hechos para investigar la satisfacción de los usuarios en Nicaragua han sido de carácter descriptivo, que aunque provee información valiosa no permite responder el porqué de la ocurrencia del evento en estudio. [2]

Por ejemplo, el estudio de corte transversal de Méndez Tórrez y Murillo Sirias en 2007, evaluó la satisfacción de los pacientes internos y externos del programa de control de tuberculosis en dos Centros de Salud seleccionados por conveniencia en el departamento de Managua. El estudio basa sus conclusiones en análisis descriptivo. El principal hallazgo fue que largo tiempo de espera y poca facilidad para pasar consulta con el médico son las principales fuentes de insatisfacción. [2]

Otro estudio de corte transversal conducido por Carmona Berríos y otros en 2008 analizó una muestra no probabilística de pacientes y reportó que el tiempo de espera es el principal determinante de la insatisfacción de pacientes de consulta externa del HEODRA. Una limitación de este estudio es que sus conclusiones fueron extraídas en base a análisis de correlación, el cual no permite ajustar por el efecto de otros predictores. [3]

Benjamín Suárez en 2013, realizó un estudio de corte transversal para analizar la percepción de la calidad en la atención de los usuarios externos del Hospital Central Cesar Amador Kuhl en Managua. El estudio reporta que un 48 % de los encuestados considera que el trato médico fue bueno. [4]

El estudio de corte transversal por Ortiz Hernández y otros en 2015, reportó que el 60 % de los pacientes que asisten al Centro de Salud Virgen de los desamparados en Diría, están conformes con la atención que reciben. Las principales causas de insatisfacción son el largo tiempo de espera, un 30 % de los pacientes esperaron una hora para ser atendidos. Este estudio utiliza un tamaño muestral de sólo 59 pacientes lo que incrementa el chance de error de muestreo. [5]

IV. JUSTIFICACION

La decisión de llevar a cabo el presente estudio se debe a la importancia que ha tomado en la actualidad el tema de la calidad de servicio, en especial en organizaciones enfocadas a la prestación de servicios de salud, en donde la medición de la calidad, se refleja en las percepciones que poseen los pacientes sobre los servicios brindados, así como las oportunidades de crecimiento que residen en los deseos y expectativas que los usuarios de los servicios de salud puedan tener, debido a esto es que nosotros decidimos realizar la investigación en el Departamento de Emergencia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello de la ciudad de León por la importancia que tienen los servicios médicos brindados en este centro hospitalario hacia la población de la ciudad y por ende a la búsqueda de la mejora continua de los mismos, una necesidad imperante para la sociedad.

Por lo tanto, el presente estudio pretende dar la pauta hacia la creación de estrategias, que permitan disminuir las debilidades de la prestación de servicios del Departamento de Emergencia, y a su vez lograr una mejoría en la calidad de los mismos, permitiendo de esta manera la inclusión del paciente, el principal agente de cambio en toda organización, a través de sus percepciones y expectativas de los servicios brindados por el Hospital.

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la Percepción de la atención de los pacientes externos en el Área de Emergencia del Hospital Escuela “Oscar Danilo Rosales Argüello” (HEODRA) de la ciudad de León en el período comprendido entre Enero – Febrero del año 2017.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1- Identificar las características de la población en estudio.
- 2- Conocer aspectos generales de la atención recibida por los pacientes.
- 3- Clasificar los ambientes y atención en los servicios recibidos por los pacientes
- 4- Evaluar el trato del personal de emergencia hacia el paciente.

VI. MARCO TEORICO

➤ ATENCION DE CALIDAD

La atención con calidad define el punto en donde confluyen la satisfacción del paciente/cliente, el deber ser de la práctica profesional y la más óptima utilización de los recursos. [6]

Esta atención en salud a los usuarios debe estar relacionada siempre:

- **Con la eficacia:** deben seleccionarse la tecnología: los medios y las prácticas que hayan probado tener la mayor capacidad de obtener resultados, en estudios controlados y suficientemente representativos, distinguiendo siempre el “Beneficio Máximo Concebible”, pero que no puede ser alcanzado por limitaciones de la tecnología y el conocimiento existente, para poder delimitar con claridad los estándares de desempeño posibles en términos del “beneficio máximo alcanzable”. [6]
- **Con la efectividad:** el desempeño observado debe compararse contra el máximo alcanzable, con el propósito de analizar los factores que lo afectan negativamente, generalmente ligados a deficiencias en la utilización de los recursos, en el diseño de los procesos o en el desempeño del recurso humano, con el propósito de desatar las acciones de mejoramiento adecuadas. Los estándares deben ser fijados por encima del desempeño observado pero por debajo o igual a los que definen el “máximo beneficio alcanzable”. [6]
- **Con la eficiencia:** los resultados deben alcanzarse con el mínimo costo, y el mínimo de afectación de la efectividad. [6]

➤ Cultura de la Calidad

Humberto Cantú define la cultura de la calidad: “Tratando de llegar a una definición precisa que involucre todos los aspectos que conlleva una cultura de calidad. Es el conjunto de valores y hábitos que posee una persona, que complementados con el uso de prácticas y herramientas de calidad en el actuar diario, le permiten colaborar con su organización para afrontar los retos que se le presenten, en el cumplimiento de la misión de la organización. Valores y hábitos son aquellas impresiones profundas que se tiene sobre la forma en que se vive, sobre lo que se considera correcto o incorrecto”. [6]

Percepción

Para entender el concepto de percepción es necesario conocer la definición de sensación. La sensación se refiere a experiencias inmediatas básicas, generadas por estímulos aislados simples. La sensación también define en términos de la respuesta de los órganos de los sentidos frente a un estímulo. [7]

La percepción incluye la interpretación de esas sensaciones, dándoles significado y organización. La organización, interpretación, análisis e integración de los estímulos, implica la actividad no sólo de nuestros órganos sensoriales, sino también de nuestro cerebro. [8]

Satisfacción

Es la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo. La satisfacción no está dada sólo como una sensación o estado individual y único, aunque esa es su esencia, sino que sería esa sensación o estado único e irreplicable que se produce en cada sujeto dado el desarrollo de todo un complejo proceso intrasubjetivo e intersubjetivo. [9]

Desde el punto de vista de salud, la satisfacción se puede definir como la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario. [9]

La satisfacción representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo. [9]

➤ **GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO**

Se requiere de un sistema que gestione la calidad de los servicios. Aquí es pertinente establecer el ciclo del servicio para identificar los momentos de verdad y conocer los niveles de desempeño en cada punto de contacto con el paciente. [9]

La gestión de calidad se fundamenta en la retroalimentación al paciente sobre la satisfacción o frustración de los momentos de verdad propios del ciclo de servicio de salud. En los casos de deficiencias en la calidad, son críticas las acciones para recuperar la confianza y resarcir los perjuicios ocasionados por los fallos. [9]

El prestigio y la imagen de un establecimiento de salud se mantendrán debido al correcto y eficaz seguimiento que se haga de los posibles fallos que se den en el servicio, hasta cerciorarse de la plena satisfacción del paciente afectado. Inclusive debe intervenir forzosamente la dirección general para evitar cualquier suspicacia del paciente. Esto inspirará confianza en los pacientes y servirá de ejemplo a todo el personal para demostrar la importancia que tiene la calidad en todo lo que hacemos. [9]

Satisfacción del Paciente: Es la percepción que él tiene de que fueron alcanzadas o sobrepasadas sus expectativas. [9]

Pacientes satisfechos generan mayores utilidades: Es una verdad muy simple. Los pacientes satisfechos visitan la unidad con más frecuencia y lo recomiendan a sus familias y amigos. Mientras más satisfecho esté un paciente más respuesta de salud se brinda a la población, por lo tanto se obtendrán mayores utilidades. [9]

Los factores más importantes para lograr satisfacción y retención son la calidad y el servicio. Hay una indudable relación entre calidad, servicio al paciente y satisfacción del paciente. Esto se hace aun más aparente cuando se recuerda que calidad y servicios es cualquier cosa que el paciente dice que es, no lo que usted dice que tiene. [9]

➤ **EL ENFOQUE DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD.**

Calidad en las instituciones de salud es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios con soluciones técnicamente óptimas. El concepto de calidad es un término que se origina de la gerencia empresarial donde los productos son tangibles. En el caso de las instituciones de salud su producto son servicios que tienen las características de ser intangibles y se pueden identificar dos tipos de calidad:

Calidad técnica: es la aplicación de la ciencia y tecnología médica de forma que maximice los beneficios de la salud, sin aumentar de forma proporcional los riesgos en la atención mediante el cual se espera poder proporcionar al usuario externo el máximo y más completo bienestar, logrando un equilibrio más favorable de riesgo y beneficio. [9]

La calidad sentida: es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios externos después de utilizar los servicios de calidad de la institución. Está en la subjetividad y debe ser explicada por ellos. Calidad es el cumplimiento de las normas técnicas y la satisfacción de las necesidades sentidas de los usuarios. [9]

Relaciona la entrega amable y respetuosa de los servicios con un contenido técnico. Mejorar la calidad implica un proceso de búsqueda de los medios que modifiquen la calidad técnica sentidas de los pacientes. [9]

La OPS/OMS propone como definición de calidad de las instituciones:

- Alto grado de satisfacción por parte de los pacientes externos.
- Un mínimo de riesgo para los pacientes externos e internos.
- Alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos de las instituciones. [9]

➤ **DIMENSIONES DE LA CALIDAD**

Las tres dimensiones de la calidad en los servicios de salud: **La dimensión técnico científica** con lo cual se pretende garantizar servicios seguros a los usuarios dentro de la balanza riesgo beneficio, **La dimensión administrativa** referida a las relaciones prestadores consumidores que se relacionan con los proceso de atención de que dispone la organización, y se hace un especial énfasis a **La dimensión humana** tradicionalmente desconocida y poco tratada cuando se habla de calidad siendo la parte fundamental de la atención en salud ya que la razón de ser del servicio de salud es el ser humano como un todo biopsicosocial. [9]

➤ **DIMENSIONES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL**

ACCESIBILIDAD

Facilidad con que el paciente puede obtener un servicio o la asistencia que necesita

Indicadores

Satisfacción con la comunidad

Acceso para discapacitados y ancianos

Patologías respiratorias. [9]

COMPETENCIA PROFESIONAL

Capacidad del equipo de salud para utilizar lo más avanzados conocimientos, tecnologías y recursos disponibles para resolver los problemas de salud de los pacientes y producir su máxima satisfacción y seguridad de la atención. Tiene dos componentes:

Calidad Técnica

- Calidad de diagnóstico.
- Calidad de tratamiento.
- Calidad de control y seguimiento.
- Calidad de información.
- Calidad de educación. [9]

Relaciones interpersonales

Indicadores

- Cumplimiento de normas protocolos y guías clínicas.
- Número de personal capacitado.
- Satisfacción con la atención. [9]

EFFECTIVIDAD

Es el grado en que la asistencia se proporciona del modo correcto según el conocimiento y los recursos disponibles “mejor resultado con los recursos disponibles.

Indicadores

Índice de mortalidad.

Índice de ocupación.

Tiempo de demora del servicio. [9]

EFICIENCIA

Es conseguir el más alto nivel de calidad al menor costo razonable

Indicador

Promedio de días por patologías. [9]

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Grado con que la atención brindada satisface las necesidades y expectativas del paciente y su familia

Indicadores

Satisfacción general y por servicio con la atención.

Satisfacción con los procedimientos administrativos.

Tiempo de respuesta a los reclamos. [9]

OPORTUNIDAD

Grado en que se proporciona la atención cuando el paciente lo necesite

Indicadores

Tiempo de espera en la sala.

Demora en las remisiones de las sesiones.

Tiempo de respuesta a las reparaciones de equipos, médicos e instalaciones.

Patologías en auge. [9]

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE Y EN SU FAMILIA

Significa organizar la atención de salud pensando en los pacientes más que en los prestadores de salud. Implica integrar a los pacientes y a sus familiares en todos los aspectos de la atención.

Indicadores

Resguardo de la dignidad de los pacientes.

Alternativas diagnósticas y terapéuticas. [9]

La ausencia de la calidad origina un círculo vicioso del cual es muy difícil salir:

- Servicios de poca calidad causan insatisfacción de los usuarios.
- La insatisfacción de los usuarios ocasiona poca demanda de los servicios, que se expresa en bajo rendimiento institucional.

- El bajo rendimiento institucional significa baja cobertura y productividad de los programas.
- La baja cobertura y productividad de los programas inciden en el presupuesto de la institución. Si existe poca producción de servicios el presupuesto asignado también será reducido. En instituciones que tienen programas de recuperación de costos, la poca demanda ocasiona recuperación financiera insuficiente.
- La poca disponibilidad presupuestaria genera insuficientes suministros, problemas con el mantenimiento de los equipos y ausencia de un programa de estímulos a los trabajadores, causando desmotivación en el personal.
- Un personal desmotivado es poco cooperador, no se apropia de los objetivos de la institución, tiene problemas de actitud, no trabaja en equipo y todo se traduce en mala calidad de la atención. [10]

La interrupción de este círculo se logra mejorando la capacidad gerencial y promoviendo un proceso de mejoría continua de calidad en la institución.

El hecho de que la población considere que la prestación de los servicios es de mala calidad y que no responde a sus necesidades, hace que cada vez menos personas recurran a los Centros de Salud o puestos de atención primaria. [10]

Se debe promover la calidad de los servicios de salud para:

- Mejorar la eficiencia de los servicios en forma inmediata.
- Optimizar la utilización de los recursos existentes (costo – beneficio).
- Incrementar la eficiencia y efectividad de los servicios ofertados.
- Aumentar la utilización de los servicios.
- Satisfacer las necesidades sentidas de los usuarios internos y externos, asegurando que la organización proporcione al usuario lo que necesita y desea de la institución.
- Motivar al personal. [10]

Necesidades frente a la demanda.

- Necesidades sentidas:** Aparecen siempre que la persona desea asistencia sanitaria, responde a la percepción que la persona tiene sobre sus problemas de salud.
- Necesidad expresada:** es la necesidad sentida convertida en demanda.

□ **Necesidad comparativa:** es el caso que o un individuo con determinadas características de salud no recibe asistencia sanitaria, mientras que otros si la reciben. [10]

Ética médica, privacidad y confidencia en la atención:

□ Derecho a su privacidad personal y de información, tal como se manifiesta en los siguientes postulados:

□ Derecho a rehusarse a hablar o a ver a alguien que no esté oficialmente relacionado con la atención, aun personas que podrían estar oficialmente relacionadas con la institución, pero no involucradas directamente en su examen y tratamiento, por ejemplo estudiantes de medicina.

□ Derecho a esperar que toda atención o mención de su caso se realice discretamente, que sin su consentimiento no haya gente presente sino esta directamente involucrada en su atención.

□ Derecho a usar el vestido personal apropiado, objetos religiosos y simbólicos, sino interfieren con los procedimientos, pruebas diagnósticas o el tratamiento.

□ Derecho a ser examinado en instalaciones diseñadas para asegurar el aislamiento visual y auditivo razonable. Incluye el derecho a pedir la presencia de una persona del mismo sexo, durante el examen, tratamiento o el procedimiento efectuado por un profesional del sexo opuesto; así como el derecho a permanecer desnudo solo el tiempo necesario para llevar a cabo el procedimiento.

□ Derecho a que su expediente sea leído solo por aquellos directamente involucrados en su atención, o de supervisar la calidad de ésta. Otras personas podrán utilizarlo solo con su autorización por escrito, o la de su representante legal autorizado.

□ Derecho a que toda comunicación y registros pertenecientes a su tratamiento, incluyendo facturas de pago, sean tratados confidencialmente.

□ Derecho al acceso imparcial al tratamiento, sin considerar su edad, raza, creencia, sexo o identidad sexual y nacional.

□ Derecho a rehusar tratamiento hasta donde se lo permita la ley. Cuando la denegación del tratamiento por el paciente, o su representante autorizado legalmente impida la prestación del tratamiento adecuado, se dará por concluida la relación con el paciente previo acuerdo. [10]

Tiempo de espera

Tiempo transcurrido entre el momento que el usuario solicita la consulta y el momento en que pasa al consultorio. El tiempo de espera en que incurren los usuarios, determina el grado de retraso en la atención que existe en la unidad sanitaria. [11]

Trato recibido por parte del personal durante la primera consulta

Es dar un trato amistoso y atender el problema inmediato de la persona, conociendo y evaluando dicho problema. [11]

Orientaciones médicas y farmacológicas durante la consulta

Hay 3 aspectos importantes de tomar en cuenta con respecto a la consulta:

1. Si se atiende con prontitud, pero con la mayor calidad a los usuarios que lo soliciten, se podrá cumplir con el objetivo de satisfacerlas en sus necesidades y generará la confianza del usuario para los servicios de salud.
2. Muchas veces, la consulta es la primera oportunidad que se le presenta al prestador de servicios, para establecer una relación estrecha, entre la unidad asistencial, los usuarios y la comunidad.
3. Atención Integral.

Cuando la consulta no llenó la expectativa del usuario, traerá como consecuencia una insatisfacción. [11]

La comunicación que establece el personal con los usuarios

Tiene como tema central la comunicación humana. Existen también tres requisitos que pueden hacer que los clientes se sientan bien atendidos:

1. Comunicación cara a cara.
2. Comunicación verbal: Entre las bases del proceso de comunicación verbal es importante resaltar los fenómenos psicológicos dentro de una relación médico usuario como son:
 - a. Las transferencias: Son las reacciones emocionales del paciente hacia el médico (sentimientos negativos o positivos)
 - b. La contra transferencia: Son reacciones emocionales del médico hacia el paciente, así como los sentimientos muchas veces de frustración por no poder resolver su problema de salud, y las conductas que a veces se toman rudas con

intención evidente de acortar el encuentro, cuando el médico desconoce cómo manejar estas respuestas se afectan en gran medida su relación con sus pacientes.

c. La empatía: Es la habilidad del médico para recibir y decodificar la comunicación afectiva de sus pacientes, esto puede permitirle el entendimiento de los sentimientos del paciente.

d. El “rapport”: Incluye el estado de mutua confianza y respeto entre el médico y el paciente.

e. La resistencia: Son las reacciones del paciente en contra del médico.

3. La comunicación no verbal se refiere a la sensibilidad que tiene el propio paciente para captar señales no verbales emitidas por las personas que lo rodean. Está muy relacionado con las llamadas expectativas que se cumplen o con el “el efecto placebo”.

4. El contacto físico es la principal de las conductas no verbales en el ejercicio de la medicina. [11]

Condiciones físicas higiénicas del centro salud

Se han observado grandes deficiencias en lo que respecta a equipos médicos, mobiliarios infraestructura, así como también gran variabilidad de tecnología, y espacios reducidos. Actualmente a nivel nacional, el Ministerio de Salud ha iniciado un proceso de revisión de la problemática existentes en las Unidades de salud con el propósito de identificar los problemas que están interfiriendo. En el proceso de atención de la población se han observado grandes deficiencias como poca ventilación y el equipamiento básico se encuentra en mal estado por lo que esto sigue siendo el problema de mayor importancia para dar una mejor calidad de atención. [12]

Es necesario que una institución preste las condiciones higiénicas necesarias para brindar una buena calidad, manteniendo todas sus unidades limpias. [12]

➤ **Satisfacción del paciente**

Desde la década de los 90, los tomadores de decisiones y gerentes de salud han dado mayor importancia a la percepción del paciente con respecto a la calidad de los servicios de salud. [13]

Este interés se tradujo en un mayor interés académico por entender los factores y mecanismos que determinan tal satisfacción. Sin embargo, a pesar de este interés el camino hacia el consenso acerca de su definición y medición ha estado lleno de desacuerdos. [14]

Uno de los motivos que dificulta la medición de la satisfacción de los pacientes, es su carácter multidimensional y su naturaleza subjetiva, los cuales son afectados por las expectativas individuales, necesidades y deseos. Por ejemplo, cuando los pacientes tienen conocimiento limitado de los servicios que recibirán y bajas expectativas de los mismos, son más probables a tener una alta satisfacción, aunque los servicios recibidos tengan bajos estándares. Ante la presencia de una experiencia desagradable durante la consulta, el grado de satisfacción también dependerá, de si el carácter negativo de esta experiencia fue ocasionado o no por el proveedor de salud. [14]

Todo esto indica que lo que satisface a una persona, podría no satisfacer a otra. Este tipo de ambigüedades relacionadas a la *satisfacción del paciente* alimentan el debate acerca de su conceptualización. [15]

Recientemente, nuevos abordajes, basadas en el uso de medidas más objetivas, se han propuesto para tratar de superar esta deficiencia metodológica. Producto de estas iniciativas, algunos investigadores han desarrollado escalas para recolectar información detallada acerca de la experiencia del paciente en la unidad de salud. Estos resultados pueden ser considerados más útiles para identificar debilidades en la provisión y organización de los servicios de salud[16].

Otra medida utilizada como proxy de satisfacción del paciente ha sido si en el futuro el paciente estaría dispuesto a usar los servicios ofrecidos por la unidad de salud que está siendo estudiada y/o si la recomendaría a sus pares. [17]

Un aspecto que ha sido criticado en la medición de la satisfacción del paciente es que los modelos teóricos propuestos y los instrumentos reflejan más la perspectiva de los proveedores de salud, más que la de los pacientes. [17]

Los académicos que apoyan la utilización de este tipo de instrumentos cuestionan la capacidad de los pacientes para evaluar el desempeño de los servicios de salud y las capacidades profesionales. [18]

Se argumenta que la asimétrica relación médico-paciente (en función de la información) hace a los pacientes menos hábiles para juzgar las competencias técnicas, además que la visión tradicional del médico en la sociedad como un líder, podría también limitar al paciente a expresar abiertamente sus críticas. [19]

Como consecuencia, los altos niveles de satisfacción podrían depender de la confianza que se tiene la competencia de los médicos. Por otro lado, otro grupo de investigadores ha señalado que la evaluación de competencias técnicas y de interacción interpersonal (comunicación médico-paciente) puede ser evaluada con cuestionarios bien diseñados que capturen estos procesos. [19]

Las mediciones de satisfacción del paciente han sido generalmente usadas para dar a investigadores, gerentes de servicios de salud, tomadores de decisiones y profesionales en general, información valiosa que les permita mejorar su entendimiento de las experiencias de los pacientes así como identificar limitaciones en la provisión de servicios y evaluar el desempeño de los servicios de salud. [20]

Aunque el debate sobre el uso de la satisfacción de pacientes como variable resultado aún continúa, se ha observado que pacientes satisfechos son más propensos a cumplir con el tratamiento indicado y a participar en otras actividades que complementan el tratamiento farmacológico. De hecho, pacientes satisfechos con la atención recibida están más conscientes de su auto cuidado y son más propensos a seguir las indicaciones médicas. [18]

A como he mencionado anteriormente en esta tesis, el nivel de satisfacción del paciente depende de una variedad de elementos. Por ejemplo, los pacientes más saludables tienden a estar más satisfechos con el sólo hecho de recibir algún nivel de información; sin embargo, pacientes con enfermedades crónicas difícilmente se conformarían únicamente con información y necesitarían involucrarse en la toma de decisiones del tratamiento de su condición. Esto significa que el perfil del paciente es

un aspecto fundamental en la conceptualización de la satisfacción del paciente. [21,22]

Para garantizar la adecuada atención es necesario que los servicios de emergencia sean constantemente evaluados por los usuarios y otros, considerando los múltiples factores que intervienen en la satisfacción de éste, tales como: escolaridad, procedencia, nivel económico del paciente, recursos humanos con los que dispone la unidad hospitalaria (médico, enfermera, etc) y recursos materiales (medicamento, material de reposición, etc) así como la calidad de atención que brinda el personal de salud. Los profesionales de salud tienen como misión proporcionar interactivamente cuidados de salud a la población. Por ello es responsabilidad de los establecimientos de salud normar estrategias que aseguren la evaluación continua de las condiciones, bajo las cuales se proporciona la atención médica a los pacientes. El paciente tiene el derecho de recibir la mejor calidad posible de atención, fundada en una sólida base de conocimientos, habilidades y actitudes, aplicando juicio y razonamiento acertado y un sistema de valores claros y convenientes. [21] [22]

La satisfacción del paciente implica una experiencia racional o cognoscitiva, derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del producto o servicio, está subordinada a numerosos factores como las expectativas, valores morales, culturales, necesidades personales y la propia organización sanitaria. Estos elementos condicionan que la satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona en diferentes circunstancias. El objetivo de los servicios sanitarios es satisfacer las necesidades de sus usuarios y el análisis de la satisfacción es un instrumento de medida de la calidad de atención. El paciente evalúa el servicio global y el resultado de ésta evaluación es el grado de calidad percibida. [23]

La OMS define que la calidad es el “alto nivel de excelencia profesional usando eficientemente los recursos con un mínimo de riesgo para el paciente, para lograr un alto grado de satisfacción por parte de éste y produciendo un impacto final positivo en salud”. [23]

Se debe considerar que una situación crónica de insuficiencia y escasez de recursos financieros y materiales, inciden en el deterioro de la calidad de atención y en la fatiga y desmotivación del personal de salud, siendo ellos los que más interactúan con el paciente durante su estadía en el centro hospitalario. [24]

Mejorar la calidad de vida de la población y lograr avances significativos en la reforma del estado, mediante la reestructuración de organismos e instituciones y la descentralización del poder nacional, asignándole alta prioridad a la transferencia de competencias de organismo del poder central a las gobernaciones y luego a los municipios, es uno de los objetivos fundamentales de la actual gestión. [25]

La mala calidad tiene un alto costo; desde luego, mayor que cuando se ofrecen servicios de buena calidad. En efecto si la población juzga que no es adecuada la atención, pierde la confianza y busca otras alternativas para cuidar su salud; la institución se desprestigia al igual que los profesionales. En el mejor de los casos los errores compensables obligan a gastos extraordinarios que encarecen el sistema, lo cual aumenta el rechazo por parte de la comunidad. [26]

La calidad del servicio de salud se obtiene de la aplicación del conocimiento científico y en la incorporación de la tecnología médica y se define como una condición esencial presupuesta en la acción de los agentes de la atención. [27]

La calidad es la capacidad y oportunidad que tienen los prestadores de servicio de salud de contribuir a mejorar los niveles de salud esperados, conforme a las normas, conocimientos de la medicina y tecnología vigente, con accesibilidad, oportunidad, y amabilidad, trato personalizado y comunicación permanente, entre los participantes del acto de salud y los usuarios, para lograr un mayor beneficio y su máxima satisfacción con los mínimos riesgos posibles y al menos costo. [28]

El respeto al paciente como ser humano integral, la búsqueda de su satisfacción plena, depende grandemente de la relación interpersonal que se refiere al uso de valores y normas socialmente definidas, éstas rigen la interacción entre los individuos en general y en sus cuestiones particulares. [29] La calidad es buena cuando todos los aspectos del servicio como: el trato del personal de salud,

administrativo, el orden, la limpieza, el decoro, etc, muestran respeto y consideración para los pacientes. [30]

La calidad de los servicios, y en especial la satisfacción de los usuarios -- considerada un instrumento fundamental para evaluar la calidad --, adquieren una relevante importancia para quienes administran los recursos y diseñan las estrategias de salud pública. En estas condiciones constituye un reto lograr aceptables niveles de satisfacción en los pacientes. [36]

Por su parte, las instituciones de salud interesadas en garantizar la efectividad de la atención sanitaria y la eficiencia en su gestión, deben conocer las percepciones de los pacientes respecto a los procesos asistenciales. Este hecho exige determinar y supervisar parámetros de calidad relacionados con infraestructura, equipamiento, procesos y personal vinculados a la atención de salud prestada, a fin de lograr una mayor satisfacción en los afectados.[36]

Actualmente, los sistemas de salud se enfrentan a problemas, tales como complejidad de sus servicios, limitación de los recursos, rápida innovación y difusión de la tecnología, así como aumento de las expectativas de los usuarios. Para la resolución de los mismos se hace necesaria la incorporación de sistemas de gestión de calidad. [37]

Entre los aspectos que garantizan la calidad en la prestación de servicios médicos figuran: orientar correctamente al paciente, lograr que la calidad sea lo primero para cada trabajador en su quehacer diario, brindar respuestas rápidas y efectivas ante las insatisfacciones de pacientes y familiares. [38]

➤ **Desarrollo de Recursos Humanos**

Se entiende como el abordaje integral del recurso humano, partiéndose de las necesidades de la población, las cantidades de recursos humanos que se necesita, el establecimiento de los patrones curricular de formación, el establecimiento de una adecuada administración cuando éstos están en su desempeño, el mantenimiento de una adecuada evaluación de su desempeño y la actualización permanente. [31]

Desde hace por lo menos una década, la gestión de la salud y la salud en sí misma, se desfiguran continuamente ocasionando una gran insatisfacción de la población ante la oferta y la calidad de los servicios. Existe una desarticulación institucional que promueve profundas heterogeneidades en la atención de la población y un uso muy ineficiente de los recursos. Hay que ampliar el acceso de la población más necesitada a servicio de salud más eficiente y eficaces a través de la reducción de inequidades existentes. [32]

La salida de la crisis planteada sólo será posible en la medida en que se ataquen sus causas de una manera creativa, sistemática y decidida. Sólo un profundo proceso de reformas políticas, institucional, financieras, legal, y ética hará posible llevar al sector salud a un nivel capaz de responder a las exigencias del presente y el próximo siglo. [32]

Modernizar el sistema nacional de salud implica modificar profundamente su organización, funcionamiento y el modelo de prestación de servicios para mejorar la eficiencia, efectividad, equidad, y calidad de las acciones de salud, acorde a las necesidades de la población y los grados de satisfacción de las usuarias. En éstos momentos el mejoramiento de la calidad de la prestación de servicios de salud, al margen de la necesidad de recursos materiales, humanos y financieros, debe verse también como la utilización racional de los recursos en la búsqueda de la eficiencia en la producción de servicios. [33]

➤ **Recursos humanos en salud**

En la iniciativa “la salud pública en las Américas “se considera que la fuerza de trabajo de la salud pública está considerada por todos aquellos trabajadores de la salud responsables de contribuir, directa o indirectamente, al cumplimiento de las funciones sociales de la salud pública, independientemente de su profesión y del organismo en donde trabajan. Desde no hace mucho se enfatiza la condición de los trabajadores de la salud pública “trabajadores del conocimiento “. Es decir, son trabajadores que interpretan y aplican saber e información para crear y proporcionar soluciones con valor añadido a los problemas de la salud pública y, como parte de

sus tareas cotidianas, hacen recomendaciones en el ambiente donde el cambio es continuo. [34]

La calidad de la atención científicotécnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de tal manera que producen el máximo de beneficio y el mínimo de riesgo para la salud del usuario. La calidad en el proceso interpersonal está difícil de resumir, pero debe incluir valores y normas socialmente definidas que gobiernen la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares. Estas normas están reforzadas en parte, por los dictados éticos de los profesionales del sector salud y por las expectativas de los usuarios. La relación interpersonal no se mide exclusivamente por la comunicación verbal, también hace referencia al interés que se tiene por las personas usuarias, el cual se demuestra por la comodidad, la privacidad y por el ambiente que se le proporciona en los diferentes lugares donde se presta la atención en salud. [35]

➤ **Estructura del Ministerio de Salud en Nicaragua.**

El Ministerio de Salud (MINSa) es responsable de garantizar el acceso a los servicios de salud a toda la población según la Ley General de Salud 2002. Con el fin de lograr la cobertura universal, se establecieron tres regímenes: contributivo, no contributivo y voluntario. El régimen contributivo lo implementan el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), que administra, entre otros, los seguros de salud obligatorio y facultativo para los trabajadores del sector formal, los Ministerios de Gobernanza (MIGOB) y Defensa (MIDDEF), que cubren a los miembros de las fuerzas armadas y la administración pública, y, desde 2007, el Ministerio de Educación. El régimen no contributivo está a cargo del MINSa. Los servicios del régimen voluntario los presta el sector privado. [39]

El MINSa, MIGOB y MIDEF cuentan con instalaciones propias. Con el fin de extender su cobertura de servicios, el MINSa inició un proceso de sectorialización del país en 2008. En principio, cada uno de los 2 225 sectores debe contar, en el futuro, con un Equipo Salud Familiar y Comunitario (ESAFc) que implementa las acciones e intervenciones definidas en el Conjunto de Prestaciones de Salud (CPS) en colaboración con otros actores sociales, incluyendo los municipios, según el plan local de salud. [39]

Un ESAFC está formado por un médico general y dos recursos de enfermería. Sin embargo, actualmente los recursos no dan para cumplir con esta normativa. Cada ESAFC sirve a una comunidad de 2 500 a 3 000 habitantes en zonas urbanas y a 3 000 a 5 000 habitantes en zonas rurales. El ESAFC refiere a sus beneficiarios a las instituciones comunitarias y del sector salud, incluyendo la casa base, la casa materna y los establecimientos de la red de MINSA. Una casa base es una institución comunitaria que promueve el auto cuidado de la salud e implementa acciones de prevención y asistencia básica de los principales problemas de salud. Una casa materna atiende con personal calificado el embarazo, el parto, al recién nacido y el puerperio de bajo riesgo en mujeres que viven en zonas alejadas de los servicios de salud. También impulsa el auto cuidado de la salud. El trabajo de las casas base y materna se desarrolla a través de voluntarios y en coordinación estrecha con las redes de agentes comunitarios, los Puestos de Salud Familiar y Comunitaria, los Centros de Salud Familiar y los hospitales. [39]

Los establecimientos del MINSA se organizan en forma de red de referencia y se distinguen de la siguiente manera: Puesto de Salud Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Familiar, Hospitales Primarios, Policlínicos, Hospitales Departamentales, Hospitales Regionales (con sus Centros de Diagnóstico de Alta Tecnología), Hospitales con Servicios de Referencia Nacional y Servicios Nacionales de Tercer Nivel de Atención. [40]

El INSS contrata servicios de Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud (IPSS), tanto del sector público como del privado, certificadas por el MINSA. [40]

En 2007 el gobierno de Nicaragua adoptó un nuevo modelo de atención en salud llamado Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAF). Los objetivos de este modelo son los siguientes:

- 1) construir servicios de salud eficaces, efectivos y eficientes que generen una mejora equitativa de la situación de salud de la población.
- 2) alcanzar mayores niveles de satisfacción de los usuarios.
- 3) alcanzar mejoras en el nivel de protección financiera en salud. [40]

Los pilares del modelo son la prestación de servicios integrales de salud; la gestión descentralizada y desconcentrada a través de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) y otras modificaciones que incluyen la eliminación del anterior Modelo Previsional de la Salud, la reinstalación de la gratuidad de los servicios del MINSa y el cambio de nombre de las Empresas de Medicina Previsional (EMP) del MINSa por Clínicas de Medicina Previsional (CMP). Diversos documentos señalan la necesidad de buscar fuentes financieras alternativas [41] y atraer nuevos recursos externos a través del Fondo Nicaragüense para la Salud (FONSALUD) que se creó en 2005 con ese fin. De esta manera se pretende restituir el derecho a la protección de la salud, y reorientar la participación ciudadana de un enfoque 'utilitario' hacia uno de gestión ciudadana de la salud. [42]

¿Quiénes son los beneficiarios?

Los beneficiarios del régimen contributivo son todos los trabajadores del sector formal, privado y público, además de sus beneficiarios. En el caso del INSS éstos son el cónyuge en estado de pre y postparto e hijos de hasta 12 años. En la práctica la afiliación obligatoria al INSS se limita a los trabajadores formales que habitan en zonas donde la institución ofrece servicios, particularmente la región del Pacífico. En 2008 más de la mitad de los afiliados del INSS (54.2%) se encontraba en Managua, 7.1% en Chinandega, 5.7% en León, 4.6% en Matagalpa y 4.3% en Masaya. [43]

Los beneficiarios del régimen no contributivo son primeramente los grupos poblacionales sin capacidad de pago y no asegurados. El régimen también implementa acciones de salud pública para toda la población. [42]

El régimen voluntario sirve a la población con capacidad de pago que elige comprar sus servicios de salud directamente al proveedor. También incluye a las ONG y OSC que ofrecen servicios subsidiados a grupos sin capacidad de pago. [42]

El MINSa cubre a 61.2% de la población, el INSS a 16.5%, y el MIGOB y el MIDEF a 6%. Muchos beneficiarios del MINSa complementan los servicios ofrecidos por la institución con los del régimen voluntario. Según la Política Nacional de Salud 2008 (PNS), 35 a 40% de la población aún no tiene acceso a ningún servicio público, particularmente quienes habitan en la Región Autónoma Atlántico Norte, la Región Autónoma Atlántico Sur, Río San Juan, Jinotega y Matagalpa. La meta del MINSa es cubrir con el régimen no contributivo las necesidades curativas de 65% de la

población y ofrecer a toda la población nicaragüense servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades. [42]

¿En qué consisten los beneficios?

Entre 2002 y 2007 el Sistema Nacional Único de Salud operó con base en el Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS). [44] Sin embargo, este paquete nunca pudo implementarse. Ahora al PBSS se le llama Conjunto de Prestaciones de Salud (CPS) y se describe detalladamente en el Manual de Organización y Funcionamiento del Sector 2008. Este paquete debe estar al acceso de todos los ciudadanos e incluye acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, curación y rehabilitación. Los beneficios se distinguen en tres grupos:

- a) Servicios públicos en salud (acciones de salud pública, vigilancia, fomento y promoción de la salud)
- b) Servicios de protección y prevención en salud y c) servicios para la atención oportuna del daño (recuperación y rehabilitación de la salud). [45]

El Seguro de Enfermedad y Maternidad del INSS garantiza asistencia médica preventiva, curativa y hospitalaria. Para los asegurados activos, el paquete también incluye prestaciones económicas como subsidios de maternidad y lactancia. Para los dependientes se enfoca en servicios dirigidos a la niñez y la salud reproductiva, incluyendo el tratamiento de cáncer de cérvix y mama. [45]

El MINSa y el INSS también cubren enfermedades de alto costo en función de la disponibilidad de recursos financieros y tecnológicos. [46]

¿Quién vigila las actividades que impactan la salud?

El MINSa y sus respectivos SILAIS, a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nacional, son responsables de la vigilancia de las actividades que impactan la salud. Los datos fluyen desde las comunidades, Casas Base y Puestos de Salud hacia los centros de salud y hospitales, para, a través de los SILAIS, llegar a los programas de la Dirección General de la Vigilancia del MINSa. El tipo de información que se usa incluye el registro de las IPSS, los resultados de laboratorios de microbiología y análisis clínico-patológico y la información producida por agentes comunitarios. El Sistema de vigilancia nacional está en un proceso de

automatización de los procesos de análisis de información y transmisión de datos y de capacitación con el fin de ganar oportunidad y calidad en la información. [46]

El MINSA, con esta información produce, entre otros informes, boletines epidemiológicos semanales. [46]

¿Quién evalúa?

Dentro del MINSA, la Dirección Superior y la Dirección General de Planificación y Desarrollo son responsables de la evaluación de las acciones en salud. La PNS 2008 enfatiza la importancia de la participación de los municipios y comunidades en los procesos de evaluación. Según la PNS 2008, el MINSA debe implementar dos evaluaciones extensas en el actual periodo de gobierno, una en el tercer año y otra antes de finalizar. [42]

El MINSA a través de sus SILAIS regula y supervisa la implementación de auditorías de calidad de la atención médica. Se trata de auditorías internas que complementan las actividades de evaluación de la PNS 2008. Se definen como evaluaciones sistemáticas y retrospectivas, y se realizan a través del análisis del expediente clínico, inspección in situ, entrevistas y otros mecanismos legalmente aceptados. [47]

En 2008, se realizaron 88 auditorías de 176 solicitadas. Las debilidades encontradas incluyen problemas de comunicación en los diferentes niveles de atención con la familia y los pacientes; incumplimiento de las normas y protocolos establecidos para la atención de los diferentes padecimientos, y problemas de actitud de los profesionales de la medicina en las diferentes categorías (médicos generales, residentes, especialistas) que genera mal trato a los pacientes y sus familiares. [48]

➤ **Voz de los usuarios**

¿Cómo participan los ciudadanos en la gestión y evaluación del sistema?

La participación ciudadana es constitucional en Nicaragua. Para el actual gobierno la participación ciudadana en los sectores salud, educación, agua, producción, energía e infraestructura es una prioridad. [42] Esta participación se implementa a través de los Consejos del Poder Ciudadano en la Gestión Pública. En 2007 se adoptó también la Ley de Acceso a la Información Pública que, de manera formal, promueve

el acceso público a la información y exige transparencia en sus operaciones a las instituciones públicas y privadas. [49]

Con respecto específicamente al sector salud, la participación ciudadana se define en la Ley General de Salud y en la PNS 2008. Se organiza a nivel municipal y comunitario a través de los Consejos de Salud y los Comités de Desarrollo Comunitario, entre otros, y se realiza mediante acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades en conjunto con las municipalidades y los ESAFC. Además se promueve por vía de las Jornadas de Análisis y Balance (JABA), cuyo objetivo es rendir cuentas ante la ciudadanía y planificar e identificar prioridades en salud y necesidades financieras. Las primeras JABA se desarrollaron en julio 2008 en todos los departamentos y regiones autónomas, y en ellas participaron, según informes, más de 10 000 personas representantes del sector salud y la sociedad civil. [50]

¿Cómo perciben los usuarios la calidad de la atención a la salud?

La satisfacción de los usuarios se expresa en los espacios de participación ciudadana en la gestión de salud y en los niveles locales. Se mide a través de las evaluaciones del MINSA. En los contratos entre MINSA y las EMP y en los compromisos de gestión entre MINSA y sus hospitales, el número de reclamos presentados por los usuarios de esas IPSS es uno de los indicadores de evaluación. La satisfacción de usuarios también puede expresarse en las auditorías de calidad de las IPSS. [50]

➤ **Innovaciones**

¿Qué innovaciones recientes se han implementado?

Las innovaciones recientes del sistema nicaragüense de salud más importantes son la Promulgación en 2002 de la Ley General de Salud; la puesta en marcha del proceso de descentralización de la regulación de los establecimientos de salud, y el diseño de un nuevo modelo de atención en salud que busca ofrecer servicios de salud efectivos y eficientes, mayores niveles de satisfacción de los usuarios y un mejor nivel de protección financiera en salud. [50]

¿Qué impacto han tenido las innovaciones más recientes?

Aún es temprano para evaluar el impacto de las más recientes innovaciones. Sin embargo, el Informe de Gestión Institucional 2008 del MINSA reporta avances en la sectorialización del país y la instalación de 849 equipos de salud familiar y comunitaria; incrementos en la utilización de los servicios, debidos, entre otras cosas, a su gratuidad, y el inicio del proceso de visitas domiciliarias y de 'dispensarización' de la población con el fin de identificar grupos aparentemente sanos, en riesgo, enfermos y con discapacidades para la programación de los servicios. Estas innovaciones, además, se han asociado a un incremento relativo del gasto público en salud. [50]

➤ **Impacto social del hospital HEODRA en Nicaragua.**

El HEODRA está entre los principales hospitales de Nicaragua y forma la tercera parte del personal médico del país. En su carácter de hospital regional y escuela, el HEODRA debe ofertar servicios de alta complejidad y contar con docentes preparados, departamentos clínicos de alta calidad y tecnología actualizada; sin embargo, sus condiciones actuales le impiden cumplir cabalmente con sus funciones asistencial y docente. En 1960, el hospital se construyó para 150 camas, actualmente tiene más de 400, lo que provoca hacinamiento, aumenta los riesgos de seguridad y distorsiona la atención para los pacientes, ya que el espacio, el personal y el equipamiento no han crecido paralelamente. La infraestructura con 75% de deterioro ya agotó su vida útil. La modernización del modelo de gestión y provisión del HEODRA incrementaría el desempeño del modelo hospitalario. El actual HEODRA carece de información sistemática sobre su eficiencia, resultados en salud y calidad de los servicios. La modernización de su gestión mejoraría su eficiencia y el uso sistemático de protocolos y guías de práctica clínica basadas en evidencia elevaría la calidad y optimizaría el tránsito de los pacientes a lo largo de la red. [50]

VII. DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio

En la presente investigación se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, el que se llevó a cabo en los meses de Enero a Febrero del 2017.

Área de estudio

Servicio de emergencia, del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, hospital docente-asistencial de referencia regional que brinda servicios sanitarios al área rural y urbana del departamento de León.

Fuentes de la Información

Información primaria:

Pacientes (Encuestas)

Información secundaria:

- Referencias bibliográficas.

- Internet.

Diseño de la Muestra

Universo

En conformidad con la información brindada por estadística y dirección del departamento de emergencia del HEODRA la población en estudio es de 7,400 personas. Dato que se obtuvo del promedio mensual del mes de enero del 2017 de consultas realizadas en el Departamento de Emergencia.

Muestra seleccionada

Se calculó tamaño muestral de 161 pacientes en Epi Info 7.2.0.1 Statcalc.

Tipo de muestreo

Debido a la ausencia de un marco muestral en los pacientes que acuden a emergencia, este estudio seleccionó a los participantes utilizando muestreo no probabilístico (por conveniencia).

Criterios de inclusión de la población a estudio

Pacientes que acuden a atención a sala de emergencia y que no fueron hospitalizados.

Criterios de exclusión de la población a estudio

Pacientes ingresados en observación.

Acompañantes de pacientes.

Técnicas de recolección de la información

La encuesta fue conducida por el investigador principal y se inició posterior a comunicación con autoridades superiores del Hospital y Jefes de Departamento. Para validar el cuestionario, el investigador principal realizó prueba piloto con 10 participantes que eran elegibles para el estudio. La prueba piloto permitió realizar ajustes en el lenguaje y redacción de algunas preguntas.

La encuesta fue aplicada en el período entre enero y febrero del año 2017. El investigador principal explicó a los potenciales participantes acerca de las características del estudio (objetivo, metodología y consideraciones éticas) y se aclararon dudas de los participantes. La participación fue voluntaria y fue autorizada mediante consentimiento verbal. Los entrevistados tuvieron opción de en cualquier momento abandonar el estudio. La encuesta se aplica a los pacientes después de la consulta y antes que abandonen la unidad de salud, lo cual permite evaluar la comprensión del paciente acerca del problema, así como evaluar si recuerda las instrucciones proporcionadas. Para disminuir el sesgo de información que podría forzar al entrevistado a contestar las preguntas en una dirección “socialmente aceptable” se realizaron las entrevistas en un espacio físico distante del servicio de emergencias, lo cual garantizó confidencialidad y privacidad al participante. Una vez completado, el cuestionario fue revisado por el investigador principal para garantizar la exhaustividad en el llenado de los cuestionarios. Cuestionarios sin errores de llenado fueron digitados en una base de datos creada en Epi Info versión 7.2.0.1.

Operalización de variables

Área	Variable	Definición	Escala
Datos Generales de los usuarios.	Edad	Tiempo transcurrido en años del usuario desde el nacimiento hasta la fecha de la entrevista	10 – 19 años 20 – 39 años 40 – 59 años 60 – más años
	Sexo	Diferencia física y constitutiva entre el hombre y la mujer.	Femenino Masculino
	Procedencia	Lugar, cosa o persona de que procede alguien o algo.	Urbano Rural
	Nivel de escolaridad	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Primaria incompleta Primaria Completa Secundaria Incompleta Secundaria Completa Técnico Universidad
Aspectos Generales de la Atención.	¿Qué opina de la atención que recibe en este Hospital?	Percepción de la Atención de calidad recibida por el personal de la unidad hospitalaria.	Excelente Muy Buena Buena Regular Mala
	¿Cómo le parece la presentación del hospital?	Percepción de la apariencia física de las instalaciones e infraestructura del hospital.	Excelente Muy Buena Buena Regular Mala
	¿Cómo considera la organización en este hospital?	Percepción del flujo, aéreas de atención con fácil acceso y atención clasificada.	Excelente Muy Buena Buena Regular Mala
	¿Recomendaría a otras personas para que acudan por atención a este hospital?	Sugerir la unidad a otra persona para su atención.	Si No
	¿Considera usted que seguirá acudiendo por atención en esta unidad?	Decisión de seguir visitando la unidad para más atención en salud.	Si No
	¿Encontró solución a su problema de salud?	Solicitud satisfecha de la consulta o de los servicios que oferta la unidad de salud.	Si No
	¿Usted ha acudido a este servicio en ocasiones anteriores?	Visitas anteriores a la unidad por atención.	Si No
	¿La persona que le atendió le explicó lo que tenía?	Explicación de los hallazgos de la enfermedad en la consulta recibidos por el personal médico a los usuarios.	Si No
	¿Recibió consejos o recomendaciones para su salud?	Consejería y recomendaciones para la salud del usuario recibidas por el personal de salud.	Si No
Pudo obtener todas las medicinas recetadas?	Recibir todo el medicamento en farmacia prescrito por el personal médico.	Si No	

Área	Variable	Definición	Escala
Ambiente y Atención en los Servicios.	La señalización que tiene la sala de emergencia esta:	Señales proporciona una indicación o una obligación relativa a la seguridad o salud en el hospital mediante una señal en forma de panel, un color, una señal luminosa o acústica.	Excelente Muy Buena Buena Regular Mala
	La identificación del personal que lo atendió es:	Es cualquier dato que podría identificar o distinguir potencialmente a un individuo específico.	Excelente Muy Buena Buena Regular Mala
	Los asientos en la sala de espera del área de emergencia es:	Mueble confortables para sentarse en sala de estar o sala de espera.	Excelente Muy Buena Buena Regular Mala
	El espacio en la sala de espera es:	Es el lugar físico donde se encuentran los pacientes esperando ser atendidos.	Excelente Muy Buena Buena Regular Mala
	La limpieza en los diferentes ambientes de este hospital (servicios higiénicos, salas de esperas, salas de atención) es:	Acción de limpiar la suciedad o superficie en los diferentes lugares de atención del hospital.	Excelente Muy Buena Buena Regular Mala
	¿Cómo está la ventilación en los diferentes ambientes?	Sistema o abertura que permite que el aire de un lugar cerrado se renueve en los diferentes ambientes del hospital.	Excelente Muy Buena Buena Regular Mala
	El equipamiento en los servicios del hospital es:	Conjunto de cosas o equipo que se proporciona a una persona o con que se equipa una persona para su debida atención.	Excelente Muy Buena Buena Regular Mala
	¿Cómo le pareció la atención que recibió hoy?	Acto que muestra que se está atento al bienestar o seguridad de una persona o muestra respeto, cortesía o afecto hacia el paciente.	Excelente Muy Buena Buena Regular Mala
	¿Valore su satisfacción por la atención recibida?	Sentimiento de bienestar o placer que se tiene cuando se ha colmado un deseo o cubierto una necesidad.	Excelente Muy Buena Buena Regular Mala

Área	Variable	Definición	Escala
Trato del Personal.	¿Qué tiempo esperó para ser atendido?	Tiempo transcurrido desde que llego hasta que fue atendido.	Menos de 30min. 30-1hora. 1-2horas. 3 horas. Más de 3horas.
	¿Cuánto demoró la consulta?	Tiempo transcurrido de la revisión del médico.	Más de 30min. 30-20min. 20-10min. 10-15min. Menos de 5min.
	El trato en admisión es:	Es la percepción de la atención brindada por el personal de admisión.	Excelente Muy Buena Buena Regular Mala
	El trato de las enfermeras es:	Es la percepción de la atención brindada por el personal de enfermería.	Excelente Muy Buena Buena Regular Mal
	El trato de los médicos es:	Es la percepción de la atención brindada por el personal médico.	Excelente Muy Buena Buena Regular Mal
	El trato de la Laboratorista es:	Es la percepción de la atención brindada por el personal de laboratorio.	Excelente Muy Buena Buena Regular Mal
	El trato de la de Farmacia es:	Es la percepción de la atención brindada por el personal de farmacia.	Excelente Muy Buena Buena Regular Mal
	El trato del personal de limpieza es:	Es la percepción de la atención brindada por el personal de limpieza.	Excelente Muy Buena Buena Regular Mal
	En general, ¿cuál cree Ud. es el aspecto de la atención que debemos mejorar?	Sugerencia proporcionada por los pacientes para mejorar.	El tiempo de espera. El trato del personal. Entrega de medicamento. Instalaciones del hospital. Nada.

Control de Sesgo

Con el fin de evaluar la representatividad de la muestra, se compararon variables en función de edad, sexo y nivel educativo. Los resultados indicaron similitud en los dos grupos. Una fuente potencial de sesgo de selección podría ser seleccionar mayoritariamente pacientes de las horas de mayor demanda, los cuales son más probables a estar insatisfechos debido a que tienen un tiempo de espera mayor, para minimizar esta situación se dividió el número de pacientes en 80 (de horas de mayor demanda) y 81 (de horas de menor demanda). Para disminuir el sesgo de información que podría ocurrir por la incorrecta o confusa formulación de las preguntas de la encuesta, la totalidad de la información fue recolectada por el investigador principal. Para disminuir el sesgo de deseabilidad social que podría ocurrir cuando el entrevistado da respuestas socialmente aceptables por temor a desaprobación, se realizó la entrevista en un lugar distante de la sala de emergencias.

Consideraciones éticas

Autorización por escrito firmada y sellada por las autoridades de la institución del director y jefe de departamento. Al momento de recolectar la información se hizo de forma privada y confidencial teniendo en cuentas los principios éticos y respetando las normas establecidas por la institución. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética del hospital HEODRA.

VIII. RESULTADOS

Este estudio se realizó en el departamento de emergencia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello HEODRA-LEON. En total se estudiaron 161 pacientes que acudieron a atención entre los meses de enero y febrero del año en curso.

Dentro de las características generales de los usuarios externos tenemos, que la mayoría fueron adultos jóvenes entre los 20 a 39 años con un 51% y 27% fueron entre edades de 40-59 años, el 11% tenían 60 años o más de igual forma los de 10-19 (Grafico 1); el sexo que más se presentó fue el femenino con un 62% y 38% el masculino (Grafico 2); 59.63% procedían de áreas urbanas el resto rural con un 40.37% (Grafico 3); la escolaridad que mayor presentaron los pacientes fue primaria incompleta en un 29.81% seguido de la secundaria incompleta en un 29.19%, la universidad 20.50%, secundaria completa 13.66% y primaria completa con 6.83% (Ver Anexo Grafico 4).

De acuerdo a los aspectos generales de la atención de los pacientes sobre su opinión de la atención recibida en el hospital la consideraban excelente en un 9%, muy buena en un 21%, el 52% buena y el 18% regular. La presentación del hospital les pareció en un 6% excelente, el 17% muy buena, el 42% buena, 24% regular y el 11% mala; la organización la valoraron con un 3% excelente, 20% muy buena, 52% buena, 19% regular y 6% mala (Ver Anexo Grafico 5).

Los pacientes refieren en un 94% recomendar el hospital HEODRA a otras personas, un 6% no lo harían; un 93% ha acudido en ocasiones anteriores al servicio de emergencia y un 7% no era por primera vez; a un 90% se le explicó por parte del médico lo que tenía y a un 10% no se les realizó explicación de lo que tenían; un 79% se le brindó consejos y recomendaciones para su salud y aun 21% no se les dijo nada, un 67% obtuvo su medicamento recetado y un 33% no se les brindó el medicamento recetado (Ver Anexo Grafico 6).

Con respecto a los ambientes y atención en los servicios los pacientes refirieron que según las señalizaciones de las áreas en el servicio de emergencia un 1%

excelente, 9% muy buena, 80% buena, 95 regular y 1% mala; la identificación del personal la consideran en 11% muy buena, 82% buena, 6% regular y 1% mala; los asientos de las salas de espera del servicio de emergencia 7% muy buena, 62% buena, 28% regular y un 3% mala; los espacio de salas de espera un 10% muy buena, 65% buena, 22% regular y un 3% mala (Ver Anexo Grafico 7). La ventilación de las áreas de atención y salas de espera manifiestan un 6% muy buena, 74% buena, 18% regular y 2% mala; el equipamiento en los servicios de emergencia del hospital HEODRA los pacientes lo perciben un 3% excelente, 10% muy buena, 62% buena, 24% regular y 1% mala (Ver Anexo Grafico 8).

Los pacientes que en un 98% manifestaron haber encontrado solución a su problema valoraron la satisfacción percibida en 4% como excelente, un 19% muy buena, un 64% buena, 10% regular y 1% mala (Ver anexo Grafico 9).

Los que en un 100% manifestaron seguir acudiendo al hospital por atención manifiestan su valoración de la satisfacción en 4% excelente, 19 % muy buena, 64% buena, 11% regular y 2% mala (Ver Anexo Grafico 10).

Los pacientes que en un 67% recibieron su medicamento recetado valoraron su satisfacción en un 2% excelente, 17% muy buena, 43% buena, 4% regular y 1% mala; el 33% que no recibió medicamento la valora con 2% excelente, 2% muy buena, 20% buena, 7% regular y 2% mala (Ver Anexo Grafico 11).

Según la atención que recibieron el día de la entrevista a los pacientes les pareció como excelente un 3%, muy buena un 19%, buena un 64%, regular un 12% y mala un 2%; por lo que valoraron su satisfacción en general manifestando sentirse en un 4% excelente, 19% muy buena, 64% buena, 11% regular y 2% mala (Ver Anexo Grafico 12).

De acuerdo con el tiempo que los pacientes esperaron para ser atendido manifestaron que el 7.45% espero de 1-2 horas, el 19.88% 30min-1hora y el 72.67% espero menos de 30min; el tiempo que demoro la consulta manifiestan que el 8.09% duro menos de 5min, el 41.61% de 10-15min, 19.25% de 10-20 min, el 23.60% de 20-30min y el 7.45% más de 30min (Ver Anexo Grafico 13).

En relación al trato recibido por el personal de emergencia que tuvieron contacto con ellos en admisión fue un 16% excelente, 24% muy buena, 53% buena, 5% regular y 2% mala; enfermería 9% excelente, 24% muy buena, 55% buena, 9% regular y 3% mala; médicos 12% excelente, 28% muy buena, 52% buena, 6% regular y 2% mala, laboratorio 10% excelente, 20% muy buena, 63% buena, 6% regular y 1% mala; farmacia 11% excelente, 22% muy buena, 61% buena, 3% regular y 3% mala; limpieza 11% excelente, 17% muy buena, 62% buena, 9% regular y 1% mala (Ver Anexo Grafico 14).

En general que aspecto de la atención se debía mejor según los pacientes manifestaron que en un 28.57% el tiempo de espera, el 22.36% entrega de medicamentos, el 19.25% las instalaciones del hospital, un 15.53% el trato del personal y un 14.29% manifestaron no cambiar nada (Ver Anexo Grafico 15).

IX. DISCUSION DE RESULTADOS

Evaluar la calidad de los servicios de salud utilizando como parámetro la satisfacción del usuario (a) del mismo expresada en una encuesta, es sin duda una tarea compleja. Lo obtenido mediante tal procedimiento es una opinión acotada por los límites de las opciones de respuesta posibles. Sin embargo, el haber obtenido la información inmediatamente después de la recepción de un servicio, permitió captar la impresión más cercana de la experiencia vivida en ese momento por el (la) usuario(a). Es por lo tanto un termómetro útil para registrar su percepción sobre la atención recibida en el departamento de emergencia del hospital.

En cuanto a los datos generales de los usuarios, se observó que el grupo etéreo predominante fue el de 20 a 39 años con un 51%(Ver anexo gráfico 1), del total de usuarios encuestados el 62.11% eran del sexo femenino (Ver anexo gráfico 2), de donde más provienen los pacientes atendidos son del área urbana en un 59.63% (Ver anexo gráfico 3). Estos resultados se relacionan con estudios que demuestran que la mayor asistencia a demandar servicios de atención en salud la realizan las mujeres entre la edad de 20 a 39 años y el nivel de escolaridad que mayor se presento es el de primaria incompleta seguido de secundaria incompleta manifestándose que los pacientes presentan un nivel de escolaridad aceptable.

De los resultados obtenidos se puede concluir que en opinión de la mayoría de los (las) usuarios (as), los servicios prestados fueron satisfactorios. Sin embargo, los porcentajes de respuestas en sentido opuesto no deben ser desdeñadas, en tanto hacen referencia a las dificultades encontradas con mayor frecuencia en la prestación de servicios de salud pública. Por ejemplo la presentación y organización del hospital (11%) (19%), la falta de explicación de lo encontrado en la atención (10%), deficiente recomendación para mejorar la salud (21%), no entrega de medicamentos recetados (33%), la limpieza del los ambientes 38%, los asientos en sala de espera (28%) y trato del personal. (Ver anexo gráficos 5, 6, 7, 8, 14)

Estos datos concuerdan con lo encontrado en diferentes estudios realizados en México, y la situación de las unidades de salud a nivel nacional, donde la insatisfacción de los (las) usuarios (as) la refieren a la falta de medicamento y tiempo de espera entre otras.

Consistencia con otros estudios

Un problema percibido en este estudio al igual de otros que valoran el grado de satisfacción de los usuarios es la tardanza en la espera de la atención. [4] Otros estudios mencionan la falta de limpieza del centro como un factor negativo en la calidad de atención brindada por las unidades de salud, [3] similar a nuestro estudio.

Un estudio sobre la calidad y satisfacción de los usuarios mencionan la falta de humanismo y calidad del trato, la que fue observada en un 3.4% [4] mientras que nuestro estudio osciló entre 6%.

Una mínima parte de los pacientes percibieron que la duración de la consulta era corta y que esto interfería con el acceso al personal médicos, muy similar a lo reportado por otros autores, [3] e inferior a lo reportado por el estudio realizado por NICASALUD en el 2006.

Otras limitaciones fueron la falta de consejos y recomendaciones de las orientaciones brindadas por los médicos, similares a lo reportado en este estudio (21%) y por NICASALUD (20%).

X. CONCLUSIONES

1. Los usuarios refirieron sentirse satisfechos con la atención recibida y la calificación general de la atención es considerada como buena en un 87%. El grupo etáreo predominante en la demanda de servicio de emergencia fue de 20 a 39 años del sexo femenino.
2. Las dimensiones que más influyen en la percepción de la atención recibida del servicio de emergencia por parte de los usuarios de manera general son el recibir recomendaciones para mejorar su estado de salud, trato del personal de salud y la explicación de los hallazgos en la consulta.
3. Dentro de los ambientes refieren que mejorar la limpieza, los asientos y salas de espera de emergencia.
4. En la atención en los servicios el nivel de satisfacción referido de 87% lo cual no alcanza los estándares normativos del MINSA que establece un mínimo de 95% de satisfacción es considerable como adecuado, la mayor influencia negativa es la falta de medicamentos, tiempo de espera, duración de la consulta y en un pequeño pero considerable porcentaje por el trato en atención a la consulta en visitas anteriores y el equipamiento de los servicios de la sala de emergencia.
5. Los aspectos a mejorar referidos por los usuarios son el abastecimiento de medicamentos, el tiempo de espera y el trato del personal.

XI. RECOMENDACIONES

En el Departamento de Emergencia del HEODRA hasta la fecha no se había realizado ningún estudio de este tipo que midiera el servicio mediante la expectativa y la percepción, es con este estudio que se puede dar una pauta a una serie de estrategias utilizadas con el fin de lograr un mejor desempeño en las actividades realizadas, por ende aportamos las siguientes recomendaciones.

1- Tomar este estudio como medida cualitativa o cuantitativa de la calidad del servicio que brindan para sentar las bases del desarrollo de estrategias (planes a corto, mediano y largo plazo) que conlleven al logro de la satisfacción de los usuarios.

2- También el personal debe dedicarle el tiempo e interés necesario a los pacientes, primeramente, para que exista la posibilidad de un diagnóstico acertado y segundo, para que el período de espera de los pacientes evite ser frustrante.

3- A corto plazo se recomienda al departamento de emergencia promover en sus trabajadores una cultura de calidad en la prestación de servicios, así como propiciar la relación personal-paciente a través de capacitaciones sobre relaciones humanas y calidad de servicio.

4- Además se debe establecer un mecanismo de monitoreo a la aplicación de las técnicas de las buenas relaciones humanas y calidad de servicio asimiladas en las capacitaciones recibidas por el personal. Mismo que puede ser la adopción de continuos estudios similares al presente como mecanismo de evaluación del desempeño del personal o del departamento de emergencia.

5- Se recomienda al departamento de emergencia que a mediano plazo, realice un ajuste en cuanto a los equipos que utiliza, los cuales se presentan obsoletos; es por ello, que debe centrarse en la búsqueda de nuevos equipos con una tecnología avanzada que facilite el progreso de las consultas y los pacientes se sientan satisfechos. Por lo cual, al momento de realizarse el presupuesto deben agregar una sustitución del equipo que éste será una mejora muy satisfactoria al departamento.

6- En base a los resultados encontrados y los problemas identificados en el clima organizacional y la satisfacción de los usuarios externos se debe realizar la priorización de los problemas utilizando los criterios de Frecuencia, Impacto, Factibilidad (Disposición técnica MINSA), y desarrollar un plan de corto plazo que mejore la satisfacción de los usuarios internos y externos; y genere mayor calidad de los servicios prestados.

7- Tomar en cuenta este estudio para ser estrategias de mejoras y sea aplicado a otros servicios del hospital HEODRA y hospitales de mayor demanda y/o de referencia nacional para darnos cuenta de la percepción de la población en estas unidades de salud.

XII. BIBLIOGRAFIA

- 1- Avedis Donabedian, M.D.M.p.h. 1919- 2000, BIOGRAFÍA Walverly Morales Gordillo Calidad de la Atención Clínica TESM/SSNL Gestión de la Calidad abril 2010 <http://es.scribd.com/doc/51403769/Avedis-Donabedian>
- 2- Méndez Torres IR, Murillo Sirias GA. Nivel de satisfacción de los usuarios internos y externos del programa de control de tuberculosis en el departamento de Managua en el período comprendido de agosto 2006 a junio 2007. . Available at: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/2736/1/216285.pdf>. Accessed Enero17, 2017.
- 3- Carmona Berrios DM, Gómez Gutiérrez CJ, Jeréz Chica Carlos F. Calidad de Servicio brindado a los clientes en el Departamento de Consulta Externa del Hospital Escuela “Oscar Danilo Rosales Argüello” (HEODRA) de la ciudad de León en el período comprendido entre Febrero – Marzo del año 2008. Available at: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/retrieve/4673>. Accessed Enero17, 2017.
- 4- Benjamin Suárez Brenda. Percepción de la calidad en la atención de los usuarios externos del hospital Managua Dr. César Amador Kuhl, del 15 de enero al 15 de febrero del 2013. . Available at: <http://cedoc.cies.edu.ni/digitaliza/t753/doc-contenido.pdf>. Accessed Enero17, 2017.
- 5- Ortiz Hernández NM, Fernández Calderón JdIM, Pérez Jaenz CN. Calidad de Atención brindado por el personal de salud a usuarios de la Consulta Ambulatoria, Centro de Salud Virgen de los Desamparados, Diriá, II Semestre 2015. Available at: <http://repositorio.unan.edu.ni/2496/1/74394.pdf>. Accessed Enero17, 2017.
- 6- Cantú Humberto Cultura de calidad « El Mundo de la Calidad <http://elmundodelacalidad.wordpress.com/cultura-de-calidad>.
- 7- Matlin W, Foley J. Sensación y percepción. México: Prentice Hall; 1996. 550-4p.
- 8- Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios: Un modelo de gestión hospitalaria: Ediciones Díaz de Santos; 1993.
- 9- Zurita Garza Beatriz Dra. Calidad de la Atención de la Salud 18 de Agosto 2011 <http://es.scribd.com/doc/62539957/Calidad-de-la-Atencion-de-la-Salud>
- 10- Ferrari María Cristina, Eduardo Alberto Díaz CALIDAD + CALIDEZ: FÓRMULA DE ÉXITO DE LAS ORGANIZACIONES DE SALUD. publicado en el tomo III de Auditoria Médica de la Fundación Universitaria Dr. Rene Favalaro 1994 www.facinter.br/revista/numeros/MariaCArentina.doc

- 11- Nicaragua Ministerio Salud. Política Nacional de Salud para el 2000. Managua
ELNM 1997.
- 12- Ministerio Salud. Normas de equipamiento básico de centros y puestos de salud, Nicaragua. Ministerio. 2000.
- 13- Behm A, Bennington L, Cummane J. A value-creating model for effective policy services. *Journal of Management Development* 2000;19:162-178.
- 14- Williams B, Coyle J, Healy D. The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Social Science & Medicine* 1998; 47:1351-1359.
- 15- Avis M, Bond M, Arthur A. Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *Journal of Advanced Nursing* 1995;22:316-322.
- 16- Jenkinson C, Coulter A, Bruster S. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *International Journal for Quality in Health Care* 2002; 14:353-358.
- 17- Calnan M. Towards a conceptual framework of lay evaluation of health care. *Social science & medicine* 1988; 27:927-933.
- 18- Rao M, Clarke A, Sanderson C, et al. Patients' own assessments of quality of primary care compared with objective records based measures of technical quality of care: cross sectional study. *Bmj* 2006; 333:19.
- 19- Hopkins A, Gabbay J, Neuberger J. Role of users of health care in achieving a quality service. *Quality in Health Care* 1994; 3:203.
- 20- Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science & Medicine* 1997; 45:1829-1843.
- 21- Bazo L. M. Carrasquero M. Rincón G: Opinión de los pacientes atendidos en el servicio de cirugía de IAHULA sobre la calidad de atención del personal de enfermería. Agosto-Septiembre. Universidad de los Andes. 1999.
- 22- Caligiore L. Factores que influyen en el cumplimiento de las actividades del personal de enfermería del área de hospitalización de medicina de IAHULA Mérida. Universidad de los Andes.
- 23- Andía Romero Carla Mabel. Etal. Satisfacción del usuario de los servicios de consulta externa del Hospital I Espinar. Abril. 2002 (Internet).

- 24- García S. Indicadores de gestión para los establecimientos de atención médica. Caracas, editorial Disinlimed C. A. 1993.
- 25- Memoria, Segundo Foro Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos del Sector Salud. La Salud en la Agenda Política Nacional. Managua. Nicaragua. 9 y 10 de julio. 1996.
- 26- Directivo médico. Revista sobre temas administrativos, sociales, económicos, tecnológicos y éticos. Vol. I. Nº 1, Julio-Agosto. Caldera editores. México. 1994.
- 27- Programa de Adiestramiento en Salud de Centro América. Panamá. OPS/OMS. Análisis del desempeño del equipo local de salud; Compromiso con un proceso estratégico. Vol. I. II parte. 1994.
- 28- Nicaragua, Ministerio de Salud. Programa de calidad en los servicios de salud. Agosto. 1995.
- 29- Chorny, Adolfo. Etal. Investigaciones y Sistemas Locales de Salud. Los Sistemas Locales de salud: concepto, métodos y experiencias. Washington. EUA. Editores: Paganini, José y Capote Mir. Roberto. OPS/OMS. Publicación Científica Nº 519. 1990.
- 30- Pabón Lasso. Hipólito: Evaluación de los servicios de salud. Conceptos Indicadores. Ejemplos de análisis cuantitativos. Segunda edición. Colombia. Universidad del Valle. 1987.
- 31- Taller de planificación de recursos humanos en el marco de la reforma del sector salud I y II.
- 32- Memoria, Segundo Foro Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos del Sector Salud. La Salud en la Agenda Política Nacional. Managua. Nicaragua. 9 y 10 de julio. 1996.
- 33- Balladares Trizel. Etal. Nivel de satisfacción de la población marginal de Sector Salud. La Salud en la Agenda Política Nacional. Managua. León sobre la prestación de servicios de salud. León. Julio de 1997.
- 34- <http://www.Lachsr.org/es/thesaurus/00000376.htm>. (Internet).
- 35- Escobar Saldarriaga. Etal. Calidad de atención de enfermería en las salas de trabajo de parto en algunas instituciones oficiales de salud del departamento de Antioquía. Colombia. 1er Semestre. 1990. (Internet).
- 36- Castillo L, Dougnac A, Vicente I, Muñoz V, Rojas V. Los predictores de satisfacción de pacientes en un centro hospitalario universitario. Rev Méd Chile. 2007; 135: 696-701.

- 37- Gea MT, Hernán García M, Jiménez Martín JM, Cabrera A. Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. Rev Calidad Asistencial. 2001; 16 (1): 37-44.
- 38- De Dios Lorente JA, Vázquez Pupo A, Núñez Quintana A. Algunas reflexiones sobre la calidad en la prestación de los servicios de salud. MEDISAN. 2001 [citado 8 Feb 2013]; 5 (2). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol5_2_01/san07201.htm
- 39- Ministerio de Salud. Modelo de Salud Familiar y Comunitaria. Desarrollo Prospectivo de la Red de Servicios. Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni/planificacion/mosaf/Ministerio%20de%20Salud%20Desarrollo%20Prospectivo%20de%20la%20Red%20de%20Servicios.pdf>.
- 40- Ministerio de Salud. Marco conceptual del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria. Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/planificacion/mosaf/Marco_Conceptual_Modelo_Salud_Familiar_Comunitario.pdf
- 41- WHO. WHO Global InfoBase: Data for Saving Lives. Country Page, Nicaragua. Disponible en: <https://apps.who.int/infobase/report.aspx?iso=NIC&rid=iii&goButton=Go>
- 42- Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud 2008. Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni/planificacion/politica.htm>
- 43- Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. Anuario Estadístico 2008. Disponible en: http://www.inss.gob.ni/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=8&Itemid=37
- 44- Ministerio de Salud. La Ley No. 423. La Ley General de Salud. Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/planificacion/lgs_423.pdf
- 45- OPS. Perfil de los sistemas de salud. Nicaragua. Monitoreo y evaluación de los procesos de cambio y reforma. Disponible en: http://new.paho.org/hss/index.php?option=com_content&task=view&id=3263&Itemid=3317&lang=es
- 46- Proyecto Mesoamericano de la Salud. Disponible en: <http://www.proyectomesoamerica.org/documentos/07.i%20-%20Nicaragua%20Vigilancia.pdf>

47- Ministerio de Salud. Norma de la Auditoría de la Calidad de la Atención Médica. Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni/regulacion/normas/N-005-AuditoriaCalidadAtencion.pdf>

48- Ministerio de Salud. Informe de Gestión Institucional 2008. Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni//planificacion/Infgest/InfGestInstl2008.pdf>

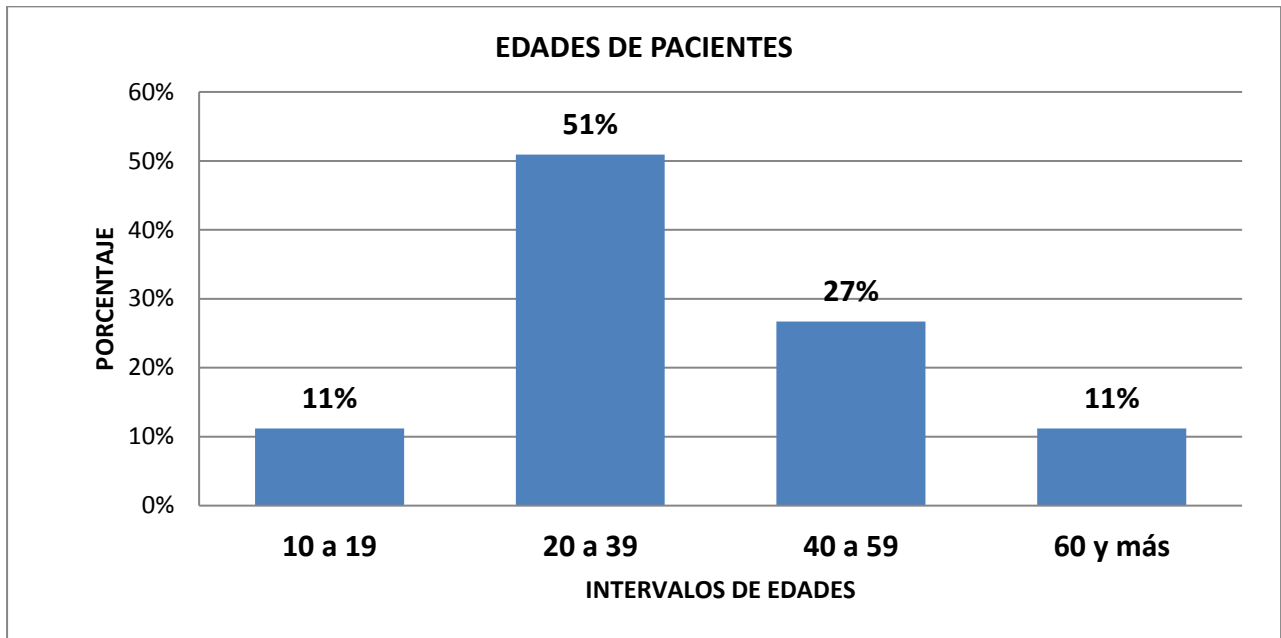
49- Asamblea Nacional. Ley de Acceso a la información pública, Ley No. 621, Aprobada el 16 de Mayo del 2007 y publicada en La Gaceta No.118 del 22 de junio del 2007. Disponible en: <http://oaip.cancilleria.gob.ni/documentos/alegal/ley621.pdf>

50- Ministerio de Salud. Informe de Gestión Institucional 2008. Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni//planificacion/Infgest/InfGestInstl2008.pdf>

ANEXOS

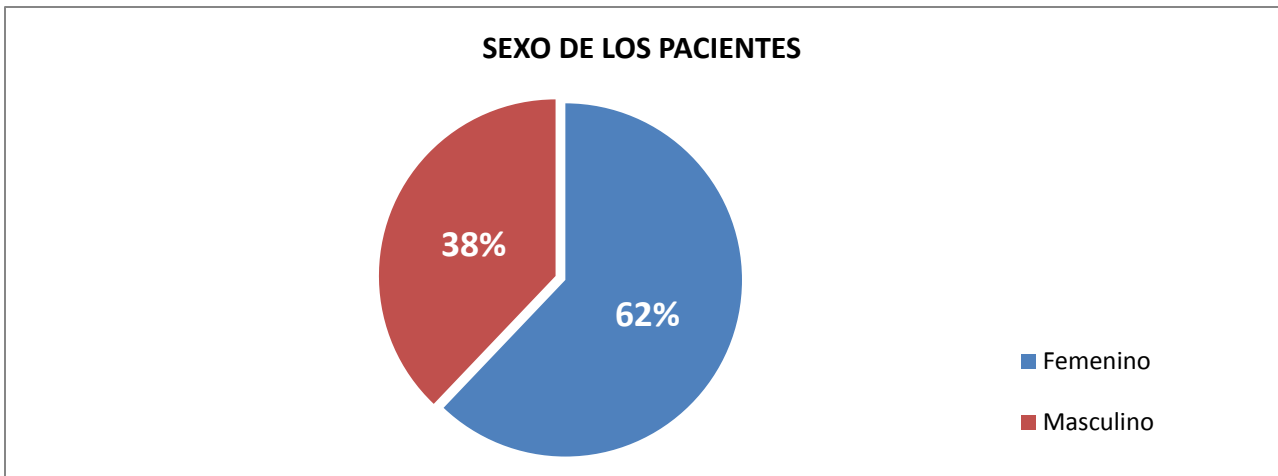
INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1: Distribución de los pacientes atendidos en la sala de emergencia del hospital HEODRA según distribución de grupos de edades de Enero a Febrero del 2017.



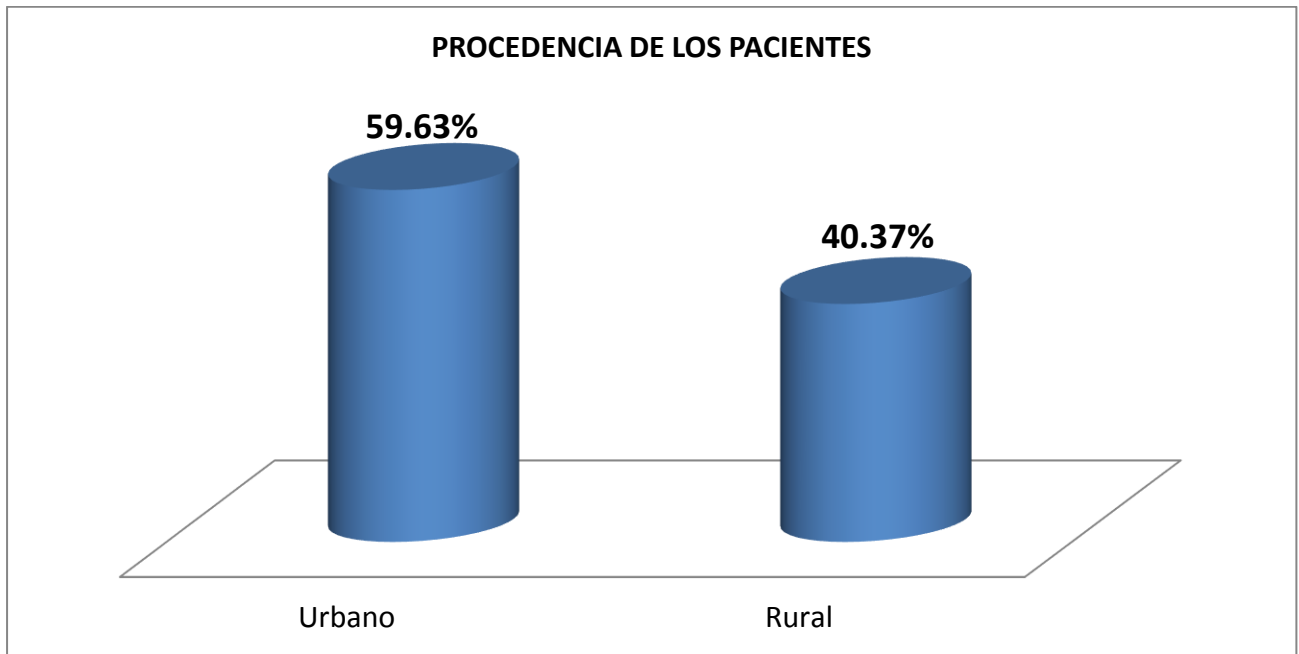
Fuente: Encuesta de opinión de usuario/a

Gráfico 2: Distribución de los pacientes atendidos en la sala de emergencia del hospital HEODRA según sexo de Enero a Febrero del 2017.



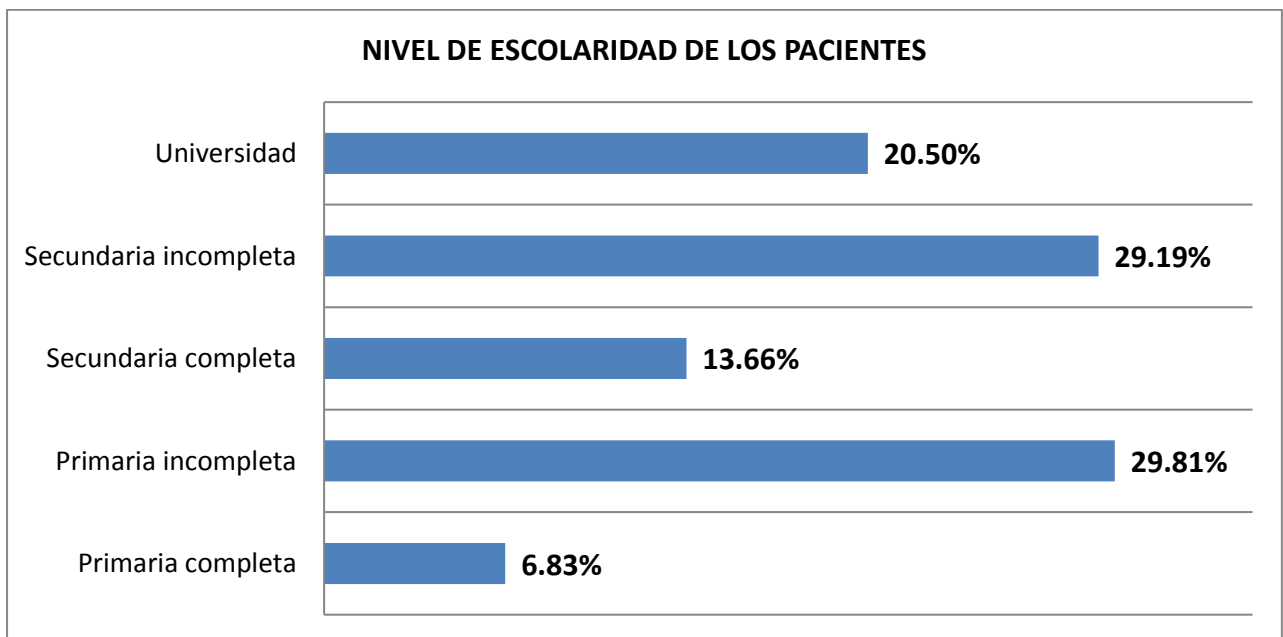
Fuente: Encuesta de opinión de usuario/a

Gráfico 3: Distribución de los pacientes atendidos en la sala de emergencia del hospital HEODRA según su procedencia de Enero a Febrero del 2017.



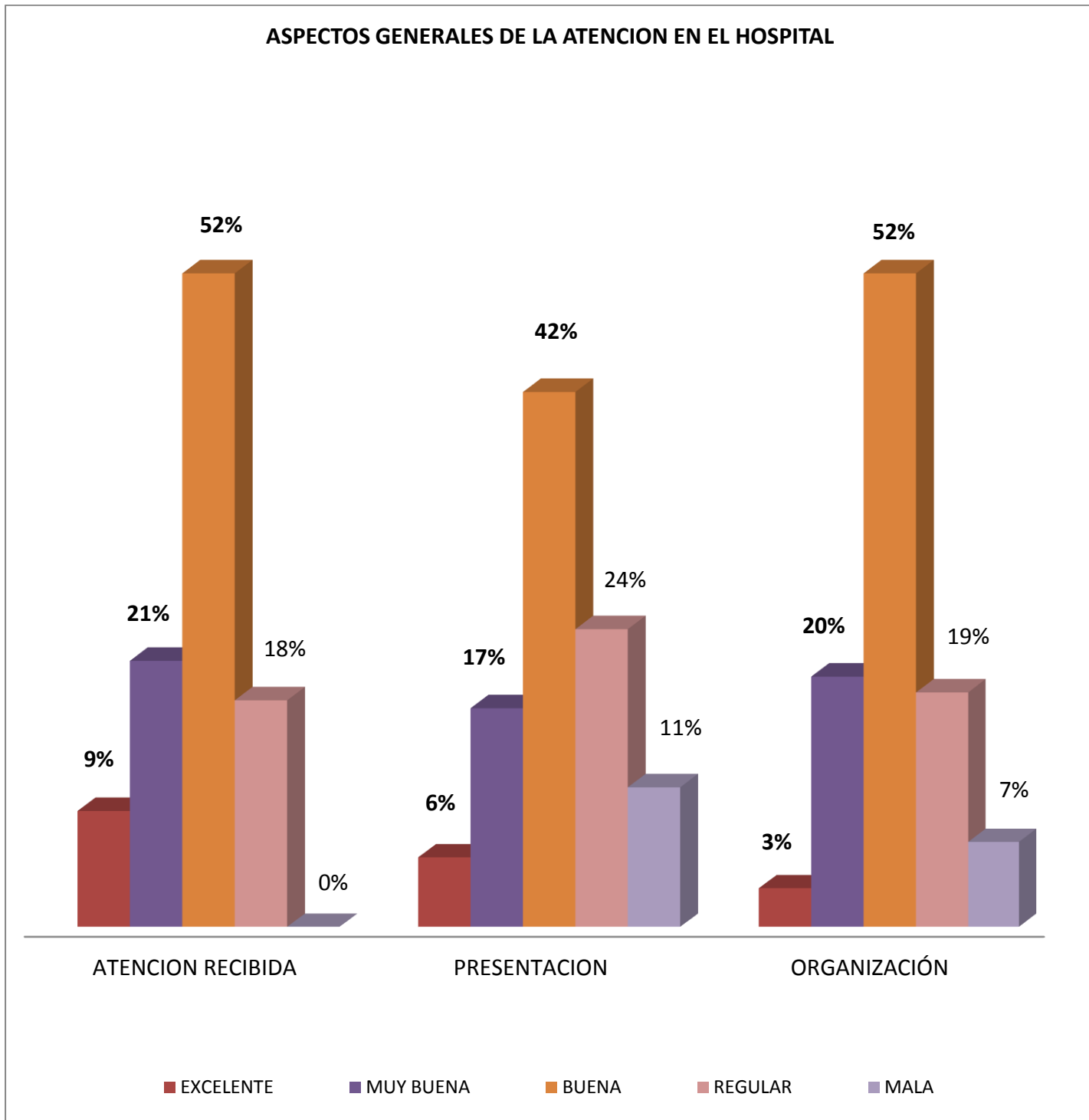
Fuente: Encuesta de opinión de usuario/a

Gráfico 4: Distribución de los pacientes atendidos en la sala de emergencia del hospital HEODRA según su nivel de escolaridad de Enero a Febrero del 2017.



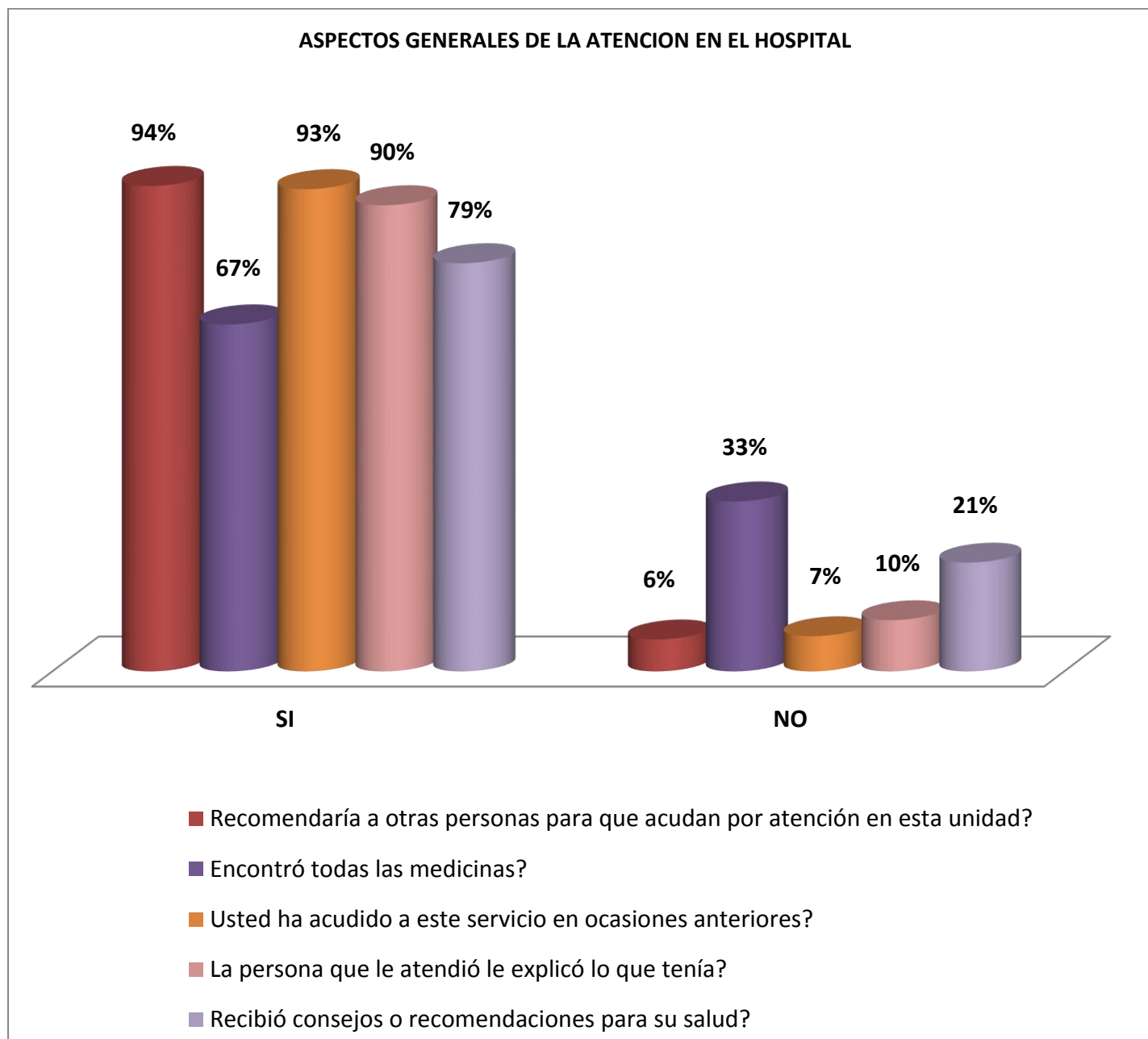
Fuente: Encuesta de opinión de usuario/a

Gráfico 5: Distribución de los pacientes atendidos en la sala de emergencia del hospital HEODRA según aspectos generales de la atención de Enero a Febrero del 2017.



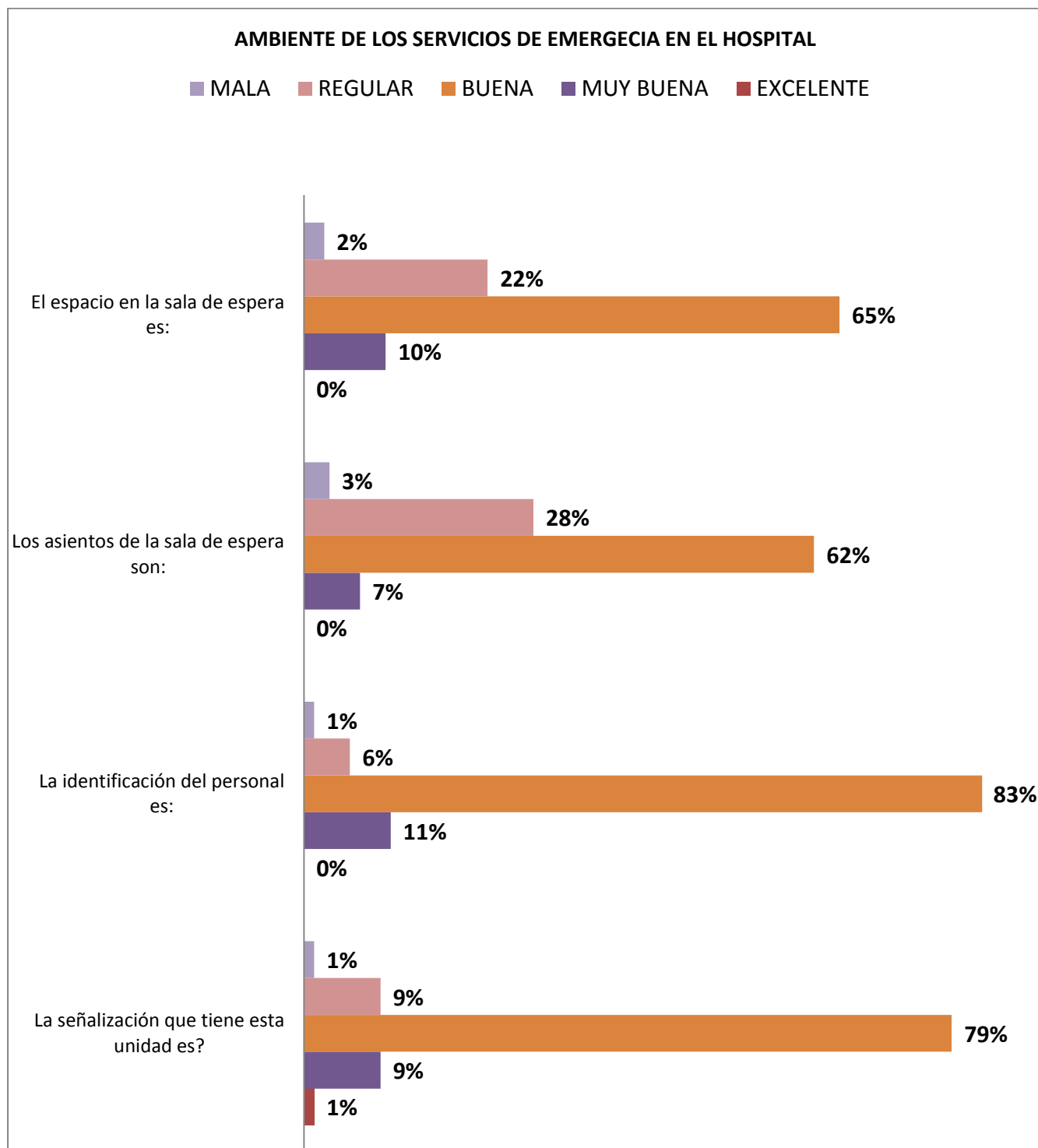
Fuente: Encuesta de opinión de usuario/a

Gráfico 6: Distribución de los pacientes atendidos en la sala de emergencia del hospital HEODRA según aspectos generales de la atención de Enero a Febrero del 2017.



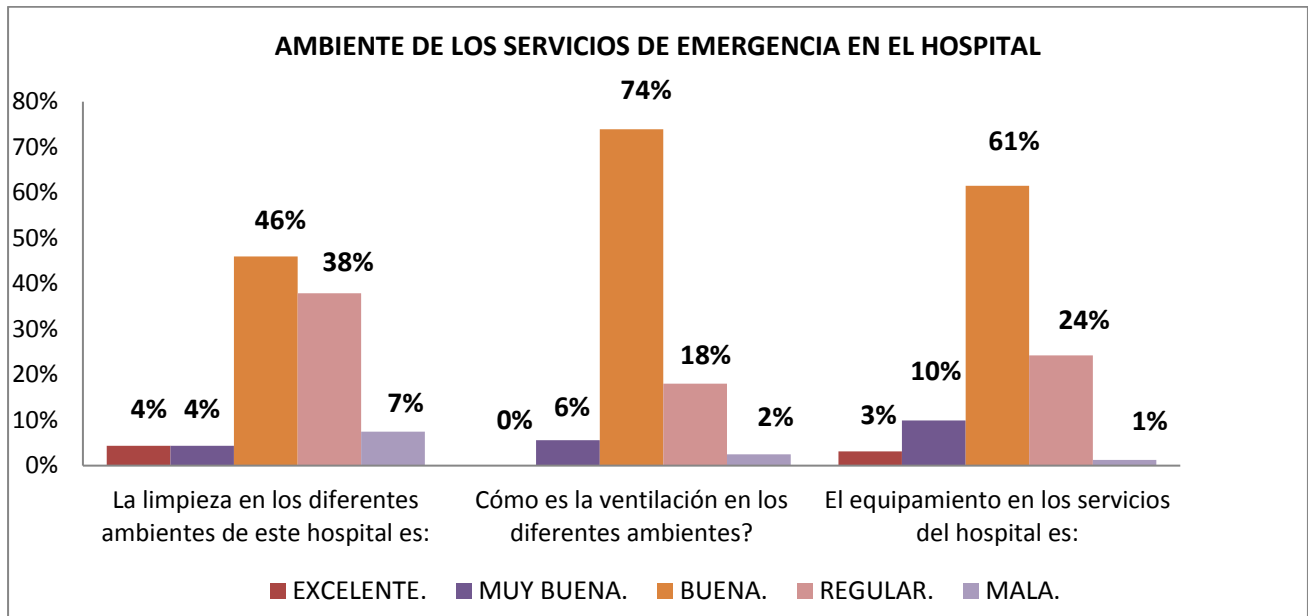
Fuente: Encuesta de opinión de usuario/a.

Gráfico 7: Distribución de los pacientes atendidos en la sala de emergencia del hospital HEODRA según ambientes y atención en los servicios de Enero a Febrero del 2017.



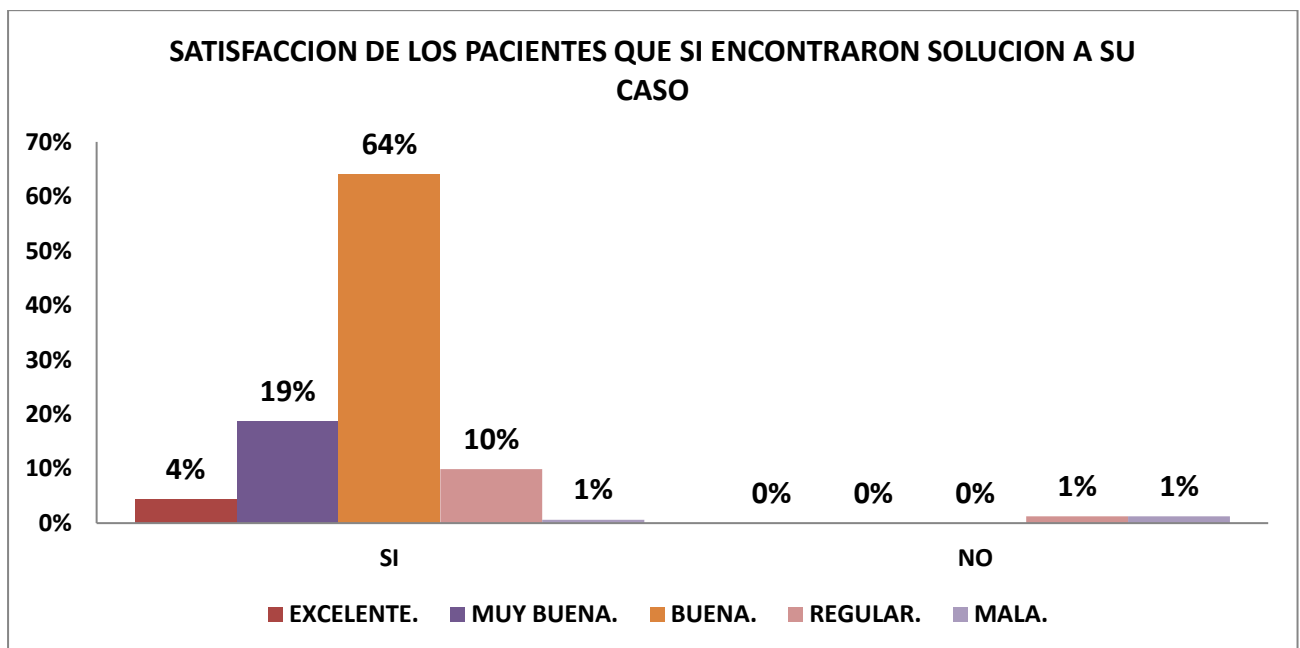
Fuente: Encuesta de opinión de usuario/a

Gráfico 8: Distribución de los pacientes atendidos en la sala de emergencia del hospital HEODRA según ambientes y atención en los servicios de Enero a Febrero del 2017.



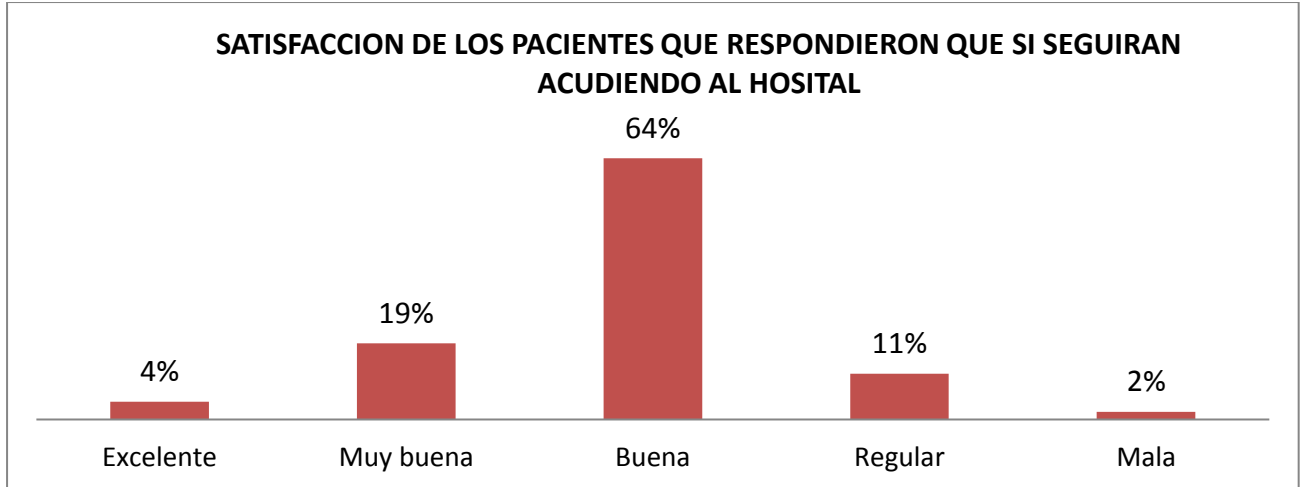
Fuente: Encuesta de opinión a usuario/a

Gráfico 9: Distribución de los pacientes atendidos en la sala de emergencia del hospital HEODRA según satisfacción en relación a los que encontraron solución a su problema de salud de Enero a Febrero del 2017.



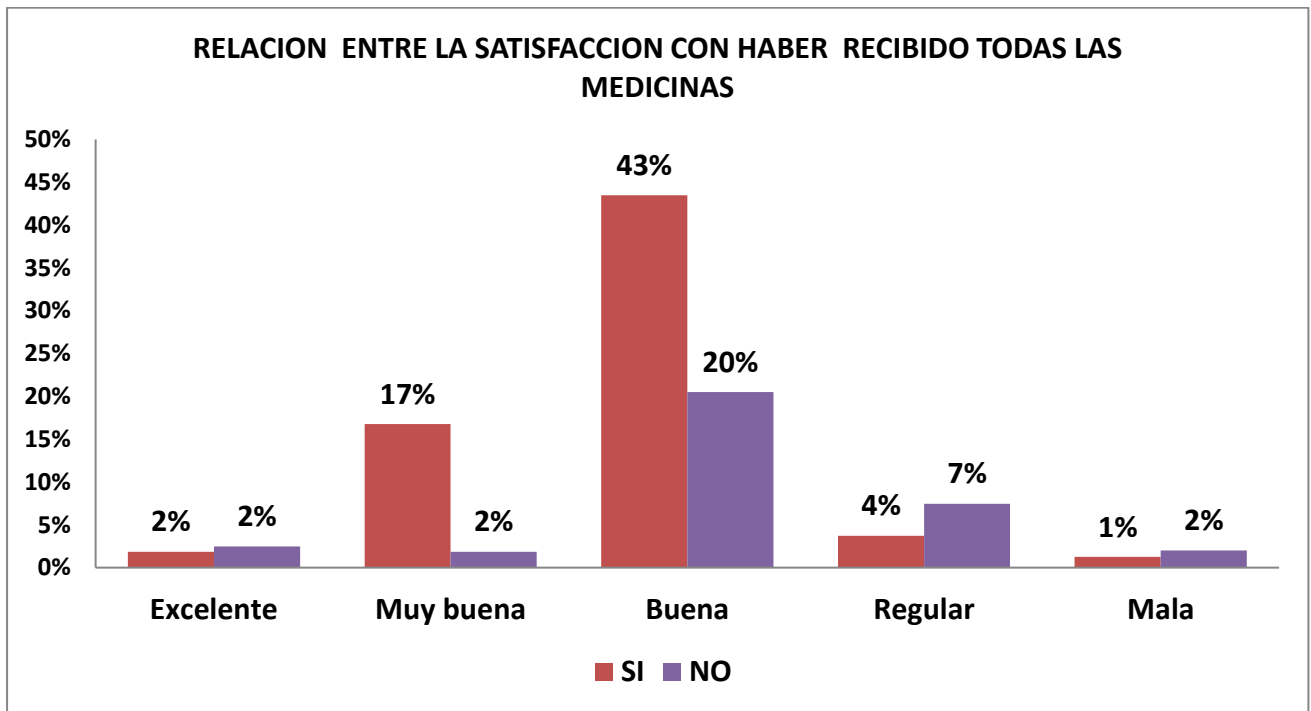
Fuente: Encuesta de opinión de usuario/a

Gráfico 10: Distribución de los pacientes atendidos en la sala de emergencia del hospital HEODRA según satisfacción de los pacientes que respondieron seguir acudiendo a este hospital por atención de Enero a Febrero del 2017.



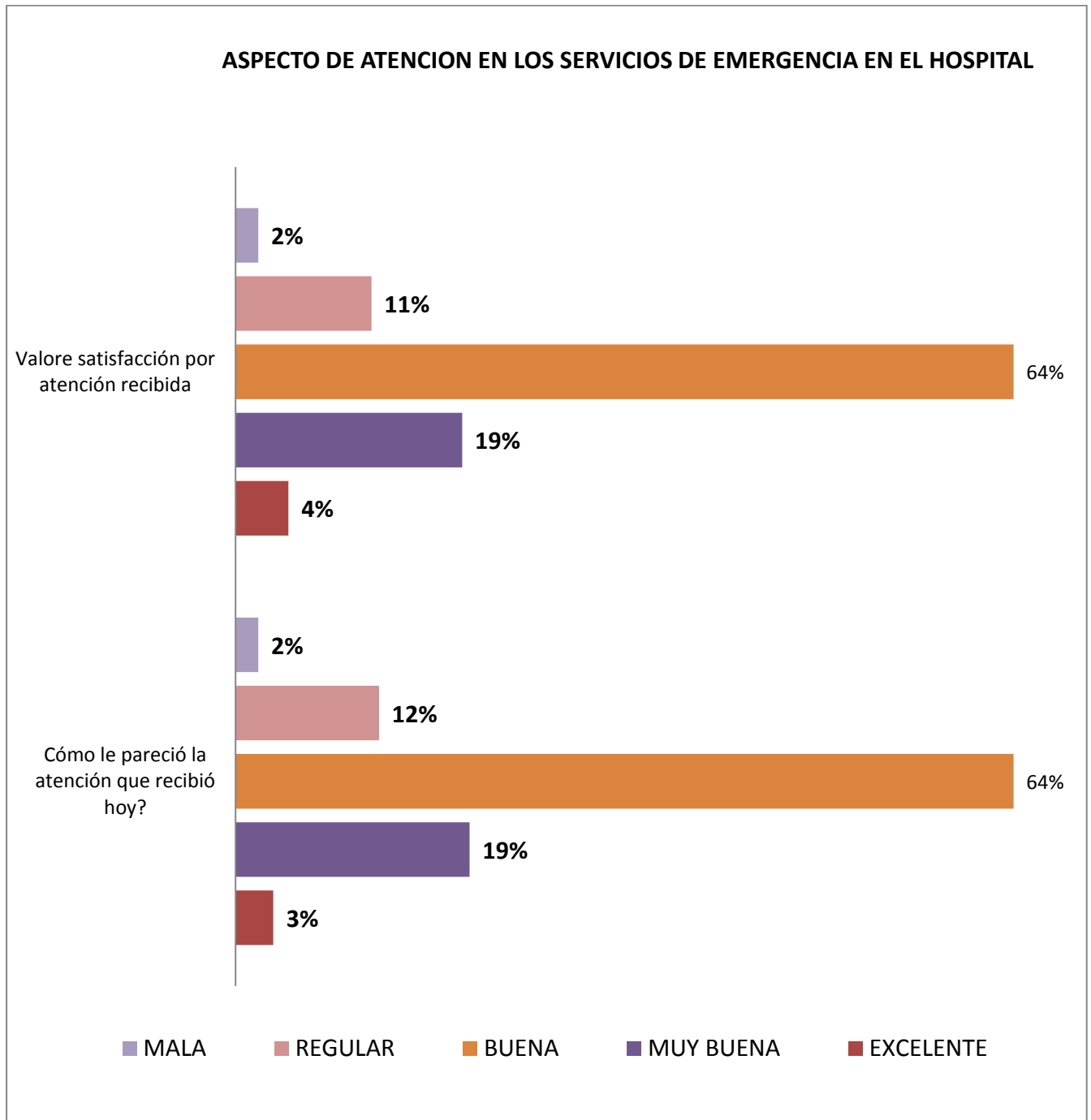
Fuente: Encuesta de opinión de usuario/a

Gráfico 11: Distribución de los pacientes atendidos en la sala de emergencia del hospital HEODRA según su nivel de satisfacción con respecto a los pacientes que recibieron todas sus medicinas recetadas de Enero a Febrero del 2017.



Fuente: Encuesta de opinión de usuario/a

Gráfico 12: Distribución de los pacientes atendidos en la sala de emergencia del hospital HEODRA de lo que se refiere a ambientes y atención en los servicios según su parecer de la atención recibida el día de hoy y su satisfacción de Enero a Febrero del 2017.



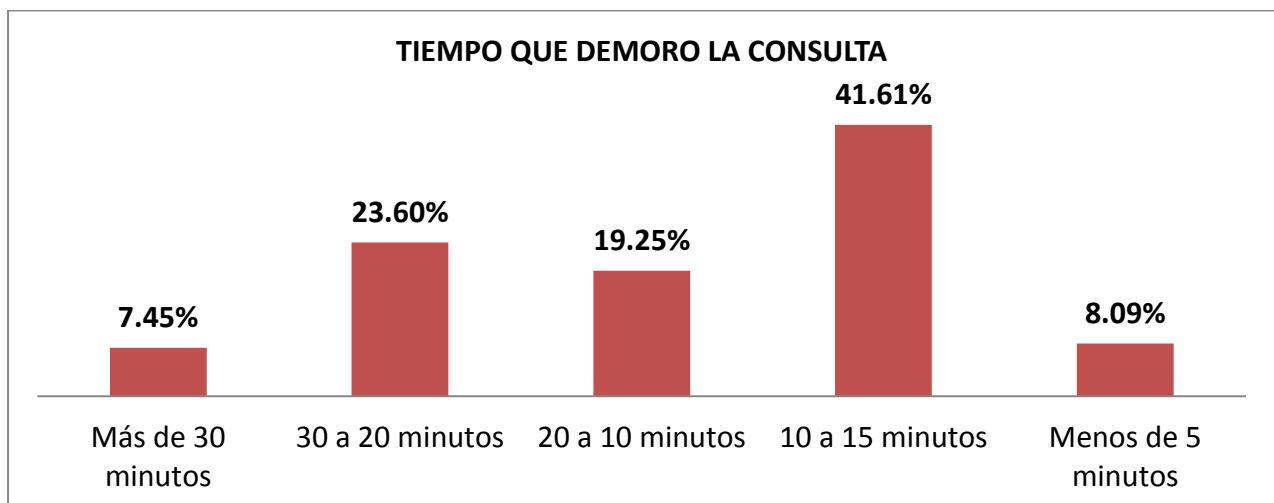
Fuente: Encuesta de opinión de usuario/a

Gráfico 13: Distribución de los pacientes atendidos en la sala de emergencia del hospital HEODRA relación al trato del personal según tiempo de espera para ser atendido de Enero a Febrero del 2017.



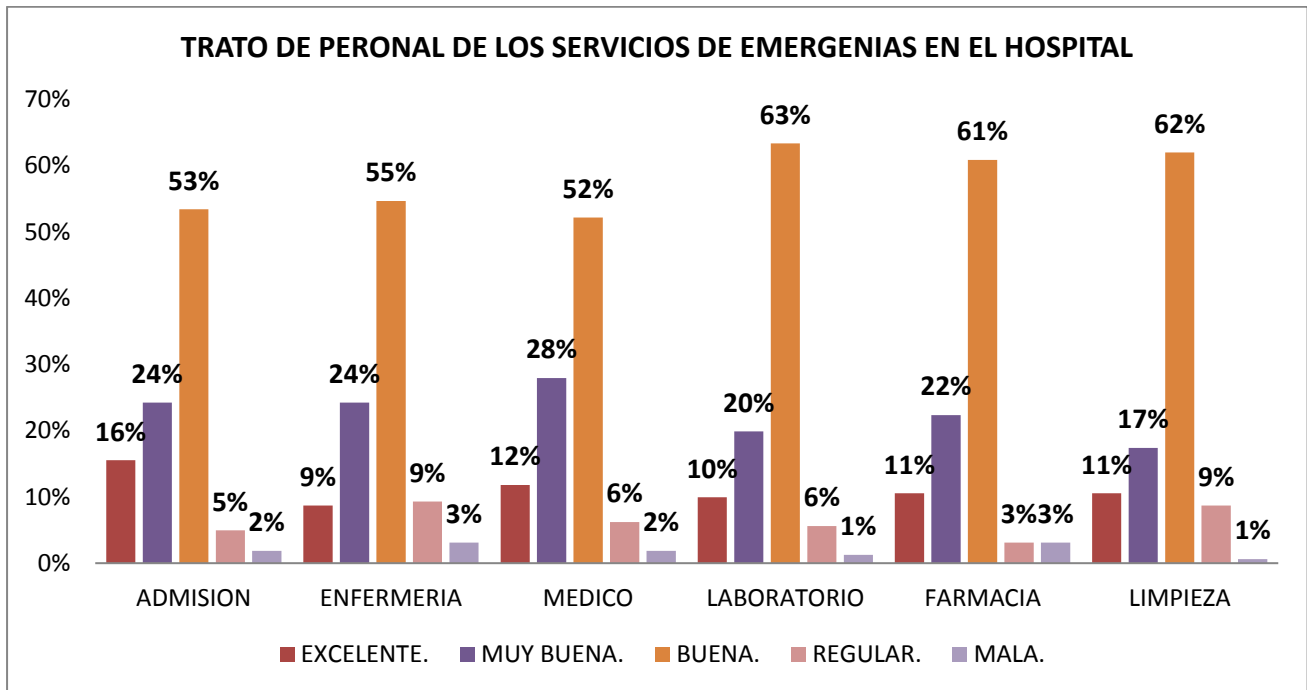
Fuente: Encuesta de opinión de usuario/a

Gráfico 14: Distribución de los pacientes atendidos en la sala de emergencia del hospital HEODRA relación al trato del personal según tiempo que duro la consulta de Enero a Febrero del 2017.



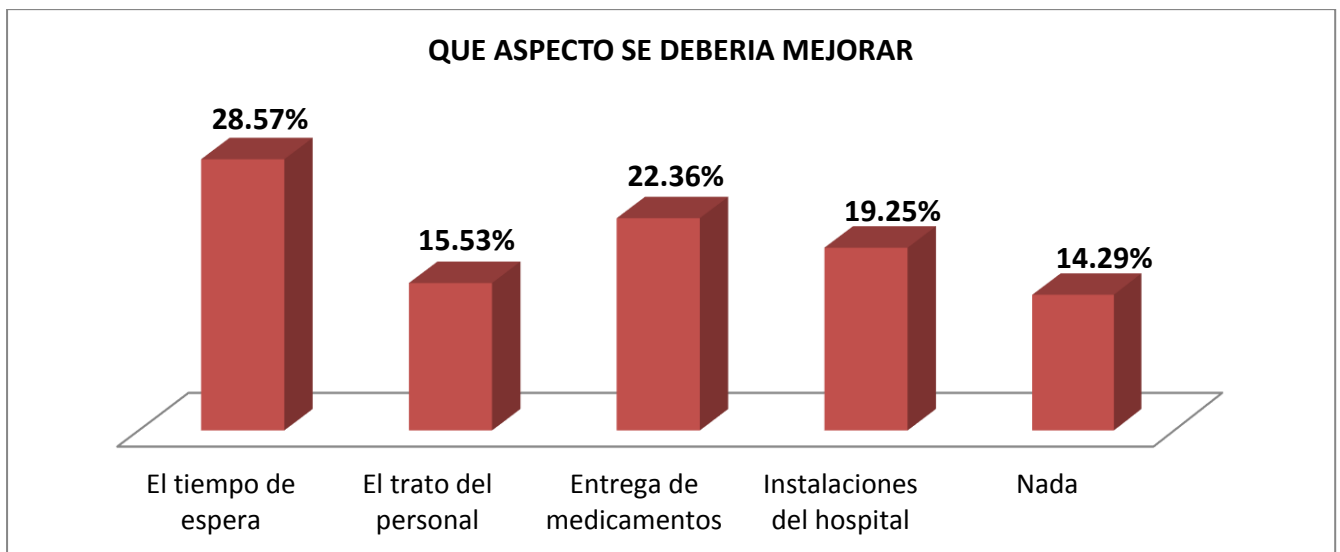
Fuente: Encuesta de opinión de usuario/a

Gráfico 15: Distribución de los pacientes atendidos en la sala de emergencia del hospital HEODRA según el trato del personal de Enero a Febrero del 2017.



Fuente: Encuesta de opinión de usuario/a

Gráfico 16: Distribución de los pacientes atendidos en la sala de emergencia del hospital HEODRA según el aspecto que ellos creen se debe mejorar de Enero a Febrero del 2017.



Fuente: Encuesta de opinión a usuario/a

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

ENCUESTA DE OPINIÓN DE USUARIOS/AS

Buenos días/tardes, se está realizando esta encuesta a los personas que acuden por atención en este hospital con el objeto de recibir su opinión sobre la atención que reciben, nos gustaría conocer su nivel de satisfacción, esta información que realice permitirá mejorar la atención. No necesitamos sus datos personales, únicamente su ayuda contestando estas preguntas de la forma más sincera. Sus respuestas serán completamente confidenciales. Gracias por su colaboración.

No. de Encuesta: _____ HOSPITAL ESCUELA "OSCAR DANILO ROSALES A."						
Años : 10 a 19 años ____ 20 a 39 años ____ 40 a 59 años ____ 60 y más años ____	Sexo : F ____ M ____	Procedencia: Urbano ____ Rural ____	Nivel de Escolaridad: Primaria incompleta ____ Primaria Completa ____ Secundaria Incompleta ____ Secundaria Completa ____ Técnico ____ Universidad ____			
Marque con una x sobre el casillero correspondiente. Cada pregunta debe ser contestada con 1 sola respuesta						
ASPECTOS GENERALES DE LA ATENCIÓN						
1	¿Qué opina de la atención que recibe en este Hospital?	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
2	¿Cómo le parece la presentación del hospital?	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
3	¿Cómo considera la organización en este organización?	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
4	¿Recomendaría a otras personas para que acudan por atención a este hospital?	Si			No	
5	¿Considera usted que seguirá acudiendo por atención en esta unidad?	Si			No	
6	¿Encontró solución a su problema de salud?	Si			No	

7	¿Usted ha acudido a este servicio en ocasiones anteriores?	Si	No
8	¿La persona que le atendió le explicó lo que tenía?	Si	No
9	¿Recibió consejos o recomendaciones para su salud?	Si	No
10	Pudo obtener todas las medicinas recetadas?	Si	No

AMBIENTES Y ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS

11	La señalización que tiene esta unidad es:	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
12	La identificación del personal es:	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
13	Los asientos en la sala de espera es:	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
14	El espacio en la sala de espera es:	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
15	La limpieza en los diferentes ambientes de este hospital es:	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
16	¿Cómo está la ventilación en los diferentes ambientes?	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
17	El equipamiento en los servicios del hospital es:	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
18	¿Cómo le pareció la atención que recibió hoy?	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
19	¿Valore su satisfacción por la atención recibida?	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

TRATO DEL PERSONAL

20	¿Qué tiempo esperó para ser atendido?	Menos de 30 minutos	30 min. -1 horas	1 -2 horas	3 horas	Más de 3 horas
21	¿Cuánto demoró la consulta?	Más de 30 minutos	30 – 20 min	20 - 10 min	10-15 min	Menos de 5 min

22	El trato en admisión es:	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
23	El trato de las enfermeras es:	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
24	El trato de los médicos es:	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
25	El trato de la Laboratorista es:	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
26	El trato de la de Farmacia es:	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
27	El trato del personal de limpieza es:	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
28	En general, ¿cuál cree Ud. es el aspecto de la atención que debemos mejorar?	El tiempo de espera —	El trato del personal__	Entrega de medicamentos__	Instalaciones del hospital__	Nada__

GRACIAS POR SU COLABORACION!!!