



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA**  
**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE A SALUD**  
**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA 2007 - 2009**

**TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA**

**SATISFACCIÓN DE LA POBLACION QUE DEMANDA LOS SERVICIOS DE SALUD,  
EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL ENRIQUE AGUILAR DE LA  
ESPERANZA INTIBUCÁ EN EL PERIODO DE ABRIL DEL 2009**

**AUTORA: JULISSA YAMILETH ARITA CHINCHILLA MD**

**TUTORA: MSC ALMA LILA PASTORA ZEULI.**

**Administradora servicios de salud.**

**Ocotal, Nueva Segovia, Nicaragua Junio del 2009**

# INDICE

<b>DEDICATORIA</b>	<b>i</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>ii</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>iii</b>
<b>I. INTRODUCCION</b>	<b>1</b>
<b>II. ANTECEDENTES</b>	<b>3</b>
<b>III. JUSTIFICACION</b>	<b>5</b>
<b>IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>6</b>
<b>V. OBJETIVOS</b>	<b>7</b>
<b>VI. MARCO DE REFERENCIA</b>	<b>8</b>
<b>VII. DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>27</b>
<b>VIII. RESULTADOS</b>	<b>31</b>
<b>IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>	<b>33</b>
<b>X. CONCLUSIONES</b>	<b>35</b>
<b>XI. RECOMENDACIONES</b>	<b>36</b>
<b>XII. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>37</b>
<b>XIII. ANEXOS</b>	

## I) DEDICATORIA

**A DIOS:** Todo poderoso que su infinita misericordia, nos da sabiduría para culminar este trabajo, la gracia de una hermosa familia y la vida.

**A mis padres :** José Alejandro Arita y Rosa Méilda Chinchilla de Arita QDDG que con manos de hierro y guantes de seda, me enseñaron el honor, servicio, amor al prójimo y la disciplina de la lucha constante para mejorar cada día más y que con su ejemplo y sacrificio han hecho lo que ahora soy.

**A mi nana:** Fidelina Orellana que con su dedicación, esmero, cariño, cuidados y sacrificio me han apoyado día a día en mi caminar y en especial durante mi estudios.

**A mis Maestros:** por abnegada, dedicación y empeño al enseñarme con paciencia y sabiduría los conocimientos que regirán mi futuro profesional.

### **iii). AGRADECIMIENTOS**

Agradecimiento infinito a Dios nuestro señor, guía espiritual que en todo momento me iluminó manteniendo mi fe ineludible para seguir este camino.

Al noble pueblo de Nicaragua por darme la oportunidad de realizar mi sueño de continuar hasta culminar mis aspiraciones de estudio.

Especial agradecimiento a mi tutora Msc Alma Lila Pastrana Coordinadora área de Formación del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES – UNAN Managua), que con su tenaz impulso, elevado esfuerzo y profunda dedicación me estimuló en el desarrollo de este estudio.

A mis maestros por su profesional y trato humano, el interés mostrado en brindarnos los conocimientos necesarios para completar con éxito mi maestría en especial al Msc Manuel Martínez por su valioso apoyo, su amistad, y su don de maestro que me permitió culminar mis estudios.

Mi eterno agradecimiento a los usuarios/as que son el ser más importante de nuestro estudio, para lo cual no dependen de nosotros, nosotros dependemos de ellos, no es una interrupción para mi trabajo, él es propósito de nuestro trabajo, no le hacemos un favor con servirlo, él nos hace el favor de darnos la oportunidad de servirles.

## RESUMEN

El objetivo del estudio fue la satisfacción, la percepción y la calidez percibida por el usuario de los servicios de consulta externa del Hospital.

El estudio se basó en 131 pacientes; usando de referencia a la población que acudió a consulta externa del Hospital el año 2008 de 115,000,000, usando el paquete estadístico de Epi Info 3.4.3, para la tabulación de los datos, arrojando un índice de confianza de 95%, y un 5% de error, seleccionando los pacientes al final de la ruta crítica que es la farmacia, realizando una encuesta de salida con la finalidad que el paciente pueda analizar en su respuesta, cual departamento de la consulta externa le oferto un mejor servicio de calidad y de la preferencia del usuario al personal que mejor le atendió.

Previamente se realizó una prueba piloto de validación para realizar los ajustes correspondientes a el nivel educativo, cultural, sociodemográfico y religioso, de los participantes.

Se investigó la satisfacción de los usuarios mediante entrevista directa una vez finalizado el flujo de atención aplicando una encuesta previamente validada, los datos obtenidos se procesaron utilizando Epi Info 3.4.3. La muestra fue estimada a partir de una población de referencia de 115,000 que asisten normalmente al hospital Enrique Aguilar, un 95% de confianza, un margen de error de 5%, una frecuencia 85 %

Los resultados demuestran que de la población en estudio, la edad que mas demanda asistencia en salud al Hospital en un 35% es 39 a 40 años, seguido por un 21% las edades comprendidas entre 41 a 50 años, siendo el sexo femenino con 68%, refiriendo estas últimas tener un grado de satisfacción durante la consulta de 89%, mientras que referente a la privacidad las féminas entrevistadas refieren un 67% de satisfacción al momento de estar en la consulta. La mayoría de los pacientes tardan 30 minutos en llegar al hospital desde su casa, con un tiempo de espera de 1 a 2 hrs (24.2%), el trato recibido en la admisión es de un 77.09% para bien. En lo referente a divulgación de las enfermedades de los pacientes se encontró que 98.9% de los pacientes refieren la no divulgación, y el mayor problema encontrado en el hospital es la falta de medicamentos.

Al tiempo de espera el 31.3% de ellos tardan de 30min en recibir la atención el 39.7% tarda una hora en recibir la atención, 14.5% tardan 30 minutos.

Al preguntar sobre los tiempos de espera se encontró que 40.4% refieren ser un buen tiempo, 35,8% refieren mucho tiempo, 23.8% refieren poco tiempo de espera

Al investigar sobre el tiempo que duro su consulta 71% refieren estar satisfechos, 26% poco satisfechos y 3% insatisfechos.

La persona que le atendió hoy le examino el 73.3% fueron examinados, 26.7% no fueron examinados.

La persona que le atendió hoy le explico lo que padece encontró 85.9% si se les explico y 14.1% no se le explico el padecimiento.

La persona que le atendió hoy le explico la receta que le extendió se encontró que 79.6% si se le explico, 20.4% no se le explico.

## I.- INTRODUCCIÓN:

Satisfacer las necesidades de salud en la población del departamento de Intibucá es el fundamento esencial que impulsa la labor diaria del Hospital regional Enrique Aguilar, mediante la promoción de una conciencia dirigida a promover actitudes y aptitudes en el 100% de los empleados para brindar prontamente una atención con calidad y calidez digna, sin importar el estado socioeconómico, geográfico y culturales; logrando la satisfacción total de necesidades de aquellos que requieran los diferentes servicios del hospital y enfatizando esta como una responsabilidad propia ante el paciente al atender sus quejas o sugerencias.

Estos servicios de calidad son descritos en términos de efectividad y eficiencia, logrando beneficios a corto y mediano plazo sin producir daño al momento de resolución de su problema mediante un trato personal, con amabilidad, discreción y el uso de tecnología y ciencia.

La calidad de la percepción que tiene el paciente se relaciona a medida que la sociedad alcanza un mayor nivel de vida, la protección de la salud, los derechos de los pacientes- consumidores y el nivel de conformismo demostrado; pero se encuentra que mundialmente se concreta con la amabilidad en la atención, el trato recibido por el personal pero primordialmente por el médico y la enfermera.

Por lo tanto el grado de calidad de atención percibido o sentido por la población es el mejor marcador del equilibrio de la prestación de la salud, ya que existen marcadores que refieren que el simple hecho de medir el desempeño se mejora la productividad, la calidad y los niveles de satisfacción del usuario de los servicios.

Los programas de mejoría de la calidad poseen como uno de sus principios centrales la satisfacción del cliente o usuario. Esta dimensión está referida a la relación existente entre proveedores y clientes, entre administradores y proveedores de servicios de salud y entre el equipo de servicios de salud y la comunidad.

Se sabe que las buenas relaciones interpersonales contribuyen en forma muy efectiva a la eficacia de los servicios que se presten en materia de salud y a establecer una buena relación con los pacientes. La calidad de esas relaciones produce confianza y credibilidad y es mostrada mediante el respeto, la confidencialidad, la cortesía, la comprensión y compenetración. La manera de escuchar y comunicarse constituye también un aspecto muy importante. Si las relaciones interpersonales no son adecuadas, aunque los servicios se presten en forma profesionalmente competente, se corre el riesgo que la atención no sea eficaz. Problemas en esta área de la satisfacción del cliente pueden comprometer la calidad general de la atención.<sup>5</sup>

Por esta razón se pretende dar conocer el grado de la calidad de la atención recibida por los usuarios, en los servicios ambulatorios de salud de Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá, como base para conocer la satisfacción del usuario y usarlo como modelo para la realización de un instrumento para garantiza una mejor eficacia y efectividad en salud.

## II.- ANTECEDENTES

Se han realizado estudios a nivel de países como Nicaragua con la finalidad de medir el grado de satisfacción que tiene el usuario externo al momento de solicitar los diferentes servicios de los centros de asistencia en salud.

Blanca y Quiroz en 2002 realizan estudio de brindada por el médico fue buena y la enfermería fue de un 46% para buena, el 74% de los encuestados recibieron indicaciones y recomendaciones por parte del personal y un 67% que no respetaron su privacidad.

Esquitqm, Pavlicich, Benitesen Pedrit (Asunción) Vol.35, No 1, 2008. Un estudio realizado en Asunción y Gran Asunción Reporta que la escolaridad de los padres que acuden a consulta o sus menores es de 63.3% estudios secundarios y de 28% de estudios primarios, el 88.9% reportan que la atención era buena, el 9.1% que la atención era regular, y un 1.9% era mala, además que la atención fue superficial y rápida mientras que un 50% refieren que su menor no fue examinado.

Ramirez, Teresita. Najera Aguilaren México refieren que la percepción general del usuario es buena en un 81.2% y un 18% es mala y trata recibido del personal es 44.8 satisfactorio

Yudy Carla Wong Blandón Leyla del Carmen García Vega Edgar G. Rodríguez Martínez En percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud: perspectiva de los usuarios, Matagalpa durante noviembre 2,002 en cuanto al sexo el 85% (1,273), de los entrevistados que acudieron a los servicios de salud eran mujeres, y un menor porcentaje eran varones.

En relación al nivel de instrucción el 41% (492) de los entrevistados tienen algún grado de primaria, seguido de un 30% (365) analfabetos, el 15% (182) eran alfabetizados, el 12% (129) tiene algún año de secundaria aprobado y apenas el 1% (10) tiene un nivel de técnico superior o universitario.

Es importante mencionar que la mayoría de los entrevistados tienen entre 15 a 49 años y con un nivel de instrucción de primaria y el 44% tienen más de 50 años y son analfabetos.

Percepción de los usuarios y el tiempo para recibir la atención.

Aproximadamente la mitad de los entrevistados invierten menos de 30 minutos en llegar desde sus casas a las unidades de salud, un 37% lo hace entre 30 minutos y menos de 2 horas. Sin embargo hay un 20% que tarda más de 2 horas y un 4% procedían de comunidades que quedan a más de 4 horas de camino. Estos mismos usuarios tuvieron que esperar más de 60 minutos para ser atendidos.

### **III.- JUSTIFICACIÓN**

El presente estudio de grado de satisfacción percibida sobre la calidad de atención que tienen los usuarios/as, permitió realizar un análisis basado en los resultados, donde el Director del Hospital pueda establecer como una prioridad, la sistematización de este estudio tomando en cuenta que es una herramienta muy útil para mejorar la calidad de los mismos, tanto desde el punto de vista de su organización y funcionamiento, como un desarrollo integral, que contribuirá significativamente a mejorar la calidad de la oferta en función de los recursos existentes y las necesidades de los usuarios.

Entre los resultados encontrados es que el 39% de los entrevistados necesitan de 30 min a una hora para recibir atención médica, y un 40.4% refiere que es un buen tiempo para esperar, mientras que un 51.9% refieren que la consulta dura menos de 5 minutos.

El 85.7% afirman que recibieron todos los medicamentos recetados y 72% que efectuaron un apago entre 2 y 20 lempiras, mientras que un 92% consideran que las personas del Hospital no divulgan las enfermedades de los pacientes que acuden a consulta al hospital.

La Gerencia de la Calidad en las instituciones de salud es un componente importante en el proceso de la modernización del sector salud y el fortalecimiento institucional.

De esta manera conocer ¿cuál es la percepción de los usuarios? y mejorar su satisfacción aumentará su motivación en la continuidad de los programas y de esta forma evitar el abandono y rechazo a los servicios que ofrece el Hospital Enrique Aguilar.

Se ha observado que a medida que se mejora la calidad de los servicios de salud se obtienen resultados positivos, los costos son bajos y los gerentes se empiezan a dar cuenta de lo valioso que es la herramienta. Al aplicar esta herramienta contribuyó a que se promueva en las unidades de salud, el mejor uso de los recursos disponibles y estar claro de los beneficios que esto conlleva como es el aumento relativo de la capacidad de oferta y por ende de los indicadores de salud.

La finalidad del estudio servirán para identificar acciones y políticas de salud en el Hospital y mejorar la calidad de atención que se brinda diariamente.

#### **IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

La pregunta del estudio es la siguiente:

1.- ¿Cuál es el grado de satisfacción percibido por la población que demanda los servicios de salud del Hospital Enrique Aguilar Paz de la ciudad de la Esperanza Intibucá en servicios de atención ambulatoria en el periodo de abril 2009?

Las interrogantes que se derivan de la pregunta del estudio, son:

Basadas en dar soluciones a los objetivos específicos planteados al inicio del estudio sobre la percepción del grado de satisfacción que tiene el usuario sobre la atención ambulatoria

- ¿Cuál es la Satisfacción percibida por los usuarios/as con respecto al tiempo utilizado para recibir los servicios de salud?
- ¿Cuáles son algunos factores relacionados con la calidad al momento de la atención a los usuarios?
- ¿Cuáles son las características de la calidez de atención que recibieron los usuarios de acuerdo con su percepción?
- ¿Cuál es el grado de satisfacción del usuario con la respuesta obtenida del servicio de salud y su relación con el cobro de la atención recibida?

## **V.- OBJETIVOS**

### **1. Objetivo General:**

Conocer la satisfacción percibida de la calidad de la atención recibida por los usuarios / as externos en servicios ambulatorios de salud en el Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá en el periodo de abril del 2009.

### **2. Objetivo Específicos:**

1. Describir la satisfacción percibida por los usuarios/as con respecto al tiempo utilizado para recibir los servicios de salud.
2. Describir algunos factores relacionados con la percepción de la calidad al momento de la atención a los usuarios.
3. Identificar las características de la calidez de atención que recibieron los usuarios de acuerdo con su percepción.
4. Identificar el grado de satisfacción del usuario con la respuesta obtenida del servicio de salud y su relación con el cobro de la atención recibida.

## **VI.- MARCO DE REFERENCIA**

En la actualidad ha crecido el interés por evaluar el grado de satisfacción de los usuarios que solicitan atención médica ambulatoria con la finalidad de mejorar el sistema de salud, así como los servicios brindados por las instituciones públicas.

Por que al momento que el usuario solicita la información es posible obtener las directrices para medir si se cumplen con los planes y en qué grado los perciben los usuarios este nivel solo se concibe al cumplir con los objetivos priorizados y las evaluaciones de auditorías medicas que lejos de ser un instrumento punitivo recupera sus características de instrumento educativo, correctivo, continuo y de optimación medica<sup>1</sup>

Antes de 1,979 el Ministerio de Salud Pública se dedicaba fundamentalmente a acciones de protección (saneamiento ambiental, erradicación de la malaria), fomento materno infantil, nutrición, planificación familiar y de recuperación de la salud, atención médica y morbilidad del niño, la madre gestante etc. Sin embargo, la cobertura de los programas era reducida y no tenían claro sus objetivos en relación a la opinión de los usuarios sobre los servicios que ofrecían en las unidades de salud.<sup>2</sup>

En 1,982, no se tenía claro la satisfacción del usuario ni como política ni como visión. La calidad de los servicios estaba dirigida a extender la red de servicios, aumentar el personal médico y auxiliar de salud, medicamento, infraestructura y docencia e investigación. En ese momento la meta era llevar salud a los lugares más alejados del territorio nacional pero no existían estudios de opinión del usuario sobre los servicios de salud que ofertaba el Ministerio de Salud. <sup>3</sup>

Para 1,997 el grado de satisfacción real con los servicios de atención curativa era el 80.7% y con las hospitalizaciones era del 70.1%. Los usuarios dijeron haber visitado las unidades del sector público por la accesibilidad geográfica y económica para un 28%, el 6% porque en las unidades visitadas habían especialistas (Pediатras y

Ginecobstetra) y porque consideran que el personal de la unidad de salud estaba bien calificado. La población cataloga como excelente al médico.

El personal de salud debe considerar las circunstancias en que se produce la atención de los pacientes comprendiendo la complejidad de muchas situaciones, lo que permitirá a las instituciones de salud y a su personal tener una actitud de mayor aceptación, ofrecer condiciones de accesibilidad, un ambiente cálido y saludable con una atención de mayor calidad técnica y humana favoreciendo al usuario.

Sin embargo, la calidad depende tanto de las imprecisiones como del conocimiento de los usuarios ya que estos perciben cuales son los servicios que le brindan atención médica más favorable o menos desfavorable, aunque ellos tengan ciertos valores en cuanto al estado y el contenido de la comunicación con el medio y personal de salud.

Esto incluye también su percepción acerca del tiempo que se necesita para efectuar diagnóstico, administrar tratamiento y obtener un resultado favorable, influyendo además el nivel cultural, nivel de escolaridad entre otros, de la atención desde el punto de vista del paciente un componente necesario, aunque no es suficiente, ya que el paciente puede estar perfectamente satisfecho aunque no esté recibiendo servicios de buena calidad, en relación con el diagnóstico y tratamiento. La insatisfacción con la atención, la accesibilidad geográfica, el tiempo de espera, el coste de la atención, condiciones físicas del local, abastecimiento, calidad de personal, su experiencia y rotación del mismo, contribuye a la medición de la calidad de atención donde el grado de satisfacción del usuario es inversamente proporcional al tiempo de espera, tomando en cuenta que el tiempo va a estar en dependencia del problema presentado.

Se ha encontrado que los usuarios/as de servicios valoran la satisfacción basándose en criterios de tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuestas, seguridad y empatía. Para ello debe establecerse de manera sistematizadas estudios que evalúen la satisfacción del usuario y la prestación. Además garantizar el monitoreo de los factores carentes de insatisfacción en la población y aportar dentro de las políticas programas de mejora continua de la calidad.

Tomando en cuenta que la calidad de los servicios es una variable estratégica esencial y una fuente competitiva dentro del mercado ya sea privada o pública.

El servicio en sí mismo es un valor y el personal surge como una herramienta primordial para lograr la satisfacción del usuario y obtener lealtad.

Se hace necesario conocer lo que piensa el usuario acerca del servicio prestado que permita a los administradores o gerentes de servicios tomar decisiones, que sostengan la calidad de los servicios para la elaboración de estrategias futuras y al mismo tiempo considerar las repercusiones de la mismas, en el bienestar de la salud del usuario en relación a las demandas de los servicios de salud

Estudios en otros países reflejan que el gasto se relaciona con la satisfacción del usuario y que la decisión de buscar atención o no de un profesional de la salud se basa en diferentes factores: horario del servicio, tiempo o costo del viaje, tiempo de espera, disponibilidad de médicos, medicamento y trato personal.

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

### **Satisfacción del usuario:**

La definición es muy sencilla, el usuario está satisfecho si sus necesidades reales o percibidas, son cubiertas o excedidas, entonces ¿Cómo puede usted saber lo que el cliente necesita, quiere y espera?

Se ha demostrado que es muy importante apoyar al cuidador familiar en su tarea, particularmente en el cuidado cotidiano de la persona enferma

Para ello es necesario<sup>6, 7</sup>

- a) proporcionarle información sobre las necesidades particulares del enfermo,
- b) ayudarle a desarrollar habilidades para el cuidado físico y
- c) apoyarle en la búsqueda de estrategias para compartir el cuidado del enfermo con otros miembros de la familia.

En el sistema de salud de los Estados Unidos se ha venido realizando una aproximación familiar al cuidado de las personas con enfermedad crónica en respuesta a la evidencia creciente de que la familia, como el proveedor clave del cuidado, tiene una gran influencia en la salud futura de estas personas<sup>8,9</sup>

### **Calidad:**

Definir la calidad es un poco más difícil que definir la satisfacción del usuario, la calidad está basada en la satisfacción percibida por el usuario, por lo tanto definimos calidad como cualquier cosa que el usuario percibe como calidad. Puede parecer muy simplista esta definición. Pero esto nos permite medir con mayor precisión la calidad y los niveles de satisfacción de los usuarios de su institución u organización. Calidad en las instituciones de salud es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios con soluciones técnicamente óptimas.

Organizados y de estrategia global que intentan movilizar a toda la empresa con el fin de integrar los esfuerzos de mejora continua de todas las personas y de la organización para proveer productos y servicios que satisfagan las necesidades de los consumidores al menor coste. Juran define la Calidad como la idoneidad o aptitud para el uso de un determinado producto o servicio; es decir, un producto o servicio será de Calidad si sirve para lo que está previsto que sirva. Este concepto exige una definición previa de qué necesidades y expectativas están previstas que sean satisfechas por el producto o servicio a evaluar.

Deming define la Calidad en función del sujeto que ha de juzgar el producto o servicio.

Para Ishikawa el concepto de Calidad es muy parecido, ya que la Calidad del producto o servicio es la satisfacción de los requisitos de los consumidores de ese producto o servicio.

La American Society for Quality Control define la Calidad como la totalidad de funciones y características de un producto o servicio dirigidas a satisfacer las necesidades de un cierto usuario. En los manuales de normas ISO (ISO 29004-2) se define la calidad como el conjunto de especificaciones y características de un

determinado producto o servicio referidas a su capacidad de satisfacer las necesidades que se conocen o presuponen.

Hasta aquí hemos visto lo que es la Calidad en el campo industrial. En lo referente al terreno sanitario, también ha ido evolucionando el concepto de Calidad. Existe una definición clásica (IOM 1972) que dice que una asistencia médica de Calidad es aquella que es efectiva en la mejora del nivel de salud y grado de satisfacción de la población, con los recursos que la sociedad y los individuos han elegido destinar a ella.

La OMS (1985) define que la Calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso. Se puede definir la calidad como un conjunto de principios, de métodos.

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.

### **Las 3 dimensiones de la calidad.**

La calidad de los servicios sanitarios tiene tres componentes fundamentales: técnico, interpersonal y de amenidad<sup>17</sup>

Los elementos técnicos están constituidos por las investigaciones, tratamientos e intervenciones. Los elementos interpersonales incluyen características tales como la comunicación y la consideración de la dignidad del paciente; en cuanto que los elementos de amenidad se refieren a las condiciones del entorno y hoteleras (alimentación, lavandería, etc.).

Desde una perspectiva que incumbe a la salud pública, estos componentes se podrían completar con la asistencia proporcionada a la comunidad, implicando dimensiones tales como accesibilidad y equidad.

Por pragmatismo, quizá sea conveniente limitarse a discutir las tres dimensiones de la calidad de los servicios sanitarios que se ilustran en la figura 1: calidad para el cliente, calidad administrativa y calidad profesional.

Los tres círculos de la figura 1 se superponen, ya que es obvio que ninguno de ellos puede, aisladamente, conseguir una mejora en la calidad de la asistencia<sup>17</sup>. (ANEXO 4)

Si la calidad ha sido definida como “cubrir completamente las necesidades de los que más necesitan el servicio, al menor costo para la organización, dentro de los límites y directivas establecidos por los estamentos superiores y por los compradores del servicio”, la interrelación entre los tres círculos se clarifica<sup>17</sup>.

En particular, es importante no ceñirse a mejorar la satisfacción de aquellos pacientes, o clientes, que reciben el servicio, sino responsabilizarse de que todos aquellos que necesiten el servicio puedan acceder al mismo. Es este concepto el que obliga a que se efectúe una valoración de las necesidades de la población, lo que cae dentro de los dominios de la salud pública. Pero también se requiere que, para proporcionar asistencia de calidad a los pacientes, la eficiencia del servicio se tome en cuenta; esto es, que se evite malgastar recursos que puedan ser empleados con otros pacientes.

Recientemente se está introduciendo, en el estilo de gestión sanitaria, el concepto gestión de calidad total (o Total Quality Management [TQM]), que ha sido ampliamente proclamada como la razón del predominio de la industria manufacturera japonesa sobre la estadounidense. Las teorías detrás de este proceso de TQM han sido desarrolladas por norteamericanos, en particular por Deming y Juran (ANEXO 3)

La aproximación del TQM tiene unos elementos esenciales: 1) un compromiso hacia la calidad desde los más altos niveles del servicio; 2) un entorno participativo, donde todos los miembros son apreciados; 3) un buen sistema de calidad, concentrándose más en los procesos que en los individuos; 4) una aproximación al personal basada en

la formación y/o entrenamiento y en el desarrollo del mismo; 5) una relación para con el cliente enfocada en sus puntos de vista y en sus deseos; 6) un reconocimiento a la importancia de la mejora continuada de la calidad, y 7) una inversión en el desarrollo de la calidad, al reconocer que ésta mejora los niveles de beneficios al disminuir lo que se malgasta<sup>17</sup>.

Aun cuando estos puntos de vista son asumibles, es necesario rebajar el énfasis expresado en la aproximación del TQM hacia los procesos, pues aunque éstos sean importantes, en uno de los componentes de la calidad de la asistencia sanitaria, el de la calidad profesional o auditoría médico-clínica, no lo son menos los resultados terapéuticos. En todo caso son más cruciales, porque son la dimensión de hasta dónde los procesos de la asistencia han tenido éxito.

### **Auditando calidad.**

La Auditoría Médica de las prestaciones y servicios en salud, no se aparta de las auditorías que se realizan en otros campos del quehacer humano en cuanto a proceso, objetivos, evaluación e informe, constituyéndose en un instrumento de perfeccionamiento y educación continuas, que permite tomar resguardos en aspectos técnicos, administrativos, éticos y médico-legales en búsqueda de la excelencia. Consiste en una evaluación sistemática, realizada por médicos que comparan las características o Calidad de la atención brindada y observada con la Calidad ideal y deseada, de acuerdo a criterios y normas preestablecidas. Las acciones anteriores se complementan con las gestiones de riesgos, reclamos y conflictos además de la realización de auditorías programadas en forma prospectiva, con una visión de futuro, de acuerdo a las necesidades institucionales.

Así la Auditoría Médica se concibe como una instancia educadora más que punitiva y sancionadora, donde se trata de aprovechar las experiencias, tanto las negativas, a través del análisis de incidentes-accidentes, como de las positivas para ir introduciendo en forma gradual correcciones y mejoramiento en cada uno de los procesos de atención, para satisfacer los requerimientos de los pacientes y sus

familiares y así poder cubrir las crecientes expectativas de los pacientes que acuden a nuestras instituciones de salud. En el cumplimiento de estos requerimientos, la Auditoría Medica se constituye en:

- A- Un sistema de educación y perfeccionamiento continuos, preocupado de la Calidad, seguridad, calidez y humanidad de las prestaciones sanitarias, tratando de lograrlo a través de un proceso de enseñanza-aprendizaje, motivación y participación de todas y cada una de las personas que atienden pacientes.
- B- Una instancia de mediación conciliación y solución de conflictos que puedan surgir en la relación médico-paciente, pariente e instituciones en beneficio de los involucrados y afectados.
- C- Un sistema que más que sancionar tiene un carácter preventivo del error médico y reparador del mismo de carácter no punitivo.

En cumplimiento de sus objetivos la Auditoría Medica tiene algunos campos de acción, los que solo enumeraremos:

- 1- Aspectos educativos: estimulando una educación y perfeccionamiento continuos, lo que permite la obtención del aprendizaje y experiencia para enseñar.
- 2- Aspectos Técnico-Evaluativos: a través de la calificación de actos y conductas, lo que implica un control de Calidad.
- 3- Aspectos de investigación: detección de problemas, deficiencias y grado de cumplimiento de las normas lo que facilita establecer y delimitar responsabilidad Medica.
- 4- Aspectos Normativos: estimulación en la elaboración y readecuación de guías clínicas, normas, protocolos y manuales de procedimiento, lo que facilita y objetiva el grado de cumplimiento y sujeción a estas.
- 5- Aspectos Médico-Legales: establecer que se cumplan las normas legales y las disposiciones sanitarias vigentes. A) Prevención de la mala praxis y el error médico. B) Recomendaciones para el manejo de conflictos. C) Tratamientos de conflictos y eventos potencialmente indemnizables. D) Actuación en estrecha colaboración con la asesoría legal de la institución.

- 6- Aspectos Éticos: promover el fiel cumplimiento de las conductas de las personas de acuerdo a las normas éticas y morales.
- 7- Aspectos financieros y de mercado: conociendo toda la información que proporciona la Auditoria Medica se puede analizar la Calidad, la prestación costo-beneficio y la eficiencia, permitiendo la elaboración de indicadores de Calidad. En todos los aspectos de la Auditoria Medica es de gran importancia trabajar en la elaboración de programas, readecuar protocolos, guías clínicas, manuales de procedimientos, desarrollar sistemas para los distintos procesos de atención sanitaria y controlar su funcionamiento. Aún de mayor relevancia es hacer en la gestión sanitaria un uso juicioso de todos los medios y de la información generada, la cual al ser analizada, medida y evaluada, permite conocer la situación real y actualizada en que desarrollan los procesos, procedimientos y acciones en las distintas Unidades y servicios de un Hospital o clínica. Si contar con los distintos instrumentos, analizarlos, medirlos y evaluar los resultados es importante, es de mayor trascendencia poder tomar conciencia de las deficiencias y errores para poder introducir las modificaciones que permitan corregirlas y mejorar la Calidad y seguridad de los servicios; "el cambio no solo se produce al planificarlo sino también tomando conciencia de lo que no funciona".

Se sabe que el aumento de la calidad conduce a una reducción de los costos a través de incurrir en menores faltas y/o errores como son las duplicaciones, readmisiones, dilaciones, y negligencias (lo que a su vez reduce los costos legales). Todo esto lleva a que los pacientes estén más satisfechos, lo que también redundará en que el personal haga otro tanto y vea cómo su orgullo por el trabajo se incrementa, creando un ambiente positivo que se traduce en menos ausentismo y en mayor creatividad. Esto es, se incrementa la motivación, no sólo por el propio trabajo, sino por mejorar de forma constante la calidad misma del servicio ofrecido, tomando el círculo expuesto en el anexo 4 en una verdadera espiral ascendente

Dada la interrelación entre las tres dimensiones de la calidad que vimos anteriormente, es importante no perder el referente de TQM y analizar, al tratar de auditorías, los componentes que incumban a todas las dimensiones.

Para ello, será conveniente situarse desde la perspectiva del propio cliente en el convencimiento de que el hecho de seguir a algunos pacientes reales a través del proceso asistencial, anotar y analizar sus experiencias pueda ser más costo-efectivo que los resultados de encuestas de opinión, a la vez que proporciona información para identificar áreas problemáticas del servicio.

El modelo del flujo de proceso de la calidad para el paciente tabla 2 (anexo 3) proporciona un marco adecuado para analizar servicios -entendiendo, a la vez, las percepciones de los pacientes/clientes- e identificar fallos, errores cuándo y dónde éstos ocurran.

El modelo subdivide el servicio en una serie de etapas (o fases) que pueden ser consideradas individualmente tabla 2 (anexo3). En resumen, a través de las ocho fases del modelo (selección, entrada, primer contacto, valoración, intervención, revisión, cierre y seguimiento) se capacita como un proceso la visión de un servicio y el trabajo de cada persona.

## **La relación Médico-Paciente**

La relación médico-paciente es una forma específica de manifestarse las relaciones humanas. De aquí se deriva la pregunta ¿Qué le da la especificidad a la relación médico-paciente que le otorga identidad propia respecto a los demás tipos de relaciones humanas?<sup>17</sup>

Varios elementos se toman en cuenta. El primero es el del "ámbito". La promoción, el sustento y la restauración de la salud es el ámbito en donde se da la relación. La prioridad en la relación es, entre otras, rescatar la condición humana del hombre que sufre, deteriorada en cierta medida por la enfermedad.

Una primera categorización es el modelo de relación médico-paciente de Veatch en el que se plantean tres tipos de relación: la matemática, la sacerdotal y la contractual.

En una segunda categorización encontramos el modelo político de la relación, configurada por la relación médico-paciente tipo monárquica, oligárquica y democrática tercera categorización y que en cierta medida busca resumir las precedentes y muchas tanta existentes, es la que presenta a la relación médico paciente desplazándose entre dos polos que van desde el paternalismo a la autonomía.

Al reflexionar sobre esta categorización, aludimos a los siguientes elementos constitutivos de la relación médico-paciente: universo valorativo, fines, aproximación, protagonistas, roles, tipo de comunicación, sentido y veremos cómo se manifiesta cada una de ellas dependiendo del tipo de relación<sup>17</sup>.

Observemos el siguiente cuadro comparativo ver cuadro 1

Tomada: Delia Marcela, Cantarell Marta, Di Giorgio Carla Florencia, Iglesias Marina Celeste. Calidad de atención médica, monografía grupal, diciembre 2006 Ahora bien, hay que reconocer que son polos, extremos entre los que se desplaza la relación. De dichos polos pueden darse múltiples combinaciones. O también se puede dar la

<b>RELACIÓN PATERNALISTA</b>	<b>ELEMENTOS CONSTITUTIVOS</b>	<b>RELACIÓN AUTÓNOMA</b>
Mono/Oligo Valorativa		Abierta a los Valores
	<b>UNIVERSO VALORATIVO</b>	
Solucionar un Problema	<b>FINES</b>	Humanizar una dimensión de la existencia.
Consultiva	<b>APROXIMACIÓN</b>	Deliberativa
Médico-Equipo Médico/Paciente	<b>PROTAGONISTAS</b>	Equipo Médico/Equipo Paciente
Paciente Espectador	<b>ROLES</b>	Paciente Protagonista
<b>Monólogo Vertical</b>	<b>COMUNICACIÓN SENTIDO</b>	<b>Diálogo Horizontal</b>

hipertrofia de uno de los elementos. La relación médico-paciente es tan florida como hombres hay, aunque siendo más

Específico, la riqueza de la relación va a depender más que del número distinto de personas, de las variadas concepciones del hombre que se tengan, acertadas o no.

## **Calidad y Responsabilidad**

Observar el tema de la calidad en materia de auditoría no es referimos a nada nuevo, ya que hace tiempo se trabaja en ello. Calidad de la atención médica, calidad de la prestación de salud. Existen autores que refieren que no basta con poner a disposición solamente los medios, los recursos, sino que es esencial que estos funcionen. Walter Carnota, explica que "no se trata de una pretensión de cantidad, sino de calidad".

Dice que si bien hay un consenso acerca de las necesidades de mayores dosis de cuidados médicos, no lo hay en cuanto a los medios, a los sistemas, a los mecanismos, a los modos. Más adelante el mismo autor que el derecho a la salud es de índole prestacional (welfare right), y allí donde la prestación no llega, o es insuficiente cuantitativa y cualitativamente podrá afirmarse rotundamente que no hay derecho.

En relación a este tema que nos ocupa, sabemos que en la Argentina

Son frecuentes los reclamos por una deficiencia en la atención médica en sentido cualitativo. Un paciente que ingresa a un centro asistencial, y que ante la desorganización del personal e infraestructural se ve frustrado en su pretensión decidiendo no continuar atendiéndose, no ilustra un ejemplo desconocido.

Muchas veces, es fácil observar que ese resultado, deviene claramente de un orden causal notoriamente atribuible a la deficiencia de la atención médica.

La Corte Suprema de la Justicia de la Nación, dictaminó que "El adecuado funcionamiento del sistema asistencial médico no se cumple sólo con la yuxtaposición de agentes y medios o con su presencia pasiva o su uso meramente potencial, pues es imprescindible además que todos ellos se articulen activamente en cada momento y en relación a cada paciente. Ello, en tanto cada individuo que requiere atención médica

pone en acción todo el sistema y un acto en cualquiera de sus partes, sea en lo que hace a la faz de la prestación médica en sí como a la faz sanitaria, sean el control de una y otra, en la medida que pueda incidir en el restablecimiento del paciente, demorándolo, frustrándolo definitivamente o tornándolo más difícil necesariamente compromete la responsabilidad de quien tiene a su cargo la dirección y el control del sistema.

También se ha dicho que “Quien contrae la obligación de prestar el servicio de asistencia a la salud debe hacerlo en condiciones adecuadas el fin en función del cual ha sido establecido y es responsable de los daños que cause su incumplimiento o su ejecución irregular”.

Respecto de la responsabilidad de la obra social por no garantizar que el servicio médico se brinde en condiciones óptimas, la Sala C de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Comercial, dijo que “Cabe admitir la responsabilidad no sólo de las obras sociales sino también de las clínicas, ya que estas deben encargarse de que el servicio se preste, y tal obligación debe cumplirse en condiciones tales que el paciente no sufra daño por deficiencia de la prestación prometida.”

El problema de la calidad se presenta siempre ante la disyuntiva de lo público y lo privado. Pero no se puede dudar que cada vez es más importante el factor “calidad de la atención médica” en un sector de creciente complejidad, y en el que se han impuesto fuertemente las reglas de la economía de mercado: libertad de elección, competencia, eficiencia, rentabilidad.

Emanado del Estado debe destacarse el Decreto 1424 del año 1997 (B.O. 30/12/1997) que instauró el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica”, el cual es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos de salud, en el Sistema Nacional del Seguro de Salud, en el Sistema Nacional de Obras Sociales, en el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, en los establecimientos incorporados al Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión, así como en los establecimientos dependientes de las distintas jurisdicciones provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las entidades del sector salud que adhieran al

mismo. El objetivo del Programa es normatizar las actividades vinculadas con el accionar sanitario –con el fin de asegurar la calidad de los servicios y de las prestaciones que se brindan a la población- y proponer las medidas necesarias para garantizar la calidad de los mismos.

El art. 3 habla específicamente de la calidad de las prestaciones de atención médica y del grado de satisfacción del usuario.

En el ámbito privado, las entidades de salud pueden, voluntariamente, acreditar sus niveles institucionales de calidad, a través del IRAM o del ITAES. El IRAM es el organismo que en la República Argentina certifica la calidad en el mundo empresarial, a partir de los estándares fijados en las normas ISO. El ITAES, es una organización no gubernamental surgida por personas que están al frente de establecimientos médicos líderes de todo el país, de las principales confederaciones y cámaras de prestadores de los servicios de salud, financiadoras del mercado de salud y algunas sociedades científicas.

Coincidimos plenamente con Oscar Ernesto Gayar cuando rescata la importancia de la acreditación de la calidad médica institucional, no sólo como herramienta del management para optimizar el posicionamiento de la entidad en el mercado de la salud; sino también como elemento coadyuvante en la prevención institucional frente a las demandas por el daño con base en la praxis médica.

También es necesario hacer una adecuada gestión de reclamos, debiendo contar con una planificación, procedimientos y personal capacitado, ya que para una relación de ayuda y de servicio no bastan los conocimientos técnicos y teóricos, sino que se necesita tener una actitud empática y ser capaz de ponerse en el lugar del otro, para su adecuado reporte, manejo, tratamiento y resolución en la instancia correspondiente.

Una vez producida la condición o deficiencia que dio origen al reclamo y registrado éste en los instrumentos destinados para tal efecto, deben seguirse esquemáticamente las siguientes etapas:

- Recepción y acogida empática del reclamante.

- Auditoría ( escuchar, anamnesis y registro)
- Análisis de lo sucedido (humano, técnico, médico y jurídico)
- Distribución. Solicitud de informes a los involucrados.
- Solicitud de Auditoría técnica a los expertos.
- Revisión de la bibliografía.
- Manejo y tratamiento. Trabajo en equipo.
- Solución, medidas adoptadas (explicación, completar tratamiento, reembolso, indemnización).
- Información al cliente
- Informe para archivo, aprendizaje y enseñanza.
- Revisión y evaluación de la efectividad de las medidas implementadas.

## **Indicadores de salud**

Los objetivos y tareas que se proponen una organización deben concretarse en las expresiones medibles que sirven para expresar cuantitativamente dichos objetivos y tareas y son los indicadores los encargados de esta percepción.

El término indicador se refiere a datos esencialmente cuantitativos, que nos permiten darnos cuenta de cómo se encuentra las cosas en relación con algún aspecto de la realidad que nos interesa conocer.

Los indicadores pueden ser medidas, números, hechos, opinión eso percepciones que señalan las condiciones o situaciones

## **Relación del gasto y percepción del paciente sobre la calidad de atención**

La percepción de la calidad de atención es una de las mayores áreas de trabajo en salud y según Jornal of the American Medical Association, news release, El aumento

del gasto en atención médica no mejora la percepción de los pacientes sobre la atención.<sup>4</sup>

Se estableció que existe una fuerte relación entre el gasto per cápita y recibir más atención médica, así como el número de atenciones y visitas ambulatorias, como el aumento de los exámenes realizados. Sin embargo los pacientes perciben la calidad de atención en los pacientes como una necesidad insatisfecha de pruebas y tratamiento y el tiempo trascurrido en el consultorio médico.

También reporta el *Jornal* que se encontró una mejor percepción de calidad de salud en aquellas dependencias donde los gastos son menores.

En promedio, los de las áreas de menor gasto no reportaron más necesidades insatisfechas de la atención, además tenían una percepción de la calidad de la atención ambulatoria similar a las de las áreas de mayor gasto; asimismo, la calificación de la calidad de la atención era en términos generales tan alta como en las de áreas de alto gasto", escribieron los investigadores.

El estudio aparece en la edición del 28 de mayo de la *Journal of the American Medical Association*.

Los hallazgos contribuyen "a la discusión respecto a si los principios económicos de que 'más es mejor', disminución de los retornos, y las comparaciones con otros aplican en la atención de la salud", escribieron en un editorial acompañante Gerard F. Anderson y Kalipso Chalkidou, de la Facultad de salud pública Bloomberg de la Johns Hopkins.

"Cuando los pacientes son capaces de acceder a información objetiva de buena calidad sobre los riesgos y beneficios de varios tratamientos alternativos, no eligen necesariamente las intervenciones más agresivas y costosas. Actualmente, Estados Unidos gasta más del doble que otros países industrializados en servicios de salud, algunas regiones de EE.UU. gastan el doble que otras regiones del país, y algunas instituciones y profesionales médicos son el doble de costosos que otros. En términos

de resultados y satisfacción, Estados Unidos podría haber alcanzado la posición de obtener retornos disminuyentes por los gastos en la atención médica

### **Mayor satisfacción del profesional de salud con su trabajo.**

El profesional de salud siente mayor satisfacción personal y profesional con su trabajo cuando puede ofrecer atención de buena calidad y sentir que su labor es valiosa. Por ejemplo, en Uganda tanto los profesionales de salud clínicos como comunitarios convinieron en que el aspecto de mayor satisfacción en el trabajo es ayudar a las personas y el reconocimiento comunitario que reciben por ello.

El otorgar a los profesionales de salud la autoridad para resolver problemas y mejorar los servicios, como se hace en muchos de los métodos para mejorar la calidad, eleva la moral. Por ejemplo, en los programas donde se habilitó a los profesionales de salud para que desarrollaran sus propias soluciones a los problemas locales, se redujo la ausencia de estos empleados en Uganda y se aumentó la motivación del personal en Níger. En cambio, si los miembros del personal de salud sienten que las condiciones impiden que ofrezcan atención de buena calidad, es más probable que se desalienten y que dediquen casi todos sus esfuerzos a otros trabajos.

### **Satisfacción de los familiares.**

En los países en desarrollo, los servicios de salud de calidad deficiente, la falta de accesibilidad física y las barreras culturales influyen en la baja utilización de los servicios de salud<sup>10</sup>. La manera como el paciente y la familia esperan ser tratados por los proveedores del cuidado y el personal administrativo de las instituciones de salud es un componente importante de la satisfacción con la calidad del cuidado que recibe el familiar enfermo. Si la institución tiene fama de tener personal administrativo poco amistoso, profesionales rudos y en general un trato inadecuado, es posible que los pacientes retrasen su decisión de buscar el cuidado que necesitan hasta que la severidad de la enfermedad los obligue a vencer estos obstáculos. Sin embargo, el conocimiento acerca de la interacción entre las familias y el sistema de salud en

general es extremadamente limitado y la investigación al respecto se basa en el conocimiento existente en países desarrollados.

La satisfacción de los(as) usuarios(as) de los servicios de salud ha venido adquiriendo notable importancia como indicador de la calidad de la atención en salud desde la década de 1980. Para que la atención que brinda el personal de salud sea de calidad, requiere la aplicación de conocimientos científicos y técnicos, de relaciones interpersonales cálidas y de un ambiente físico agradable<sup>11-12</sup>. Bobadilla y Martínez<sup>15</sup> encontraron que los indicadores estructurales de la satisfacción de las personas, tales como la planta física y la organización de la entidad y el acceso, se asocian menos con el grado de satisfacción de los pacientes si se comparan con los indicadores de proceso, es decir aspectos técnicos e interpersonales. Varios autores<sup>13,14</sup> encontraron que las relaciones interpersonales con el personal médico son un aspecto que influye considerablemente en la satisfacción con la atención de salud. Las expectativas que los pacientes tienen con respecto a la atención también tienen influencia en la satisfacción, la cual es menor cuando las expectativas son mayores<sup>15</sup>. De la Cuesta describe tres elementos que caracterizan una relación satisfactoria con el médico desde la perspectiva de los pacientes. Estos elementos son: sentirse tratado y reconocido como persona, recibir información sobre la enfermedad y el cuidado, percibir interés por su recuperación de parte del médico.

Con la capacidad científico técnica del personal médico para resolver los problemas y necesidades del enfermo. La satisfacción con la capacidad científico-técnica del personal de enfermería fue un poco mayor (92% niños y 86.1% adultos). De los cuidadores de niños, 79% y 61.5% de los cuidadores de adultos informaron estar satisfechos con la capacidad del personal administrativo para resolver los problemas y necesidades.

En la satisfacción de los cuidadores con las relaciones interpersonales, es decir, el trato dado por el personal de la institución al enfermo y a los cuidadores se observó lo siguiente:

- . Estuvieron satisfechos con las relaciones de los médicos

93% de los cuidadores de los niños y 88.3% de los cuidadores de los adultos.

. Las relaciones del personal de enfermería fueron satisfactorias para la gran mayoría de los cuidadores (93% cuidadores de niños y 88.3% de adultos).

. Las relaciones del personal administrativo fueron satisfactorias para 100% de los cuidadores de los niños y para 86.3% de los cuidadores de los adultos.

. El 70% de los cuidadores de los niños y 84.8% de cuidadores de los adultos estuvieron satisfechos con las relaciones de los porteros.

La satisfacción con la comodidad y limpieza de las instalaciones de la institución de salud fue menor; solamente 45.9% de los cuidadores de los niños estuvieron satisfechos con la comodidad y 91.3% con la limpieza mientras que 54% de los cuidadores de los adultos estuvieron satisfechos con la comodidad y 70.5% con la limpieza de las instalaciones.

Se muestra la satisfacción de los cuidadores con la información dada por el personal de salud sobre la administración de medicamentos, los cuidados en casa, la enfermedad, el tratamiento y las complicaciones; la satisfacción fue mayor entre los familiares cuidadores de los niños en todos los aspectos.

La satisfacción con la oportunidad de la atención fue medida en términos de la duración del tiempo de espera para citas, consulta médica, atención en urgencias, diligencias de ingreso y egreso, exámenes de laboratorio y rayos. Los cuidadores de los adultos informaron menor satisfacción con la oportunidad de la atención especialmente con el tiempo de espera para la consulta (30%), tiempo de espera para las diligencias en el ingreso (34.8%) y para el egreso (39.1%) en caso de hospitalización como se observa en el Cuadro 1. Para los cuidadores de los niños, la satisfacción fue menor en cuanto al tiempo de espera para la consulta (66%), tiempo de espera para la atención en urgencias (66.5%) y para las diligencias de egreso (66.6%) del hospital. Álvarez *et al.*<sup>27</sup> y Chang *et al.*<sup>28</sup> comunican hallazgos semejantes en cuanto a la insatisfacción con la oportunidad de la atención y con las condiciones higiénicas de las instalaciones.

No se observaron diferencias estadísticas significativas en la satisfacción de los cuidadores según la escolaridad, parentesco, duración de la enfermedad y horas dedicadas al cuidado en ambos grupos posiblemente por el tamaño reducido de la muestra.<sup>16</sup>

## **VIII.- DISEÑO METODOLOGICO.**

### **Tipo de estudio**

Se realiza un estudio Descriptivo, cuantitativo, sobre la percepción que tienen los usuarios sobre la calidad de la atención recibida en los servicios ambulatorios en el Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá Honduras.

### **Universo**

El universo del estudio se conformo con 131 pacientes mayores de 18 años de ambos sexo, que soliciten asistencia médica o algún servicio de la consulta externa del Hospital Enrique Aguilar en periodo comprendido de abril del 2009.

### **Unidad de análisis.**

La muestra se realizo en base de conveniencia al captar los pacientes al terminar la ruta crítica, con la finalidad de darle la oportunidad de avanzar por todos los departamentos del hospital, para que el paciente fuera capaz de identificar cual le dio el mejor servicio, tomando como base 131 pacientes para obtener un 95% de confianza y un 5% de error se incluirán los usuarios que asistieron a la consulta externa en las diferentes salas de salud del Hospital Enrique Aguilar.

### **Muestral:**

La muestra se calculo en base de la atencion anual del 2008 de la consulta externa del hospital Enrique Aguilar de la esperanza de 115,0000, dando un total de 131 pacientes de estudio.

### **Estimación de la muestra.**

Para la estimación de la muestra se baso en experiencias de estudios internacionales donde se ha encontrado que unidades de salud de alta demanda es suficiente entrevistar a 100 usuarios por lo que se utilizo el programa de EPI INFO 3.4.3 para determinar la población a usar dando 131 pacientes donde se incluirán todos los

servicios de consulta externa del hospital sin importar el sexo, la procedencia, y raza, tomando en cuenta que sean mayores de 18 años

### **Técnica de Instrumentación**

Se validó la encuesta para determinar si el lenguaje y la redacción de las preguntas eran comprensibles y adecuados al nivel cultural, educacional de los entrevistados. Se pilotearon 20 encuestas con la finalidad de realizar los ajustes pertinentes al instrumento a aplicar.

El instrumento consta de 4 partes:

1.-Percepción de los usuarios/as con respecto al tiempo utilizado para recibir los servicios de salud.

2.-Factores relacionados con la calidad al momento de la atención a los usuarios

3.-Características de la calidez de atención que recibieron los usuarios de acuerdo con su percepción.

4.-Grado de satisfacción del usuario con la respuesta obtenida del servicio de salud y su relación con el cobro de la atención recibida

### **Criterios de selección**

#### **Criterios de inclusión:**

Todos los usuarios que pueda proporcionar la información requerida al momento que soliciten el servicio Salud en el periodo comprendido en la realización del estudio, sin distinción de raza, religión, procedencia, sexo, etc. y que además sean mayores de 18 años.

#### **Criterios de exclusión**

El único criterio de exclusión es que no debían participar en brindar información, aquel grupo de edad comprendido entre cinco y diecisiete años, debido a que al hacerle la entrevista, estos niños y adolescentes se inhiben con facilidad, les da temor contestar, son dependiente en cuanto a la opinión que manifiesten de la persona que se hacen acompañar.

Además que tengan algún parentesco con los empleados del Hospital o sea empleado activo o inactivo.

### **Variables del estudio**

1.-Precepción de los usuarios/as con respecto al tiempo utilizado para recibir los servicios de salud.

Le trataron con amabilidad, el trato del personal fue bueno y de qué área recibió maltrato.

2.-Factores relacionados con la calidad al momento de la atención a los usuarios. Tiempo que tardó en venir de su casa a la unidad de salud, tiempo que esperó para recibir la atención, como le parece el tiempo de espera para recibir la atención, tiempo que duró la consulta y como le pareció la duración de la consulta recibida, motivo de su visita, lo examinó, le explicaron lo que tenía, privacidad de la consulta

3.-Características de la calidez de atención que recibieron los usuarios de acuerdo con su percepción.

Calidad de la atención, tiempo de consulta , si le respetaron la privacidad,, si le examinaron, si le explicaron la enfermedad que adolece, si le explicaron la receta, trato en los servicio de admisión.

4.-Grado de satisfacción del usuario con la respuesta obtenida del servicio de salud y su relación con el cobro de la atención recibida. Le hicieron algún tipo de cobro, pudo obtener los medicamentos recetados, cuales medicamentos no le entregaron y cuál es el mayor problema de la atención que recibió hoy.

### **Procesamiento de datos**

Se preparó una base de datos en EPIINFO versión 3.4.3, y con este programa se facilitó el análisis de los datos de forma simple y cruzada a través de gráficos y tablas.

Las respuestas con la opción "NA" (no aplica) no se toman en cuenta al calcular porcentajes.

### **Análisis de la información**

Se agruparon por descriptores, esto permitió conocer el componente que de acuerdo a la percepción de los usuarios es el que presenta más problemas. Se realizó análisis de frecuencia simple para todas las variables además se realizó el análisis cruzado de algunas variables.

### **Trabajo de terreno**

Se coordinó con la región departamental No 10 para realización de la encuesta, así como el director del Hospital para facilitar la aplicación de la encuesta.

## **IX.- RESULTADOS.**

Se encuestaron 131 usuarios del hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá

Referente al tiempo de espera reporta que 31.3% (41) tardan 30 minutos a una hora, 39.7% (52) tardaron menos de 30 minutos, 14.5% (19) tardaron 2 horas (Ver tabla No 4). Referente al tiempo tardado y edad, el grupo de edad, que mas tardo en llegar fue los comprendidos entre 20 a 30 años unas 2 horas, a los 60 años tardan 30 min y un de 76 años tardo mayor de dos horas en llegar al hospital, referente a sexo y tiempo tardado, el 80.6% del sexo femenino tardo 30 min, 10 sexo masculino tardo 2 horas para llegar. Un 40.4% (53) refieren ser un buen tiempo de espera, 35.8% (47) refieren mucho tiempo de espera, 23.8% (31) refieren poco tiempo de espera Ver tabla No 7.

El 71% (93) consideran satisfacción durante la consulta, 26% (34) poco satisfacción durante la consulta y 3% (4) cuy insatisfechos ver tabla No.8. Mientras que el 73.3% (93) refieren que quien le atendió le examino, el 26.7% no los examinaron. Ver tabla No 16.y el 85.9 % (113) le explicaron la enfermedad que adolece y 14.1% (18) no se lo explicaron Ver tabla 17. El 79.6% (104) si le explicaron la receta que le extendieron mientras 20.4% no le explicaron. Ver tabla 18.

Del total de 131 pacientes 13% tenían 18 a 20 años, 14% (19) entre 21 a 30 años, 35% (42) entre 31 y 40 años, 21% (28) entre 41 a 50 años, 12% (17) entre 51 y 60 años, y 9% (12) pacientes son mayores de 60 años Ver tabla No. 1.

El 68% (89) son del sexo femenino y 32% (42) del sexo masculino Ver tabla No. 2.

Según sexo y satisfacción del usuario se encontró que el sexo femenino 83, recibió un trato amable, mientras que 9 refieren un trato no amable; el sexo masculino refieren 37 de ello un trato amable y 5 un trato no amable (ver tabla No. 3)

Al preguntar sobre el estado civil de los participantes 49 (37.4%) están en unión libre, 37 (28.2%) son casados, 29 (22.2%) son solteros, 9 (6.9%) son viudos, 7(5.3%) son divorciados. Ver tabla 14.

Mientras que la escolaridad de los participantes 83 (63.6%) realizaron la primaria, 23 (17.5%) no tienen ningún estudio, 15 (11.4%) tienen nivel secundario, 7 (5.3%) diversificado, 2 (1.5%) un grado universitario. Ver tabla 13.

El 92% (121) considera que las personal del Hospital no divulga las enfermedades de los pacientes ver tabla no 12.

El 85% (112) afirman que recibieron todos los medicamentos y solo el 14.35% no se le entrego ver tabla No. 9 y 8

El 72% ( 95) refieren que pagaron entre 2 y 20 lempiras . y el máximo pagado fue de L. 1,000 ver tabla No 19

## **X.- ANALISIS DE RESULTADOS**

El 71% de los entrevistados refieren estar satisfechos con el tiempo que duro la consulta, lo que indica que si está cumpliendo el personal con las normas establecidas y se llenan los requerimientos de los demandantes., lo mismo refieren que si fueron examinados en un 73.3%, aun haciendo la aclaración es debida al escaso tiempo, y la cantidad de pacientes que asisten a consulta y se hace referencia que el personal médico que mas examino fue el especialista tardando entre 10 a 15 minutos su consultas.

Del total de pacientes encuestados (131) el mayor porcentaje corresponde a las edades de 21 a 30 años, mientras que el 68% son del sexo femenino, las cuales 83 refieren estar satisfechas con la tención recibida.

El estado civil de los participantes se encontró que la gran mayoría de ellos están en unión libre, a esto alguno refieren estarlo por la lejanías de los registros y la alcaldías y la falta de recursos económicos.

La escolaridad encontrada es de 63,6% para la educación primaria, siendo 3 grado con 55% el grado concluido, estos datos se deben a la distancia geográfica en la que se encuentra las escuelas, económico, y la falta de conocimiento de los padres que creen que los menores hacen mejor trabajar que estudiando.

El tiempo de espera se encontró que el 39.7% tardan entre 30 minutos en pasar a consulta, refiriendo que comprende la tardanza debido al escaso personal y que ellos atienden las emergencias también, de ellos la edad que mas tardo en ser atendida está comprendida entre 21 a 30 años siendo estos los que más tardan en llegar al hospital tardando un promedio de 2 horas en llegar y lo que menos tardan esta en las edades de 50 a mayor de 60 años.

Se llego a la conclusión que la mayoría de los galenos le explican el padecimiento (85.9% ) a los entrevistados , al igual que la receta que le extienden 79.6%, al momento de realizar la encuesta se efectuó cerca del servicio de farmacia y pude constatar que los empleados le explican la forma correcta de tomar los medicamentos comprobando

que en algunas ocasiones repetían varias veces las indicaciones cuando el paciente no comprendía bien lo indicado o se interesaba en hacer entender a un familiar la forma correcta de ingesta de los medicamentos. Aunque el porcentaje de pacientes que no reciben indicaciones ni el diagnóstico, es menor no se deja en menos que el ideal es que todo paciente al salir del consultorio conociera su diagnóstico o al menos un esbozo si el padecimiento está en estudio.

La mayoría de los pacientes entrevistados refieren haber realizado algún tipo de pago haciendo referencia que el cobro es una cuota de recuperación simbólica por los gastos incurridos por el hospital.

El 85.7% refieren que se le entregó los medicamentos recetados por el médico y solo un 14.3% refieren que no se le entregó o que le faltó algún medicamento, la mayoría acepta que el escaso presupuesto del hospital no le alcanza para comprar medicamentos fuera del esquematizados por cada especialidad.

## **XI.- CONCLUSIONES**

1. La satisfacción de los usuarios con los servicios es buena en general, aun reconociendo que el tiempo de espera era mucho pero comprendían que el personal era muy poco a la gran demanda, haciendo alusión que al final valía la pena la espera.
2. Entre el personal el que tenía mayor satisfacción era el médico, por la calidad de trato, el respeto, y la consideración de atenderlo aun en sobre cupo. Se puede observar una excelente relación médico- paciente.
3. Los pacientes manifiestan que en su gran mayoría fueron examinados, y se les explico tanto el padecimiento como la receta extendida; además refieren sentirse satisfecho por la confidencialidad del personal
4. El paciente recibieron un buen trato por el personal de admisión.
5. Se concluye que el Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá, actúa de acuerdo a normas de calidad y la población que acude tienen una excelente percepción de la calidad de los servicios que este oferta

## **XII.- RECOMENDACIONES**

Las propuestas para contribuir a la mejora que la calidad en la atención médica, son las siguientes:

- Considerar los problemas como oportunidades para perfeccionar los desempeños institucionales o individuales, al formular medidas correctivas y generar satisfacción de los usuarios y del personal.
- Lograr un compromiso general de "cultura de la calidad" que impregne a toda la institución.
- El mejoramiento de las condiciones laborales del personal médico y no médico de la organización.
- Implementar controles y mejoras en el aprovechamiento de los recursos disponibles.
- La auditoría es fundamental y esenciales como fuente de asesoramiento, medición, aplicabilidad de las normas y lograr mejorar, la calidad de la atención del paciente que solicita la atención medica, permitiendo también prevenir futuros reclamos o quejas de los pacientes inconformes, como bien resaltaron algunos profesionales respecto del problema.
- Realizar encuestas de entrada y salida de satisfacción de calidad por lo menos trimestralmente para lograr en base a resultados la implementación de ajusten hasta lograr al menos un 95% de satisfacción en la población y así el Hospital sea una modelo para el resto del país.

## **XII.- Bibliografía**

1. Piscocoya. José calidad de atención medica atreves de la auditoria medica. Boletín informativo del colegio de Perú. 2,000 ISSN 1025 – 5583 Vol. 61, Nº 3 – 2000 Págs. 227 – 240;
2. Gerson, Richard. Como medir la satisfacción del cliente: mantenga la lealtad para siempre. 1993 Estados Unidos de América, ISBN, Pág., 110.
3. ICAS, rojas Zil. Opinión del usuario sobre los servicios de salud, 2001. Pág. 1
4. *El gasto en salud no mejora la percepción de los pacientes sobre la atención. Journal of the American Medical Association, news release, May 27, 2008*
5. bus. S/d.cu/v.ts/articulos\_files/satis/metodología.pdf 23/03/02
6. Hinds C. The needs of families who care for patients at home: are we meeting them? *J Adv Nurs Pract* 1985; 10: 575-581.
- 7.- Matthis E. Top 20 educational wants of current family caregivers of disabled adults. *Home Health Nurs* 1991; 10: 23-25.
- 8.-. Perry G, Rhoades M. Cancer patients at home: needs and coping styles of primary caregiver. *Home Health Nurs* 1989; 7: 27-32.
- 9.- Fisher L, Weihs K. Can addressing family relationships improve outcomes in chronic disease? *J Fam Pract* 2000; 49: 561-566.
- 10.- Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med* 1994; 38: 109-110.

11.- Lozano JA. *Grado de satisfacción en la atención de pacientes hospitalizados: Hospital Goyeneche*. [Tesis]. Arequipa Universidad Nacional de San Agustín, Facultad de Medicina; 1997

12.- Rey C. La satisfacción del usuario: Un concepto en alza. *Anales de Documentación* 2000; 3: 139-153.

13.-Alvarado R, Vera A. Evaluación de la satisfacción de usuarios de hospitales del sistema nacional de servicios de salud en Chile. *Rev Chil Salud Pública* 2001; 5: 81-89.

14.-Morgan M, Calnan M, Manning N. *Sociological approaches to health and medicine*. London: Routledge; 1993.

15.- Mahon PY. An analysis of the concept patient' satisfaction as it relates to contemporary nursing care. *J Adv Nurs* 1996; 24: 1241- 1248

16.- Castillo.Edelmira,chesla.Catherine, y colaboradores. Satisfacción de los familiares cuidadores con la atención en salud dada a adultos y niños con cáncer Vol. 36 N° 3 (Supl 2), 2005 Julio-Septiembre.

17.- Delia Marcela, Cantarell Marta, Di Giorgio Carla Florencia, Iglesias Marina Celeste. Calidad de atención medica, monografía grupal, diciembre 2006



# ANEXOS

**ANEXO: 1**

**Universidad nacional Autónoma de Nicaragua  
Centro de estudios y investigación  
Maestría de Salud Publica 2007 – 2009  
PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE MAESTRO DE SALUD  
PUBLICA**

**ENCUESTA DE SATISFACCION DEL USUARIO**

Estoy realizando una encuesta de satisfacción de la atención que usted acaba de recibir del Hospital, con la finalidad de realizar mi tesis previa a la obtención de grado de maestro en Salud Pública, por lo que me agradecería su colaboración dándome su opinión asegurándole que, sus respuestas son confidenciales.

1.-Fecha: \_\_\_\_\_ 2.- No Encuesta \_\_\_\_\_

3.-Municipio de procedencia: \_\_\_\_\_ 4.-Edad: \_\_\_\_\_ años

5.-Sexo: F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ 6.- Estado civil: C \_\_\_\_\_ S \_\_\_\_\_ UL \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_

7.-Escolaridad: Primaria ultimo año aprobado \_\_\_\_\_ Secundaria ultimo año aprobado \_\_\_\_\_  
Diversificado: ultimo año aprobado \_\_\_\_\_ Universitario: \_\_\_\_\_ ultimo año aprobado \_\_\_\_\_

8.-Ocupación: Labrador: \_\_\_\_\_ Albañil: \_\_\_\_\_ Comerciante: \_\_\_\_\_  
Carpintero \_\_\_\_\_ maestro: \_\_\_\_\_ Perito: \_\_\_\_\_ Bachiller: \_\_\_\_\_  
Estudiante: \_\_\_\_\_ Universitario: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

9.- ¿Qué motivo su consulta el día de hoy?

a. Vacuna: \_\_\_\_\_ b. consulta morbilidad: \_\_\_\_\_ c. Consulta seguimiento: \_\_\_\_\_  
d. Realización exámenes \_\_\_\_\_ e. Consulta prenatal: \_\_\_\_\_ f. Con. Pst  
natal: \_\_\_\_\_ g. Planificación fam: \_\_\_\_\_ h. Control Creci y desarrollo: \_\_\_\_\_

10.- ¿Cuánto tiempo tardo usted en venir desde su casa al Hosp?; a. <30min \_\_\_\_\_  
b.- >30 min a 1 hr: \_\_\_\_\_ c: 2 hr: \_\_\_\_\_ d: > 2 Hr: \_\_\_\_\_

11.- ¿Cuanto tiempo tardo en recibir la atención del servicio que esperaba?  
a. < 15mín \_\_\_\_\_ b. 15 a 30min: \_\_\_\_\_ c. 31 a 60min: \_\_\_\_\_ d.>1 a 2 hr: \_\_\_\_\_  
e. 2 a 4 hr: \_\_\_\_\_ f. >4hr: \_\_\_\_\_

12.- ¿Como le pareció la espera?

a.- Poco tiempo:\_\_\_\_\_ Buen tiempo:\_\_\_\_\_ Mucho Tiempo:\_\_\_\_\_

13.- ¿Cuánto tiempo duro la consulta?

a.- <5min:\_\_\_\_\_ b. 5 a 10 min:\_\_\_\_\_ c. 10 a 15 min:\_\_\_\_\_ d. 15 a 30 min \_\_\_\_\_  
e. > 30 min:\_\_\_\_\_

14.- ¿Como le pareció el tiempo que duro su consulta?

A. poco:\_\_\_\_\_ Satisfactorio:\_\_\_\_\_ Mucho:\_\_\_\_\_

15.- ¿Quien le atendió hoy?

A. Medico general: \_\_\_\_\_ B. Médico Especialista: \_\_\_\_\_ C. Lic Enf:\_\_\_\_ d. Enf  
Auxiliar:\_\_\_\_\_ E. Medico serv. Social:\_\_\_\_\_ F> Med. Interno\_\_\_\_ G. Otros\_\_

16.- La persona que le atendió hoy la examino a. si \_\_\_\_\_ b. No: \_\_\_\_\_

17.- La persona que le atendió hoy le explico la que usted padece a. si \_\_\_ b.- NO \_\_\_

18.- La persona que le atendió hoy le explico la receta que le extendió a.- si \_\_\_ b.  
no \_\_\_\_\_

19.- Respetaron su privacidad durante la consulta a. si \_\_\_\_\_ b. no \_\_\_\_\_

20.- Le trataron con amabilidad durante la consulta. A. si: \_\_\_\_\_ B. No: \_\_\_\_\_

21.- ¿Como le trato en admisión?: bueno:\_\_\_ regular\_\_\_\_\_ excelente\_\_\_\_\_ malo:\_\_\_\_  
N/A\_\_

22.- le entregaron todos los medicamentos que le fueron recetados: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
N/A \_\_\_\_\_

23.- le realizaron todos los exámenes que le ordenaron: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
N/A \_\_\_\_\_

24.- Cuales Medicamentos no le entregaron (Ver receta:  
\_\_\_\_\_

25.- En las ocasiones que Ud. Solicito consulta siempre le han atendido: si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
N/A \_\_\_\_\_ si es no Porque:\_\_\_\_\_

26.-¿Le hicieron algún tipo de cobro en este hospital?

Sí \_\_\_\_\_ Canto:\_\_\_\_ Donde:\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ N/A \_\_\_\_\_

27.- En general, ¿cree usted que el personal de Hospital divulga las enfermedades de  
las personas que asisten a consulta?: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

28.- ¿Según usted del personal que le atendió hoy quien lo trato mejor?

Medico \_\_\_\_ Lic Enrf: \_\_\_\_ A/E: \_\_\_\_ Recepcionista: \_\_\_\_ Farmacia: \_\_\_\_  
Laboratorista: \_\_\_\_ Administración: \_\_\_\_ Servicio social: \_\_\_\_ Vigilante: \_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_

29.- En General ¿cuál cree usted es el mayor problema de la atención que recibió hoy?

Tiempo de espera: \_\_\_\_ Falta de medicamentos: \_\_\_\_ Falta de equipo de la  
unidad: \_\_\_\_ El Trato del personal: \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_  
Especifique \_\_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_

**Tabla No.1**

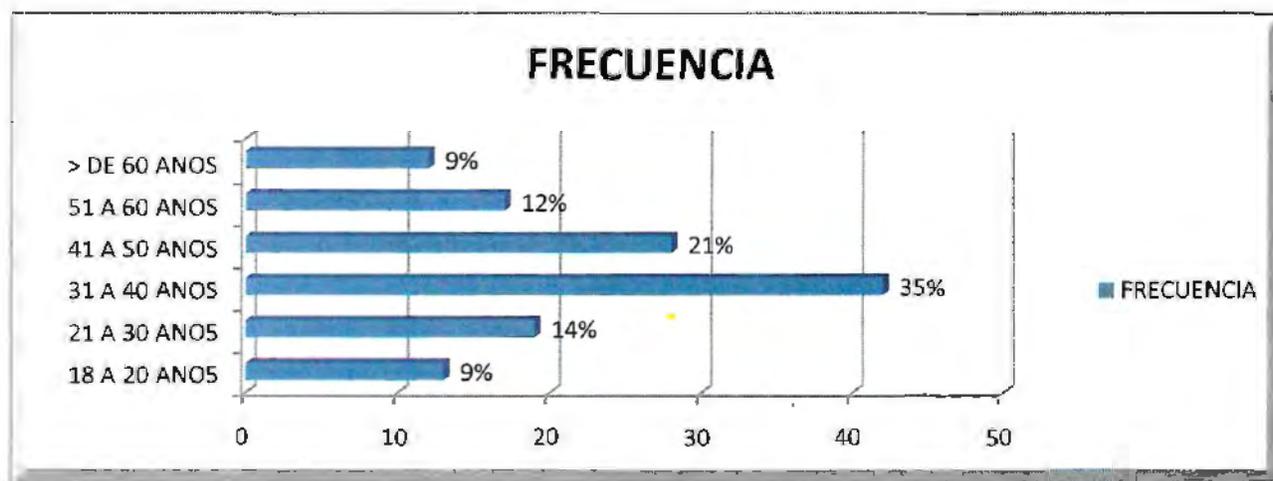
**Satisfacción de la Población que demanda atención según la edad en la Consulta Externa del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá en el periodo de enero del 2009.**

<b>Satisfacción de la población que demanda la atención según la edad del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá</b>		
<b>EDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
18 A 20 AÑOS	13	9.0%
21 A 30 AÑOS	19	14.0%
31 A 40 AÑOS	42	35.0%
41 A 50 AÑOS	28	21.0%
51 A 60 AÑOS	17	12.0%
> DE 60 AÑOS	12	9.0%
TOTAL	131	100.0%

Fuente: Encuesta.

**Grafica No.1**

**Satisfacción de la Población que demanda atención según la edad en la Consulta Externa del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá en el periodo de enero del 2009.**



Fuente: Tabla No.1

**Tabla No.2**

**Satisfacción de la Población que demanda atención según sexo en la Consulta Externa del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá en el periodo de abril del 2009.**

<b>Satisfacción de la población que demanda la atención según sexo del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá</b>		
<b>SEXO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
FEMENINO	89	68.0%
MASCULINO	42	32.0%
TOTAL	131	100.0%

Fuente: Encuesta

**Tabla No.3**

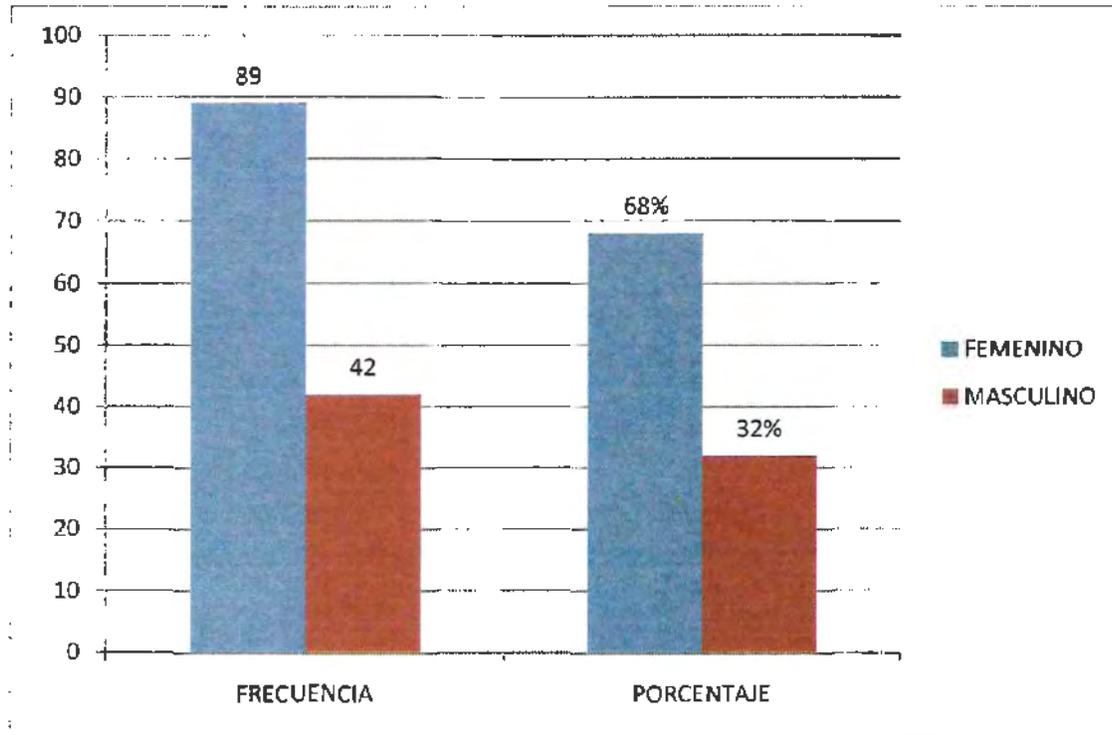
**Satisfacción de la Población que demanda atención según sexo en la Consulta Externa del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá en el periodo de abril del 2009.**

<b>Satisfacción de la población que demanda la atención según el trato recibido durante la consulta del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá.</b>			
<b>SEXO</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>TOTAL</b>
FEMENINO	9	83	89
MASCULINO	5	37	42
TOTAL	14	120	131

Fuente: Encuesta

**Grafica no.2**

**Satisfacción de la Población que demanda atención según sexo en la Consulta Externa del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá en el periodo de abril del 2009.**



Fuente: Tabla No 2 y 3

**Tabla No.4**

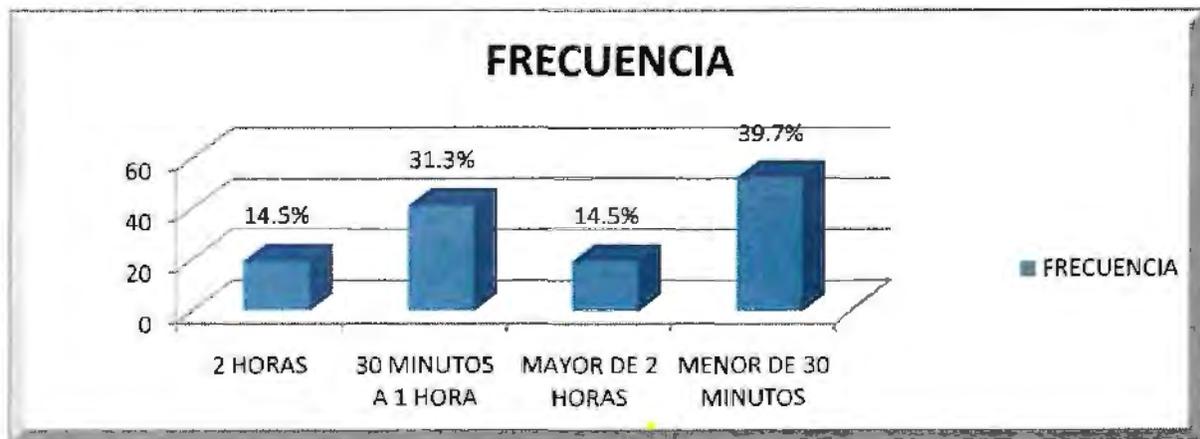
**Satisfacción de la Población que demanda atención según tiempo tardado en venir de su casa al hospital, en la Consulta Externa del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá en el periodo de abril del 2009.**

<b>Satisfacción de la población que demanda la atención según tiempo tardado en llegar de la casa al Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá</b>		
<b>TIEMPO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
2 HORAS	19	14.5%
30 MINUTOS A 1 HORA	41	31.3%
MAYOR DE 2 HORAS	19	14.5%
MENOR DE 30 MINUTOS	52	39.7%
TOTAL	131	100%

Fuente: Encuesta

**Grafica No. 3**

**Satisfacción de la Población que demanda atención según tiempo tardado en venir de la casa a la Consulta Externa del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá en el periodo de abril del 2009.**



Fuente: tabla No. 4

**Tabla No.5**

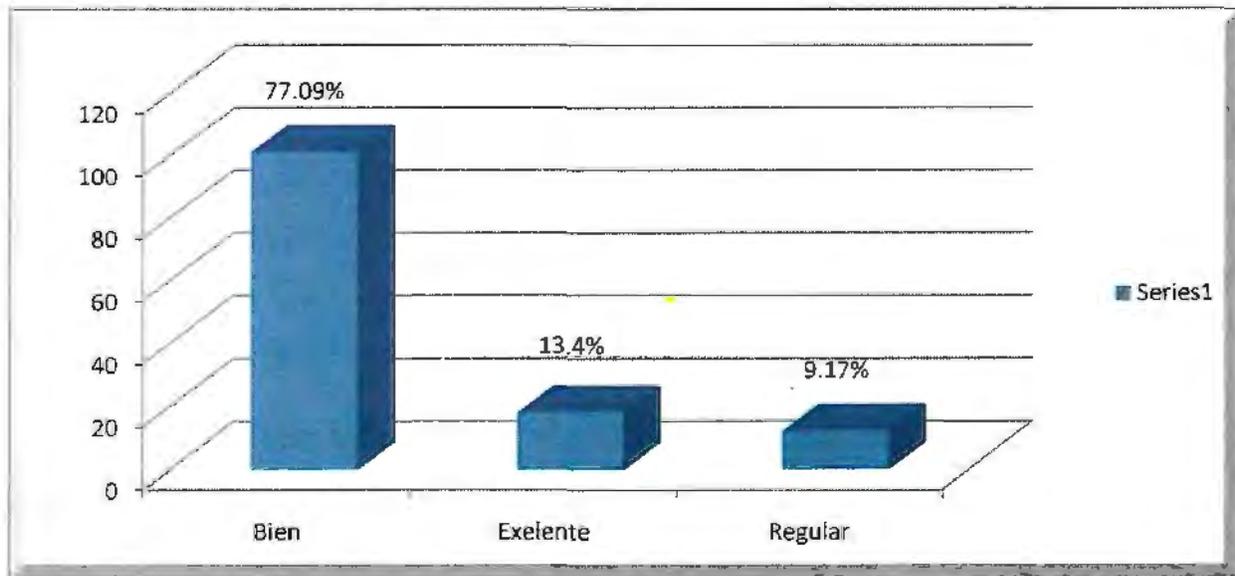
**Satisfacción de la Población que demanda atención según tiempo tardado la consulta externa del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá en el periodo de abril del 2009.**

<b>Satisfacción de la población que demanda la atención según tiempo tardado la consulta del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá</b>		
<b>TIEMPO</b>	<b>FRECUENCIAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
10 A 15 MINUTOS	19	14.5%
15 A 30 MINUTOS	5	3.8%
5 A 10 MINUTOS	39	29.77%
MENOR DE 5 MINUTOS	68	51.93%
TOTAL	131	100%

Fuente. Encuesta

**Grafica N.o.4.**

**Satisfacción de la población que demanda la atención según tiempo tardado la consulta del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá**



Fuente. Tabla No.5

**Tabla No.6**

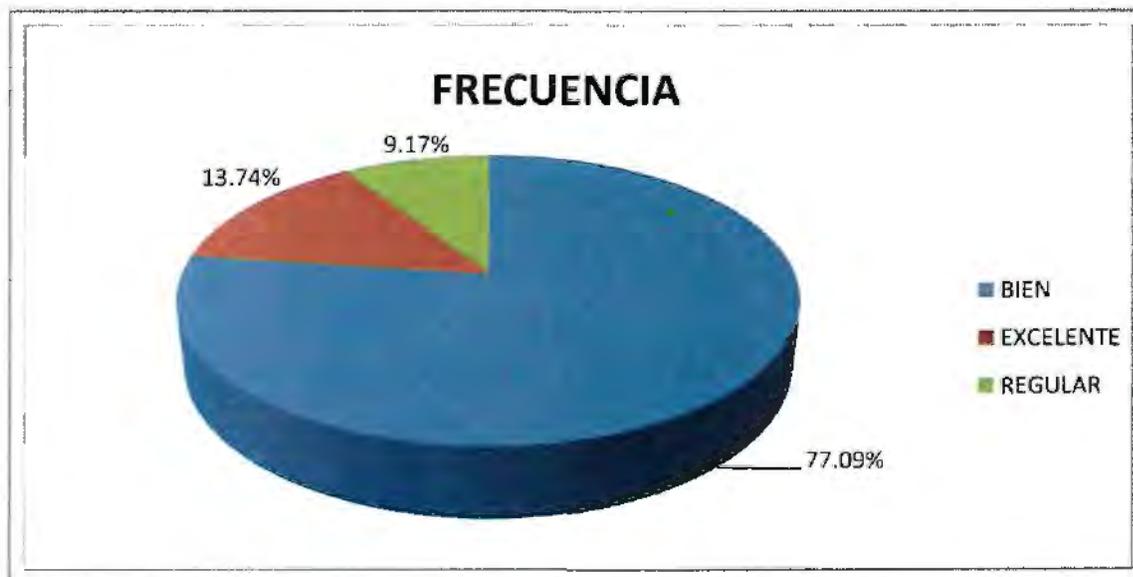
**Satisfacción de la Población que demanda atención según trato en la admisión, en la Consulta Externa del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá en el periodo de abril del 2009.**

<b>Satisfacción de la población que demanda la atención según trato en la admisión de la consulta externa del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá.</b>		
<b>TRATO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
BIEN	101	77.09%
EXCELENTE	18	13.74%
REGULAR	12	9.17%
TOTAL	131	100%

Fuente. Encuesta.

**Grafica No. 5.**

**Satisfacción de la población que demanda la atención según trato recibido en la admisión de consulta del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá.**



Fuente. Tabla No. 6.

**Tabla No. 7**

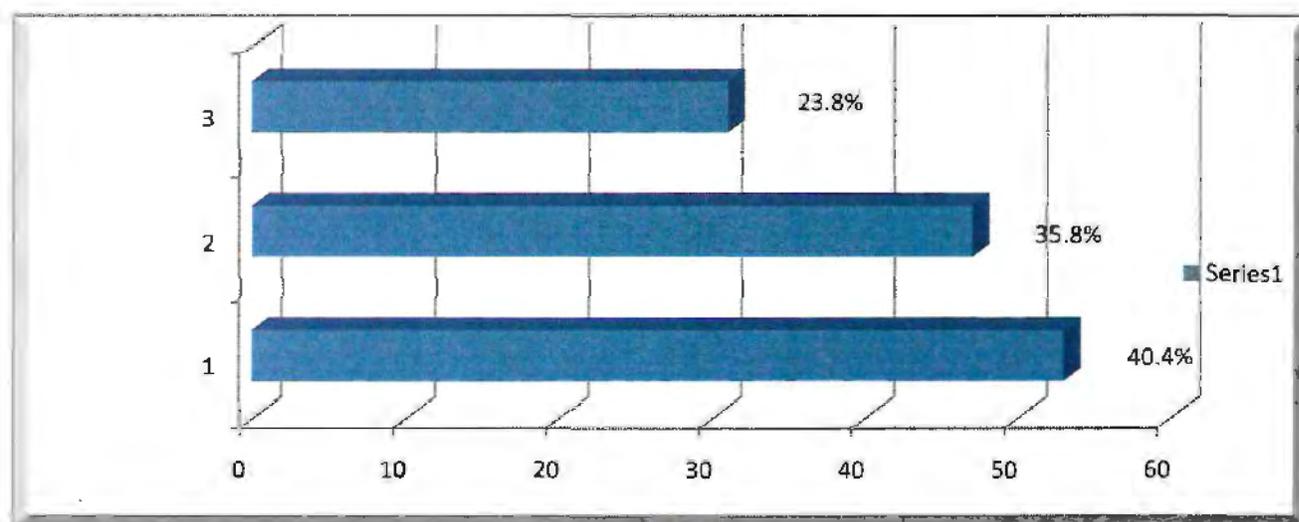
**Satisfacción de la Población que demanda atención según tiempo de espera en la Consulta Externa del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá en el periodo de abril del 2009.**

COMO LE PARECIO LA ESPERA HEAP	Frecuencia	Porcentaje
BUEN TIEMPO	53	40.4%
MUCHO	47	35.8%
POCO TIEMPO	31	23.8%
Total	131	100.0%

Fuente. Encuesta.

**Grafico No.6.**

**Satisfacción de la Población que demanda atención según tiempo de espera Consulta Externa del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá en el periodo de abril del 2009.**



Fuente. Tabla 7

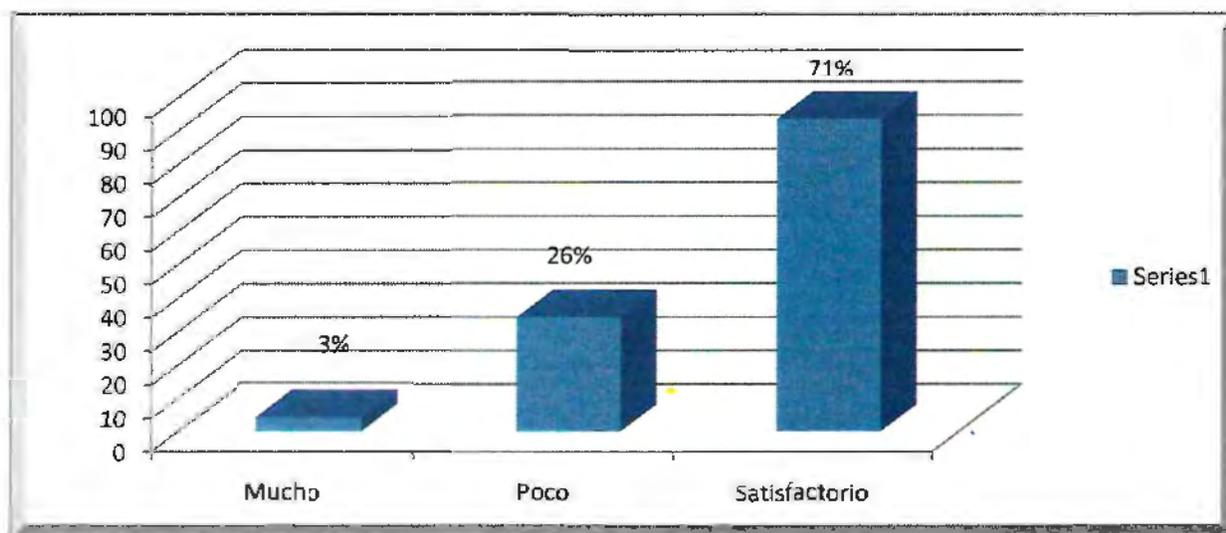
**Tabla No.8**

**Satisfacción de la Población que demanda atención según tiempo que duro la consulta Externa del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá en el periodo de abril del 2009.**

<b>Satisfacción de la Población que demanda atención según tiempo que duro la consulta Externa del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá en el periodo de abril del 2009.</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>MUCHO</b>	4	3.0%
<b>POCO</b>	34	26%
<b>SATISFACTORIO</b>	93	71%
<b>Total</b>	131	100.0%

**GraficoNo.7.**

**Satisfacción de la Población que demanda atención según tiempo que duro la consulta Externa del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá en el periodo de abril del 2009.**



Fuente. Tabla. 8

**Tabla No.9.**

**Satisfacción de la Población que demanda atención según la entrega de los medicamentos recetados, en la Consulta Externa del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá en el periodo de abril del 2009.**

<b>Satisfacción de la Población que demanda atención según la entrega de los medicamentos recetados, en la Consulta Externa del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá en el periodo de abril del 2009.</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>No</b>	19	14.3%
<b>Si</b>	112	85.7%
<b>Total</b>	131	100.0%

Fuente. Encuesta.

**Tabla No.10**

**Satisfacción de la Población que demanda atención según cobro del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá en el periodo de abril del 2009.**

<b>Satisfacción de la Población que demanda atención según cobro del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá en el periodo de abril del 2009.</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>2 – 20</b>	95	72%
<b>21 – 50</b>	26	20%
<b>51 – 200</b>	6	5%
<b>&gt;200</b>	4	3%
<b>TOTAL</b>	131	100%

Fuente. Encuesta.

**Tabla No.11**

**Satisfacción de la Población que demanda atención según medicamentos recetados y no entregados, en la Consulta Externa del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá en el periodo de abril del 2009.**

<b>Satisfacción de la Población que demanda atención según medicamentos recetados y no entregados, en la Consulta Externa del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá en el periodo de abril del 2009.</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
albuthyl	1	8.3%
anlodipino	1	8.3%
atrovastatina, panadrel	1	8.3%
atrovastatina, pyrex	1	8.3%
bromuro de ipatropio	1	8.3%
dovecillato de calcio	1	8.3%
ENALAPRIL	1	8.3%
mefformina	1	8.3%
mucosolvan compositium	1	8.3%
nocetan, aspirinita de 100mg	1	8.3%
teofilina	1	8.3%
vetader, aspirinita de 100mg	1	8.3%
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100.0%</b>

Fuente. Encuesta.

**Tabla No.12**

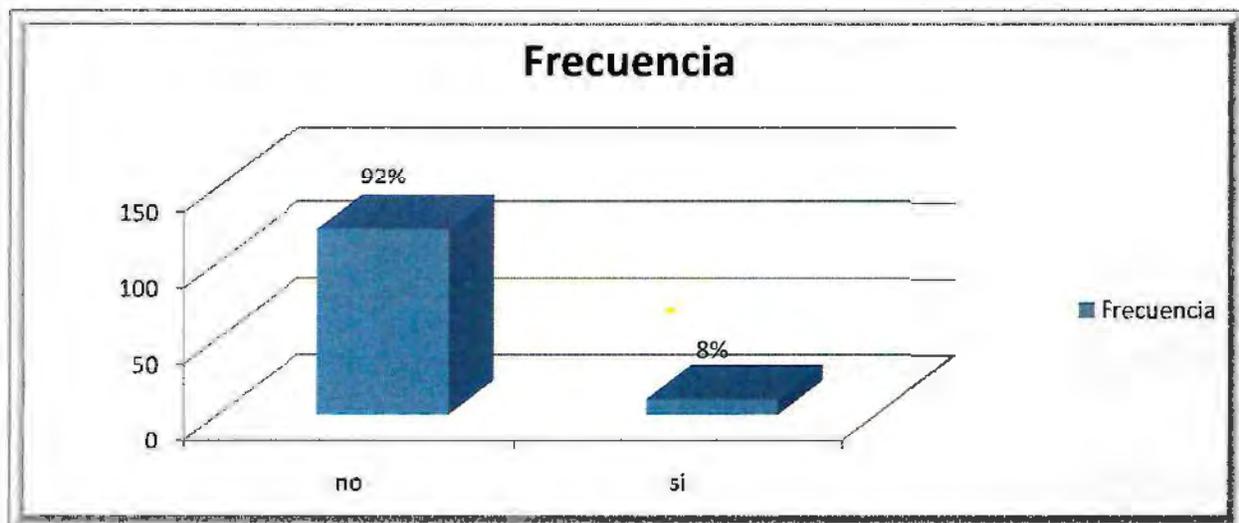
**Satisfacción de la Población que demanda atención según si el personal divulga las enfermedades de los pacientes de la Consulta Externa del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá en el periodo de abril del 2009.**

<b>EN GENERAL CREE USTED QUE LAS PERSONAL DEL HOSPITAL DIVULGAN LAS ENFERMEDADES DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN A CONSULTA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>NO</b>	<b>121</b>	<b>92%</b>
<b>SI</b>	<b>10</b>	<b>8%</b>
<b>Total</b>	<b>131</b>	<b>100.0%</b>

Fuente. Encuesta.

**Grafico No.10.**

**Satisfacción de la Población que demanda atención según si el personal divulga las enfermedades de los pacientes de la Consulta Externa del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá en el periodo de abril del 2009.**



Fuente. Tabla 12

**Tabla No.13.**

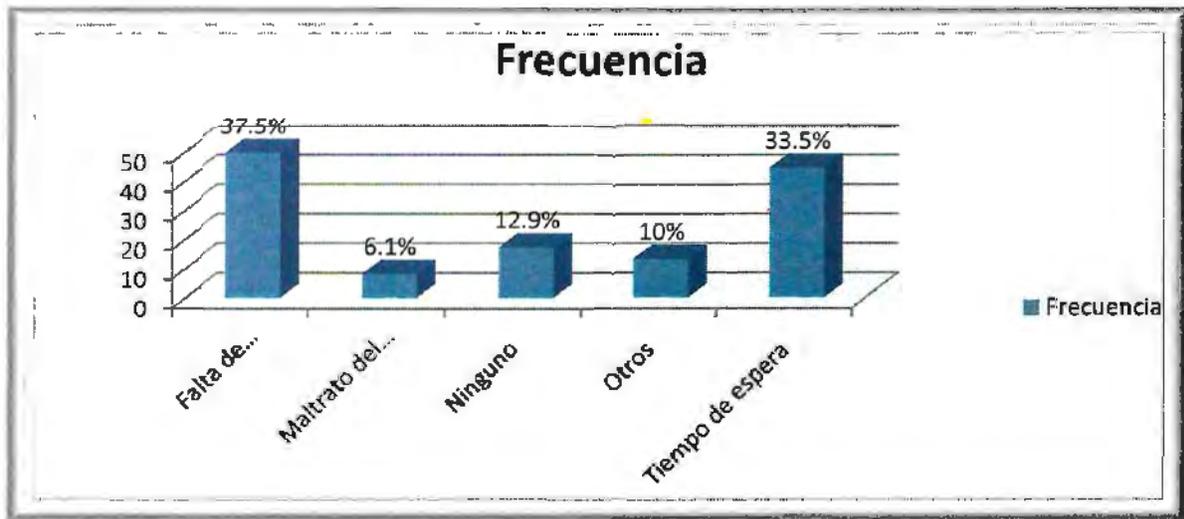
**Satisfacción de la Población que demanda atención según percepción del mayor problema que generalmente existe en el Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá en el periodo de abril del 2009.**

Satisfacción de la Población que demanda atención según percepción del mayor problema que generalmente existe en el Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá en el periodo de abril del 2009.	Frecuencia	Porcentaje
Falta de medicamentos	49	37.5%
Maltrato del personal	8	6.1%
Ninguno	17	12.9%
Otros	13	10%
Tiempo de espera	44	33.5%
<b>Total</b>	<b>131</b>	<b>100.0%</b>

Fuente. Encuesta

**Grafico 12**

**Satisfacción de la Población que demanda atención según percepción del mayor problema que generalmente existe en el Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá en el periodo de abril del 2009.**



Fuente. Tabla No. 13

**Tabla No.14.**

**Satisfacción de la Población que demanda atención según escolaridad de los participantes de la encuesta de la Consulta Externa del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá en el periodo de abril del 2009.**

<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Diversificado</b>	<b>7</b>	<b>5.3%</b>
<b>Ninguno</b>	<b>23</b>	<b>17.5%</b>
<b>Primaria</b>	<b>83</b>	<b>63.6%</b>
<b>Secundario</b>	<b>15</b>	<b>11.4%</b>
<b>Técnico</b>	<b>1</b>	<b>0.7%</b>
<b>Universitario</b>	<b>2</b>	<b>1.5</b>
<b>Total</b>	<b>131</b>	<b>100.0%</b>

Fuente. Encuesta.

**Tabla No.15.**

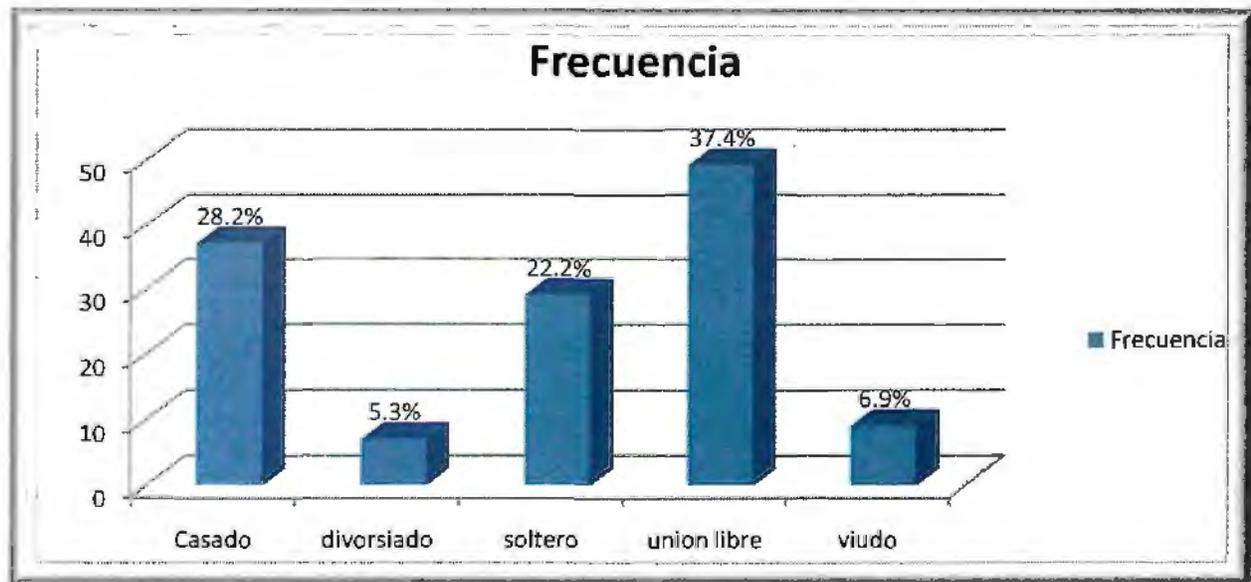
**Satisfacción de la Población que demanda atención según estado civil, en la Consulta Externa del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá en el periodo de abril del 2009.**

ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje
Casado(a)	37	28.2%
Divorciado (a)	7	5.3%
Soltero(a)	29	22.2%
Unión libre	49	37.4%
Viudo(a)	9	6.9%
Total	131	100.0%

Fuente. Encuesta.

**Grafico No.13.**

**Satisfacción de la Población que demanda atención según estado civil, en la Consulta Externa del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá en el periodo de abril del 2009.**



Fuente Tabla No. 15

**Tabla No.16.**

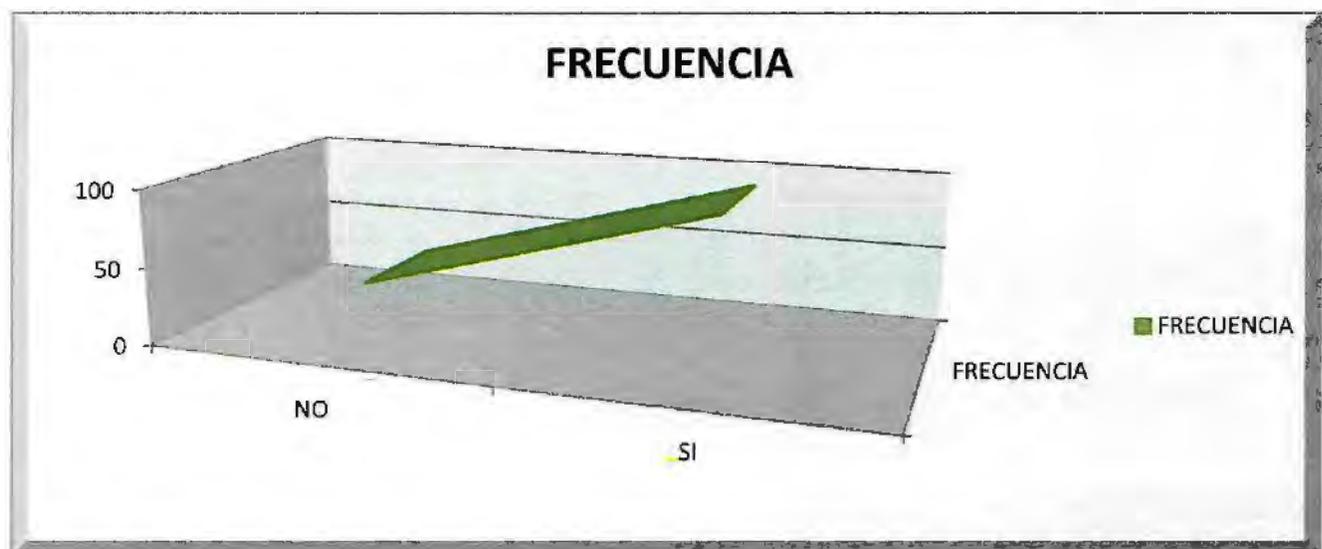
**Satisfacción de la Población que demanda atención según si fue examinado por quien le atendió hoy, en la Consulta Externa del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá en el periodo de abril del 2009.**

<b>LA PERSONA QUE LE ATENDIO HOY LA EXAMINO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>NO</b>	<b>35</b>	<b>26.7%</b>
<b>SI</b>	<b>96</b>	<b>73.3%</b>
<b>Total</b>	<b>131</b>	<b>100.0%</b>

Fuente. Encuesta.

**Grafica NO.14.**

**Satisfacción de la Población que demanda atención según si fue examinado por quien le atendió hoy, en la Consulta Externa del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá en el periodo de abril del 2009.**



Fuente tabla No 16.

**Tabla No.17.**

**Satisfacción de la Población que demanda atención según si le explico la enfermedad que adolece la persona que le atendió, en la Consulta Externa del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá en el periodo de abril del 2009.**

<b>LA PERSONA QUE LE ATENDIO HOY LE EXPLICO LO QUE USTED PADECE</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>NO</b>	<b>18</b>	<b>14.1%</b>
<b>SI</b>	<b>113</b>	<b>85.9%</b>
<b>Total</b>	<b>131</b>	<b>100.0%</b>

Fuente. Encuesta.

**Tabla No.18.**

**Satisfacción de la Población que demanda atención según si le explicaron la receta que le extendieron hoy, en la Consulta Externa del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá en el periodo de abril del 2009.**

<b>LA PERSONA QUE LE ATENDIO HOY LE EXPLICO LA RECETA QUE LE EXTENDIO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>NO</b>	<b>27</b>	<b>20.4%</b>
<b>SI</b>	<b>104</b>	<b>79.6%</b>
<b>Total</b>	<b>131</b>	<b>100.0%</b>

Fuente. Encuesta.

**Tabla No.19**

**Satisfacción de la Población que demanda atención según tipo de cobro, en la Consulta Externa del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá en el periodo de abril del 2009.**

<b>LE HICIERON ALGUN TIPO DE COBRO EN EL HOSPITAL</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>NO</b>	<b>41</b>	<b>31.6%</b>
<b>SI</b>	<b>90</b>	<b>68.4%</b>
<b>Total</b>	<b>131</b>	<b>100.0%</b>

Fuente. Encuesta.

## Anexo 2

### **GLOSARIO RELACIONADO A LA GERENCIA DE CALIDAD Y A LA SALUD PÚBLICA**

**Abogacía en salud** Es el empleo de enfoques específicos, guías, recursos y estrategias para producir cambios sociales u organizativos a nombre de o en representación de un grupo de interés particular o población e influenciar los escoges políticos. Laborante identifica tres facetas: los profesionales pueden ofrecer conocimientos en los asuntos de salud; las instituciones de salud pueden jugar un papel en legitimar los deseos de abogacía de los grupos comunitarios; los profesionales de salud pueden tomar una posición sobre los aspectos políticos de salud pública tanto a nivel local, departamental y nacional.

**Acceso** La habilidad de un paciente para obtener atención de salud.

**Acreditación** Es un modelo de evaluación externa de la calidad de los procedimientos de la institución como ejemplo: diagnósticos, terapias de acuerdo a estándares conocidos públicamente. Requiere de expertos entrenados, de investigadores externos, puede ser también autoevaluación, visitas con entrevistas, revisión documental, observaciones y se establecen valoraciones.

**Alianzas** Una relación de trabajo entre dos o más personas, partidos o instituciones creando un valor agregado al usuario.

#### **Aseguramiento de la calidad**

Son los procesos y subprocesos de planificar para la calidad, el desarrollo de objetivos para la calidad, fijar estándares (incluye guías, políticas, protocolos, etc.); la comunicación activa de los estándares, el desarrollo de indicadores, fijar umbrales,

colectar datos para monitorear el cumplimiento de los estándares y la aplicación de soluciones para mejorar la atención de salud.

### **Atención Primaria de Salud**

Es el cuidado esencial hecho accesible al costo que un país y la comunidad puedan soportar con métodos que sean prácticos con bases científicas y socialmente aceptables.

Referencia: Alma-Ata, OMS, Ginebra 1978

La Declaración de Alma-Ata, también enfatiza que cada quien debe de tener acceso a Atención Primaria de Salud y cada persona debe estar involucrada en ella. El enfoque de Atención Primaria de Salud incluye los siguientes componentes claves:

Equidad, participación comunitaria, Intersectorialidad, la tecnología  
Apropiada y costos accesibles.

**Atributo** Una característica del fenómeno en estudio.

**Autoevaluación** Un examen global, sistemático y periódico de las actividades y resultados de una institución, realizado por los empleados, que se compara con un modelo por ejemplo el modelo EFQM de la excelencia.

**Autoridad** Derecho a control o mandar.

**Benchmarking** Es un proceso de competencia positivo. En el una organización selecciona un proceso para mejorarlo, estudiarlo y entonces identifica y analiza una organización o centro de excelencia respecto del proceso que se está estudiando. Aprende de el llevando las fortalezas aprendidas para implementar en su organización.

**Calidad** Es una característica, un carácter o propiedad que hace que los servicios sean buenos o malos; esto es el grado de excelencia que los servicios poseen. La totalidad de las características del servicio que satisfacen necesidades establecidas o sentidas por los usuarios.

No es nunca un accidente, es el resultado de una intensión, esfuerzo sincero, inteligente dirección y una ejecución hábil; representa el escoge mejor de muchas alternativas. La calidad se alcanza cuando las necesidades y expectativas de los usuarios se alcanzan sobre una base consistente y continua.

**Certificación** Es el método por el cual un tercero independiente certifica la conformidad del servicio de acuerdo a requerimientos establecidos o especificados. Tienen como prerrequisito la existencia y conformidad de un sistema de gerencia de calidad. Se realiza un reporte, se audita por expertos autorizados la calidad del reporte y si está de acuerdo con la realidad y se certifica sí o no al sistema de gerencia de la calidad. Ejemplos: el sistema ISO 9001: 2000.

**Ciente Externo** Se entiende por el usuario de los servicios o intervenciones de salud, que recibe los resultados del proceso en estudio.

**Ciente Interno** Se entiende por el personal de los servicios de salud que reciben los beneficios o resultados de cada etapa del proceso en estudio.

**Conocimiento** Es la información que guía la acción. Es parte de la trilogía compuesta por obtención de datos, información y conocimientos. Los datos son los hechos crudos. Información es el dato con contexto y perspectiva.

### **Consentimiento informado**

Es un derecho del paciente que consiste en la aprobación, permiso o asentimiento de un usuario sobre el tratamiento en base a un conocimiento de los hechos relevantes. Se documenta por el médico o quien tenga la tarea legal antes de proveer el tratamiento.

**Continuidad** Es una dimensión del desempeño que resalta el grado en el cual la atención o intervención para un usuario es coordinada entre los funcionarios y las organizaciones a través del tiempo.

**Control de la calidad** Enfoca en el monitoreo de actividades, procedimientos o protocolos contra una variedad de estándares aceptables o umbrales y tomar acciones correctivas.

**Criterio** Define expectativas explícitas de tratamientos o resultados de salud.

El criterio está basado en medidas objetivas cuantitativas y son desarrolladas por un grupo de expertos y utilizadas como base de comparación de los expedientes clínicos por ejemplo. Una forma para valorar. Un atributo o regla que sirve de base para evaluar, definir o clasificar una actividad, servicio o intervención; un estándar de evaluación. El nivel esperado de logro o especificación contra el cual se realiza la evaluación.

**Cultura** Es la suma de valores y de ideas tradicionales transmitidas a individuos en una comunidad o institución a través del tiempo, o modelos de conducta adquiridos y transmitidos por los grupos humanos. Cultura incluye como la gente se comporta, piensa, comunica sus valores, actitudes, creencias. El concepto de cultura es importante en salud pública y particularmente en educación en salud porque el acervo cultural incluyendo mitos, normas e ideologías de un individuo o comunidad tienen un efecto profundo en su respuesta a la educación en salud y la promoción de salud. Por ello al diseñar programas de educación en salud la comprensión de la cultura y valores debe ser reconocida para hacer el programa apropiado a ese grupo particular.

**Dato** Un hecho o figura cruda, sin analizar.

**Descentralización** La distribución de funciones administrativas o poder de una autoridad central entre varias autoridades locales. El objetivo es dar autoridad para toma de decisiones a aquellos más directamente responsables de los resultados de esas decisiones, con experiencia de primera mano y conocimiento acerca de los aspectos involucrados.

**Desempeño** La forma en la cual un individuo, grupo y organización realiza o culmina su sus funciones y procesos.

**Disponibilidad** La relación al grado o facilidad de hacer citas, de tener los proveedores apropiados, etc.

**E.F.Q.M.** Son las siglas de la Fundación Europea para la Gerencia de la Calidad. Esta es una organización sin fines de lucro formada por empresas miembros y creadas en 1988 por catorce importantes empresas europeas. Gestionan el premio europeo a la calidad. El modelo EFQM de excelencia es un marco de trabajo no prescriptivo basado en nueve criterios que puede utilizarse para evaluar el progreso de una institución hacia la excelencia. El modelo reconoce que la excelencia en todo lo referente a resultados y rendimiento de una organización se puede lograr de manera sostenida mediante distintos enfoques.

**Efectividad** La extensión a la cual los beneficios deseados bajo optimas condiciones son alcanzados en la práctica diaria. Una dimensión del desempeño que evalúa el grado al cual una intervención de salud es provista en la forma correcta, dado el estado actual del conocimiento, a fin de lograr el resultado deseado bajo las condiciones usuales de atención. Se enfatiza la relación entre los resultados de la atención o intervención y los recursos utilizados para su entrega.

**Eficacia** En el campo de la salud es el grado al cual una intervención de salud, procedimiento, tratamiento o servicio produce un resultado beneficioso bajo circunstancias rigurosamente controladas y monitoreadas.

**Eficiencia** Una dimensión del desempeño que resalta el grado de relación entre los resultados de la atención o intervención y los recursos utilizados para su entrega.

### **Empoderamiento de la comunidad**

Es un proceso de acción social por medio del cual los individuos y grupos actúan para obtener un “dominio” sobre sus vidas en el contexto del cambio de su vida social y ambiente político.

### **Empoderamiento para la salud**

Es un proceso a través del cual la gente gana un gran control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud. El empoderamiento puede ser social, cultural o político por medio del cual los individuos y grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, presentar sus dudas, desarrollar estrategias para involucrarse en la toma de decisiones y lograr acciones políticas, sociales y culturales con el fin de satisfacer sus necesidades.

**Equidad en Salud** Significa que las necesidades de la gente guían la distribución de oportunidades para el bienestar. Significa imparcialidad.

**Equipos funcionales** Son grupos de individuos con experiencia específica que están organizados para mejorar o –y monitorear una función que puede representar muchas disciplinas y servicios.

### **Equipos interdisciplinarios de calidad**

Son grupos de individuos que representan todas las etapas de un proceso que tienen múltiples disciplinas y que trabajan juntos en forma cohesiva y sinérgica.

**Estándares** Son enunciados sobre las características de calidad (calidad esperada) de un elemento o sistema. Los estándares deben ser confiables, validos, realistas y claros; por ej. Especificaciones, guías, algoritmos, rutas clínicas, protocolos, etc.

**Estructura** Son todos los recursos humanos y físicos de un sistema.

**Excelencia** La mejor práctica en manejar la organización y alcanzar los resultados basado en los conceptos fundamentales que puede incluir: orientación a los resultados, enfoque en los usuarios, liderazgo y constancia de propósitos, procesos y hechos, participación de la gente, mejoramiento continuo e innovación, alianzas para beneficio mutuo, responsabilidad pública.

**Expectativas** Lo que la persona espera de un servicio antes de experimentarlo.

**Función** Un grupo de actividades y procesos con una meta común.

**Función clave** Una función organizativa que se cree que aumenta la probabilidad de un resultado deseado, basada en evidencias o en el consenso de expertos.

**Gestión** La selección de objetivos y la dirección de una organización hacia el logro de esos objetivos. Incluye planificación, implementación y evaluación. También puede ser un grupo de personas responsables para dirigir una organización o las de los objetivos, incluyendo la alta gerencia.

**Grupo Focal** Es un tipo de metodología cualitativa o técnica de investigación en la cual un moderador con experiencia dirige un grupo de personas, generalmente ocho a doce, a través de una discusión informal de problemas o aspectos seleccionados, permitiendo a los miembros del grupo hablar libremente sobre sus pensamientos, sentimientos, opiniones, actitudes y creencias acerca del problema. El moderador o entrevistador a menudo usa un protocolo detallado de preguntas abiertas-cerradas y muy profundas. Los grupos focales son usados a menudo para evaluar necesidades.

**Incidente** Una situación de riesgo o inusual que sucede involucrando pacientes, visitantes y al público en general.

**Indicador de salud** Es un marcador de un problema de salud tal como la mortalidad, morbilidad, de discapacidad que da claves sobre la expectativa de vida. Son importantes para medir el control de las enfermedades y planear aspectos educativos y actividades de salud pública.

**Información** Una serie de datos analizados, organizados que proveen la base para tomar decisiones.

**Innovación** El traslado práctico de ideas en nuevos servicios, procesos, sistemas e interacciones sociales.

**Institucionalización** Es alcanzada cuando las actividades de calidad son realizadas en forma efectiva y rutinaria en toda la organización, sistema o sector.

**Instrumento** Un dispositivo de investigación que anota o mide los datos obtenidos.

**Licenciatura** Una confirmación escrita proveído a un establecimiento o individuo de un derecho para realizar cierto tipo de actividades dado por un grupo colegiado.

**Líder** La gente que coordina y balancea los intereses de todos los que tienen un puesto en la organización y que desempeñan un rol de liderazgo.

**Liderazgo** La característica individual de la persona para que las personas le siga y se dejen guiar o conducir. Debe adaptarse a las condiciones del momento. Es el responsable de lo que acontece en su organización, de llevar a cabo la misión, visión y los objetivos de la organización y de impulsar los valores. Los estilos pueden ser: patriarcal o autoritario, democrático, corresponsable y lesse fere.

**Medir** La colección de datos cuantificables a cerca del desempeño de una función o proceso.

**Mejora** Tomar acciones que resultan en el cambio positivo, medible y deseado en la dimensión del desempeño.

### **Mejoramiento de la calidad**

Es una serie de procesos y subprocesos que en forma proactiva y reactiva identifica y selecciona oportunidades para mejora, los analiza, operacionaliza la intervención a través de la formación sistemática de equipos, utiliza herramientas y técnicas de la calidad para implementar una estrategia de mejora y evaluación.

**Meta** Un resultado escrito de largo plazo relacionado con el resultado esperado.

**Misión** Un enunciado que describe el propósito de una institución, su razón de ser. Describe porque la institución o función existe.

**Modelo de excelencia** Es una base conceptual de como un programa o evaluación se supone que debe trabajar. Un modelo se expresa usualmente en forma gráfica o en forma narrativa, explicando los factores claves y variables. Un modelo sirve para ser objetivo y presente un punto de vista o una perspectiva determinada acerca de la naturaleza y función. En salud pública el modelo puede explicar cómo ocurren las conductas, puede describir los recursos y los resultados deseados.

**Monitoreo** Parte del control. Es un proceso sistemático, planeado y actual para obtener y organizar datos y producir resultados agregados.

**Objetivos** Enunciados escritos, específicamente orientados a la acción en términos medibles y observables que definen como las metas serán obtenidas.

**Percepción** Lo que la persona considera ha recibido de un servicio o intervención de salud que es conocida mediante diferentes técnicas: cuestionarios transaccionales, el usuario disfrazado o fingido, grupos focales, captura de quejas o comentarios, los datos

de los servicios, cuestionarios a empleados y esta influenciado por aspectos emocionales, la experiencia previa y lo que sabe acerca de estos mismos servicios.

**Plan** Formular o describir el enfoque para alcanzar las metas relacionadas con el mejoramiento del desempeño de una organización.

**Política de Salud** Es un plan de acción orientado a salud diseñado para influir la entrega de servicios de salud e incluye un documento escrito para ayudar a regular la atención de salud, los servicios de salud y los programas de salud. Es un proceso que involucra insumos de diferentes actores gubernamentales, del Estado y comunidad.

**Problema de salud** Incluye cualquier condición que no se conoce a fondo en cuerpo, mente y espíritu que afecta adversamente la calidad de vida.

**Proceso** Es una secuencia de pasos que crea un resultado a partir de varios insumos. Al mismo tiempo nace un valor agregado. En cada organización existe una red de procesos que deben ser dirigidos y mejorados. Entre ellos hay algunos que son esenciales para el éxito de una organización. Hay que identificarlos. Estos procesos frecuentemente son de carácter intersectorial entre departamento y funciones.

### **Promoción de la salud**

Es el proceso que habilita a las personas para aumentar el control sobre las determinantes de salud y mejorar su salud. Referencia:

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra 1986.

La promoción de la salud representa un proceso integral social y político, no solamente abarca acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos sino que también acciones dirigidas hacia el cambio social, ambiental y de las condiciones económicas de manera que alivien el impacto en la salud pública y en la salud individual.

**Proveedor** Un médico, un hospital, un grupo de prácticas, una casa de asilo, una farmacia o cualquier individuo o grupo que provee un servicio de salud.

**REDER** Resultados, Enfoques, Despliegue, Evaluación y Revisión.

**Reclamo o queja** Una demanda en el sentido legal, hecha contra el establecimiento o el personal; usualmente precipitada por un incidente o accidente ocurrido en el establecimiento resultando en la alegada negligencia.

Las quejas no son frecuentes dado que especialmente en salud las personas se vinculan a los establecimientos por lazos emocionales y que generalmente no tienen opción de otro proveedor.

### **Responsabilidad social para la salud**

Se refleja en las acciones de los tomadores de decisiones para buscar políticas y prácticas que promuevan y protejan la salud. Estas políticas y prácticas deben evitar dañar la salud de los individuos; proteger el medio ambiente y asegurar el uso sostenible de los recursos; restringir la producción y el comercio de bienes y sustancias dañinas así como no permitir prácticas de mercado no saludables; salvaguardar a los ciudadanos en los comercios y en los lugares de trabajo e incluir evaluaciones de impacto focalizadas en la equidad en salud como parte integral de la política de desarrollo.

**Resultado clave** Los logros con respecto al rendimiento planificado.

**Resultados en salud** Es un cambio específico, positivo o negativo, en un individuo, paciente, usuario, o población que resulta de la promoción de salud o de la atención de salud.

**Salud:** como la ha definido la OMS, es un completo estado de bienestar, físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia. Puede ser definida como la cualidad de la persona para funcionar física, psicológica y sociológica que

capacita a el o ella para luchar con una variedad de situaciones personales y sociales. Es la capacidad para luchar con o adaptarse a los disrupciones entre los componentes orgánicos, social y personal de el sistema de salud individual.

**Salud Pública** El arte y ciencia de prevenir enfermedad, prolongar la vida, promocionar y mantener la salud mental, física y social y la rehabilitación ocupacional a través de esfuerzos organizados de la sociedad en sus varios niveles para el saneamiento del ambiente, control de las enfermedades transmisibles, educación en higiene personal, organización de los servicios médicos y de enfermería y el desarrollo de la maquinaria social para asegurar a cada uno un estándar de vida adecuado para el mantenimiento de la salud. La salud pública focaliza primariamente en la salud de las poblaciones, comunidades y organizaciones más que en individuos y acepta la responsabilidad social.

**Sistema** Es el conjunto de elementos que están relacionados unos con otros por medio de características comunes para obtener un resultado. Un sistema simple está compuesto de elementos relacionados a la *entrada, proceso y salida*. Un sistema de salud incluye todos aquellos elementos que van más allá de solo ser salida y son los resultados e impactos. Los sistemas de salud son sistemas abiertos en los que el comportamiento tiene un contexto de medio ambiente que responde a factores políticos, sociales, culturales y económicos, con laxos de retroalimentación entre todos ellos. Los sistemas de salud están para servir a las comunidades y por lo tanto responden a sus necesidades y expectativas. Los sistemas se relacionan en términos de la

**Sistema de Gestión** El marco de procesos y procedimientos utilizados para asegurar que la organización puede lograr todas las tareas requeridas para alcanzar sus objetivos.

**Sistema de información en salud**

Es un esquema para coleccionar datos que provee información acerca del impacto de los programas de educación en salud y el efecto que se está teniendo en un grupo meta o comunidad.

**Sostenibilidad** Se logra cuando se ha dotado de la experiencia, la responsabilidad y los recursos para aplicar, adaptar, continuar y desarrollar posteriormente una organización, estructura, sistema o sector de calidad, en una base de independencia. Permanece en el tiempo.

**Técnica de Delphi** Es un método de muestreo para consultar y obtener opinión de expertos y arribar a un consenso de planeación sin reuniones cara a cara. Con ésta técnica pueden enviarse cuestionarios para auto llenarse, a expertos, líderes de opinión, informantes, etc.

Después de pasar tres o cuatro vueltas los cuestionarios, los resultados se reúnen, se tabulan y se comparten.

**Umbral** Es el requerimiento mínimo aceptable para alcanzar el estándar y medir el indicador de calidad.

**Usuario** Es el árbitro final de la calidad del servicio que se brinda. Cualquiera que se beneficia de o es afectado por el proceso, los productos o servicios proveídos en los establecimientos incluyendo toda la organización. Implica al personal (usuario interno) como a las personas que se benefician de los servicios de salud.

**Visión** Es un enunciado que describe como la institución desea ser en el futuro.

**Visitas** Modelo de gestión de calidad que incluye revisión entre pares, auditorias, visitas de colegas, cuestionarios de autoevaluación, visitas de un día al establecimiento, retroalimentación personal.

Fuente: SEA/HSD/200 3.4 pp48-9; material de la EFQM, NAHQ 8th Edition. Dictionary of Public Health Promotion and Education. Terms and Concepts. Naomi N. Modeste. Health Promotion Glossary. Who/HPR/98.1. Health Care Quality Glossary. Russian Federation – United States of America, 1999. Quality Management Resource book International Health. Gtz. April 2001. EFQM Glossary.

tamano

**TABLA 2**

**El modelo del proceso-flujo de la calidad para el cliente (fig. 3)**

*Fase 1.* A veces se selecciona (por parte del mismo paciente o del que le refiere) el servicio equivocado. La calidad del proceso de selección se puede medir en términos del número de pacientes rehusados porque el servicio, o bien no puede cubrir sus necesidades, o presenta una capacidad insuficiente

*Fase 2.* El punto de entrada es donde el paciente hace el primer contacto con el servicio. Accesibilidad e información pertinente y suficiente determinan la calidad en este punto

*Fase 3.* Normalmente existe cierta dilación entre la entrada y el «primer contacto». Esta fase es crítica porque es la primera vez que el paciente conoce a una persona que representa al servicio. Proporciona al cliente (que puede estar ansioso y con incertidumbre sobre cómo será tratado) la primera evidencia real de cómo es el servicio, y de lo que les espera. Esta fase es importante ya que influye en las expectativas

*Fase 4.* La primera respuesta sustantiva del servicio; es cuando el personal recibe al paciente y valora sus necesidades. Una valoración pobre es la responsable de muchos problemas con la calidad. Esta fase debe ser un diálogo entre el que proporciona el servicio y el que lo recibe, implicando una negociación y un contrato implícito que, a veces, se vuelve explícito

*Fase 5.* La intervención es donde el servicio, previa valoración, intenta cubrir las necesidades del paciente. Esta fase es crítica en moldear las percepciones del paciente. Se debe medir tanto la habilidad del servicio en cubrir las necesidades del paciente, como el tiempo invertido en hacerlo así

*Fase 6.* La fase de revisión es importante por tres razones: 1) para revalorar las necesidades y replantearse intervenciones para obtener el máximo efecto; 2) para chequear las expectativas del paciente e influenciarlas, y 3) para que los proveedores del servicio juzguen si sus habilidades pueden ser usadas para mejorar el efecto sobre otros pacientes esperando recibir el servicio

*Fase 7.* La fase de cierre debe ser considerada en términos de preparar al paciente, en todos los ámbitos, para dejar el servicio. Se debe juzgar si las necesidades del paciente han sido cubiertas, y qué acciones tomar si no lo han sido. A veces el cierre implica transferencia a otros servicios, como los comunitarios. La buena percepción general de un servicio puede ser destruida por otro servicio externo que no acepta sus responsabilidades

*Fase 8.* Finalmente, el seguimiento implica saber si las necesidades del paciente han sido, y/o están siendo, cubiertas, y, si es necesario, llamar de vuelta al paciente y ampliar el servicio que se le ha dado. Implica el actuar sobre los comentarios (*feedback*) que del servicio se reciben

Tomada de Overreit®

## Anexo: 4

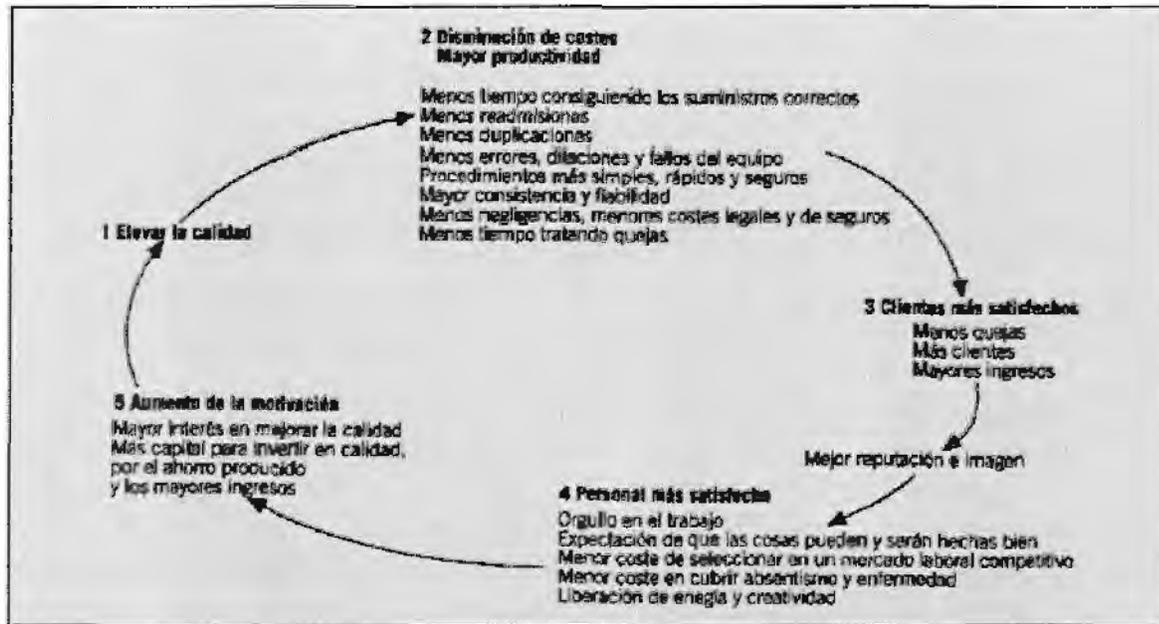


Fig. 2. Elevar la calidad reduce costes y aumenta la productividad y los ingresos (según Deming)

## Anexo: 5

Cuadro Matriz de variables de satisfacción del usuario.

Componentes	Criterios de análisis según marco de referencia	Fuente de Información	Técnica Utilizada	Instrumento
Describir la percepción de los usuarios / as con respecto al tiempo utilizado para recibir servicios de salud.	¿Tiempo que tardó en venir desde su casa? ¿Tiempo que esperó para recibir el servicio? ¿Cómo le parece esa espera? ¿Tiempo que duró la consulta? ¿Cómo le parece la duración de la consulta?	La fuente de información será primaria y secundaria. Primaria a través de los usuarios o acompañante a los cuales se les aplicará la encuesta de salida y se llenará con los encuestadores	Entrevista realizadas a las personas mayores de 15 años de ambos sexo y que habitan en los 15 municipios y que asistieron a la consulta en centros y puestos de salud.	Entrevista formalizada. Ya se utilizó un encuesta en presencia del encuestador, las preguntas se formulan no pensando en que van a ser leídas y se incluye la charla introductoria, en este caso predomina las preguntas cerradas. El entrevistado no va leyendo y respondiendo las preguntas si no que son leídas por el entrevistador que anota las respuesta.
Describir algunos factores relacionados con la calidad al momento de la atención a los usuarios.	¿Cuál fue el motivo de su visita hoy.? ¿La persona que le atendió hoy le examinó?. ¿Le explicó lo que tenía.? ¿Privacidad de la consulta?	Es secundaria por es a través de la revisión de la receta	Entrevista realizadas a las personas que asintieron a la unidad de salud.	Entrevista formalizada.
Identificar las características de la calidez de atención que recibieron los usuarios de acuerdo con su percepción.	¿Le trataron con amabilidad durante la consulta? ¿El trate del personal fue bueno? ¿De Qué área recibió maltrato?	La fuente de información será primaria y secundaria. Primaria a través de los usuarios o acompañante a los cuales se les aplicará la encuesta de salida y se llenará con los encuestadores	Entrevista realizadas a las personas mayores de 15 años de ambos sexo y que habitan en los 15 municipios y que asistieron a la consulta en centros y puestos de salud.	Entrevista formalizada. Ya se utilizó un encuesta en presencia del encuestador, las preguntas se formulan no pensando en que van a ser leídas y se incluye la charla introductoria, en este caso predomina las preguntas cerradas. El entrevistado no va leyendo y respondiendo las preguntas si no que son leídas por el entrevistador que anota las respuestas.
Identificar el grado de satisfacción del usuario con la respuesta obtenida del servicio de salud y su relación con el cobro de la atención recibida	¿Le hicieron algún tipo de cobro? ¿Pudo obtener todo el medicamento recetado? ¿Cuáles medicamentos no le entregaron? ¿Cuál es el mayor problema de la atención que recibió hoy? ¿ Cree usted que el personal de salud divulga los problemas de los pacientes?			

### Para introduccion

El presente estudio sobre el análisis de satisfacción del usuario externo del Hospital Enrique Aguilar de la Esperanza Intibucá, Honduras, durante el periodo de abril del 2009, donde se encuestó a 131 pacientes que solicitaron los diferentes servicios de consulta externa que oferta el Hospital.

El Hospital atiende una población externa anual de 115,000 pacientes distribuidos en los diferentes servicios de medicina interna, cirugía, pediatría, ginecología y medicina general. La mayoría de la población que es atendida, proviene de comunidades indígenas Lencas con un índice de crecimiento demográfico anual de 2.7%, considerándose este departamento un de los más pobres de Honduras.