

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA.  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD.  
(CIES)**

**TRABAJO DE TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MASTER EN SALUD  
PUBLICA.**

**TITULO : SATISFACCION DE LAS USUARIAS DEL SERVICIO DE  
HOSPITALIZACION DE ALTO RIESGO OBSTETRICO  
DEL HOSPITAL BERTHA CALDERON DURANTE LOS  
MESES DE OCTUBRE - NOVIEMBRE 1997.**

**ELABORADO POR:**

**Licda. Sofia E. Soza Mora,  
Dra. Marcia J. Barro**



**Dr. Guillermo González,  
Master en Salud Pública,  
Profesor Titular, CIES  
UNAN - MANAGUA.**

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

## **DEDICATORIA**

**A mis padres, Esposo e Hija por el gran apoyo brindado durante el transcurso de la Maestría en Salud Pública y en éste especial momento.**

**Con mucho Cariño.**

**Dra. Marcia Jazmina Ibarra Herrera.**

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero agradecer desde lo más profundo de mi corazón a Dios y a todas las personas que de una forma u otra contribuyeron para que hoy concluya este estudio. Empiezo por decir Gracias a todas las personas para que ninguna se me quede sin recordarle. Pero no puedo evitar mencionar a aquellas personas que estuvieron estrechamente vinculadas e interesadas para que hoy pudiera decir lo he concluido:

**Dr. Guillermo González** : Mi tutor que siempre estuvo dispuesto a orientarme con mucho entusiasmo y dedicación.

**Dr. Charles Wallace** : A él no tengo ni siquiera palabras para expresarle mi agradecimiento y solamente le puedo decir gracias, eres un buen Amigo y compañero de trabajo.

**Dra. Josefina Bonilla** : Gran amiga y compañera de trabajo que me brindó su ayuda incondicional la cuál fue muy valiosa para realizar el estudio.

**Dr. Armando Ulloa** : Un gran compañero de trabajo, te agradezco infinitamente la ayuda que me brindaste para que pudiera culminar este estudio.

A mis sobrinas : Nereyda y Lizbeth: Les agradezco la ayuda que me brindaron en el transcurso de la Maestría no tienen idea de cuanto me sirvió todo su apoyo. Tan sólo puedo decirles eternamente Gracias.

También agradezco a cada una de las Usuaris del Servicio de Alto Riesgo Obstétrico que sin su colaboración no hubiera sido posible realizar el estudio que hoy se esta presentado.

**Licda. Sofía E Soza Mora**  
Profesor Titular  
Facultad de Ciencias Médicas.  
UNAN- Managua.

## RESUMEN

La presente investigación es un estudio descriptivo de corte transversal en el campo de los estudios sobre la calidad de la atención en salud a las mujeres con riesgo reproductivo; su objetivo general fue establecer el grado de satisfacción que tienen las usuarias ingresadas en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico referente a la atención recibida en salud que les ofrece el Hospital Berta Calderón Roque, durante los meses de Octubre/Noviembre de 1997.

La muestra estuvo conformada por 315 usuarias del Servicio de Alto Riesgo Obstétrico, quienes estuvieron Hospitalizadas en los meses antes señalados y que reunieron los requisitos para estar incluidas en la misma. La información fue recolectada directamente por las investigadoras a través de una entrevista a las usuarias utilizando un instrumento previamente validado.

El análisis de la información recolectada se hizo en primera instancia de forma descriptiva para cada una de las variables del estudio; posteriormente se hizo cruce entre la variable principal (satisfacción de las usuarias) y las variables secundarias de acuerdo al plan de análisis. Finalmente se contrastó la relación entre la satisfacción de las usuarias con las distintas variables que valoraban parcialmente la atención recibida con la finalidad de identificar su peso en el grado de satisfacción de las usuarias. Su validez y significancia fue medido con pruebas de chi cuadrado.

Los resultados mas importantes fueron los siguientes: cinco de cada usuaria está satisfecha de la atención recibida; la satisfacción por las gestiones que realizan las usuarias para ser atendidas, así como las condiciones ambientales del servicio, la atención de los médicos y enfermeras tienen relevancia en el grado de satisfacción de las usuarias. Lo mismo no ocurre con las variables socioeconómicas en general, con excepción del nivel académico.

La estratificación del peso de las variables que inciden en la satisfacción de las usuarias dio los siguientes resultados: La percepción que se les resolvió el problema de salud (96 %), la satisfacción con las relaciones interpersonales con los médicos (93,3 %), la satisfacción con la atención brindada por los médicos (88,6 %) y la satisfacción con las gestiones realizadas (82,9 %).

Como efecto de la satisfacción de las usuarias, el 92 % de las satisfechas recomendaría a otras personas el servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Berta Calderón Roque y el 86,9 % de ellas acepta regresar al servicio si fuera necesario.

Las percepciones positivas en relación al servicio de Alto Riesgo Obstétrico reflejan sus fortalezas en el proceso de atención; sin embargo también las percepciones negativas reflejan sus debilidades las que deberían ser superadas. Ejemplos de ellas son las siguientes:

- ▶ Las condiciones de la infraestructura no son las ideales a las que aspiraban las usuarias del estudio.
- ▶ Las usuarias mostraron diversos grados de insatisfacción con el tipo de privacidad que recibieron tanto de los médicos como de las enfermeras.
- ▶ El personal de salud del servicio de Alto Riesgo Obstétrico no le da mucha importancia a las actividades de promoción y de prevención que podrían realizarse durante la estancia de las usuarias del servicio, lo que representa una falta de oportunidad en su atención integral.

El estudio concluye con un conjunto de recomendaciones de orden práctico en relación a las debilidades detectadas, así como la recomendación de hacer encuestas periódicas en todos los servicios del Hospital Berta Calderón Roque con el fin de mejorar la atención de forma continua.

## PARECER DEL TUTOR

La escases cada vez mayor de los recursos para el funcionamiento de los servicios de salud nos debe obligar a la búsqueda de mecanismos mas eficientes y efectivos de la atención, especialmente de aquel tipo de atención que está destinada al cuidado de los grupos mas vulnerables, como es el caso de la mujer en su momento reproductivo.

Sin embargo, la mayor parte de esta búsqueda se realiza a partir de nuestra perspectiva como técnicos o investigadores de los sistemas de salud, haciendo uso de instrumentos de medición ajustados a la lógica del "debe ser científico-técnico", lo que conduce en general a conclusiones parciales de la realidad y por tanto a la reproducción de los problemas de eficiencia, eficacia y efectividad de los servicios de salud.

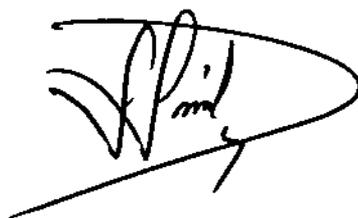
Con esta reflexión se ha iniciado todo un movimiento de conocer los problemas de la atención en salud incorporando la percepción de sus usuarios como un mecanismo de potencializar los estudios que de forma cotidiana realizamos desde nuestra perspectiva como técnicos o investigadores de los servicios de salud.

Esta práctica permitirá fortalecer nuestros conocimientos sobre la dinámica de los servicios de salud en su relación con su clientela y nos abrirá nuevas perspectivas del comportamiento de esta en sus patrones de consumo de los servicios de salud, ámbito del conocimiento necesario para quienes tienen bajo su responsabilidad la organización y el desarrollo de los servicios de salud.

Es precisamente en este campo que el trabajo de la Lic. Sofía Soza y la Dra. Marcia Ibarra constituye un aporte muy importante, tanto para la academia como para quienes están al frente de servicios de salud, especialmente de aquellos servicios que tienen incidencia en el comportamiento de la mortalidad materna.

El trabajo deja dos productos centrales que deben ser tomados en cuenta: el diseño metodológico que abre nuevas puertas para este tipo de estudio y sus resultados que avanzan de la descripción de los grados de satisfacción de las usuarias a un primer nivel de asociación entre esta y las variables que configuran el cuerpo de la satisfacción de un servicio.

Identificados estos productos, no resta mas que felicitarlas e insistirles en la necesidad de continuar el camino andado.



Dr Guillermo González. M.S.P  
Profesor Titular. CIES-UNAN  
Managua-Nicaragua.

## **INDICE**

		<i>Páginas</i>
<i>I ▶</i>	<i>INTRODUCCION</i>	<i>1 - 2</i>
<i>II ▶</i>	<i>ANTECEDENTES</i>	<i>3 - 8</i>
<i>III ▶</i>	<i>JUSTIFICACION</i>	<i>9</i>
<i>IV ▶</i>	<i>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.</i>	<i>10</i>
<i>V ▶</i>	<i>OBJETIVOS</i>	<i>11</i>
<i>VI ▶</i>	<i>MARCO TEORICO</i>	<i>12 - 40</i>
<i>VII ▶</i>	<i>DISEÑO METODOLOGICO</i>	<i>41 - 48</i>
<i>VIII ▶</i>	<i>RESULTADOS</i>	<i>49 - 70</i>
<i>IX ▶</i>	<i>DISCUSION</i>	<i>71 - 79</i>
<i>X ▶</i>	<i>CONCLUSIONES</i>	<i>80 - 81</i>
<i>XI ▶</i>	<i>RECOMENDACIONES</i>	<i>82 - 83</i>
<i>XII ▶</i>	<i>BIBLIOGRAFIA</i>	<i>84 - 86</i>
<i>XIII ▶</i>	<i>ANEXOS</i>	<i>87</i>

## INTRODUCCION.

La necesidad de valoración y perfeccionamiento para mejorar la calidad de la atención médica ha surgido recientemente como propósito primario de investigación en el área de servicios sanitarios. Esta preocupación por la calidad ha estado presente desde que se dispone de productos y servicios.

Existen diversos conceptos acerca de la calidad de la atención médica misma, constituyendo diferentes juicios. Es muy frecuente que los juicios no sean sobre la atención médica en sí, si no indirectamente sobre las personas que la proporcionan y el marco o sistema donde se imparte.

Como resultado los atributos de esas personas y los atributos de la propia atención, se usan de forma alternativa o simultáneamente tanto para definir como para juzgar la calidad.

La búsqueda de una definición de lo que es la calidad puede atinadamente empezar por lo que es quizás el modelo más simple y completo de la atención: El tratamiento que proporciona un médico o cualquier otro profesional individual a un episodio de enfermedad claramente definido en un paciente dado.

Es posible dividir este tratamiento en dos aspectos "técnico y profesional". Estos dos aspectos nos dan como resultado la Satisfacción de los (as) usuarios (as) sobre la atención que se le brinda en los servicios de salud, la cual es valorada como resultado deseable del proceso de atención.

La satisfacción del usuario está referida a la relación entre proveedores, el equipo de los servicios de salud y la comunidad. Por ende las buenas relaciones interpersonales contribuyen a la eficacia del tratamiento médico, como al establecimiento de una buena relación con los pacientes. Estas relaciones producen confianza y credibilidad que se demuestra por medio de respeto, cortesía, comprensión y la compenetración.

La manera de escuchar y comunicarse es también un aspecto importante. Los servicios de salud se pueden prestar de una manera profesionalmente competente, pero si las relaciones interpersonales no son adecuadas se corre el riesgo de que la atención sea menos eficaz.

Es de gran utilidad conocer cual es la satisfacción que tienen los usuarios de los servicios prestados pues a pesar de algunos esfuerzos desplegados Nicaragua continúa presentando indicadores desfavorables, asociados fundamentalmente a la alta fertilidad, espacios intergenésicos cortos, la limitada cobertura, la baja calidad de la prestación de los servicios en el control prenatal y la atención del parto.

Por todo lo antes expuesto determinamos realizar un estudio de "Satisfacción de las usuarias del Servicio de Alto Riesgo Obstétrico del hospital Bertha Calderón, como uno de los componentes de la atención de calidad, para conocer de esta manera la interconexión e integralidad existente entre la cadena : Estructura / Proceso / Resultados, y así proporcionar elementos que sustenten para la toma de decisiones de quienes estén al frente de esta administración .

## **ANTECEDENTES.**

### **ANTECEDENTES DE LA ATENCION MEDICA :**

Hubo un tiempo, en realidad no muy lejano, en el que la atención médica consistía en una sencilla relación de persona a persona entre el paciente y su médico. Pero para muchos autores esto ya no es así. Los avances científicos han originado numerosas especialidades médicas y cada vez son más numerosos los tipos profesionales y técnicos en campos auxiliares, aunque más importantes, de la medicina. El establecimiento de los primeros dispensarios para los pobres fue seguido de la construcción de hospitales modernos con sus departamentos de consultas externas, programas de salud pública, clínicas privadas y un creciente número y variedad de programas organizados de atención médica. Como resultado de todo ello, disponemos de una amplia y compleja red de instalaciones, servicios y programas.

Desde principios del siglo hasta el presente se vienen repitiendo las manifestaciones de insatisfacción con los programas para pacientes externos. (1-3)

Algunos estudios establecen un marco más amplio en el que las mediciones de la utilización adquieren dimensiones y significación. Estos estudios analizan algunos servicios, recursos o poblaciones relacionándolos con los recursos alternativos o tipos de atención médica en general. Por ejemplo, del estudio de Regionville (5) no solo podemos deducir qué recursos utilizan las personas para su atención médica, sino también qué suponen estos recursos para ellos un aspecto de la forma en que se los utilizan.

El estudio de pacientes externos de la universidad de Carolina del Norte(6) da idea sobre el significado de la utilización, "los patrones de utilización", más que meramente presentar datos aislados de utilización. Un estudio sobre los que reciben asistencia pública realizado en Syracuse (7,8) tuvo como objetivos los patrones de utilización del total de los servicios de salud pública y de los servicios médicos por parte de los grupos estudiados.(3)

En otros países, es posible encontrar mayor experiencia en relación al tema, destacándose dentro de esos estudios a países como: España, Estados Unidos y países de América Latina.

Muchos de los estudios realizados se basan en la calidad de la atención de los servicios de salud en Brasil, Chile, México y los Estados Unidos donde se refleja la opinión del usuario en el proceso de la atención en salud, la relación médico-paciente y su calidad. Además el proceso de atención que incluye la tecnología diagnóstica así como las relaciones interpersonales con los demás recursos de salud.

Los datos disponibles sugieren que los pacientes controlan gran parte del proceso de toma de decisiones, no solo en lo que respecta a la búsqueda sino también a la aceptación y utilización de atención médica (2,3).

En Nicaragua existe poca experiencia en estudios de satisfacción de los usuarios en los servicios de salud, teniendo como antecedente, trabajos realizados por los estudiantes de la Maestría en Salud pública en el Módulo de Análisis de la Atención en salud y además distintos trabajos realizados de tesis de los alumnos del CIES/UNAN-Managua.

En septiembre de 1994 se realizó una encuesta de satisfacción de usuarios en los servicios de emergencia y consulta externa en hospitales de Managua, donde se llegaron a conclusiones que aportaban algunas sugerencias valiosas para mejorar la calidad de atención a estos servicios como son:

- Asegurar a cada usuario del sistema la atención adecuada con el objeto de obtener resultados óptimos para la salud.
- Proveer a los gerentes del sistema de un instrumento eficaz para identificar las desviaciones que se produzcan en el sistema y proceder a su corrección.
- Aportar suficientes y objetivas evidencias de que los recursos públicos son utilizados eficaz y eficientemente.

Otro estudio realizado en 1995 fue el de Análisis de la calidad de la atención a partir de la percepción de las usuarias y de los profesionales de salud en tres centros de salud públicos de Managua. (22) Una de las conclusiones a que llegaron según la opinión de las usuarias en los tres centros de salud estudiados constituyen puntos débiles: Rapidez en los procedimientos, información sobre las acciones desarrolladas en el centro de salud, atención del personal de admisión, laboratorio y farmacia, la continuidad de la atención, los tramites administrativos, el tiempo del médico y de la enfermera, el trato, la intimidad, la escucha del personal de enfermería, disposición de ayuda, las condiciones físicas del centro, la limpieza y la capacidad de solución de los problemas.

Una de las recomendaciones a que llega este estudio es: La utilización periódica de las técnicas y procedimientos utilizados a efecto de recoger sistemáticamente la opinión de los usuarios de todos los programas de salud que se brindan en los Centros de Salud. Además promover un plan de educación permanente al personal involucrado en todos los servicios de atención al paciente.

En 1995 El MSH (Management Sciences for Health), EL Minsa y el BID realizaron un "Estudio de Demanda de Servicios de Salud - Nicaragua, Encuesta de hogares", en el cual contemplaron la Satisfacción de los usuarios referente a: Atención Preventiva y de control abordando los siguientes aspectos:

**Tiempo de transporte, espera y consulta.** Lo que demostró que los tiempos de transporte aumentan con el nivel de complejidad y son mayores para la población rural (incluso en términos de puestos de salud).

Los tiempos de espera son similares y bastantes largos para todos los estratos en los establecimientos estatales (principales proveedores de CSRG y CCDI), menores donde los proveedores privados y voluntarios.

Un Tiempo mayor de consulta se encuentra en los hospitales (consulta de especialidad) y donde los proveedores privados. En los centros ambulatorios estatales, el tiempo de consulta varía entre 12 y 22 minutos, o sea de 3 a 5 pacientes por hora.

El nivel de Satisfacción con el servicio se midió a través de la anuencia del usuario de regresar al mismo servicio en caso necesario. En general, los usuarios de todos los tipos de proveedor de servicio y en todos los estratos están dispuestos a regresar en más del 90% de los casos. Los niveles más bajos de satisfacción se dieron entre los usuarios de los puestos de salud rurales que demandaron consulta de crecimiento y desarrollo o inmunización.

Otro aspecto que se abordó en este estudio fue La Atención Hospitalaria tomándose en cuenta : Tiempo de Espera, en hospitalización de emergencia, el tiempo de espera para el internamiento es relativamente corto: el 60.4% a 75.9% de los pacientes son ingresados de inmediato, con mayor fluidez en los hospitales primarios, militares y privados.

La satisfacción con el servicio recibido de hospitalización varía entre 66.7% y 100%.

Las sugerencias de mejorías son muy similares en todos los hospitales y se centran en la atención del personal (relaciones interpersonales), la disponibilidad de insumos y el alojamiento y comida. Se nota también la necesidad de mejoramiento de la higiene en los hospitales primarios y secundarios.

Otra investigación realizada en enero 1996 fue, "Satisfacción del usuario del seguro social con la atención de salud ambulatoria en empresas médicas del sector Público y Privado en Managua". Podemos citar una de las conclusiones a que se llegó y es que la satisfacción de los usuarios del seguro social con la atención recibida en los servicios de salud en general es alta, existen pequeñas diferencias entre el sector público y privado.

También citamos alguna de las recomendaciones que se hace:

"Tanto el sector público como el sector privado realice una evaluación al desempeño del personal que labora en algunos servicios como por ejemplo laboratorio, farmacia, radiografía con el propósito de identificar aspectos que están incidiendo en su rendimiento y con base a éste efectuar un proceso de educación permanente".

Existen en nuestro país reportes de dos trabajos relacionados con los factores de abandono al programa control prenatal de mujeres captadas durante su I y II trimestre de embarazo en el Silais Central y embarazadas en el I trimestre del Silais Oriental y Occidental, donde se refleja la atención brindada en las unidades de salud pertenecientes a los mismos.

En ambos estudios se califican como "mala" principalmente por la incapacidad técnica, la insatisfacción con la atención, la inaccesibilidad geográfica, el tiempo de espera, el costo de la atención, las condiciones físicas del local, el desabastecimiento de materiales y medicina en los programas, la calidad del personal, su experiencia, además de la rotación del mismo.

A la vez los señalan como los factores que contribuyen a una mala calidad de atención, traducida en la insatisfacción de las usuarias que abandonan estos servicios aumentando de esta manera la morbilidad materna, fetal y neonatal. Siendo este grupo uno de los priorizados por el Ministerio de Salud.

En cuanto a la atención de la mujer en los servicios de ALTO RIESGO OBSTETRICO, encontramos que la captación de los programas ha ido en ascenso.

Para 1995 según registros estadísticos del Silais Managua, el número de controles de ARO en la Atención Primaria fue de 23667 para un 32% de todos los controles prenatales según registros estadísticos

En 1996 el número de pacientes ARO fue de 25187 para un porcentaje de 34.5% de todos los controles prenatales.

En la Atención Secundaria del Hospital Bertha Calderón el total de ingresos del servicio de Alto Riesgo Obstétrico de pacientes hospitalizados encontramos para 1995 se ingresaron 4571 y para 1996 fueron 5209 pacientes ARO

El total de partos atendidos en 1995 fue de 9401 de los cuales 6170 fueron normales, 462 fueron distócico y 2769 cesáreas. Para 1996 el total de partos

atendidos fue de 9821 de los cuales 6038 fueron normales, 247 distócicos y 2996 fueron cesáreas. La estancia promedio de las pacientes en los dos últimos años fue de tres días y el período en que existe mayor ingreso de pacientes de ARO ocurre en el III y IV trimestre del año.

De las pacientes clasificadas como Alto Riesgo Obstétrico captadas por la Atención Primaria el 24,43% es atendida en el hospital Bertha Calderón. De todos los partos atendidos en el hospital Bertha Calderón el 61.48% son partos normales y el 17.33 son clasificados como ARO. Según análisis de las estadísticas realizado en un trabajo de Sistemas de Salud por alumnos del CIES.

## JUSTIFICACION

En Nicaragua existen pocos estudios acerca de la satisfacción de los usuarios (as) de los servicios de salud, al igual que no existen antecedentes de algún estudio de servicios de hospitalización brindados a la mujer y en especial a la atención de Alto Riesgo Obstétrico.

Tomando en cuenta que la satisfacción de las usuarias es un componente importante de la calidad de la atención médica, dicha calidad es de interés para quienes dirigen y administran la salud; para lo cual deberían realizarse una serie de interrogantes como las siguientes: ¿Quiénes son nuestros usuarios?, ¿Cuáles son las necesidades y expectativas de cada uno de estos usuarios?, ¿Se están superando las expectativas de los usuarios?, y ¿Cómo puede mejorarse los procesos utilizados para cubrir esas necesidades?.

Además es importante para quienes brindan la atención y principalmente de interés para quien hace uso del servicio. En nuestro sistema de salud no existe correlación entre la oferta y las necesidades reales de la población, la captación de la embarazada y la cobertura del control prenatal continúan siendo bajas.

Entre las principales causas de morbilidad materna registradas, persiste la preeclampsia, la hemorragia, las infecciones y las complicaciones del aborto, sumado a todos los factores de riesgos que determinan que una paciente sea clasificada como un Alto Riesgo Obstétrico; para esta problemática de salud que día a día nos enfrentamos en nuestro país nos planteamos una interrogante.

¿ Es la satisfacción de las usuarias un elemento importante que influye en la poca cobertura de los servicios de Atención Integral a la mujer y principalmente en el componente de la Atención de las Alto Riesgo Obstétrico y que al mismo tiempo afecta directamente e indirectamente en la morbi-mortalidad materna?

Por todo lo antes expuesto nos motiva realizar un trabajo de investigación sobre la satisfacción de las usuarias en el servicio de hospitalización de ALTO RIESGO OBSTETRICO DEL HOSPITAL BERTHA CALDERON, conociendo que la morbi-mortalidad materna en nuestro país es considerada como un problema de Salud Pública .

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

**¿Cuál es el grado de satisfacción que tienen las usuarias ingresadas en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico referente a la atención en salud que les ofrece el hospital Bertha Calderón durante los meses Octubre - Noviembre 1997?**

**¿Qué factores del proceso de atención que se brinda en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico inciden en el grado de satisfacción de las usuarias?**

**¿Cuáles de esos factores tienen mayor incidencia en la satisfacción de las usuarias?**

## **OBJETIVO GENERAL :**

Identificar el grado de satisfacción que tienen las usuarias ingresadas en el servicio de ALTO RIESGO OBSTETRICO referente a la atención en salud que les ofrece el hospital Bertha Calderón, durante los meses de Octubre -Noviembre 1997.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS :**

- Caracterizar socioeconómicamente a las usuarias que ingresan al servicio de ARO.
- Conocer la satisfacción que tienen las usuarias en relación a las condiciones de accesibilidad del servicio.
- Conocer la satisfacción que tienen las usuarias del servicio de hospitalización de ARO referente a las condiciones del Ambiente Interno de la sala.
- Identificar la satisfacción que tienen las usuarias del servicio de hospitalización de Alto Riesgo Obstétrico con respecto a la atención y relación Médico-Paciente.
- Conocer la satisfacción que tienen las usuarias ingresadas en el servicio de ARO referente a la atención que se les brinda y la relación Personal de enfermería - Paciente.
- Conocer la satisfacción que tienen las usuarias ingresadas en el servicio en relación a los aspectos preventivos y de promoción.

## **MARCO TEORICO**

### **I- CONCEPTOS DE CALIDAD DE ATENCIÓN MEDICA.**

La calidad es un atributo que la atención médica debe tener en mayor o menor grado. En sí la calidad no es una característica exclusivamente tangible, sino el resultado de la interacción de múltiples factores relacionados con las características intrínsecas del servicio y su capacidad para satisfacer los requerimientos del usuario, a través de una serie de actividades que se llevan a cabo entre profesionales y pacientes. A esta serie de actividades se les ha llamado "Proceso" de la Atención.

Un juicio acerca de la calidad puede hacerse ya sea por medio de la observación directa o a través de la revisión de la información registrada, que permite una reconstrucción más o menos precisa de como está la atención. Pero, aunque el "Proceso" es objeto de evaluación, la base para el juicio de la calidad es lo que se identifica como la relación entre las características del proceso de la atención médica y sus consecuencias para la salud de los individuos y de la sociedad, de acuerdo con el valor que el individuo y la sociedad dan a la salud y al bienestar. (1)

Lee y Jones definieron la buena asistencia médica hace 40 años, expresando que la buena asistencia médica esta reducida a la práctica de la medicina racional basada en las ciencias médicas. Enfatizando la prevención; requiere de la colaboración entre los usuarios y los proveedores; es integral en el tratamiento, mantiene una relación personal estrecha y continuidad con el trabajo y la asistencia sociales, coordina todo tipo de servicios médicos y presupone la aplicación de todos los servicios de que dispone la medicina científica moderna a las ciencias de la población. (1)

### **II- ABORDAJE DE LA CALIDAD DE LA ATENCION.**

ESSELTYN, citada por PALMER, propuso dos criterios: El grado en que la asistencia sea disponible, aceptable, extensa y documentada y el grado en que una terapia adecuada esté basada sobre un diagnóstico preciso y no sintomático, criterios que como se observa, agregan los componentes de disponibilidad, aceptabilidad y el registro de la asistencia.

La calidad de los servicios de salud han sido objeto de investigación y controversia durante muchos años, en este campo, algunos autores consideran que la calidad de la atención de la salud, evaluación y garantía originó fundamentalmente en el mundo de la medicina clínica.

Sin embargo a principios del siglo XVIII surge en Francia el interés en evaluar la calidad debido a su organización en macrosistema de servicios públicos que interactuaban con las instrucciones educativas, asociaciones profesionales o empresas diversas que intervenían en su financiamiento.

PIERRE LUOIS, médico y estadístico en sus escritos hablaba de mediciones, standares y resultados, para evaluar la calidad médica.

DONABEDIAN hace referencia a dos enfoques importantes aunque menos directos para la evaluación : Uno es la evaluación de la estructura y el otro la evaluación de los resultados.

Entendiendo por "Estructura" las características relativamente estables de los proveedores de atención, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance y de los lugares físicos y organizacionales donde trabajan. El concepto de estructura incluye los recursos humanos, físicos, financieros que necesitan para proporcionar atención médica. El número, distribución y calificaciones del personal profesional etc. La estructura por lo tanto, es importante para la calidad en cuanto que aumenta o disminuye la probabilidad de una buena actuación. (1)

La relación entre la estructura y la calidad de la atención es de mayor importancia en la planeación, diseño y puesta en marcha de sistemas cuyo propósito es proporcionar servicios personales de salud. Pero como un medio de evaluar la calidad de la atención, es un instrumento bastante romo, pues sólo puede indicar tendencias generales. La utilidad de la estructura como un INDICADOR de la calidad de atención es también limitada, debido a lo poco que sabemos acerca de las relaciones entre estructura y actuación.

La estabilidad relativa de la estructura la hace inadecuada para una monitoria continua, aunque debiera estar sometida a revisiones intermitentes. (1)

El estudio de los resultados es otro de los enfoques indirectos que pueden emplearse para evaluar la calidad de la atención. El término "resultado" significa un cambio en el estado actual y futuro de la salud del paciente que puede ser atribuido al antecedente de la atención médica. (1)

El resultado de la atención médica, en términos de recuperación, restauración de las funciones y supervivencia, se ha utilizado frecuentemente como indicador de la calidad de atención.

El uso de los resultados como criterio para estimar la calidad de la atención médica ofrece innumerables ventajas. Pocas veces se cuestiona la validez de utilizar los resultados como dimensión de la calidad. Tampoco la estabilidad y validez de los valores de recuperación, restauración y supervivencia plantean ninguna duda en la mayoría de las situaciones y culturas, aunque tal vez no sea así en todas. Por otra parte, los resultados tienden a ser bastante concretos y, como tales, sujetos aparentemente a una medición más precisa. Los resultados siguen siendo en general los indicadores definitivos para dar validez a la eficacia y calidad de la atención médica. (1)

Otra forma consiste en examinar el proceso mismo de prestación, en lugar de los resultados. Esta posición se justifica por que se supone que lo que interesa no es el poder de la tecnología médica de alcanzar los resultados previstos, sino determinar si se ha aplicado lo que ahora se conoce como "buena" atención médica.

Podría parecer que este análisis del proceso y los resultados significa una mera separación entre medios y fines. Tal vez sería más acertado pensar en una cadena ininterrumpida de medios antecedentes seguida de fines intermedios los que a su vez son medios para otros fines (1). La salud misma podría ser un medio para alcanzar aun otro objetivo.

Por ahora lo único que se necesita es aceptar, provisionalmente que hay tres enfoques principales para la evaluación de la calidad: "Estructura, Proceso y Resultado". Este triple enfoque es posible porque existe una relación funcional fundamentalmente entre que pueden mostrarse esquemáticamente como sigue: (1)

**ESTRUCTURA → PROCESO ↔ RESULTADO.**

Esto significa que las características estructurales de los lugares en donde se imparte la atención tienen una propensión a influir sobre el proceso de atención disminuyendo o acrecentando su calidad. En forma similar, los cambios en el proceso de la atención, incluyendo las variaciones en su calidad, influirán en el efecto de la atención sobre el estado de salud en su definición más amplia. (1)

Donabedian que ha sido catalogados como un líder en la calidad de la atención médica, indica que las destrezas técnicas del médico, sus conocimientos y las interacciones personales constituyen los hechos de mayor importancia de la calidad de los servicios que recibe el paciente. (1)

Las variaciones para determinar la calidad de la atención han estado al alcance de los profesionales de esta rama desde principios del siglo. Conferencias sobre mortalidad y morbilidad, comites de trasplantes y tejidos y juntas de oncología son algunos ejemplos.

El esfuerzo por asegurar el cumplimiento de los estándares aceptados de la práctica médica, se ha conocido tradicionalmente con "Control de Calidad". Esta denominación tal vez es inexacta porque la calidad nunca puede controlarse por completo. Hoy, los términos "Valoración de la Calidad" y "Mejoramiento de la Calidad" se consideran descripciones más adecuadas del proceso que tienen por objeto llevar a una mayor calidad. Recientemente se ha surgido la frase "Mejoramiento continuo de Calidad", que recalca el concepto de que cualquier proceso de mejoramiento debe ser interactivo o constante.(11)

Esta última denominación es la más precisa y tal vez preferible a las otras. El mejoramiento de la calidad también recalca un sistema de "Equipo para la toma de decisiones", denominado "Administración de la calidad" y recomienda el estudio científico de los procesos que intervienen en la producción de bienes o el aporte de servicios. De acuerdo a estos integrantes de la organización. (11)

Los conceptos de mejoramiento continuo de la calidad que algunas personas llaman hoy en día "Administración de Calidad" están siendo aplicados en diversas organizaciones. Algunos líderes y proveedores de atención médica han sido exépticos acerca del valor de estas nuevas técnicas para la administración de calidad. No obstante, los que consideran que estos conceptos y el "Argot" del mejoramiento continuo de la calidad y de la administración total de la calidad son poco aplicables a la atención de la salud, deben afrontar el hecho de que este recurso tecnológico, tiene un impacto positivo importante en casi todas las demás industrias nacionales y empieza a mostrar resultados positivos también en la atención en salud.(19)

Los esfuerzos previos por mejorar la calidad de la atención médica han sido retrospectivos y se ubican dentro de los que se conoce como control de calidad. Tanto el nombre como el sistema para la administración de calidad han cambiado recientemente, pues muchas organizaciones de atención de salud establecieron programas de mejoramiento de la calidad. Un motivo para este cambio ha sido eliminar cualquier noción de que la calidad puede controlarse o asegurarse de manera absoluta y dar a entender el concepto de que la calidad se logra y conserva mediante una serie de mejoramientos continuos.(19)

En los últimos 30 años, los métodos para valorar la calidad en la atención médica se habían basado en las premisas, de que la calidad es una responsabilidad aislada de cada profesional.

Muchas agencias reguladoras externas y hospitales han creado modelos que se dirigen al médico individual. No obstante hoy se sabe que la calidad esta determinada por muchas fuerzas que interactúan en el proceso de otorgamiento de servicios a los pacientes. La calidad de los médicos para dar atención es influida por el medio, las

personas que los sostienen, las políticas, los procedimientos, los recursos, el proceso de gobierno, los métodos de trabajo y el equipo y materiales de la organización. Por supuesto el médico no proporciona atención en forma aislada, pues ésta requiere la integración de muchos procesos. (19)

Existen diversos conceptos de la calidad y la atención médica misma constituye diferentes juicios acerca de la calidad. Es muy frecuente que los juicios sobre calidad no se hagan sobre la atención médica en sí, si, no indirectamente sobre las personas que la proporcionan y el marco o sistema donde se imparten.

Como resultado los atributos de esas personas y los atributos de la propia atención se usan de forma alternativa o simultáneamente tanto para definir como para juzgar calidad.

La búsqueda de una definición de lo que es calidad puede afanadamente empezar por lo que es quizás el modelo más simple y completo de la atención: El tratamiento que proporciona un médico o cualquier otro profesional individual a un episodio de enfermedad claramente definida en un paciente dado.

Es posible dividir este trabajo en dos aspectos "al técnico y el profesional". Estos dos aspectos dan como resultado la satisfacción del usuario (a) sobre la atención que se le brinda en los servicios de salud, la cual es valorada como resultado deseable del proceso de atención. La satisfacción del usuario está referida a la relación entre proveedores, el equipo de los servicios de salud y la comunidad.

La calidad también es definida como un concepto integral y polifacético.

Los expertos en calidad como Donabedian, Pierre Luoís etc. generalmente reconocen varias dimensiones de calidad que varían en importancia según el contexto en el cual tiene lugar un esfuerzo de garantía de la misma.

Las actividades pertenecientes pueden encarar una o más variables de dimensiones tales como: Competencia profesional, acceso a los servicios, eficacia, satisfacción

del cliente, aceptabilidad de los servicios, eficiencia continuidad seguridad o comodidades. Un problema de calidad puede tener más de una dimensión y estas proporcionan un marco útil por que le sirve al equipo de salud para analizar y definir sus problemas y programas. Hay que tomar en cuenta que no todas las 8 dimensiones merecen la misma importancia en cada programa, si no que tienen que considerarse a la luz de los programas específicos y definirse dentro del contexto de las necesidades locales.

Estas dimensiones de calidad sirven para utilizarse en los servicios de salud que se brindan a los pacientes así como en los servicios prestados al personal auxiliar de salud.

La red de servicios puede llegar a convertirse en una maraña de actividades superpuestas y contradictorias, aunque bien intencionadas. Para combatir esta amenaza, cualquier programa de asistencia debe preguntarse a sí mismo periódicamente:

"Cuál es nuestro objetivo?" Sin embargo para responder a la pregunta apropiadamente no basta con repetir los objetivos originales. Es necesario plantear otras preguntas como:

"Justifican las necesidades y condiciones actuales este objetivo?" "Son realmente útiles para el objetivo deseado las actividades del programa?". Estas preguntas son especialmente importantes para los servicios de consulta externa de los hospitales. Este campo de organización de salud ha necesitado durante mucho tiempo una evaluación.

### **III- EL USUARIO, UNA NUEVA PERSPECTIVA DEL ANALISIS DE LA CALIDAD.**

La satisfacción del usuario y las comodidades son de gran importancia en la calidad de la atención. Las comodidades se refieren a las características de los servicios de salud que no están directamente relacionados con la eficacia clínica, pero que acrecientan la satisfacción del usuario y su deseo de volver al establecimiento para recibir atención en el futuro.

Las comodidades son también importantes porque pueden influir en las expectativas que tiene el paciente y la confianza que siente con relación a otros aspectos del servicio.

Las comodidades a menudo se relacionan con el aspecto físico del establecimiento, el personal y los materiales, así como con las comodidades físicas, la limpieza y la privacidad.

Un ejemplo claro de esta sería: una sala confortable cómoda con decoración agradable, baños limpios etc. Todo esto representa algunas comodidades que pueden ser importantes para los pacientes. Si bien algunas comodidades se consideran lujos en los establecimientos de salud de algunos países, no obstante son de importancia para atraer clientes y mantener la relación con los mismos así como para asegurar la continuidad y cobertura de los servicios.(19)

### 3.1- El paciente:

Para los pacientes particulares o las comunidades que reciben atención por parte de los establecimientos de salud, la atención de calidad satisface sus necesidades percibidas, se presta de manera cortés y en el momento en que se necesita.

El paciente desea que se alivien los síntomas en forma eficaz y previniendo las enfermedades.

La perspectiva del paciente es muy importante porque es más probable que los clientes satisfechos cumplan con el tratamiento y continúen utilizando los servicios de salud primaria. Es por ese motivo que, con respecto a todas las demás dimensiones de calidad, la satisfacción del cliente afecta la salud y el bienestar de la comunidad.

Los pacientes y las comunidades a menudo se concentran en la eficacia, la accesibilidad, las relaciones interpersonales, la continuidad y las comodidades como los aspectos más importantes que tiene la calidad para ellos.(10)

Sin embargo es importante observar que las comunidades no siempre comprenden totalmente sus necesidades en materia de servicios de salud y no están en condiciones de evaluar la competencia profesional en forma adecuada. (19)

Además el hecho de que las comunidades no siempre entienden sus necesidades en materia de servicios de salud es especialmente cierto para los servicios preventivos. Son los miembros del grupo de servicios de salud quienes tienen que averiguar cuáles son las condiciones y las necesidades de servicios de la comunidad; a fin de instruir a las comunidades sobre los servicios básicos y darles la mayor participación posible en la definición en la forma en que se prestan los mismos. ¿Que decisiones debe tomar los profesionales de salud y cuales la comunidad?, ¿Cual es el campo de acción de los profesionales en este aspecto?. Se trata de una esfera de índole subjetiva y cargada de valores que requiere un dialogo constante entre los trabajadores de salud y la comunidad. Se debe mantener una relación de confianza y un proceso de comunicación mutuo entre la comunidad y el grupo de salud para poder negociar estos aspectos de una manera eficaz. (10)

### **3.2- COMO ES PERCIBIDA LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS POR LOS USUARIOS**

A nivel de los servicios de salud se pueden diferenciar dos tipos de calidad:

#### **Técnica:**

Es la atención mediante la cual se espera poder proporcionar al paciente el máximo y completo bienestar.

#### **Sentida:**

Está en la subjetividad de los usuarios y debe ser explicada y expresada por ellos. Corresponde a la satisfacción razonable de sus necesidades, luego de la utilización de los servicios.

**La calidad técnica se define en términos de:**

**a- La integridad, es decir satisfacer todas las necesidades de los pacientes.**

**b- Los contenidos, es decir todo lo que se debe hacer en cada caso.**

**c- La destreza, es decir hacer bien lo que se hace.**

**d- La oportunidad, es decir hacer a tiempo y en la secuencia adecuada lo que se debe hacer.**

**e- La efectividad que sería el resultado satisfactorio del proceso de atención.**

Este tipo de calidad puede medirse a través de auditorías médicas, métodos de observación aplicados por supervisores, el uso de estándares de calidad y algoritmos (herramienta analítica que se usa para mostrar como debe funcionar un proceso), por ejemplo: Flujograma sobre provisión de medicamento en el nivel de atención local.

Desde hace algunos años se está tratando de modificar el enfoque de la calidad en la prestación de servicios, basado fundamentalmente desde la perspectiva de los proveedores (principalmente profesionales) de los servicios de salud, orientándolos hacia la perspectiva de los pacientes, quienes son aparentemente, quienes se benefician de la atención en salud. El "aseguramiento de la calidad" es una alternativa en los sistemas de salud que trata de contribuir a mejorar los bajos niveles de utilización de los servicios en la mayoría de los países, concentrándose en todos los pasos de la prestación de la asistencia de salud y no únicamente en los resultados finales medidos a través del aumento cuantitativo de los indicadores. (10)

### **3.3- ASPECTOS QUE INFLUYEN EN LA PERCEPCION DEL USUARIO.**

El concepto de calidad, al centralizarse en todo el proceso de prestación de servicios y basarse fundamentalmente en la satisfacción de necesidades del usuario a cliente de salud, se extiende a todos los 3 grupos de indicadores: Estructura, Proceso, Resultados. (10)

## ► ACCESO A LOS SERVICIOS

El acceso implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención en salud. Esta dimensión de calidad comprende barreras de índole geográfico, económico, social, organizacional, cultural o lingüístico.

- El acceso geográfico incluye los medios de transporte, las distancias, el tiempo de viaje y cualquier otra barrera física que impida al cliente recibir atención.

- El Económico se refiere a la accesibilidad de los productos y servicios ofrecidos a los clientes.

- El Social o cultural se relaciona con la aceptabilidad de los servicios ofrecidos, teniendo en cuenta los valores culturales y las actitudes locales.

- El organizacional se refiere a la medida en que la organización de servicios es conveniente para los posibles clientes; las horas de atención de las clínicas y los sistemas de turno, el tiempo de espera y la modalidad de la prestación de servicios son ejemplo de como la organización de estos últimos pueden crear barrera para el uso de los mismos.

Ejemplo claro de todo lo anterior serán: la carencia de clínicas vespertinas que pueden ser una barrera organizacional para los trabajadores diverso. En una sociedad en la que las personas no pueden viajar con facilidad al Centro de Salud, la carencia de servicios en la comunidad o visitas domiciliarias de rutina pueden crear un problema de acceso. Otro ejemplo será el acceso lingüístico, implica que los servicios se prestan en un idioma que permita a los clientes expresarse con facilidad y entender al trabajador de salud. (3)

Recientemente ha surgido como una necesidad la valorización de la atención médica que se brindó a la mujer, como un propósito primario de investigación en el area de los servicios sanitarios.

Desde el punto de vista clínico es de gran interés la evaluación de calidad médica y quirúrgica, lo que ha hecho surgir esta necesidad bien reconocida, sin embargo los costos son cada vez más elevados.

En la atención médica de la mujer, líderes como C. IRVING MECCKER, ROBERT YELVERTON , LEO DUM, han trabajado para ampliar los conocimientos de la calidad en obstetricia y ginecología. Recientemente, David Grimes y Roger Freeman publicaron información acerca de la necesidad de realizar una valoración adecuada de la calidad de la tecnología de la atención médica, antes de aceptarla como standard. Todo este trabajo impactará grandemente la forma en que se enseña, se ejerce y se brinda esta atención a las mujeres.(12)

El papel de las "expectativas del paciente" como aspecto más importante en la valoración de la calidad, se expone en dos artículos importantes y oportunos. En el primero, Robin Dimatteo describe lo que se sabe acerca de la relación médico, paciente, recalca la importancia de aumentar la comunicación entre pacientes y su proveedor de servicios de salud para mejorar la calidad de la atención sanitaria.

En otro artículo, Carol Hodne y Robert Reiter describen la importancia fundamental del proceso de toma de decisiones en términos de calidad y sugieren algunos métodos para mejorarlo en atención médica de la mujer.(7)

#### **Relación médico-paciente: efectos sobre la calidad de la atención médica (2)**

Aunque ha habido grandes perfeccionamientos en la tecnología médica durante la última mitad del siglo, la relación entre médico y paciente sigue siendo básica. Como educador médico, Eric Cassell señaló "...toda atención médica influye a través de la relación entre el médico y paciente, y la palabra hablada, es el recurso más importante en medicina". La comunicación es el instrumento fundamental por que el médico y paciente se relacionan entre si e intentar obtener propósitos terapéuticos.

No obstante, el papel de la comunicación en la relación médico / paciente a veces se considera trivial. Parecería natural lograr el éxito terapéutico poniendo énfasis en la exploración física, las pruebas sanguíneas, las radiografías, la ultrasonografía, los medicamentos, y las operaciones. Sin embargo, la información disponible indica que cuando esto se hace excluyendo un intercambio significativo de información e ideas, o sin comprender y respetar la autonomía del paciente, se modifican de manera adversa varios elementos críticos de la atención al paciente y la calidad del tratamiento.

La relación médico-paciente necesita desarrollarse sobre una base de confianza mutua. La confianza en la capacidad de que alguien puede ayudarle a resolver los problemas que lo aquejan. Poder empatizar con el paciente es central en el quehacer médico para lograr la confianza del paciente; para lograr esta empatía es preciso prestar atención a la comunicación verbal y no verbal.

La comunicación también puede fracasar porque el médico cree que el paciente comprendió y no verifica si esto así.

La comunicación puede tornarse ineficaz si es el médico el que "conduce" la entrevista desde las preguntas iniciales hasta las indicaciones finales, siendo más un monólogo que un diálogo. También puede bloquearse por hechos como el apuro por parte del médico, la escasa duración de la entrevista y la poca frecuencia de los contactos.

Nos referiremos a la comunicación como un papel central entre la relación médico y paciente y delinear las muchas formas en que la conducta de una relación terapéutica puede modificar significativamente la evolución de la atención.

Se ha demostrado que la comunicación eficaz en el intercambio médico es indispensable para la satisfacción de los pacientes. Una mala comunicación es, de hecho, el motivo más frecuente para la insatisfacción de un paciente con la atención de un médico y la decisión de terminar la relación terapéutica. También es un factor principal de estrés en pacientes durante la interacción de la atención médica.

Para proporcionar el mejor servicio, los médicos necesitan conocer a cada uno de sus pacientes de manera fundamental y de una forma que promueva la confianza. Para conocer y comprender a un paciente se empieza por escuchar sus antecedentes. A nivel muy básico, el médico necesita comprender que condujo al paciente al encuentro clínico, para poder entender e interpretar los sistemas comunicados los datos de la exploración y los resultados de las pruebas diagnóstico; obviamente tiene que conocer el nivel socio cultural del paciente para que pueda entender realmente la situación en que se encuentra.

El permitir a un paciente expresar su padecimiento actual raras veces requiere más que dos y medio minuto y, sin embargo, el no hacerlo elimina la fuente más valiosa de información disponible para tratarlo. El escuchar detenidamente al paciente también ahorra tiempo. Las investigaciones muestran que cuando se les interrumpe, los pacientes modifican sus preocupaciones al término de la consulta y necesitan una ampliación de la entrevista médica para indagar lo que es típicamente un problema significativo y consume tiempo.(2)

Es indispensable la comunicación eficaz para el diagnóstico y comprensión completa de un problema que lleva el paciente a un encuentro clínico. Sir William Osler una vez hizo notar que el médico debería escuchar el diagnóstico que el paciente dijera.

En la esfera de la atención clínica de las mujeres, la paciente está enterada secretamente de todos los aspectos de su condición, y puede informar procesos internos al momento y las características de sus síntomas. Aunque no podría dar un diagnóstico específico, una paciente a menudo puede aportar la pieza indispensable en el rompecabezas diagnóstico, con su descripción de la propia experiencia.

Resumiendo, confianza, comunicación y alianza de cooperación son tres ejes que encierran la relación médico - paciente.

### **Comunicación y Respuestas de la Paciente a las recomendaciones**

La evolución de la salud de las pacientes a menudo depende del cumplimiento de

lo que les han recomendado sus médicos. El apoyo de una paciente a las recomendaciones médicas, no obstante, no puede considerarse garantizada. En promedio 38 % de ellas siguen correctamente las recomendaciones de tratamiento a corto plazo, y más del 43 % no cumplen con las de largo plazo. Debido a las limitaciones en la valoración, se cree que estos porcentajes son cifras subestimadas. (2)

El no apearse al régimen representa una pérdida tremenda de recursos, en forma de prescripción escrita no cumplidas, y tiempo, energía y experiencias relacionadas con el consejo médico no seguido.

Es más, las pacientes tienden a ocultar los problemas de incumplimiento y las dificultades que presentan para seguir un régimen prescrito, a menudo porque temen que el médico se disguste o desean ser condescendientes con él. Como resultado dejan a sus médicos confundidos con el proceso diagnóstico, los conducen a conclusiones incorrectas basadas en las respuestas de la paciente a fármacos no ingeridos y actividades no realizadas. En general el incumplimiento puede llevar a una evolución inadecuada de la atención de la salud, como un embarazo no deseado o complicado, infecciones pélvicas no resueltas y la adquisición de enfermedades transmisión sexual. (2)

Las pacientes rara vez cumplen con los tratamientos recomendados, simplemente para diferir las "órdenes del médico". En su mayor parte intentan decidir de manera bastante racional lo que harán para cuidar de si mismas. Sus decisiones típicamente se basan en sus creencias acerca del valor y la eficacia esperada (expectativas de evolución) del tratamiento recomendado, así como sus creencias acerca de la capacidad para cumplir con el tratamiento recomendado (expectativa de autoeficiencia). Con la participación de sus médicos o sin ella, la mayor parte de las pacientes realizan un análisis de costo beneficio de cada tratamiento, sopesan los costos y los riesgos contra los beneficios que esperan obtener. Estas valoraciones se basan en las percepciones de la paciente, que pudieron o no ser precisas. (2)

Las respuestas de las pacientes a las recomendaciones médicas también son modificadas por los aspectos interpersonales de la comunicación con sus médicos.

Particularmente en el contexto de la atención obstétrica y ginecológica, las pacientes se pueden sentir incómodas y rechazar la revelación de aspectos íntimos de su vida y el funcionamiento de su cuerpo. Es indispensable una relación médico-paciente basada en la confianza. Una comprensión empática de las pacientes finalmente pueden apoyar su cumplimiento. El alentarlas a llevar una vida más sana depende de la determinación del médico y el conocimiento de emociones de la paciente, así como la respuesta del primero a las experiencias de la segunda.

Es más, el médico debe ser empático para comprender los efectos de cualquier régimen propuesto a una paciente y la relación de beneficio/costo en el cálculo de esta. La conformidad y la comunicación de sostén emocional mediante recursos de comunicación no verbal, ayudan a solidificar la relación Médico - Paciente, en tanto que su ausencia impide la atención eficaz. (2)

La comunicación eficaz puede disminuir mucho riesgo de litigios por negligencia médica, al aumentar la capacidad del médico para determinar la expectativa de la paciente en cuanto al resultado del tratamiento y disminuir así la incompreensión entre médico y paciente. El consentimiento (autorización) informado requiere que se dé información pertinente a la paciente y que comprenda bastante bien dicha información para tomar una decisión. (2)

#### **IV-EVALUACION DE LA CALIDAD UTILIZADO EN LOS SERVICIOS DE SALUD. (24)**

**Existen algunos métodos para evaluar la calidad de la atención médica hospitalaria:<sup>(10)</sup>**

Cada vez se presta más atención a la medición y mejora de la calidad de los servicios de salud en general y de la asistencia hospitalaria en particular. Los

problemas generales de medición y evaluación son parecidos en todas estas áreas. Consisten básicamente en encontrar métodos validos y fiables para medir la calidad e interpretar estas mediciones una vez realizadas. (10-17)

#### **4-1- OBJETIVOS DE LAS EVALUACIONES DE LOS HOSPITALES**

Las evaluaciones de la calidad de los hospitales pueden tener distintos objetivos. Los métodos y normas seleccionados deben guardar relación con los objetivos específicos por los que se aplican. El objetivo más común es la reglamentación. Este tipo de evaluación consiste en comprender que un hospital cumple ciertas normas que lo hacen aceptable para los objetivos del organismo regulador o acreditativo. Su finalidad es corregir los abusos y elevar el nivel general hasta un mínimo aceptable.

En los Estados Unidos, varios organismos nacionales, reunidos en la Joint Commission for the Accreditation of Hospital, han establecidos los niveles mínimos aceptables de instalaciones, equipos, organización administrativa y profesional y calificaciones profesionales. (24)

También han utilizado algunos índices numéricos de organización y funcionamiento. Todo estos se explica en los standard for hospital accreditation de la joit commission.

Un objetivo similar tienen los requisitos de las juntas que otorgan las licencias, fondos de seguros de salud y otras organizaciones. Las valoraciones reguladoras establecen un nivel mínimo o deseable, excluyendo a las instituciones que no califican. al mismo tiempo, esto sirve para proteger a los pacientes y estudiantes que acuden así a los hospitales aceptables (18-22). Estas normas funcionan como líneas divisorias, y dividen a los hospitales en dos grupos: Suficientemente buenos o no suficientes buenos.

#### **4.2- MEJORA DE LA CALIDAD (24)**

El segundo objetivo de las evaluaciones esta relacionado con lo anterior: servir de estímulo para mejorar la calidad. Las evaluaciones para la concesión de licencia de acreditaciones también tienen su finalidad, además de la de aplicar los reglamentos. Los hospitales también realizan autoevaluaciones con este objetivo. Las normas utilizadas pueden ser niveles mínimos u óptimos, parecidos a las evaluaciones con objetivos reglamentarios, o pueden establecer comparaciones entre los médicos del mismo hospital. Uno de los instrumentos principales para estas evaluaciones ha sido la auditoría médica.

La auditoría se basa en la revisión de las historias del hospital aplicando determinados criterios, como tasas de mortalidad, tasa de incidencia de determinadas complicaciones, extirpación de tejidos normales en operaciones, interconsultas, tasas de cesáreas y tasas de algunas pruebas clasificadas por diagnósticos. Para denominar a la recopilación de datos para estas tasas se ha sugerido el término "contabilidad de servicios profesionales" y para su evaluación de auditoría médica.

#### **4.3- EVALUACION DE PROGRAMAS.**

El tercer objetivo de la valoración de la calidad, y el último reconocido, es el estudiar los efectos de determinados problemas o métodos sobre la calidad de la asistencia. Por lo general, este objetivo se conoce evaluación de programas. Se cree que algunos métodos, como las sesiones clínicas patológicas, mejoran la calidad de los hospitales. Actualmente están en estudios programas complejos a gran escala, como los de regionalización. Es fundamental examinar su eficacia.

Necesitamos saber con detalle el efecto de éstos métodos sobre la asistencia recibida por los pacientes. La evaluación de programas es el intento de estudiar este efecto, determinando si un cambio o mejora de la calidad guarda relación con un determinado método o programa.

En otros casos, el objetivo de la evaluación de un programa es averiguar si una determinada institución esta proporcionando una asistencia "buena". Este enfoque es básicamente una evaluación en la que el evaluador compara lo que encuentra con lo que para él sería deseable y posible.

Con fines reglamentarios sería deseable establecer criterios con los que poder diferenciar entre hospitales aceptables y los inaceptables. Deben permitir separar los hospitales según el nivel en el que el organismo regulador sitúe la línea división. Para contribuir a mejorar la calidad de la asistencia hospitalaria los criterios utilizados deben poner de manifiesto los problemas más importantes para estos objetivos pueden ser útiles en la evaluación de programas, pero también son necesarios instrumentos de medida más perfeccionados.

No basta una escala que solo diga "suficientemente bueno" o "no suficientes bueno". Lo que se necesita es una escala que mida valores continuos, desde un de los extremos a otro. Las mediciones utilizadas deben ser sensibles a los aspectos de calidad hospitalarias que pueden verse afectados por el programa.

Se han mencionado algunos métodos que se utilizan habitualmente. Se han dicho recientemente que los parámetros estadísticos empleados para evaluar a los hospitales son "muchas veces no significativos, a menudo ilógicos y frecuentemente poco científicos". Por ejemplo:

la proporción de defunciones post-operatoria se calcula dividiendo el número de fallecimientos dentro de los 10 primeros días, por el número total de intervenciones realizadas. Por tanto, se omiten los fallecimientos que suceden después del décimo día y, por otra parte, se mezclan de manera indiscriminada procedimientos de riesgos muy diferentes, como una extracción dentaria y una intervención de neurocirugía.

Las principales técnicas utilizadas en las valoraciones de la calidad hospitalaria pueden dividirse en :

- Análisis de los prerrequisitos o desiderata de una asistencia correcta.
- Índice de elementos de funcionamiento.
- Índice de los efectos de la asistencia.
- Evaluaciones clínicas cualitativas.

#### **4.4-NORMAS REGLAMENTARIAS DE ATENCION**

En el método se asume que es posible seleccionar unos prerrequisitos para la asistencia correcta y que la mejora de estos factores conduce a una atención mejor. Estos prerrequisitos son niveles mínimos u óptimos de instalaciones, equipos, formación profesional y organización. Podemos mencionar algunos ejemplos:

- La provisión y mantenimiento de instalaciones adecuadas.
- La existencia de servicios especiales, como banco de huesos, servicios diagnósticos y de laboratorios especiales, incubadoras etc.
- Una organización administrativa y profesional eficaz.
- Normas y funcionamiento de departamentos de servicios como archivo, laboratorio y bibliotecas.
- Personal de acuerdo con el tamaño del hospital: internos, residentes, enfermeras, asistentes sociales, fisioterapeutas, especialista en nutrición, técnicos etc.
- Disponibilidad de personal especializado para consultas y posibilidad de consultar con otros especialistas, como sucede en algunos programas regionales.

- Organización de sesiones clínicas, cursos de reciclaje y educación continua.
- Calificación mínima del personal.
- La existencia y aplicación de controles internos, como la comisión de tejidos, la comisión de obstetricia y auditoría médica.

Este método se basa en la hipótesis de que, con algunos recursos y normas de referencia, se alcanza una adecuada calidad de la asistencia. Esta hipótesis debe ser reconocida y comprobada explícitamente para que los criterios válidos puedan utilizarse de un modo más informal y con mejores resultados.

Al preparar las normas utilizadas para estas comparaciones con los niveles ideales surgen algunas cuestiones como por ejemplo: ¿Deben utilizarse medidas nacionales, regionales, niveles adecuados mínimos o niveles óptimos? o ¿Deben desecharse la idea de utilizar normas de referencia y simplemente comparar entre sí los datos de hospitales diferentes?.

La respuesta depende en parte del objetivo de la valoración. Por ejemplo, para evaluar un programa puede ser preferible alcanzar índices flexibles aplicables a los diferentes tipos de hospitales y a diferentes períodos, más bien que adoptar normas fijas de adecuación.

#### **4.5- POR ELEMENTOS DE FUNCIONAMIENTO**

El segundo tipo de método de evaluación de calidad utiliza índice que intentan reflejar unos o más datos de funcionamiento. Los índices pueden definirse como "una medida o conjunto de medidas.....utilizadas para medir indirectamente la incidencia de una característica que no puede medirse directamente". La asistencia al paciente es una de estas características.

Su calidad no puede determinarse cuantitativamente, pero podemos dar una puntuación arbitraria a un juicio cualitativo. Es difícil de definir; es compleja e intangible. Por tanto, es natural y lógico que los numerosos esfuerzos destinados a valorar la calidad se hayan centrado en el desarrollo de índices, por ejemplo: Tasas de utilización de algunas pruebas, grupos, como radiografías etc.

Un tercer abordaje de la evaluación de la calidad de los hospitales es la utilización de índices que pueden medir los efectos de la calidad de la atención en la salud del paciente. Hay muchos factores que influyen en el resultado de un tratamiento en sí, como la edad, sexo, nutrición, estadio de la enfermedad y estado emocional del paciente. Por tanto, estos índices pueden ser muy engañosos. Exigen una cuidadosa evaluación de los factores concurrentes y un intento de controlarlos.

**Algunos de estos índices se utilizan con frecuencia. Entre ellos están:**

- Tasas de mortalidad específica, como post-operatoria, puerperal y neonatal.
- Tasas de supervivencia de prematuros con un peso comprendido en un rango determinado.
- Incidencia de complicaciones prevenibles, como infecciones post-operatorias.

#### **4.6- METODO DE AUDITORÍA MEDICA.**

La creciente presión del público y las recientes leyes promulgadas en el Congreso han llamado la atención sobre la necesidad de desarrollar un mecanismo formal para utilizar la auditoría en la evaluación de la calidad de la atención médica. El éxito en este empeño, sin embargo, depende de las respuestas a dos preguntas fundamentales: si se debe recoger y analizar información sobre el rendimiento del médico (resultados) o de ambos; y cómo y quién ha de adjudicar valor a los datos para determinar la calidad de la atención prestada.

Una revisión de literatura sugiere que no hay respuesta definitivas a estas preguntas. La evaluación de la calidad de la atención médica se ha centrado generalmente en el rendimiento del médico.

Pocos estudios de evaluación han utilizado información sobre los resultados finales de la atención, aunque la finalidad de la atención médica es mantener o mejorar la salud y, por tanto, parece lógico evaluar la atención basándose en el grado en que se consigue este objetivo. No está resuelta la cuestión sobre el tipo de datos que permiten la evaluación más apropiada.<sup>(10)</sup>

La evaluación de la calidad de la atención basándose en el rendimiento del médico pueden ser inadecuada porque no se ha comprobado que muchas de las acciones de los médicos estén relacionada con la mejoría de la salud. Sin embargo, la evaluación de la calidad de la atención basándose en los resultados de la misma también puede ser inadecuada, ya que los resultados de la atención no depende solo de la atención médica recibida sino también de las características demográficas, sociales y económicas de la población de pacientes.

#### **4.6.1. Proceso :**

Comprende todo lo que un médico hace con respecto aun paciente (prueba diagnósticas, intervenciones terapéuticas) los recursos de atención médica y el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente.

#### **4.6.2. El Resultado de la Atención :**

Es la respuesta del paciente en términos de mortalidad, síntomas, capacidad de trabajar o llevar a cabo las actividades rutinarias, y las mediciones fisiológicas.

Las evaluaciones con criterio implícitos se basan en la opinión subjetiva de cada evaluador; no se utilizan criterios predeterminados. Las evaluaciones con criterios explícitos se basan en criterios predeterminados establecidos por acuerdo colectivo de los evaluadores. <sup>(10)</sup>

Casi toda la atención médica se presta fuera de las salas del hospital, pero hasta la fecha son pocos los esfuerzos realizados con el fin de evaluar y controlar la calidad de la asistencia que reciben estos pacientes ambulatorios. Para los médicos de la clínica docente de un hospital universitario es especialmente importante encontrar medios para examinar y medir los elementos de la práctica médica contemporánea que se cree reflejan, al menos en parte, la calidad de la atención a los pacientes ambulatorios. El personal médico no solo presta atención médica, sino que también establece patrones arbitrarios con los que los estudiantes y los residentes formados en la consulta pueden comparar sus propias actuaciones presentes y futuras.(3)

Los índices tradicionales de salud pública, como las tasas de mortalidad y de morbilidad, son útiles para definir patrones de salud-enfermedad y las características demográficas de grupos de población que padecen enfermedades específicas. Tienen un valor reducido para describir las acciones que emprenden los pacientes y los médicos contra las enfermedades y otras manifestaciones no clasificadas del proceso salud-enfermedad. El impacto colectivo de estas acciones es lo que determina fundamentalmente la demanda y utilización de los recursos para la atención médica. Para evaluar si los recursos son adecuados, es importante investigar las decisiones sobre la atención médica y relacionar los datos con grupos de población y recursos para la salud claramente definidos como investigar la mortalidad y la morbilidad para otros propósitos.

En el contexto de la atención médica el paciente puede ser una unidad primaria de observación más importante que la enfermedad, la consulta o el ingreso. Puede ser más adecuado centrarse en la historia natural de la atención médica al paciente que en la historia natural de su enfermedad. También pueden ser más útiles los datos de períodos cortos (semanas o meses) que de períodos más prolongados (un año o más) para relacionar las necesidades y demandas potenciales con los recursos para la atención médica.

Se sabe poco sobre el proceso por el que las personas que perciben algún trastorno de su sentido del bienestar o de la salud deciden buscar ayuda. Tampoco se sabe

mucho sobre los lugares adonde acuden a buscar esta ayuda(1), o de la segunda y tercera fases del proceso de toma de decisiones en las que los pacientes y sus consejeros de salud, sean médicos, farmacéuticos, curanderos, piden o aconsejan ayuda y consultas con otros prestadores de la atención médica.

## **V-METODOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO.**

- La percepción del usuario (calidad sentida percibida), puede ser medida mediante:

- a) Cuestionarios.
- b) Grupos focales.
- c) Construcción de indicadores basados en la percepción del usuario.  
etc

### **CUESTIONARIO: (8)**

Tal vez el instrumento más utilizado para recolectar los datos es el cuestionario. Un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir.

El contenido de las preguntas de un cuestionario puede ser tan variado como los aspectos que se midan a través de éste. Y básicamente, podemos hablar de dos tipos de preguntas "cerradas" y "abiertas".

Las preguntas "cerradas" contienen categorías o alternativas de respuestas que han sido delimitadas. Es decir, se presentan a los sujetos las posibilidades de respuestas y ellos deben circunscribirse a éstas. También pueden ser dicotómicas (dos alternativas de respuesta) o incluir varias alternativas de respuesta.

Una de las ventajas que tiene al elaborar preguntas "cerradas" es que son fáciles de codificar y preparar para su análisis.

Cada cuestionario obedece a diferentes necesidades y problemas de investigación, lo que origina que en cada tipo de preguntas a utilizar sea diferente. Algunas veces se incluyen solamente preguntas "cerradas", otras veces únicamente preguntas "abiertas" y en ciertos casos ambos tipos de preguntas.

Las preguntas "abiertas" son particularmente útiles cuando no tenemos información sobre las posibles respuestas de las personas o cuando esta información es insuficiente. También sirven en situaciones donde se desea profundizar una opinión o los motivos de un comportamiento. La mayor desventaja es que son difíciles de codificar, clasificar y preparar para su análisis. Además pueden presentarse sesgos derivados de distintas fuentes.

La elección del tipo de preguntas que contenga el cuestionario depende del grado en que se puede anticipar las posibles respuestas, los tiempos que se disponga para codificar y si se quiere una respuesta más precisa o profundizar en alguna cuestión.

Una recomendación para construir un cuestionario es que se analice variable por variable qué tipo de pregunta puede ser más confiable y válida para medir la variable, de acuerdo con la situación del estudio (planteamiento del problema, características de la muestra, análisis que se piensa efectuar, etc.).

### **GRUPOS FOCALES:**

El grupo focal pertenece a la estrategia de la entrevista. Y podría definirse como una entrevista colectiva realizada en grupo sobre un tema estrictamente especificado (focalizado).

Es importante tener presente que ordinariamente el grupo focal es un apoyo a un trabajo en el que se han aplicado otras técnicas por ejemplo : la entrevista a

profundidad. Por lo mismo, no es aconsejable que sea la única estrategia diseñada en un investigación. Un grupo focal puede ser de gran utilidad, por ejemplo, antes de diseñar los campos y los principales indicadores de una investigación.

Un grupo focal se constituye de 6-12 miembros . En general es aconsejable que todos posean similares características con respecto al tema que se investiga.

La selección se realiza mediante un cuestionario elaborado por el investigador y en el que consta las condiciones y características de los candidatos. Es conveniente que el cuestionario sea previamente probado.

Habría que seleccionar a los participantes, por lo menos ocho días antes del evento.

Para asegurar la participación y la producción conviene que los seleccionados cumplan, en general las condiciones de un informante calificado. De lo contrario, el grupo focal no aporta conocimientos nuevos y válidos.

- Los seleccionados no deben ser informados sobre la temática de la sesión de grupo, de lo contrario se estaría dando lugar al surgimiento de ideas preconcebidas.

- Es preferible que los participantes sean desconocidos entre sí, pues la amistad y el parentesco pueden inhibir al momento de explicitar representaciones o experiencias que, al final, podrían cambiar la imagen social del informante.

- El lugar será accesible a todos, cómodo y funcional. Y el entrevistador se adecuará a las condiciones del grupo. Una sesión durará 2 horas.

## **EL USO DE INDICADORES PARA EL ANÁLISIS DE LOS SERVICIOS DE SALUD. (10)**

Los instrumentos que se utilizan para el análisis de los servicios son los indicadores.

Un indicador es una variable que se puede medir; se utiliza para medir variables complejas. Algunos ejemplos de variables complejas son : calidad del servicio, accesibilidad, nivel socioeconómico.

Los indicadores pueden ser usados para describir una situación que existe y medir cambios o tendencias en un período de tiempo. Los indicadores de salud son cuantitativos en su naturaleza. Hay también métodos cualitativos para describir una situación y su tendencia en el tiempo, pero éstos métodos no utilizan indicadores.

Un indicador es solamente una indicación de una situación dada, o un reflejo de esa situación; con frecuencia se necesitan varios indicadores para describir una variable compleja.

Un problema con los indicadores es que no todos tienen una definición generalmente aceptada (como por ejemplo cobertura, accesibilidad, efectividad), sino algunos tienen una definición variable según el autor y/o la escuela ( por ejemplo, eficiencia, extensión de uso, productividad). Sin embargo, es importante conocer un esquema de indicadores para poder identificar las desviaciones de definición en cada caso.

Los Indicadores de Salud son necesarios para:

- \* El diagnóstico de la situación de los servicios de salud.
- \* Hacer comparaciones (por ejemplo, entre diferentes áreas de salud)
- \* Medir cambios en el tiempo (por ejemplo, el mejoramiento de los servicios de salud y su impacto en la población).

Los indicadores permiten monitorizar y evaluar lo que le sucede a los paciente como consecuencia de la actuación de los profesionales y de los sistemas organizativos.(26)

La construcción de indicadores es un proceso complejo que requiere conocimientos y experiencia tanto en el terreno clínico como en la Garantía de Calidad. En el ámbito de la Atención Primaria no existe tradición de trabajar con indicadores clínicos.

Es importante destacar, una vez más, que los indicadores no son una medida directa de la calidad sino que dirigen nuestra atención hacia áreas que pueden requerir una revisión más profunda y nos proporciona una base para mejorar la calidad de la atención prestada por una organización sanitaria. Es frecuente, y lamentable, observar cómo personas supuestamente entendidas en el tema interpretan los indicadores de forma directa, lo que constituye un claro error de concepto. (26)

## **DISEÑO METODOLOGICO**

**El presente estudio es : DESCRIPTIVO DE CORTE TRANSVERSAL.**

**Es Descriptivo** porque el propósito fundamental es describir situaciones y eventos que las usuarias del servicio de Alto Riesgo Obstétrico fueron exponiendo a través de la entrevista que se les realizó. Es decir cómo se manifestaba la atención de salud que ellas recibían y cómo ellas se sentían acerca de ésta; para lo cual se pretendió medir o evaluar diversos aspectos, dimensiones o componentes de la atención en salud.

**Es Transversal** porque se recopilaron los datos en un solo momento, en un tiempo único como fueron los meses de Octubre -Noviembre 1997. El propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede; como por ejemplo que pensaban y como se sentían las usuarias del servicio de alto riesgo obstétrico en los meses antes mencionados en los cuales se les realizó la entrevista.

### **UNIVERSO :**

Para precisar el universo de este estudio se realizó revisión de estadísticas de Ingreso del servicio de los años 1995-1996 ingresando un total de 3197 durante los dos años, se realizó un análisis de los meses que ingresaron más Usuarias al servicio de Alto Riesgo Obstétrico, observando que en ambos años los mayores ingresos ocurrieron en los meses de octubre-noviembre.

El universo estuvo compuesto por el total de 1495 usuarias que ingresaron en el año .1996 al servicio de hospitalización de Alto Riesgo Obstétrico del hospital Bertha Calderón, el cual fue tomado como referencia para determinar la muestra del estudio.

**MUESTRA :** La muestra para este estudio se estimó por el análisis de las tendencias observadas en los años 1995-1996, oscilan en un rango de 300 - 315 usuarias en los dos meses, Octubre-Noviembre 1997.

### **TIPO DE MUESTRA: No Probabilística por Conveniencia.**

En este estudio la muestra fue de 315 usuarias del servicio de hospitalización de Alto Riesgo Obstétrico en el HBCR, las cuales exteriorizaron la opinión que tenían acerca de su Satisfacción o Insatisfacción sobre la atención que recibían del personal de salud.

Se puede decir que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características del investigador o del que define la muestra. Aquí el procedimiento no es mecánico, ni basados en fórmulas de probabilidad, si no que dependió del proceso de la toma de decisiones de las investigadoras .

Las muestras no probabilísticas también llamadas Muestras Dirigidas suponen un procedimiento de selección informal y un poco arbitrario. Aún así se utilizan y a partir de ellas se hacen Inferencias sobre la población. Pero en este tipo de muestra sin embargo los resultados son generalizados a la muestra en sí o a muestras similares. No son generalizables a una población (8).

Como en este caso los resultados sólo involucran al servicio de Alto Riesgo Obstétrico y no a todos los servicios de hospitalización del Hospital Bertha Calderón y mucho menos a otros hospitales del país.

**AREA DE ESTUDIO :** Servicio de Hospitalización de Alto Riesgo Obstétrico.

**UNIDAD DE ANALISIS :** Fueron cada una de las usuarias ingresadas en el servicio de hospitalización de Alto Riesgo Obstétrico del hospital Bertha Calderón, durante los meses de octubre-noviembre 1997.

**CRITERIOS PARA LA SELECCION DE LAS PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO :**

► Todas las mujeres clasificadas como Alto Riesgo Obstétrico e ingresadas al servicio de hospitalización de ARO o que se encontraban en otro servicio transitoriamente pero fueron clasificadas como ARO.

- ▶ Mujeres que estaban ingresadas en el servicio de ARO con un Diagnóstico acorde a los criterios de ingreso y que además tenían 24 horas como mínimo de permanencia en la sala.
- ▶ Mujeres que aceptaron voluntariamente realizar la entrevista.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

- ▶ Las Mujeres que estaban ingresadas en ARO pero tenían menos de 24 horas de estar en la sala.
- ▶ Las mujeres que sin ser ARO, por otras razones, ingresaron al servicio.
- ▶ Las mujeres que ingresaron al servicio de ARO y fallecieron.

#### **RECOLECCION DE LA INFORMACION:**

##### **1- FUENTE DE INFORMACION:**

La información fué recolectada directamente por las investigadoras a través de un cuestionario a las mujeres que se encontraban ingresadas y que deseaban participar en la entrevista, quienes constituyeron la fuente primaria.

Antes de la entrevista directa con las usuarias se realizó revisión de los expedientes clínicos (fuente secundaria) . Esta revisión se realizó con el fin de obtener datos personales de las usuarias y de esta manera establecer una relación más personalizada.

#### **INSTRUMENTO:**

Se utilizó un cuestionario semi-estructurado construido con preguntas "cerradas" y "abiertas" para efectuar la entrevista a las mujeres que estaban ingresadas.

Pero antes de realizarse la prueba piloto, el instrumento fué revisado a través de una prueba de jueces compuesta por personas expertas en el campo de investigación, y así tener otras opiniones que retroalimentarán el instrumento para realizarle correcciones oportunas, antes de ser aplicado a las usuarias. ( verlo en anexo)

Este instrumento se sometió a una validación a partir de una prueba piloto, mediante una entrevista dirigida a pacientes ingresadas en otro servicio del mismo hospital, a partir de estas entrevistas el instrumento no sufrió ninguna modificación posterior, dado que las usuarias comprendieron las preguntas y el contenido del mismo .

#### **VARIABLES DEL ESTUDIO :**

**VARIABLE DEPENDIENTE Y PRINCIPAL : SATISFACCION DE LAS USUARIAS.**

#### **VARIABLES INDEPENDIENTES:**

##### **SOCIOECONOMICAS:**

- Edad.            - Escolaridad.    - Ingreso Económico.
- Religión.       - Procedencia.    - Ingreso Hospitalario.

##### **ACCESIBILIDAD:**

- Geográfica.     - Funcional.
- Económico .    - Cultural .

##### **CONDICIONES DEL MEDIO AMBIENTE:**

- Ruido.            - Ventilación.    - Confort.
- Iluminación.    - Limpieza.

##### **ATENCION Y RELACION MEDICO - USUARIAS :**

- Actitud Médica.       - Privacidad.
- Examen Clínico.       - Información.

##### **ATENCION Y RELACION PERSONAL DE ENFERMERIA-USUARIAS.**

- Actitud Médica.       - Privacidad.
- Examen Clínico.       - Información.

##### **ASPECTOS PREVENTIVOS Y DE PROMOCION:**

- Educación.
- Actividades del servicio

## **OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

**OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.**

<b>OBJETIVOS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA</b>
<p><b>Caracterización Socio-economica de las usuarias</b></p>	<p><b>PRINCIPAL: SATISFACCION DE LAS USUARIAS.</b></p>	<p>Percepción que tienen las usuarias de lo que le oferta el servicio vinculada con las expectativas que tienen de recibir una atención acorde a sus demandas de salud y que da como resultado una valoración positiva o negativa de la atención recibida.</p>	<p>Valoración Positiva o Negativa del servicio que recibió.</p>	<p>Muy Satisfecha. Satisfecha. Poco Satisfecha. Insatisfecha.</p>
	<p>Edad</p>	<p>Años de vida cumplidos.</p>	<p>Años</p>	<p>13-19 Adolescente 20-24 Joven 25-30 Adulto joven 31-34 Adulto 35+ Añosa</p>
	<p>Religión</p>	<p>Ideología Religiosa.</p>	<p>Tipos de Ideología religiosa.</p>	<p>Católica Evangélica Testigo-Jehova Otras.</p>
	<p>Escolaridad</p>	<p>Ultimo grado aprobado.</p>	<p>Nivel académico de estudios</p>	<p>Analfabeta Alfabetizada Primaria Secundaria Superior.</p>

**OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.**

OBJETIVOS	VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA
<b>Caracterización Socio-economica de las usuarias</b>	<b>Procedencia</b>	Lugar donde habitan las usuarias.	Tipos de urbanización.	Urbano Rural
	<b>Ingreso Hospitalario</b>	Número de veces que ha estado las usuarias en el servicio.	Frecuencia de asistencia.	Primera vez Susecuente.
	<b>Trabajo</b>	Tipo de actividad realizada por las usuarias que les proporciona ingreso económico.	Actividad Laboral.	Si No
	<b>Ingreso Económico</b>	Cantidad de dinero que entra al hogar independiente que trabaje o no.	Cantidad de dinero	menos 500 M Bajo 501-1000 Bajo 1001.1500 Medio 1501-4000 Adecuado No sabe.
	<b>Accesibilidad</b>	Facilidad o dificultad de las usuarias para obtener un servicio.	Geográfico  Económico.  Funcional  Cultural	Min. Hora , Días.  Dinero: comida, transporte, consulta, medicina.  Referencia, minutos de espera.  Aceptación voluntaria de venir al servicio.

**OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.**

<b>OBJETIVOS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA</b>
<b>Condiciones del medio Ambiente donde se realiza la atención.</b>	<b>Ruido</b>	<b>Sonido Perturbador.</b>	<b>Percepción de la valoración del sonido.</b>	<b>Mucho Poco. Ninguno.</b>
	<b>Iluminación</b>	<b>Intensidad de luz que permite la visibilidad.</b>	<b>Cantidad de luz.</b>	<b>Excelente Muy Buena Buena Regular Mala.</b>
	<b>Ventilación</b>	<b>Circulación de aire en el ambiente</b>	<b>Cantidad de aire.</b>	<b>Excelente Muy Buena Buena Regular Mala.</b>
	<b>Limpieza</b>	<b>Apariencia de aseo en el ambiente.</b>	<b>Percepción de aseo.</b>	<b>Excelente Muy Buena Buena Regular Mala.</b>
	<b>Comodidad (confort)</b>	<b>Sensación de bienestar en el local.</b>	<b>Sensación</b>	<b>Excelente Muy Buena Buena Regular Mala.</b>

**OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.**

<b>OBJETIVOS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA</b>
<p align="center"><b>Atención y Relación Médico-Usuarías.</b></p>	<p align="center">Actitud Médica.</p>	<p>Forma en que se relaciona el médico con las usuarias.</p>	<p>Cortesía Interés Comunicación</p>	<p>Amable Poco amable Serio.</p>
	<p align="center">Exámen Clínico.</p>	<p>Conjunto de actividades que el médico realiza para evaluar el estado de salud de las usuarias.</p>	<p>Examen Físico Interrogatorio Maniobras Procedimientos Técnicas.</p>	<p>Fué realizado.  No fué realizado</p>
	<p align="center">Privacidad</p>	<p>Percepción del manejo individual de las usuarias por el médico.</p>	<p>Percepción.</p>	<p>No existió Existió Poco Mas o menos Muy Privado.</p>
	<p align="center">Información</p>	<p>Conjunto de explicaciones organizadas que le transmite el médico a las usuarias en relación a su estado de salud, tratamiento y manejo.</p>	<p>Explicaciones</p>	<p>Si No Poca.</p>

**OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.**

<b>OBJETIVOS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA</b>
<b>Atención y Relación Enfermería-Usuarías.</b>	<b>Actitud del personal de Enfermería.</b>	Forma en que se relaciona el personal de enfermería con las usuarias.	Cortesía Interés Comunicación	Amable Poco amable Serio.
	<b>Exámen Clínico.</b>	Conjunto de actividades que realiza el personal de enfermería para evaluar el estado de salud de las usuarias.	Examen Físico Interrogatorio Maniobras Procedimientos Técnicas.	Fué realizado.  No fué realizado
	<b>Privacidad</b>	Percepción del manejo individual de las usuarias por el personal de enfermería.	Percepción.	No existió Existió Poco Mas o menos Muy Privado.
	<b>Información</b>	Conjunto de explicaciones organizadas que le transmite el personal de enfermería a las usuarias en relación a su estado de salud, tratamiento y manejo.	Explicaciones	Si No Poca.

**OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.**

<b>OBJETIVOS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA</b>
<p><b>Aspectos Preventivo y de Promoción.</b></p>	<p><b>Educación.</b></p> <p>Actividades que realiza el personal de salud en el servicio de alto riesgo obstétrico.</p>	<p>Oferta de información a las usuarias sobre su situación de salud</p> <p>Oferta de servicios que promuevan cambios de comportamiento reproductivo de las usuarias .</p> <p>Instrucciones dadas a las usuarias.</p>	<p>Tipo de conocimiento.</p> <p>Tipo de comportamiento asumido por las usuarias del servicio de alto riesgo obstétrico.</p>	<p>Estado de salud. Cuidados que deben tener.</p> <p>Medidas Preventiva individuales y familiares.</p> <p>Decisión de esterilizarse.</p> <p>Utilización de métodos anticonceptivos.</p>

## **PLAN DE ANALISIS.**

La información, fué ordenada, clasificada y agrupados los resultados conforme a criterios pertinentes al objeto de la investigación.

Se realizó un Análisis Descriptivo de todas las variables del estudio haciendo uso de proporciones (porcentajes), posteriormente se hizo el Análisis de cruzamiento de variables.

**Satisfacción de las Usuarías /Características Socioeconómicas.**

**Satisfacción de las Usuarías /Relación Médico-Usuaría.**

**Satisfacción de las Usuarías /Relación Personal de Enfermería-Usuaría.**

**Satisfacción de las Usuarías /Promoción, Prevención.**

**Se aplicó Chi cuadrado a las siguientes variables:**

Satisfacción de las usuarias /Ingreso Económico.

/Grupos de Edad.

/Nivel Académico.

/Procedencia.

Satisfacción de las usuarias /Aceptabilidad de regresar.

Satisfacción de las usuarias/Recomendaría a otra persona el servicio.

Satisfacción de las usuarias/Resolución del Problema de salud.

Satisfacción de las usuarias/Gestiones realizadas.

**Satisfacción de las usuarias /Condiciones ambientales Generales.**

**/Ruido, Iluminación, Ventilación, Limpieza de la sala ,  
Limpieza de los servicios higiénicos, comodidad de la  
cama y cambio de ropa de cama.**

**Satisfacción de las usuarias/Relación Interpersonal médico-usuarias**

**/Privacidad dada por el médico a las usuarias.**

**/Información brindada por el médico.**

**/Atención médica brindada por el médico.**

**Satisfacción de las usuarias/Relación Interpersonal con Enfermería.**

**/Atención brindada por Enfermería.**

**/Información brindada por Enfermería.**

**Satisfacción de las usuarias/Orientaciones en salud brindadas por el personal de salud del servicio.**

**SATISFACCION INICIAL DE LAS USUARIAS/SATISFACCION FINAL.**

**Se crearon nuevas subvariables de contraste como:**

**\* Satisfecha - Insatisfecha.**

**\* Buena - Mala.**

**\* Adolescentes - No Adolescentes.**

**\* Adecuado - Inadecuado-**

**\* Algún Nivel académico . Ningún Nivel**

**Referente al tiempo de espera se clasificó de Adecuado Poco Adecuado e Inadecuado explicándose de la siguiente manera:**

**Tiempo de Espera por las Usuarías para ser atendidas y derivadas al servicio de ARO se tomaron Criterios de: Tiempo de Espera , estos fueron clasificados a conveniencia de las investigadoras, pero se tomó en cuenta el tiempo de consulta médica que tiene normado el MINSA para la consulta Externa según :**

**Médico general tarda en atender entre un paciente y otro 10 minutos y para médicos especialistas 15 minutos lo que significa que entre un paciente y otro lo que deberían de esperar son 15 minutos, por esa razón se hizo la siguiente clasificación:**

**Adecuado entre 5-15 minutos, Poco Adecuado entre 25-50 e Inadecuado entre 120-300 minutos éste tiempo fue referido directamente por las usuarias, independientemente del servicio que la atendió.**

**Para identificar si la diferencia era significativa, se hizo prueba de Chi cuadrado eligiendo un Nivel de Confianza del 95 % con un grado de libertad y se encontró el valor de p menor de .05. Para calcular esta prueba estadística se utilizó un paquete estadístico para computadora que fué el EPI INFO versión 6.0, el resultado de Chi cuadrado se proporcionó junto con su nivel de significancia.**

**Para el Procesamiento y Análisis se utilizó el programa EPI- INFO versión 6.0, cruzando las variables que se consideraron necesarias para el cumplimiento de los objetivos propuestos en la investigación.**

**Para el levantamiento del texto y elaboración de Cuadros se utilizó el programa Word Perfect versión 6.0 .**

## RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por un total de 315 mujeres que estaban ingresadas en ARO con un Diagnóstico de acuerdo a los parámetros de clasificación del mismo.

Antes de entrar al contenido de la entrevista con las usuarias se realiza una pregunta de sondeo sobre la satisfacción a nivel general que percibían de la atención en salud que estaban recibiendo de parte del servicio, obteniendo en esta satisfacción que se le llamara Satisfacción Inicial lo siguiente: el 71.4% (225) refirieron estar Satisfechas, entre Poco Satisfecha e Insatisfecha el 25.1% (79) y Muy Satisfechas el 3.5% (11). ( ver cuadro resumen. 1 anexo)

### **SOCIOECONOMICO. ( ver cuadro resumen Número-2)**

Del total de 315 mujeres el 37.1% (117) eran Jóvenes (20 - 24 años); el 24.8% (78) oscilaban en las edades de: (13 - 19 años) catalogadas como Adolescentes; el 18.1% (57) eran Adultas Jóvenes comprendiendo edades entre (25 - 30); el 13% (41) se consideraron Adultas ya que oscilaban sus edades entre (31 -34 años); considerando mujeres Añosas las que oscilaban con 35 años o más que fué del 7% (22 mujeres).

Al realizar la relación entre La satisfacción de las Usuarias con la Atención recibida a nivel general según los Grupos de edad de las usuarias del servicio de Alto Riesgo Obstétrico. Para efectos del análisis estadístico de Chi Cuadrado se realizaron dos grupos: Adolescentes con un total de 78 y No Adolescentes con un total de 237, al aplicarle el Chi cuadrado y buscarle el valor de p no se encontró significancia estadística, lo que demuestra que no está relacionada la edad con el grado de satisfacción que las usuarias tengan con la atención recibida, es decir no existió una diferencia entre los grupos y el grado de satisfacción.

El grupo de usuarias satisfechas con la atención recibida eran 176, compuestas por 49 (27.8%) Adolescente y 127 (72.2%) No Adolescentes, dando una diferencia porcentual del 51.4% entre ambos grupos.

Respecto a la Religión que profesaban se encontró lo siguiente: el 69% (218 mujeres) pertenecían a la religión Católica, un 24% (77) Evangélicas; el 1.3% (4) eran Testigos de Jehová y un 5.1% (16) manifestó no profesar ninguna Religión.

En relación a la Escolaridad alcanzada el 56.2% (177 mujeres) de la muestra al menos cursaron algún año de secundaria; el 34% (108) cursaron algún año de primaria; el 3.2% (10) llegaron a un nivel superior y el 6.3% (20) no alcanzaron ningún nivel

académico, haciendo notar que de estas 20 mujeres dos de ellas eran alfabetizadas, sabían leer y escribir. Lo que implica que un 94.3% sabían leer y escribir y solamente un 5.7% no sabían. Del total de mujeres que sabían leer y escribir el 87.2% (259) lo hacía Muy Bien o Bien y el 12.8% (38) sabían un Poco o más o menos bien.

Al realizar la relación entre la Satisfacción de las usuarias con la Atención Recibida a Nivel General según Nivel Académico alcanzado por la usuaria, se agrupó en dos Niveles, las que no habían alcanzado Ningun Nivel Académico y las que Habían alcanzado algún Nivel académico desde Primaria hasta la Educación Superior, realizando esta agrupación para facilitar el proceso del análisis estadístico, obteniendo entre ambos grupos 176 usuarias que estaban satisfechas con la atención recibida. Se observa el 4.4% (14) de las usuarias que estaban satisfechas y que no habían alcanzado ningún nivel académico y 51.4% (162) de que estaban satisfechas y habían alcanzado algún nivel académico, obteniendo una diferencia porcentual del 47% que estadísticamente según Chi cuadrado y buscarle el valor de p no fue significativo, lo que refleja que no existe una relación directa entre el nivel académico y los grados de satisfacción de la atención recibida.

Referente a la Procedencia de las 315 Mujeres el 94.3% (251) procedían de Managua; de las que el 84.5% provenían del área Urbana y el 15.5% (46) del área Rural. El resto 5.7% (18) procedían de otras zonas del país, siendo el 27.8% (5) del área Urbana y el 72.2% (13) del área rural.

Al referirnos cuantas veces había sido Ingresada al servicio de ARO, el 80.6% (254) eran Primera Vez y el 19.4% Subsecuentes.

Al relacionar la Satisfacción de las Usuarias con la atención recibida a nivel general según La Procedencia : Urbano - Rural de Managua y Urbano - Rural de Otras zonas del país, al aplicarle el estadístico del Chi cuadrado y buscarle el valor de p no hubo ninguna significancia estadística, observándose una diferencia porcentual del 48.3% entre las que estaban satisfechas y las diferentes procedencia de las usuarias que era un total de 176, lo que no fue estadísticamente significativo demostrándose así que no existe una relación directa entre la Procedencia y los grados de Satisfacción que puedan tener las usuarias del servicio de Alto Riesgo Obstétrico.

Al abordar la Actividad Laboral de las usuarias el 76.5% (241) no trabajaban y el 23.5% (74) Si Trabajaban. De las mujeres que trabajaban el 44.6% (33) eran Comerciantes, el 18.9% (14) eran Empleadas Domésticas, el 14.9% (11) eran Secretarias, el 5.4% (4) Maestras, el 4.15 (3) Costureras, el 4.1% eran Meseras y el 8.4% (6) restantes realizaban otras actividades laborales como: Enfermería, Administradora de empresa, Ingeniera de Proyecto, Estilista y Recaudadora fiscal.

En relación al Ingreso Económico del hogar de las 315 Usuarias que se incluyeron en el estudio, éste se clasificó según referencias del Banco Central del costo de la canasta básica de 53 productos, en esos meses de Octubre-Noviembre 1997, que tenía un costo de C\$1447.75 , el 32% (102) tenían un ingreso entre C\$ 501-1000 (Bajo); el 15.2% (48) con un ingreso menor de C\$ 500 (Muy bajo); un 14.6% (46) tenían ingresos que oscilaron entre C\$ 1001 - 1500 (Medio) y el 9.8% (31) de C\$ 1501 - 4000 (Adecuado) . El 27.9%(88) restante desconocían cual era su ingreso económico mensual que entraba a su hogar . Este ingreso que se hace referencia es independiente que si las Usuarias Trabajaban o No Trabajaban.

Al relacionar La satisfacción de las Usuarias de la atención recibida a nivel general con el Ingreso económico, se realizó dos agrupaciones de forma arbitraria, contemplando para las que tenían un ingreso económico menor de C\$ 500 -1500 como Inadecuado y C\$ 1501 - 4000 Adecuado. Entre las que tenían un ingreso económico Adecuado e Inadecuado y estaban satisfechas con la atención recibida fue un total de 123 usuarias, 13.1% (16) y 89.9% (107), se observa una diferencia porcentual del 76.8% y al aplicarle el Chi y buscarle el valor de p no hubo ninguna significancia estadística, lo que implica que no existe una relación directa entre el Ingreso Económico que tengan las usuarias y los grados de Satisfacción de la atención recibida a nivel general que puedan tener del Servicio de ARO.

### **ACCESIBILIDAD: ( ver cuadro resumen. 3. Anexo)**

Basada en los cuatro parámetros establecidos como son: Accesibilidad Geográfica, Económica, Funcional del Servicio y Cultural; se obtuvo lo siguiente:

**Accesibilidad Geográfica :** contemplaba el tiempo transcurrido desde la salida de la Usuaría de su casa hasta su llegada al hospital, el 87% (274) se consideró que tenían accesibilidad al servicio, pues tardaban un 22.9% entre 5-25 minutos en llegar y el 64.1% entre 30-60 minutos. El 13% (41) restante tardaban en llegar al servicio entre 80-300 minutos considerando que estas Usuarías tenían Poca Accesibilidad desde el punto de vista Geográfico. Las usuarias que tardaban entre 80-300 minutos procedían del área rural de Managua y de otras zonas del país urbano - rural. El Promedio de Tiempo para trasladarse las Usuarías al hospital fue de 50.24 minutos .

**Accesibilidad Económica :** se consideraron los gastos en que incurría la Usuaría en: Transporte, Comida, Medicamento y otros gastos.

En cuanto al transporte se consideró que el gasto era Accesible económicamente para aquellas Usuarías que emplearon entre C\$ 2-10 para trasladarse, representado por un

79.6% (227) se utilizó el parámetro del ingreso económico que tenían las usuarias y considerando Poco Accesible económicamente para aquellas que emplearon desde C\$ 11-80, representado por un 24.4% (88) éste porcentaje coincide un poco con aquellas usuarias que desconocían cuál era su ingreso.

Del total de 315 mujeres, sólo el 10.16%(32) incurrieron en gastos alimenticios. De estas 32 mujeres el 21.9% (7) utilizaron entre C\$ 3/10 lo cual es considerado Accesible y que aunado a las 283 mujeres que no gastaron en alimentación hacen un total de 290 mujeres, que sería un 92.06% que tienen Accesibilidad desde el punto de vista de alimentación hospitalaria. El 7.94% (23) restantes gastaron entre 20/200 córdobas.

El 96.51% (304) de las mujeres ingresadas en el servicio de A.R.O no incurrieron en gastos de Medicamentos y el 3.49% (11) realizaron algún gasto en los mismos. Esto hace considerar que en relación al gasto en medicamentos existe Accesibilidad Económica ya que la mayoría de las Usuarías no hacen ningún gasto. En general las Usuarías del servicio de ARO no incurrieron en otros gastos que pueda incidir en la Accesibilidad Económica.

**Accesibilidad Funcional del servicio :** se tomaron los parámetros de Referencia y No Referencia y del Paso de las Usuaris por los servicios de Emergencia y Consulta Externa.

De las 315 Usuaris que ingresaron al Servicio de ARO el 61.6% (194) fueron referidas al hospital por un centro asistencial y el 38.4% (121) no tenían referencia. Del total de mujeres el 92.4% (291) pasaron por el Servicio de Emergencia y el 7.6 % (24) restante pasaron por el servio de Consulta Externa.

En relación al **Tiempo de Espera por las Usuaris para ser atendidas y derivadas al servicio de ARO.** El 31.1% (98) refirieron haber esperado entre 5-15 minutos considerado Adecuado; el 50.5% (159) esperaron entre 25-50 minutos considerado Poco Adecuado y el 18.4% (58 ) esperaron entre 120-540 minutos considerado Inadecuado.

Al obtener el **Tiempo Promedio** que las Usuaris esperaron para ser atendidas es de 61.9 minutos, lo que viene a caer en Poco Adecuado, además las Usuaris externaron cuando se les entrevistó que era demasiado tiempo el que esperaban para ser atendidas y esperaban dado que no tenían otra alternativa o sea recursos económicos para ir a los servicios de salud privados.

**Accesibilidad Cultural del Servicio** se consideraron dos aspectos : Si la Usuaris decidió recurrir al hospital por Voluntad Propia o por que decidió otra persona traerla al hospital. Del total de Mujeres entrevistadas el 67% (211) de las Usuaris refirieron haber acudido al hospital por Voluntad Propia expresando ésto una Accesibilidad Cultural dado que de cierta forma confían en el servicio y el 33% (104) dijeron que no querían venir al hospital y que estaban ahí por decisión de algun familiar.

Cuando se preguntó a las Usuaris que cómo se sentía con todas las gestiones que tuvo que realizar desde que salió de su casa hasta llegar al hospital para ser ingresada en la sala de Alto Riesgo Obstétrico manifestaron según su satisfacción lo siguiente: el 1.9% (6) Muy Satisfecha; el 63.8% (201) Satisfecha; el 26.3% (83) Poco Satisfecha y el 7.9% (25) Insatisfecha. Al sumar Poco Satisfecha e Insatisfecha obtenemos que el 34.2% (108) se encontraban entre Poco Satisfecha e Insatisfecha.

Al relacionar la Satisfacción de las Usuarias con la atención recibida a nivel general según Gestiones Realizadas para ser ingresadas al servicio de ARO. El porcentaje de las que estaban satisfechas con la atención recibida y las gestiones realizadas fué del 82.9% y las que no estaban satisfechas con las gestiones pero si estaban satisfechas con la atención recibida fué del 17.1% obteniendo una diferencia porcentual del 65.8%, al aplicar el Chi cuadrado resultó estadísticamente significativo  $\chi^2=52.6$  con un valor de p menor de 0.0001, se observa una relación directa entre ambas variables. (ver cuadro 3a)

Cuadro No. 3a

Relación Satisfacción de la Atención Recibida según Gestiones Realizadas por la Usuaria del servicio de Alto Riesgo Obstétrico.

Gestiones Realizadas	Satisfacción Final				Total
	SI	%	NO	%	
SI	146	82.9	61	43.9	207
NO	30	17.1	78	56.1	108
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100</b>	<b>139</b>	<b>100</b>	<b>315</b>

$\chi^2 52.6$  p menor de 0.0001

**CONDICIONES AMBIENTALES:** (ver cuadro resumen . 4. Anexo)

Las Condiciones Ambientales fueron abordadas desde los aspectos de Ruido, Iluminación, Ventilación, Limpieza de la sala y Limpieza de los servicios higiénicos.

El Ruido catalogado en lo siguiente : Si Había Poco, Mucho o Ningun Ruido desde la percepción que tenían las usuarias del ruido de la sala donde se encontraban ingresadas , manifestaron el 62.8% (198) que existía Poco Ruido, el 7% (22) que había Mucho Ruido y el 30.1% (95) que no había Ningún Ruido.

Al preguntarle como consideraban la Iluminación de la Sala fué catálogada según percepción de las usuarias como Excelente, Muy Buena, Buena, Regular y Mala . Refirieron el 70.8% (223) Buena; el 20% (63) Regular; el 3.2% (10) Excelente; el 3.2% (10) Mala y el 2.9% (9) Muy Buena.

Referente a la Ventilación de la sala el 54% (170) Mala, el 36.5% (115) Regular, el 7.3% (23) Buena, 1.6% (5) Muy Buena y el 0.6% (2) Excelente.

Sobre Limpieza de la sala: el 49.5% (156) Regular, el 29.2% (92) Buena, 15.9% (50) Mala, el 2.9% (9) Excelente y el 2.5% (8) Muy Buena. Referente a la Limpieza de los servicios higiénicos exteriorizaron lo Siguiente: el 43.8% (138) Regular, 34.3% (108) Mala, 18.4% (58) Buena, el 1.9% (6) Excelente y el 1.6% (5) Muy Buena.

El Confort relacionado con la comodidad de la cama y el cambio de ropa de la misma. El 54% (170) opinaron que las condiciones de comodidad de la cama era Buena, el 31.7% (100) Regular, 7% (22) Mala, 4.1% (13) Excelente y el 3.2% (10) Muy Buena. Sobre el cambio de Ropa Diario de la cama el 92.7% (292) opinaron que Si se las cambiaban y el 7.3% (23) opinaron que no se las cambiaban.

Cuando se les preguntó sobre como se sentían en general con las condiciones ambientales de la sala respondieron lo siguiente: El 48.6% (153) Satisfecha, el 44.1% (139) Poco Satisfecha, 5.4% (17) Insatisfecha y el 1.9% (6) Muy Satisfecha.

Al relacionar directamente la satisfacción de la atención recibida de las usuarias a nivel general según condiciones ambientales, demostró un porcentaje del 70.4% de las que estaban Satisfechas con las Condiciones Ambientales y la Atención recibida a nivel general y el 29.6% de las que No estaban Satisfechas con las Condiciones Ambientales pero Si estaban Satisfechas con la Atención que recibían. Al aplicar el estadístico del Chi cuadrado = 63.68 con un valor de p menor de 0.0001 que es estadísticamente significativo. ( ver cuadro 4a,)

Cuadro No.4a.

**Relación Satisfacción de la Atención Recibida según Condiciones Ambientales del servicio de Alto Riesgo Obstétrico.**

Condición Ambiental	Satisfacción Final				Total
	SI	%	NO	%	
Buena	124	70.4	35	25.2	159
Mala	72	29.6	104	74.8	156
Total	176	100	139	100	315

$\chi^2 = 63.68$  p menor de 0.0001

Al igual se hizo la relación directa entre la Satisfacción de las usuarias de la atención recibida a nivel general con El Ruido, No se encontró Significancia estadística, lo que demuestra que no existe una relación directa entre el Ruido que pueda existir en el servicio y los grados de satisfacción que las usuarias puedan tener de la atención recibida a nivel general.

Relación entre la Satisfacción de las usuarias de la atención recibida a nivel general con la Iluminación: se observa un porcentaje del 82.3% de las que consideran que existe una Buena Iluminación en el servicio y están Satisfechas con la Atención Recibida y el 17.7% de las que refieren que existe una Mala Iluminación sin embargo están Satisfechas con la Atención Recibida. Obteniendo una diferencia porcentual del 64.6%, con un Chi cuadrado de 6.93 con un valor de p menor 0.01 que es estadísticamente significativo, se puede observar que existe una relación entre que las usuarias valoren que existe una buena iluminación y el estar satisfecha con la atención recibida . (ver cuadro. 5. anexo)

Al relacionar La satisfacción de las usuarias con la atención recibida a nivel general según la Ventilación del servicio: se observa un porcentaje del 13% de las que refirieron que era Buena y estaban Satisfechas con la Atención recibida y el 87% de las que refirieron que era Mala pero estaban Satisfechas con la Atención que recibían. Obteniendo una diferencia porcentual del 74%, un Chi cuadrado de 5.81, con un valor de p menor 0.01; lo que es estadísticamente significativo. (ver cuadro. 6. anexo..)

**Al relacionar la Satisfacción de las usuarias con la atención recibida a nivel general según La Limpieza del Servicio de ARO: se observa un porcentaje del 41.1% que consideran que la Limpieza del servicio es Buena y están Satisfechas con la atención recibida y el 58.6% que consideran la Limpieza del servicio Mala pero están Satisfechas con la Atención recibida. Obteniendo una diferencia porcentual del 17.2%, un Chi cuadrado de 8.33 y un valor de p menor 0.01, es estadísticamente significativo. (ver cuadro. 7.anexo)**

**Relación directa entre Satisfacción de las usuarias con la atención recibida a nivel general según Limpieza de los Servicios Higiénicos observada : se observa un porcentaje del 30.1% de las que refirieron que era Buena la Limpieza de los servicios higiénicos y estaban satisfechas con la atención recibida y un 69.9% que consideraron que la Limpieza de los Servicios Higiénicos era Mala pero sin embargo estaban Satisfechas con la atención recibida. Obteniendo una diferencia porcentual del 39.8%, con Chi cuadrado de 15.75 y con un valor de p menor 0.0001 que es estadísticamente significativo, se observa una relación entre ambas variables (ver cuadro. 8 anexo)**

**Referente a la Satisfacción de las usuarias con la atención recibida a nivel general relacionada con la Comodidad de la cama (confort) sentida por ellas : se obtuvo un porcentaje del 75.0% de las que refirieron que era Buena la comodidad de la cama y estaban satisfechas con la Atención recibida, el 25.0% refirieron que era Mala la comodidad de la cama pero que Estaban Satisfechas con la Atención Recibida. Se observa una diferencia porcentual del 50.0%, un Chi cuadrado de 31.69 y un valor de p menor de 0.0001 lo que es estadísticamente significativo, reflejando una relación directa entre ambas variables (ver cuadro. 9. anexo)**

**Al relacionar La satisfacción de las Usuarias de la atención recibida a nivel general con el Cambio de ropa de cama diario : se observa un porcentaje del 95.4% que refirieron que Si les cambiaban la ropa de cama y estaban satisfechas con la atención recibida, obteniendo una diferencia porcentual del 89.8%, un Chi cuadrado de 4.48 y un valor de p menor 0.05 lo que es estadísticamente significativo. (ver cuadro. 10 anexo)**

## **RELACION MEDICO-USUARIA. ( ver cuadro 11., 11.1 . anexo)**

**La Relación Medico - Usuaría se realizó a través de lo siguiente: Si las usuarias conocía el nombre del médico que la atendía el 86.3% (272) NO y el 13.7% (43) SI. Al preguntarles que como era la actitud del Médico al pasarle la visita contestaron el 69.8% (220) Amables, el 18.7% (59) Serio y el 11.4% (36) Poco Amable.**

**En respuesta a la pregunta si el médico la llamaba por su nombre el 97.1% (306) Si y el 2.9% (9) No. Oportunidad de expresarle su problema de salud contestaron el 78.7% (248) Si y el 21.7% (67) No. Explicación de parte del médico sobre su situación de salud el 77.1% (243) Si y el 22.9% (72) No.**

**Al preguntar a las 243 Mujeres de las que le habían explicado su situación de salud que Cómo había sido el Lenguaje que utilizaba el médico: expusieron el 83.5% (203) Comprensible, el 10.4% (25) No le Entendió, el 5.3% (13) Muy Técnico, y el 0.8% (2) Muy comprensible. Pero de estas 243 mujeres se les preguntó que si estaban Satisfechas con las explicaciones dadas y el 86% (209) Si, el 14% (34) No. Oportunidades de hacerle preguntas al Médico: del total de las 315 Mujeres el 73.3% (231) Si y el 26.7% (84) No. Interesado el médico en su caso: el 79.4% (250) Si y el 20.6% (65) No.**

**La relación Interpersonal que la Usuaría ha tenido con el médico desde que fue ingresada hasta el momento de la entrevista fue la siguiente: el 64.4% (203) Satisfecha, el 25.1% (79) Poco Satisfecha, el 6.7% (21) Insatisfecha y el 3.8% (12) Muy Satisfecha.**

**Para ahondar más sobre la relación Médico-Usuaría se realizaron otra serie de tópicos como son: si era Interrogada por el Médico en la sala, Si la examinaban diariamente, Práctica de algún examen especial y si en este habían utilizado aparatos especiales, sobre la privacidad que se le proporcionaba al ser examinada, que si les satisfacía esa privacidad, Información sobre diagnóstico, tratamiento, exámenes; dieta y como se sentían las Usuarías con esta información. Además como las Usuarías sentían la atención que les brindaba el médico.**

Sobre los Tópicos antes expuestos se obtuvieron los resultados siguientes: **Interrogatorio a la Usuaria por parte del Médico** el 79% (249) Si, el 21% (66) No, **Sobre si la Examinaban** el 82.2% (259) Si; 17.8% (56) No, **Practica de Exámen Especial** el 54.9% (173) Si y el 45.1% (142) No, pero al preguntarle a las 173 Usuaris que habían contestado que SI les relizaron examen especial, sobre si habían utilizado algún aparato especial para esa actividad el 88.4% (153) Si y el 11.6% (20) No utilizaron.

En relación de como se sentía la Usuaris con la Privacidad que recibe de la atención Médica el 49.2% (155) Poco Satisfecha, el 24.1% (76) Insatisfecha, el 25.7% (81) Satisfecha y el 1% (3) Muy satisfecha, como se observa La Satisfacción sobre la Privacidad se concentran en Poco Satisfecha e Insatisfecha demostrando que no hay privacidad en la atención que se le brinda a la usuaria. Referente a la Información que el médico brindaba a la Usuaris sobre diagnóstico, tratamiento, exámenes y dieta del total de 315 mujeres entrevistadas de las que recibieron algun tipo de información sobre estos aspectos fueron en total 225 mujeres exteriorizando sus grados de satisfacción el 57.3% (129) Satisfecha, 33.8% (76) Poco Satisfecha, 4.9% (11) Insatisfecha, el 4% (9) Muy Satisfecha.

Referente a la Satisfacción que las Usuaris sentía con la atención que el médico le brindaba: el 64.8% (204) Satisfecha, 26.7% (84) Poco satisfecha, 5.7% (18) Insatisfecha, 2.9% (9) Muy Satisfecha.

Referente a la Satisfacción de las Usuaris con la atención recibida a nivel general según la relación Interpersonal Médico-Usuaris: se observa un porcentaje del 90.3% de las que refirieron que era Buena la relación y estaban satisfechas con la atención que recibían, el 9.3% refirieron que era Mala la relación pero estaban Satisfechas con la Atención recibida, con una diferencia porcentual del 80.6%, un Chi cuadrado del 89.80 y con un valor de p menor de 0.0001. (ver cuadro 11.a

**Cuadro No. 11a**

**Satisfacción de la Atención Recibida según Relación Interpersonal del Médico con las Usuaris del servicio de Alto Riesgo Obstétrico. HBCR 1997.**

Relación Médico-Usuaris	Satisfacción Final				Total
	SI	%	NO	%	
Buena	159	90.3	56	40.3	215
Mala	17	9.7	83	59.7	100
Total	176	100	139	100	315

$\chi^2 = 89.80$  p menor de 0.0001 .

Al relacionar la Satisfacción de las usuarias con la atención recibida a nivel general con la Privacidad que recibian de parte del médico, al realizarles cualquier tipo de procedimiento: se obtuvo un porcentaje del 40.3% que refirieron que Si tenían Privacidad y que estaban Satisfechas con la atención recibida, el 59.7% refirió que No tenían Privacidad pero sin embargo estaban Satisfechas con la atención recibida, se observa una diferencia porcentual del 19.4%, con un Chi cuadrado del 38.14 y un valor de p menor de 0.0001 lo que es estadísticamente significativo. Existe una relación inversa entre la satisfacción de la atención recibida y la privacidad proporcionada.

**Cuadro No. 11b**

**Satisfacción de la Atención Recibida relacionada con la Privacidad que reciben del Médico las Usuaris del servicio de Alto Riesgo Obstétrico.**

Privacidad	Satisfacción Final				Total
	SI	%	NO	%	
SI	71	40.3	13	9.4	84
NO	105	59.7	126	90.6	231
Total	176	100	139	100	315

$\chi^2 = 38.14$  p menor de 0.0001

Referente a la Satisfacción de las usuarias con la atención recibida a nivel general relacionada con la Información brindada por el médico a las mismas: se observa un porcentaje del 62.5% de las que refirieron estar Satisfechas con la información brindada por médico y están Satisfechas con la atención recibida, el 34.5% refirieron estar Insatisfechas con la Información brindada por el médico pero sin embargo están Satisfechas con la atención recibida. Se obtuvo una diferencia porcentual del 25.0%, un Chi cuadrado de 38.23 y un valor de p menor de 0.0001 lo que es estadísticamente significativo. (ver cuadro 11c )

**Cuadro No.11c**

**Satisfacción de la Atención Recibida relacionada con la Información brindada por el Médico a las Usuarias del servicio de Alto Riesgo Obstétrico.**

Información	Satisfacción Final				Total
	SI	%	NO	%	
Satisfecha	110	62.5	28	34.6	138
Insatisfecha	34	37.5	53	65.4	87
Total	144	100	81	100	225

$\chi^2 = 38.23$  p menor de 0.0001

Al relacionar la Satisfacción de las usuarias con la atención recibida a nivel general según la atención médica brindada por el personal médico. se obtuvo un porcentaje del 88.6% refirieron estar Satisfecha con la atención médica y con la atención recibida, el 11.4% refirió estar Insatisfecha con la atención médica pero estar satisfecha con la atención recibida a nivel general. Se observa una diferencia porcentual del 77.2, un chi cuadrado de 80.46 y un valor de p menor de 0.0001 que es estadísticamente significativo. ( ver cuadro .11d )

**Cuadro No.11d**

**Satisfacción de la Atención Recibida relacionada con la Atención Médica brindada a las Usuaris del servicio de Alto Riesgo Obstétrico.**

Atención Médica	Satisfacción Final				Total
	SI	%	NO	%	
Satisfecha	156	88.6	57	41.1	213
Insatisfecha	20	11.4	82	58.9	102
Total	176	100	139	100	315

$\chi^2 = 80.46$  p menor de 0.0001

**RELACION PERSONAL DE ENFERMERIA-USUARIAS. (ver cuadro resumen No.12, 12.1)**

Sobre la Relación Interpersonal del personal de Enfermería -Usuaris se retomaron los mismos aspectos que se utilizaron para la relación Médica-Usuaris.

Obteniendo que el 90.8% (286) No conocían el nombre de la enfermera responsable de la sala, el 9.2% (29) Si lo conocían. Sobre si la llaman por su nombre a la usuaria: el 88.6% (279) Si, el 11.4% (36) No. Si la saludan y como lo hacían respondieron: el 47% (148) que eran amables, el 30.8% (97) que eran Poco Amables y el 22.2% (70) No la saludan.

En respuesta a que si le pregunta la Enfermera de como se siente referente a su estado de salud: el 58.7% (185) Si y el 41.3% (130) No. Si puede o No la Usuaris expresar su Problema de salud a la enfermera: el 54.3% (171) No, el 45.7% (144) Si.

**La enfermera le explica sobre su situación de salud : el 59.4% (187) No; 40.6% (128) Si; de estas 128 mujeres que dijeron que la enfermera les explicaba expusieron como era el lenguaje que utilizaban : el 89.8% (115) Comprensible, el 6.3% (8 ) No entendio, el 3.9(5) Muy Técnico. Y de éstas 128 mujeres sobre si estaban o no satisfechas con estas explicaciones respondieron : el 90.6% (116) Si, el 9.4% (12) No. Oportunidad de preguntas a la enfermera : 54% (170) No, 46% (145) Si. Si esta interesada la enfermera o No en su caso : el 50.8% (160)No, 49.2% (155) Si.**

**Referente a como se siente la Usuaría con Relación Interpersonal que hasta el momento de la entrevista ha tenido con el personal de enfermería : el 41% (129) Satisfecha, 38.1% (120) Poco Satisfecha, 17.8% (56) Insatisfecha, 3.2% (10) Muy Satisfecha.**

**Con relación a la atención que la enfermera le brinda a la Usuaría como: Toma de Signos Vitales; Administración de medicamentos y otros procedimientos .**

**De cómo se sienten las usuarias con la atención que le brinda la enfermera el 45.4% (143) Satisfecha, 42.2% (133) Poco Satisfecha, el 9.5% (30) Insatisfecha y el 2.9% (9) Muy satisfecha, se observa que la satisfacción de la usuaria con la atención que brinda la enfermera de la sala cae entre Poco satisfecha e Insatisfecha con un porcentaje total del 51.7% (163) Usuarías.**

**Sobre la Privacidad que le proporciona la enfermera a la usuaria al realizarle algun procedimiento : el 46% (145) respondieron que No existe Privacidad, el 39% (123) Poca privacidad, el 10.8% (34) Existió Privacidad, el 2.9% (9) Más o Menos privado y el 1.3% (4) Muy privado. En los parámetros que caen las opiniones de las usuaria son entre No existe privacidad y Poca privacidad.**

**En relación a la Información que la enfermera le proporciona a la Usuaría con respecto al : Diagnóstico, Tratamiento, Exámenes y Dieta. Y cómo se siente con esta información : del total de 315 mujeres sólo el 56.5% (178) recibieron alguna información, de éstas el 51.1% (91) refirieron estar Satisfecha, el 29.8 (53) Poco Satisfecha, 16.3% (29) Insatisfecha y el 2.8% (5) Muy satisfecha, prácticamente el 46.1% (82) cae en Poco satisfecha e Insatisfecha, un porcentaje relativamente alto de que no quedaron totalmente satisfecha con la información que les proporcionaron.**

Al relacionar **La satisfacción de las usuarias con la atención recibida a nivel general según relación interpersonal con enfermería** : se observa un comportamiento porcentual del 73.2% que están Satisfechas con las relaciones interpersonales con el personal de enfermería y con la atención recibida a nivel general, el 26.8% refieren estar Insatisfechas con la relación interpersonal del personal de enfermería pero estar Satisfecha con la atención recibida, existiendo una diferencia porcentual del 46.4%, un Chi cuadrado de 137.64 y con un valor de p menor de 0.0001 estadísticamente significativo. ( ver cuadro 12a

**Cuadro No.12a**

**Relación Satisfacción de las usuarias del servicio de alto riesgo obstétrico según la relación interpersonal con el personal de enfermería**

Relación Enfermería-Usuaría	Satisfacción Final				Total
	SI	%	NO	%	
<b>Buena</b>	129	73.3	10	7.2	139
<b>Mala</b>	47	26.8	129	92.8	176
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100</b>	<b>139</b>	<b>100</b>	<b>315</b>

$\chi^2 = 137.64$  p menor de 0.0001

Relacionando **la Satisfacción de las usuarias con la atención recibida a nivel general según atención brindada por enfermería** : El porcentaje de usuarias que están Satisfechas con la Atención de Enfermería y la Atención Recibida a nivel general es del 77.2%, el porcentaje de las que están Insatisfechas con la atención de Enfermería pero están Satisfechas con la Atención Recibida es del 22.8%; una diferencia porcentual del 54.4%, un Chi cuadrado de 134.51 con un valor de p menor de 0.0001 que es estadísticamente significativo. ( ver cuadro 12b )

Cuadro N.12b

**Satisfacción de la Atención Recibida según Atención brindada por Enfermería a las Usuaris del servicio de Alto Riesgo Obstétrico.**

Atención Enfermería	Satisfacción Final				Total
	SI	%	NO	%	
Satisfecha	136	77.2	16	11.5	152
Insatisfecha	40	22.8	123	88.5	163
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100</b>	<b>139</b>	<b>100</b>	<b>315</b>

$\chi^2 = 134.51$  p menor de 0.0001

Al relacionar La satisfacción de las usuarias con la atención recibida a nivel general según Información brindada por enfermería : se observa un porcentaje del 74.5% de las que estaban Satisfechas con la información brindada por enfermería y con la Atención que Recibían , el 25.5%estaban Insatisfechas con la información brindada por enfermería pero estaban Satisfechas con la atención que recibían a nivel general, obteniendo una diferencia porcentual del 49.0%,un Chi cuadrado de 60.15con un valor de p menor de 0.0001, que estadísticamente significativo . (ver cuadro 12c)

Cuadro No.12c

**Satisfacción de la Atención Recibida según Información brindada por enfermería a las Usuaris del servicio de Alto Riesgo Obstétrico.**

Información	Satisfacción Final				Total
	SI	%	NO	%	
Satisfecha	91	74.5	5	9.4	96
Insatisfecha	34	25.5	48	90.6	82
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100</b>	<b>53</b>	<b>100</b>	<b>178</b>

$\chi^2 = 60.15$  p menor de 0.0001

**ASPECTOS PREVENTIVOS Y DE PROMOCION. (ver cuadros resumen No.13, 14)**

Con relación a los Aspectos Preventivos y de Promoción que el personal de salud debería de realizar con la usuarias sobre : Si la usuaria ha recibido alguna CHarla sobre salud en el servicio : el 90.2% (284) contestaron que No, el 9.8% (31) Si.

En respuesta qué si el personal de salud que la atiende le ha Explicado la causa de su padecimiento : el 59.7% (188) No, el 40.3% (127) Si. Explicado sobre las posibles complicaciones que pueda tener en el futuro el 68.9% (217) No, 31.1% (98) Si. Explicado como prevenir las complicaciones : el 74.3% (234) No, el 25.7% (81) Si.

Referente de que si le han hablado ahí en la sala sobre Métodos de Planificación Familiar : el 74.3% (234) No, el 25.7% (81) Si. Y que si ellas en el futuro estarían dispuestas a utilizar algún método de planificación familiar : el 91.4% (288) Si, el 8.6% (27) NO.

Esto indica que aquí se pierden oportunidades de encausar a las Usuarías hacia la planificación familiar y sobre todo siendo éste un servicio donde llegan las usuarias con problemas de Alto Riesgo Obstétrico y en algunas ocasiones pueden hasta llegar a perder su vida.

Del total de 315 Mujeres sólo el 53% (167) habían recibido algún tipo de orientación en salud por parte del personal de salud que la atiende, de éstas el 52.7% (88) manifestaron que se sienten Satisfecha con las orientaciones, el 46.1% (77) Poco Satisfecha y el 1.2% (2) Insatisfecha.

En respuesta a la pregunta, qué si fuera necesario volver a estar ingresada, que si le gustaria volver a estar en la sala de alto riesgo obstétrico manifestaron : el 61.3% (193) Si, el 38.7% (122) NO. (Ver cuadro resumenNo.15 en anexo) .

En respuesta a la pregunta qué Si recomendarían a otra persona a que acuda a este servicio : el 65.7% (207) Si, el 34.3% (108) NO. (ver cuadro resumenNo.15 en anexo)

En relación de que si siente que le están resolviendo su problema de salud aquí en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico : expusieron el 76.2% (240) Si, el 23.8% (75) No. (ver cuadro resumen No.15 en anexo)

Referente de Cómo se siente con la atención que está recibiendo hasta el momento de la entrevista : el 53.7% (169) Satisfecha, el 33.3% (105) Poco Satisfecha, el 10.8% (34) Insatisfecha y el 2.2% (7) Muy satisfecha (ver cuadro No.16).

A pesar del 53.7% de usuarias refieren estar Satisfechas, no deja de ser relativamente alto un porcentaje del 44.1% (139) entre los grados de Poco Satisfecha e Insatisfecha.

Al relacionar la satisfacción que tenían las usuarias según orientaciones en salud brindada por el personal de salud del servicio de alto riesgo obstétrico se observó estadísticamente significativo con un  $\chi^2=36.76$  con un valor de p menor de 0.0001 con un porcentaje del 65.6% de las que estaban satisfechas con las orientaciones en salud y estaban satisfechas con la atención recibida y un 34.4% que no estaban satisfechas con las orientaciones en salud pero sí estaban satisfechas con la atención recibida, obteniendo una diferencia porcentual de 31.2%. (ver cuadro No.14a)

Cuadro No. 14a

Satisfacción de la Atención Recibida según Orientaciones en salud brindada por el personal de salud a las Usuarias del servicio de Alto Riesgo Obstétrico.

Orientaciones en Salud	Satisfacción Final				Total
	SI	%	NO	%	
Satisfecha	91	65.6	4	10.3	88
Insatisfecha	44	34.4	35	89.7	79
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100</b>	<b>39</b>	<b>100</b>	<b>167</b>

$$\chi^2 = 36.76 \text{ p menor } 0.0001$$

Al relacionar la Satisfacción de la atención recibida con la aceptación de las usuarias a regresar al servicio, se observó que tenía una significancia estadística del Chi cuadrado =110.7 con un valor de p menor de 0.0001 , con un porcentaje de satisfacción y aceptabilidad del 86.9%, con 11.4% de No aceptabilidad pero si estar satisfecha con la atención recibida, se observa una diferencia porcentual de 73.8%. (vra cuadro no.15a)

Cuadro No.15a

**Satisfacción de la Atención Recibida relacionada con la Aceptabilidad de Regresar las Usuarias al servicio de Alto Riesgo Obstétrico.**

Aceptabilidad	Satisfacción Final				Total
	SI	%	NO	%	
SI	153	86.9	40	28.8	193
NO	23	13.1	99	71.2	122
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100</b>	<b>139</b>	<b>100</b>	<b>315</b>

$\chi^2 = 110.69$  p menor 0.0001

Referente a la Satisfacción de la atención recibida con la decisión de la usuaria de recomendar o no el servicio de alto riesgo obstétrico se observa una significancia estadística del Chi cuadrado de 122.7 con un valor de p menor de 0.0001 lo que indica que es muy significativo, con un porcentaje de 92.0% que recomendarían el servicio y un 8.0% que No lo recomendarían, se obtuvo una diferencia porcentual del 84.0%. (ver cuadro No. 15b ).

**Cuadro No15b**

**Satisfacción de la Atención Recibida relacionada con si Recomendaría a otra persona las Usuarías el servicio de Alto Riesgo Obstétrico.**

Recomendaría el Servicio	Satisfacción Final				Total
	SI	%	NO	%	
SI	162	92.0	45	32.4	207
NO	14	8.0	94	67.6	108
Total	176	100	139	100	315

$\chi^2 = 122.74$  p menor 0.0001

Al relacionar La satisfacción con la atención recibida con la resolución a su problema de salud se observa un Chi cuadrado de 86.5 con un valor de p menor de 0.0001 lo que es muy significativo estadísticamente, con un porcentaje del 96.0% de satisfacción con la atención que están recibiendo y que le están resolviendo el problema de salud, un 4.0% que están satisfechas con la atención recibida pero no le están resolviendo el problema de salud, se obtiene una diferencia porcentual del 92.0% . (ver cuadro 15c)

**Cuadro No.15c**

**Satisfacción de la Atención Recibida relacionada con la Resolución del Problema de salud de las Usuarías el servicio de Alto Riesgo Obstétrico.**

Resolución del Problema	Satisfacción Final				Total
	SI	%	NO	%	
SI	169	96.0	71	51.1	240
NO	7	4.6	68	48.9	75
Total	176	100	139	100	315

$\chi^2 = 86.48$  p menor 0.0001

Y para concluir con el propósito de conocer que tan satisfechas estaban las usuarias de la atención recibida que fué la pregunta que se les hizo al inicio se decidió también realizarla al final de la entrevista obteniendo los resultados siguientes: por orden de frecuencias y porcentaje el 53.7% Satisfechas, el 33.3% Poco Insatisfechas, el 10.8% Insatisfechas y el 2.2% Muy satisfechas.

Al Relacionar La satisfacción Inicial de las usuarias de la atención recibida con La satisfacción Final de la misma se observa según la prueba estadística del Chi cuadrado =66.5 con un valor de p menor de 0.0001 que es estadísticamente muy significativo, con un porcentaje del 92.6% que estaban satisfechas desde el inicio y el final, con una diferencia porcentual de 85.2%. (ver cuadro 16a)

Cuadro No. 16a

**La Satisfacción de la Atención Recibida Inicial relacionada con la Satisfacción de la atención recibida al Final de las Usuarias del servicio de Alto Riesgo Obstétrico.**

Satisfacción Inicial	Satisfacción Final				Total
	SI	%	NO	%	
SI	163	92.6	73	52.5	236
NO	13	7.4	66	47.5	79
Total	176	100	139	100	315

$\chi^2 = 66.45$  p menor 0.0001

## **DISCUSION DE LOS RESULTADOS.**

La calidad es un concepto integral y polifacético. Los expertos en calidad generalmente reconocen varias dimensiones diferentes de la calidad que varían en importancia según en el contexto en el cual tiene lugar un esfuerzo de garantía de la misma. Las actividades pertinentes pueden encarar una o más variedades de dimensiones tales como Competencia Profesional, Acceso a los Servicios, Satisfacción del Cliente o Usuario, Aceptabilidad de los Servicios etc. todas estas dimensiones constituyen una síntesis de ideas de varios peritos en materia de garantía de calidad<sup>(3)</sup>.

Este estudio se ubica en una de éstas dimensiones que es la Satisfacción de las Usuarías del Servicio de Hospitalización de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón, durante los meses de octubre-noviembre 1997.

La población en estudio correspondió a un total de 315 usuarias que fueron ingresadas en el servicio de hospitalización de alto riesgo obstétrico, para una atención médica acorde al diagnóstico establecido y que se correspondía a las normas establecidas con la clasificación de alto riesgo obstétrico, durante los dos meses que se realizó el estudio.

Aunque no era objetivo de la investigación, se efectuó revisión de los expedientes clínicos como punto de partida para posteriormente establecer una relación directa con las usuarias, conocer como estaban conformados y así obtener algunos elementos generales que dieran pautas para visualizar como se encontraba la atención médica que se le estaba brindando en esos momentos a las usuarias, observándose que a pesar que el expediente clínico carecía de la papelería adecuada, el personal de salud improvisaba los componentes de éste para que la información y documentos médicos de las usuarias se mantuvieran en cierto orden y así poder cumplir con los cuidados médicos que las usuarias requerían para restablecer la salud de las mismas. (ver cuadro 1a).

Pero antes de desarrollar las entrevistas con las usuarias se les realizó una pregunta de sondeo sobre, como ellas catalogaban la Atención en salud que habían recibido hasta el momento de la entrevista. Llamándose Satisfacción Inicial, reflejando un alto porcentaje de Satisfacción. (ver cuadro.1 anexo)

Posteriormente se comparó la respuesta sobre la satisfacción al inicio con la pregunta de la satisfacción que se hizo al Final.

## **SOCIOECONOMICO:**

Al relacionar la Satisfacción que tenían las Usuaris de la atención recibida con el Ingreso Económico de las mismas: nos reflejó que no tenía significancia estadística, lo que implica que no existió una relación directa entre el ingreso económico que la usuaria tenía con los grados de satisfacción que tenía con la atención recibida. Pero es importante señalar que el 32.4% de las usuarias tenían un Ingreso Económicamente Bajo dado que se encontraba por debajo del costo de la canasta básica que en estos meses era de 1447.75 córdobas y el 27% no sabían su ingreso o quizás no quisieron revelarlo.

Referente al trabajo sólo el 27.8% (74) tenían trabajo, esto se contradice con algunas cifras reveladas por el FIDEG para 1996 que decía que de cada 100 mujeres 80 tenían acceso a empleo, en este estudio se refleja que de cada 100 mujeres 23 tenían empleo, reflejando las altas tasas de desempleo que existen en el país . De las mujeres que trabajaban la principal ocupación era : Comercio, Domésticas, Secretarias, Enfermera, Ingeniera, Maestra etc.

Referente a la Satisfacción de la atención recibida relacionada con los grupos de edad: Adolescentes y No adolescentes no se encontró significancia estadística, reflejando que no existe una relación directa entre la edad que tengan las usuarias con la satisfacción de la atención recibida a nivel general del servicio . Pero de manera porcentual se encontró que el 55.9% estaban satisfecha y el 44.1% estaban insatisfecha, esto demuestra que aunque haya un porcentaje alto de Satisfacción, lo más probable es que existen otros factores que están interviniendo para que un grupo considerable de las Usuaris no se sientan satisfechas con la atención recibida a lo cuál se debe de poner especial atención.

La Satisfacción de la atención recibida relacionada con el Nivel Académico de las usuarias no expresó significancia estadística. Pero al analizar la satisfacción con el nivel académico alcanzado se encontró que las usuarias que habían alcanzado algún grado académico estaban satisfechas el 51.4% y el 42.2% estaban Insatisfechas con la atención recibida. Esto indica que el nivel académico influye en la percepción que tenían las usuarias de la atención recibida.

Al relacionar la Procedencia de las usuarias con los Grados de Satisfacción que tenían no hubo significancia estadística. Aunque ésta unidad de salud es de Referencia Nacional, la mayoría de las usuarias entrevistadas eran de Managua.

Posiblemente en las otras zonas del país se brinda atención especial a las pacientes clasificadas como alto riesgo obstétrico y sólo son transferidas algunas pacientes complicadas.

## **ACCESIBILIDAD.**

La accesibilidad que tenían las usuarias al servicio de salud: Esta dimensión de calidad implica barreras de índole Geográfico, Económico, Funcional y Cultural.

**El Acceso Geográfico:** donde se incluyó el medio de transporte y el tiempo que utilizaron las usuarias desde que salieron de su casa hasta llegar al hospital. El medio de transporte más utilizado fue el transporte colectivo. El tiempo promedio fue entre 30/60 minutos, esto podría explicarse por el congestionamiento vehicular que actualmente existe en la ciudad y no precisamente por las distancias geográficas.

**El acceso Económico:** refiriéndose al gasto que incurrieron las usuarias en medicamentos, comida, transporte, consulta médica: se consideró Accesible para el gasto de transporte dado que emplearon de 2-10 córdobas el 79.6%, lo que se explica por que la mayoría de las usuarias llegan al servicio por sus propios medios, y el 10.2% realizaron gasto en comida, lo que podría atribuirse al tipo de dieta que brinda el hospital. El 100% de las usuarias no incurrieron en gastos de medicamentos ni consultas médicas. Lo que podría explicarse por la atención priorizada a la mujer en éste servicio.

**El acceso Funcional u organizacional del Servicio de Salud:** se abordó desde el punto de vista de la Referencia al centro, Atención en Emergencia o Consulta externa y al Tiempo de espera para ser atendida.

Al preguntar que si fue referida a este centro el 61.6% respondieron que Si, aunque del total de las usuarias sólo el 12.7% (40) tenían en sus expedientes clínicos la hoja de referencia, lo que se puede deducir que en algún servicio de los que fueron atendidas las usuarias se extraviaron las hojas de referencias enviadas por otros centros asistenciales o es posible que las usuarias no las presentaran al ser atendidas.

Referente al Servicio que atendió a las usuarias la mayoría fue en la Emergencia. El hecho de que las usuarias en su mayoría hayan sido atendidas por el servicio de emergencia se deba a que las unidades de salud de menor resolución transfieran a las usuarias directamente a éste servicio o por que las usuarias esperan que su problema de salud sea resuelto más rápidamente en este servicio.

En cuanto al Tiempo de Espera el 50.5% fue entre 25-50 minutos considerándose Poco Adecuado dado al estado de salud de las Usuarías. Quizás esto se deba a la alta demanda de atención o a la organización del servicio.

**Acceso Cultural :** Este se relaciona con la aceptabilidad que las usuarias tienen de los servicios ofrecidos, por tanto se tomó el hecho de que hayan venido al hospital por su propia voluntad o llevadas por algún familiar . El 67.0% de las usuarias vino por su espontánea voluntad, podría ser que las usuarias que asisten a ésta unidad de salud tienen aceptación y confía en los servicios de salud ofertados, o por que las usuarias están convencidas del riesgo que enfrentan y que sólo puede ser resultado a nivel hospitalario.

Al relacionar la Satisfacción de la atención recibida según Gestiones realizadas por las Usuarías para ser ingresadas al servicio. Se observa que existe una relación directa entre las gestiones realizadas y la satisfacción de la atención recibida . Esto indica que si estaban satisfechas con las gestiones realizadas y que posiblemente éstas gestiones no sean tan complejas para ingresar al servicio de alto riesgo obstétrico, probablemente van a estar satisfechas con la atención recibida.

## **CONDICIONES AMBIENTALES.**

Al relacionar la Satisfacción de la Atención recibida según condiciones ambientales. Se observa que existe una relación directa entre las condiciones ambientales en que se encuentran las Usuarías y los grados de Satisfacción con la atención recibida. Cabe señalar que la literatura refiere que según las comodidades físicas en que se encuentren los usuarios de los servicios de salud éstas pueden influir en la satisfacción de la atención, refiriéndose al aspecto físico del establecimiento, limpieza etc.

Si se observa objetivamente las condiciones de la infraestructura del servicio de ARO no son las mejores que podrían aspirar las usuarias en otras circunstancias, En este estudio se observó que tiene para las usuarias importancia a pesar de las circunstancias de salud tan delicadas en que ellas se encontraban y el bajo nivel socio-económico de la mayoría de las usuarias.

Los factores que se tomaron para el análisis de las condiciones ambientales fueron: el Ruido , la Iluminación , la Ventilación , la Limpieza de la sala, Limpieza de los servicios higiénicos, la comodidad de la cama (confort) y cambio de ropa de cama diario. De todos ellos solamente el Ruido no tuvo significancia estadística.

### **RELACION MEDICO - USUARIAS.**

Al establecer la relación entre los Grados de satisfacción de la atención recibida con la Relación Interpersonal del Médico con las Usuarias, se observa una relación directa entre ambas. Dado que una buena relación interpersonal Médico-Usuaría conlleva a satisfacer las expectativas de las usuarias. Aunque han habido grandes perfeccionamiento en la tecnología médica durante la última mitad del siglo, la relación entre médico y paciente sigue siendo básica.

Aquí se tomó en cuenta algunos factores que podrían intervenir en la relación interpersonal del médico con las usuarias como era: La Privacidad que le brindaba el médico cuando examinaba a las usuarias, resultó estadísticamente significativa, observándose una relación directa entre la privacidad y la satisfacción de la atención recibida, podría decirse que aunque no tengan privacidad las usuarias al ser examinadas están satisfechas con la atención que reciben y se podría deducir que para ellas es más importante la atención que reciben, que la privacidad que pueden proporcionarles en esos momentos.

También se abordó La Información que le brindaba el médico a las usuarias como parte de la relación interpersonal entre ambos, en este análisis se incluyeron solamente a las usuarias que habían recibido alguna información acerca de: su diagnóstico, tratamiento, resultados de exámenes y dieta. Al relacionarse la satisfacción de la atención recibida

con la Información que les brindaba el médico, se observa que hay una relación directa entre éstas, lo cuál es estadísticamente significativo. Lo que confirman algunos actores de la literatura revisada donde mencionan que "la palabra hablada es el recurso más importante en medicina". Pareciera natural lograr el éxito terapéutico poniendo énfasis en otros aspectos de la atención médica, sin tomar en cuenta que la información que se le brinda a las usuarias es de gran importancia.

Al relacionar la Atención Médica brindada a las usuarias por el médico con la satisfacción de la atención recibida a nivel general, se observa estadísticamente significativa, lo que podría deducirse que la atención médica que el médico le brinda a las usuarias en este servicio juega un papel primordial para que las usuarias se sientan satisfechas.

Es importante describir que la Actitud Médica es primordial en la percepción que las usuarias se formen de los (as) médicos para que puedan referir satisfacción o insatisfacción, para ésto a las usuarias se les preguntó: el médico o la médica que la atiende al pasarle la visita era: Amables, Serio o Poco Amable, notándose que la mayoría prácticamente estaba satisfecha con la actitud médica que adoptaban éstos. Lo que podría explicarse que las usuarias perciben al médico como el ser que va a darle una solución a su problema, además de la imagen que los médicos representan en la sociedad.

También se les preguntó que si la llamaban por su nombre respondiendo el 97.1% que Si. Otra pregunta fué, que si tenía oportunidad de preguntarle y expresarle su problema el 76% respondieron que Si. El permitir a un paciente expresar su padecimiento actual raras veces requiere más de dos y medio minuto, sin embargo el no hacerlo elimina la fuente valiosa de información disponible para tratarlo. Según la literatura dice que para proporcionar el mejor servicio, los médicos necesitan conocer a cada uno de sus pacientes de manera fundamental y de una forma que promueva la confianza. Para conocer y comprender a los pacientes se empieza por saber escuchar todo lo que ellos expongan referente a su caso desde sus antecedentes.

En la esfera de la atención clínica de las mujeres, la paciente está enterada secretamente de todos los aspectos de su condición y puede informar procesos internos al momento y las características de sus síntomas. Aunque no podría dar un diagnóstico específico, un

paciente a menudo puede aportar la pieza indispensable en el rompecabezas diagnóstico, con su descripción de la propia experiencia. Sir William Osler una vez hizo notar que el médico debería escuchar el diagnóstico que el paciente dijera.

Así también que como era el lenguaje que utilizaba para explicarles a las que recibieron alguna explicación médica : Los resultados indican que los médicos del servicio de alto riesgo obstétrico utilizaban un lenguaje comprensible al nivel de las usuarias y éstas estaba satisfechas con las explicaciones dadas . Además se les preguntó sobre si la examinaban diario en la sala a lo cual las respuestas fueron afirmativas, lo que se explica por que el estado de las usuarias ameritan cuidados especiales.

## **RELACION ENFERMERIA - USUARIAS**

**Al relacionar satisfacción de la atención recibida según Relación Interpersonal de Enfermería con las usuarias del servicio de alto riesgo obstétrico , existiendo significancia estadística, lo que implica que existe una relación directa entre ambas variables, si existe Buena relación interpersonal lo probable es que estén satisfechas con la atención recibida.**

Otro aspecto que se abordo en la satisfacción de la atención recibida según la atención brindada por el personal de enfermería a las usuarias, se observa que estadísticamente es significativa, sin embargo si se analiza de manera porcentual se observa que un grupo de usuarias no estan totalmente satisfechas con la atención que reciben del personal de enfermería, aunque esten satisfechas con la atención recibida de manera general en el servicio de hospitalización de alto riesgo obstétrico.

También se hizo el análisis de la satisfacción de la atención recibida relacionada con la información brindada por enfermería a las usuarias que recibieron alguna información, se observa que existe una relación entre ambas variables, las que recibieron información estaban satisfechas con la información y con la atención recibida, pero un grupo de usuarias no estaban satisfechas con la información recibida pero si con la atención. Lo que demuestra que la información que se les brinda por parte de enfermería a las usuarias tiene importancia así como la atención que reciben.

Pero, aunque estadísticamente se demuestre que tiene significancia estadística: la relación interpersonal de Enfermería con las usuarias, la atención e información brindada por enfermería, la satisfacción que las usuarias tengan, es importante señalar algunos factores en los cuales las usuarias no se sienten totalmente satisfechas con la atención recibida como son: La usuaria no tiene la suficiente confianza en la enfermera como para poder expresarle su problema de salud , refieren que la enfermera no les explica sobre su situación de salud, no tienen oportunidad de hacerle preguntas, consideran que la enfermera no se interesa por su caso y lo que perciben es que su trabajo lo hacen solamente por cumplir y al realizarles un procedimiento no les proporcionan privacidad,

De manera porcentual y en forma de frecuencias se observa según la satisfacción referente a la relación interpersonal que es menor el porcentaje de usuarias satisfecha (ver cuadro resumen No. 12 en anexo)

#### **ASPECTOS PREVENTIVOS Y DE PROMOCION.**

Estos aspectos que se abordan en el estudio referente a la promoción y prevención van encaminados a obtener información sobre la educación en salud que realiza el personal con las usuarias del servicio de alto riesgo obstétrico que por su condición ameritan una atención diferenciada al resto de los servicios ya que los riesgos sobre su salud son mayores y se les debe prestar una mayor atención por parte del personal, haciendo eco de la priorización que goza este programa por parte del ministerio de salud.

Al preguntarse a las usuarias sobre los aspectos de: si habían recibido alguna charla en salud, explicación acerca de la causa de su padecimiento o por que ella estaba ingresada en ese servicio, las posibles complicaciones y como prevenirlas, métodos de planificación familiar y oferta de dichos metodos ; las respuestas de las usuarias fueron Negativas.

Sobre la base de lo antes mencionado se podría deducir que en el servicio de alto riesgo obstétrico el personal de salud no le da mucha importancia a la prevención y promoción en salud y se limitan al aspecto meramente curativo, olvidándose que la evolución de la salud de las usuarias depende del cumplimiento de lo que les recomiende el personal de salud en este servicio. El alentarlas a llevar una vida más sana a las usuarias no cuesta dinero pero si cuesta mucha conciencia y responsabilidad de parte del personal de las

unidades de salud encargadas a preservar la salud de la población. Al mismo tiempo se observan oportunidades perdidas de impartir educación en salud a un grupo tan susceptibles que podría ser aprovechado.

Al relacionar la Satisfacción de la atención recibida con las Orientaciones en salud brindada por el personal de salud a las Usuarías, se observa que estadísticamente es significativo ya que las usuarias están satisfechas con la atención independientemente de las orientaciones que podrían recibir, esto podría indicar que las usuarias en estas circunstancias no le dan el valor que amerita a la promoción y prevención en salud o es por que desconocen la importancia que ésta tiene o por que en ese momento lo primordial es que le resuelvan su problema de salud.

Al relacionar La Satisfacción de la atención recibida con la Aceptabilidad de la Usuaría de regresar al servicio de alto riesgo obstétrico se observa que es estadísticamente significativo. Esto indica que las usuarias están satisfechas con la atención que reciben independientemente que quieran regresar o no al servicio

Al relacionar La Satisfacción de la Atención recibida y Si las usuarias recomendarían a otra persona solicitar atención en este servicio, se observa que estadísticamente es significativa. Las usuarias están satisfechas con la atención y recomendarían a otras utilizar este servicio.

Para obtener mayor sustentación la satisfacción de la atención recibida se relacionó ésta con la Percepción que tenía las usuarias sobre la Resolución de su Problema de Salud se observa estadísticamente significativo dado que las usuarias están satisfechas con la atención recibida y consideran que su problema está siendo resuelto en este servicio.

Al relacionar La satisfacción de la atención recibida al final de la entrevista con la satisfacción de las usuarias al inicio de la entrevista, se observa que las usuarias en el transcurso de la entrevista reflexiona sobre algunos aspectos probablemente por la relación de confianza que va obteniendo a medida que se desarrolla ésta. Observándose que un grupo de usuarias expresaron al inicio de la entrevista estar satisfechas, al final de la entrevista se encontraban no satisfechas .

## CONCLUSIONES

1. En el momento inicial de la entrevista siete de cada diez aseguraron estar satisfechas y al final de la entrevista sólo cinco de cada diez mantuvieron su criterio de estar satisfechas.
2. La reflexión que hicieron durante la entrevista las usuarias del servicio de ARO del HBCR modifica su percepción de satisfacción en relación a la atención recibida.
3. En general los factores socio-económicos (edad, ingreso económico, el empleo, etc) no tienen incidencia marcada en la percepción de satisfacción en las usuarias del servicio de ARO del HBCR; sin embargo, el nivel académico si mostró tenerla sobre la percepción de satisfacción.
4. El Servicio de Alto Riesgo Obstétrico del HBCR es Geográfica, Económica, Culturalmente accesible a las usuarias y además accesible en el aspecto Funcional pues las usuarias que se encontraban ingresadas fueron atendidas independientemente si tenían o no Tránsito, sin embargo pueden existir problemas organizacionales ya que el tiempo de espera para ser atendida las usuarias es prolongado y en su mayoría las usuarias fueron ingresadas por el servicio de emergencia.
5. La satisfacción por las gestiones realizadas para llegar al servicio de ARO del HBCR, incide directamente en la percepción de satisfacción de la atención en general.
6. Sólo el 50% de las usuarias del servicio de ARO del HBCR están satisfechas con las condiciones ambientales del servicio.
7. La satisfacción sobre las condiciones ambientales del servicio de ARO del HBCR incide en la percepción final de la atención en general.

8. Seis de cada diez usuarias del servicio de ARO del HBCR están satisfechas con la atención clínica y relación personal de los médicos.
9. Cuatro de cada diez usuarias del servicio de ARO del HBCR están satisfechas con la atención clínica y relación personal de las enfermeras.
10. En el servicio de hospitalización de Alto Riesgo Obstétrico el personal de salud brinda poca atención a los aspectos preventivos y de promoción en salud.
11. Cinco de cada diez usuarias de las que recibieron orientaciones de promoción y prevención, están satisfechas con el tipo de mensajes que recibieron.
12. Las usuarias se encontraron Satisfechas con la atención recibida, sin embargo existe un grupo mínimo de ellas que no desean regresar al servicio, pero en su mayoría expresan recomendar el servicio a otras usuarias.
13. Las usuarias en un alto porcentaje están satisfechas con la atención recibida y consideran que su problema de salud está siendo resuelto en este servicio.
14. Los factores que más inciden en la percepción de la satisfacción de las usuarias del servicio de ARO del HBCR son en orden decreciente: Sentir que le están resolviendo su problema de salud, la relación interpersonal de los médicos y la atención clínica de los médicos.
15. La mejor expresión de satisfacción de las usuarias del servicio de ARO del HBCR es que esté dispuesta a recomendar el servicio a otra persona.

## RECOMENDACIONES

1. La Dirección del Hospital Bertha Calderón Roque debería de realizar encuestas periódicas de satisfacción de las usuarias en los diversos servicios de atención, para velar por este aspecto de la calidad de la atención.
2. La Dirección del Hospital Bertha Calderón debería revisar la Organización Funcional y Flujo de Atención en los servicios de Emergencia y Consulta externa para disminuir los Tiempos de espera de las usuarias.
3. La Dirección General de Atención Integral a la Mujer del Ministerio de Salud debería realizar evaluaciones periódicas al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del hospital Bertha Calderón y de igual manera a los Programas dirigidos a la Atención Integral de la Mujer en otras unidades de salud.
4. La Sub-dirección Docente del hospital Bertha Calderón debería de realizar actividades educativas que incluyan aspectos de Relaciones Humanas, Promoción y Prevención de la salud al personal de salud del servicio de Alto Riesgo Obstétrico para lograr mejores relaciones interpersonales y mejor calidad de la atención.
5. La Dirección del Hospital Bertha Calderón debería de asignar presupuesto al servicio de Alto Riesgo Obstétrico para dotar dicho servicio de cortinas o mamparas para brindar Privacidad a las Usuaris ingresadas .
6. La Dirección del Hospital Bertha Calderón debería de brindar mejores condiciones ambientales al servicio de Alto Riesgo Obstétrico mejorando la Infraestructura física, ventilación (aires acondicionados), limpieza y espacios adecuados como lo establecen las normas internacionales de los servicios de salud.

7. El Personal de Salud del servicio de Alto Riesgo Obstétrico debería brindar mayor confianza y atención personalizada a las usuarias para contribuir a su recuperación.
8. La Sub-dirección de Atención Médica del Hospital Bertha Calderón debería plantearse metas en los aspectos de Promoción y Prevención a través de consejería, charlas, videos, afiches etc. que instruyan a las usuarias sobre su problema de salud para lograr una atención integral y contribuir a la disminución de futuras complicaciones
9. La Dirección del Hospital Bertha Calderón debería realizar evaluaciones de calidad de atención incluyendo todos sus componentes para elevar aún más el prestigio de la institución y obtener una mayor aceptabilidad por parte de la población en general

## BIBLIOGRAFIA.

- 1- Avedís Donabedian. La Calidad de la Atención Médica. Ediciones Científicas, La prensa Médica Mexicana , S.A 1984.
- 2- Dinamatteo M. Robin.PhD. Relación Médico/Paciente. University of California at Riverside, California, pág. 137/43. 1982.
- 3- Diprete Bronw Lori. Garantía de la calidad de atención en salud en los países en desarrollo. 1990
- 4- Fonseca Renauld Jorge. Calidad Total: Una filosofía para garantizar la satisfacción en los servicios de salud. 1993.
- 5- Garduño Espinoza Juan. epidemiología Clínica. Evaluación de la calidad de la atención médica. 1988.
- 6- Galeano Norma, Satisfacción del usuario del Seguro Social con la atención de salud ambulatoria en empresas médicas del sector público y privado 1996.
- 7- Hodner Carol J. Toma de decisiones en la atención de la salud. Univerty of Iowa, Depto of psychology and Obstetrics and Gynecology. City, Iowa 1989.
- 8- Hernández Sampiere Roberto, Fernández Collado, Batista Lucio. Metodología de la Investigación . McGraw - Hill, Interamericana, Mexico D.F 1995.
- 9- Jessee.W.F.Estado actual de la calidad de los hospitales de Estados Unidos de América. 1989.
- 10- Kroeger Axel, Diagnóstico de los servicios de salud. 1989.

- 11- Loergering Lisa, MD. Valoración de la calidad de la atención médica. San Diego, California. University of Iowa College of Medicine. pág. 113. 1989.
- 12- Meeker C. Irwing, MD. Mejoramiento de la calidad antes y ahora. Maine Medical Center Portland, Maine, Pág. 107. 1993.
- 13- Ministerio de Salud. Nicaragua. Mejorar la calidad de la atención. Marzo, 1995.
- 14- Ministerio de Salud. Nicaragua. Manual del sistema de vigilancia de la mortalidad materna. pág. 1-5. 1996.
- 15- Ministerio de Salud. Nicaragua. Atención Integral a la Mujer a la Niñez. Manual operativo. 1995.
- 16- Ministerio de salud. Nicaragua. Encuesta de satisfacción de los usuarios en los servicios de emergencia y consulta externa, hospitales de Managua. Informe. Septiembre 1994.
- 17- Ministerio de salud. Hospital Bertha Calderón. Informe estadístico. 1995/96.
- 18- Ministerio de salud. SILAIS, Managua. Informe Estadístico. Dirección de atención integral a la mujer y a la niñez. 1995/96.
- 19- Morris Marge\* y Joseph C. Gambone, DO+. Mejoramiento continuo en la atención médica. \*Hospital corporation of America. Nashville, Tennessee. University of California at Los Angeles School of Medicine Los Angeles California. 1991. pág.127.
20. Management Sciences for Health (MSH), MINSA, BID. Estudio de Demanda de Servicios de Salud. Nicaragua, 1995. Encuesta de Hogares. Informe: Nacional y por Estratos y Región Managua.

- 21- Piura Julio. Introducción a la Metodología de la Investigación Científica. 1995.
- 22- Polit - Hungler. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Quinta Edición, McGraw Hill, Interamericana Editores S.A México D.F 1997.
- 23- Sánchez Angel. Análisis de la calidad de la atención a partir de la percepción de las usuarias y los profesionales en tres centros de la ciudad de Managua. Nicaragua. 1996.
- 24- Sheps Mindel C. Brook Robert H. Investigaciones sobre servicios de salud. Una antología. cap.8, pág. 67/71. 535/36. 1992.
25. Renzi María Rosa/Agurto Sonia. La Esperanza tiene nombre de mujer. La economía Nicaraguense desde la perspectivas de género.
26. R. Marquet I Palomer y E Grifell I Martín.

## Cuadro Resumen No. 1

**Satisfacción Inicial y Satisfacción Final de las Usuarias con la Atención Recibida del servicio de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Bertha Calderón, Octubre-Noviembre, 1997.**

Como se Siente	Satisfaccion Inicial		Satisfacción Final	
	No	%	No	%
Satisfecha	225	71.4	169	53,7
Poco Satisfacha	68	21.6	105	33.3
Insatisfecha	11	3.5	34	10.8
Muy Satisfecha.	11	3.5	7	2.2
<b>TOTAL</b>	<b>315</b>	<b>100</b>	<b>315</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta.

### Cuadro Resumen No. 1a

**Componentes del Expediente Clínico de las Usuaris del Servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón, Octubre-Noviembre, 1997.**

N=315

Componentes del Expediente.	SI %	NO %	Total %
Hoja de Lista de Problemas	47.3	52.7	100
Hoja de Registro Gráfico.	5.1	94.9	100
Hoja de Signos Vitales.	79.7	20.3	100
Hoja de Balance Hidrico.	2.2	97.8	100
<b>Historia Clínica</b>			
Interrogatorio.	98.1	1.9	100
Examen Físico	91.4	8.6	100
Palpación	94.6	5.4	100
Percusión	42.5	57.5	100
Auscultación	92.7	7.3	100
Maniobras Obstétricas.	96.5	3.5	100
Hojas de Trasferencia	12.7	87.3	100
Nota de Ingreso	93.3	6.7	100
Nota de Recibo	80.6	19.4	100
Nota de Evolución	99.7	0.3	100
Nota Quirúrgica	2.2	97.8	100
Nota de Anestesia	2.2	97.8	100
Hoja Exámenes Complementario	41.9	58.1	100
Reporte de Laboratorio	82.5	17.5	100
Reporte de Imagenología.	52.4	47.6	100

Fuente: Encuesta.

## Cuadro Resumen No.2

**Caracterización Socioeconómica de las Usuaris del Servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón, Octubre-Noviembre 1997.**

N=315

Caracterización Socioeconómica	Frecuencia	Porcentaje
<b>Grupo de Edad</b>		
Adolescente (13-19 años)	78	24.8
Joven (20-24 años)	117	37.1
Adulto Joven (25-30 años)	57	18.1
Adulto (30-34 años)	41	13.0
Añosa (35+ años)	22	7.0
<b>Religión</b>		
Católica	218	69.2
Evangélica	77	24.4
Téstigo de Jehová	4	1.3
Otras ( no tiene religión)	16	5.1
<b>Nivel Académico</b>		
Secundaria	177	56.2
Primaria	108	34.3
Ninguno	29	6.3
Superior	10	3.2
<b>Puede Leer y Escribir</b>		
Si	297	94.3
No	18	5.7
<b>Procedencia</b>		
Managua	251	79.7
Otras Zonas del País	64	20.3
<b>Trabaja</b>		
Si	241	76.5
No	74	23.5
<b>Ingreso Económico</b>		
Muy Bajo (menos de 500)	48	15.2
Bajo (501-1000)	102	32.4
Medio (1001-1500)	46	14.6
Adecuado (15001-4000)	31	9.8
No sabe	88	27.9

Fuente: Encuesta.

### Cuadro Resumen No. 3

**Accesibilidad de las Usuaris del Servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón, Octubre-Noviembre, 1997.**

N=315

ACCESIBILIDAD	Frecuencia	Porcentaje
<b>Geográfica</b>		
<b>Tiempo utilizado Casa-Hospital</b>		
Accesible (5-25 minutos)	72	22.9
Poco Accesible (30-60 min.)	202	64.1
Muy Poco Accesible (80-90 min.)	18	5.7
Inaccesible (120-300m)	23	7.3
<b>Transporte Utilizado</b>		
Colectivo	209	66.4
Taxi	74	23.5
Propio	16	5.5
Ambulancia	8	2.5
A pie	8	2.5
<b>Económica</b>		
<b>Gastos para venir al hospital en: Trasporte</b>		
Accesible (2-10 cordobas)	227	79.6
Poco Accesible (11-30)	48	16.8
Muy poco Accesible (35-80)	10	3.6
<b>Funcional u Organizacional</b>		
<b>Referencia</b>		
		SI NO
		194 121
		61.6 38.4
<b>Servicio que la atendió</b>		
Emergencia		291 92.4
Consulta Externa		24 7.6
<b>Tiempo de Espera</b>		
Adecuado (5-20 minutos)	98	31.1
Poco Adecuado (25-30 min)	159	50.5
Inadecuado (120-540min)	58	18.4
<b>Cultural</b>		
Vino por su propia Voluntad		SI NO 211 104 67.0 33.0
<b>Satisfacción con Gestiones Realizadas</b>		
Muy Satisfecha	6	1.9
Satisfecha	201	63.8
Poco Satisfecha	83	26.3
Insatisfecha	25	7.9

Fuente: Encuesta.

### Cuadro Resumen No. 3

**Accesibilidad de las Usuarias del Servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón, Octubre-Noviembre, 1997.**

**N=315**

ACCESIBILIDAD	Frecuencia	Porcentaje
<b>Geográfica</b>		
<b>Tiempo utilizado Casa-Hospital</b>		
Accesible (5-25 minutos)	72	22.9
Poco Accesible (30-60 min.)	202	64.1
Muy Poco Accesible (80-90 min.)	18	5.7
Inaccesible (120-300m)	23	7.3
<b>Transporte Utilizado</b>		
Colectivo	209	66.4
Taxi	74	23.5
Propio	16	5.5
Ambulancia	8	2.5
A pie	8	2.5
<b>Económica</b>		
<b>Gastos para venir al hospital en: Trasporte</b>		
Accesible (2-10 cordobas)	227	79.6
Poco Accesible (11-30)	48	16.8
Muy poco Accesible (35-80)	10	3.6
<b>Funcional u Organizacional</b>		
<b>Referencia</b>	<b>SI</b> <b>NO</b>	<b>SI</b> <b>NO</b>
	194    121	61.6    38.4
<b>Servicio que la atendió</b>		
Emergencia	291	92.4
Consulta Externa	24	7.6
<b>Tiempo de Espera</b>		
Adecuado (5-20 minutos)	98	31.1
Poco Adecuado (25-30 min)	159	50.5
Inadecuado (120-540min)	58	18.4
<b>Cultural</b>		
Vino por su propia Voluntad	<b>SI</b> <b>NO</b>	<b>SI</b> <b>NO</b>
	211    104	67.0    33.0
<b>Satisfacción con Gestiones Realizadas</b>		
Muy Satisfecha	6	1.9
Satisfecha	201	63.8
Poco Satisfecha	83	26.3
Insatisfecha	25	7.9

Fuente: Encuesta.

**CUADRO RESUMEN No. 4**

**CONDICIONES AMBIENTALES del Servicio de Alto Riesgo Obstétrico que se encuentran las usuarias del servicio de alto riesgo obstétrico , Hospital Bertha Calderón , Octubre - Noviembre 1997**

Número : 315

CONDICION AMBIENTAL	FRECUENCIA					PORCENTAJE				
	Poco	Mucho	Ninguno			Poco	Mucho	Ninguno		
Ruido en la Sala	198	22	95			62.8	7	30.2		
Iluminación de la Sala	Exc. 10	MB 9	Buena 223	Regular 63	Mala 10	Exc. 3.2	MB 2.9	Buena 70.8	Regular 20.0	Mala 3.2
Ventilación de la Sala	2	5	23	115	170	0.6	1.6	7.3	36.5	54.0
Limpieza de la Sala	9	8	92	156	50	2.9	2.5	29.2	49.5	15.9
Limpieza de los Servicios Higiénicos	6	5	58	138	108	1.9	1.6	18.4	43.8	34.3
Comodidad de la Cama (confor)	13	10	170	100	22	4.1	3.2	54.0	31.7	7.0
En general como siente las Condiciones Ambientales de la sala.	Muy satisfecha 6		Satisfecha 153	Insatisfecha 156		Muy satisfecha 1.9		Satisfecha 48.6	Insatisfecha 49.5	

Fuente: Encuesta

### CUADRO No. 5

**Grados de Satisfacción de la Atención Recibida Relacionada con la Iluminación** observada por la Usuaría del servicio de Alto Riesgo Obstétrico del HBCR durante los meses de Octubre/Noviembre 1998

ILUMINACION	SATISFACCION				TOTAL
	SI	%	NO	%	
Buena	145	82.3	97	69.7	242
Mala	31	17.7	42	30.3	73
Total	176	100	139	100	315

$\chi^2 6.93$  p menor 0.001

FUENTE : Encuesta..

### CUADRO No. 6

**Grados de Satisfacción de la Atención Recibida Relacionada con la Ventilación sentida por la Usuaría del servicio de Alto Riesgo Obstétrico del HBCR durante los meses de Octubre/Noviembre 1998.**

VENTILACION	SATISFACCION				TOTAL
	SI	%	NO	%	
Buena	23	13.1	7	5.1	30
Mala	153	86.9	132	94.9	285
Total	176	100	139	100	315

$\chi^2 5.81$  p menor 0.01

FUENTE : Encuesta..

## CUADRO No. 7

**Grados de Satisfacción de la Atención Recibida Relacionada con la Limpieza observada por la Usuaría del servicio de Alto Riesgo Obstétrico del HBCR durante los meses de Octubre/Noviembre 1998.**

LIMPIEZA DEL SERVICIO	SATISFACCION				TOTAL
	SI	%	NO	%	
Buena	73	41.4	36	25.9	109
Mala	103	58.6	103	74.1	206
Total	176	100	139	100	315

$\chi^2 8.33$  p menor 0.01

FUENTE : Encuesta..

### CUADRO No. 8

**Grados de Satisfacción de la Atención Recibida Relacionada con la Limpieza de los servicios higiénicos observada por la Usuaría del servicio de Alto Riesgo Obstétrico del HBCR durante los meses de Octubre/Noviembre 1998.**

LIMPIEZA DE LOS SERV. HIGIENICOS	SATISFACCION				TOTAL
	SI	%	NO	%	
Buena	53	31.1	16	11.5	69
Mala	123	69.9	123	88.5	246
Total	176	100	139	100	315

$\chi^2 15.71$  p menor 0.00001

Fuente: Encuesta

### CUADRO No. 9

**Grados de Satisfacción de la Atención Recibida Relacionada con la Comodidad de la cama (confort) sentida por la Usuaría del servicio de Alto Riesgo Obstétrico del HBCR durante los meses de Octubre/Noviembre 1998.**

CONFORT	SATISFACCION				TOTAL
	SI	%	NO	%	
Buena	132	75.0	61	43.9	193
Mala	44	25.6	78	56.1	122
Total	176	100	139	100	315

$\chi^2$  15.71 p = 0.0001

Fuente: Encuesta

### CUADRO No. 10

**Grados de Satisfacción de la Atención Recibida Relacionada con el Cambio a diario de Ropa de cama observado por la Usuaría del servicio de Alto Riesgo Obstétrico del HBCR durante los meses de Octubre/Noviembre 1998.**

CAMBIO DIARIO DE ROPA DE CAMA	SATISFACCION				TOTAL
	SI	%	NO	%	
SI	168	95.4	124	89.2	292
NO	8	4.6	15	10.8	23
Total	176	100	139	100	315

$\chi^2$  15.71 p menor 0.05

Fuente: Encuesta

**CUADRO RESUMEN No. 11**

**RELACION MEDICO-USUARIA del Servicio de Alto Riesgo Obstétrico que se encuentran las usuarias del servicio de alto riesgo obstétrico , Hospital Bertha Calderón , Octubre - Noviembre 1997**

**Número: 315**

Relación Médico - Usuarías	FRECUENCIA			PORCENTAJE		
	SI	NO		SI	NO	
Conoce el Nombre del Médico	43	272		13.7	86.3	
El médico que la atiende es	Amable 220	Poco Amable 36	Serio 59	Amable 69.8	Poco Amable 11.4	Serio 18.8
El médico la llama por su nombre	306	9		97.1	2.9	
Oportunidad de expresar su Problema	248	67		78.7	21.3	
Le explica su situación de salud	243	72		77.1	22.9	

Fuente: Encuesta.

CONTINUACION.

CUADRO RESUMEN No. 11

RELACION MEDICO-USUARIA del Servicio de Alto Riesgo Obstétrico que se encuentran las usuarias del servicio de alto riesgo obstétrico , Hospital Bertha Calderón , Octubre - Noviembre 1997

Número: 315

Relación Médico - Usuarías	FRECUENCIA		PORCENTAJE			
	SI	NO	SI	NO		
Le satisface las explicaciones dadas	209	34	86.0	14.0		
Oportunidad de hacerle pregunta	231	84	73.3	26.7		
Considera que se interesa en su caso	250	65	79.4	20.6		
Cómo siente la relación interpersonal que a tenido hasta ahora.	Muy Satisfecha 12	Satisfecha 203	Insatisfecha 100	Muy Satisfecha 3.8	Satisfecha 64.4	Insatisfec 31.8
<b>EXAMEN CLINICO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>		
Ha sido interrogada por el Médico.	289	66	79.0	21.0		

Fuente: Encuesta.

CONTINUACION.

CUADRO RESUMEN No. 11

RELACION MEDICO-USUARIA del Servicio de Alto Riesgo Obstétrico que se encuentran las usuarias del servicio de alto riesgo obstétrico , Hospital Bertha Calderón , Octubre - Noviembre 1997

Número: 315

Relación Médico - Usuarías	FRECUENCIA			PORCENTAJE		
	SI	NO		SI	NO	
Examinado diario en la sala.	259	56		82.2	17.8	
Realizado algún examen especial	173	142		54.9	45.1	
Ha tenido privacidad al examinarla	SI 38	NO 115	POCA 162	SI 12.1	NO 36.5	POCA 51.4
Cómo se siente con esa privacidad	Muy satisfecha 3	Satisfecha 81	Insatisfecha 231	Muy satisfecha 1.0	Satisfecha 25.7	Insatisfecha 73.3
Le informan sobre su:	SI	NO	POCA	SI	NO	POCA
Dianóstico	132	130	53	41.9	41.3	16.8
Tratamiento	133	131	51	42.2	41.6	16.2
Exámenes	118	148	49	37.5	47.0	15.6
Dieta.	93	174	48	29.5	55.2	15.2
Cómo se siente con la atención brindada por el Médico de la sala.	Muy satisfecha 9	Satisfecha 204	Insatisfecha 102	Muy satisfecha 2.8	Satisfecha 64.8	Insatisfecha 32.4

Fuente: Encuesta.

**CUADRO RESUMEN No. 12**

**RELACION PERSONAL ENFERMERIA-USUARIA del servicio de Hospitalización de Alto Riesgo, Obstétrico, del Hospital Bertha Calderón, Octubre-Noviembre 1997.**

Número : 315

Relación Enfermería - Usuarías	FRECUENCIA			PORCENTAJE		
	SI	NO		SI	NO	
Conoce el Nombre de la enfermera	29	286		9.2	90.8	
La enfermera que la atiende es	Amable 148	Poco Amable 97	Serio 70	Amable 47.0	Poco Amable 30.8	Serio 22.2
La enfermera la llama por su nombre	279	36		88.6	11.4	
Le pregunta sobre su salud	185	130		58.7	41.3	
Oportunidad de expresar su problema	144	171		45.7	54.3	
Le explica su situación de salud	128	187		40.6	59.4	
Considera que se interesa en su caso	145	170		46.0	54.0	

Fuente: Encuesta.

CONTINUACION.

CUADRO RESUMEN No. 12

RELACION PERSONAL ENFERMERIA-USUARIA del servicio de Hospitalización de Alto Riesgo, Obstétrico, del Hospital Bertha Calderón, Octubre-Noviembre 1997.

Número : 315

Relación Enfermería - Usuarías.	FRECUENCIA			PORCENTAJE		
	Muy Satisfecha	Satisfecha	Insatisfecha	Muy Satisfecha	Satisfecha	Insatisfecha
Como se siente con la relación inter-personal que a tenido con enfermería	10	129	176	3.2	41.0	55.9
<b>EXAMEN CLINICO</b> Toma los Signos Vitales.	<b>SI</b> 283		<b>NO</b> 32	<b>SI</b> 89.8		<b>NO</b> 10.2
Administración de Medicamento	253		62	80.3		19.7
Ha tenido Privacidad al hacerle un procedimiento.	<b>SI</b> 38	<b>NO</b> 145	<b>Poca</b> 132	<b>SI</b> 12.1	<b>NO</b> 46.0	<b>Poca</b> 41.9
<b>Le Informa sobre su:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Poco</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Poco</b>
Diagnóstico	72	194	49	32.9	61.6	15.6
Tratamiento	80	185	50	25.4	58.7	15.9
Exámenes	72	194	49	22.9	61.6	15.6
Dieta	60	206	49	19.0	65.4	15.6
Cómo se siente con la atención brindada por Enfermería de la sala.	<b>Muy Satisfecha</b> 9	<b>Satisfecha</b> 143	<b>Insatisfecha</b> 166	<b>Muy Satisfecha</b> 2.9	<b>Satisfecha</b> 45.4	<b>Insatisfecha</b> 51.7

Fuente: Encuesta.

### CUADRO RESUMEN No. 13

**ASPECTOS PREVENTIVOS Y DE PROMOCION que le brinda el personal de salud a las Usuaris del Servicio de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Bertha Calderón, Octubre-Noviembre 1997.**

Número: 315.

Aspectos Preventivos - Promoción	FRECUENCIA		PORCENTAJE	
Educación	SI	NO	SI	NO
Ha recibido charlas en la sala de ARO.	31	284	9.8	90.2
Explicación de su Padecimiento.	127	188	40.3	59.7
Explicación de las Complicaciones Futuras.	81	234	25.7	74.3
Le han hablado sobre métodos de Planificación Familiar.	81	234	25.7	74.3
Estaría dispuesta a utilizar algún método en el Futuro.	288	27	91.4	8.6

Fuente : Encuesta.

**CUADRO RESUMEN No. 14**

**SATISFACCION CON LAS ORIENTACIONES EN SALUD brindadas por el personal a las usuarias del Servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón, Octubre-Noviembre 1997.**

**Número: 167**

<b>Cómo se siente con las Orientaciones en Salud.</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SATISFECHAS	88	52.7
POCO SATISFECHAS	77	46.1
INSATISFECHAS	2	1.2
TOTAL	167	100

**Fuente : Encuesta.**

**CUADRO RESUMEN No.15**

**OPINION GENERAL de las Usuarias del Servicio de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Bertha Calderón, Octubre-Noviembre 1997.**

**Número : 315**

OPINION GENERAL DE LAS USUARIAS	FRECUENCIA		PORCENTAJE	
	SI	NO	SI	NO
Volvería Ud. al Servicio, si fuera necesario.	193	122	61.3	38.7
Recomendaría a otra persona el Servicio.	207	108	65.7	34.3
Siente que le están resolviendo su Problema.	240	75	76.2	23.8

**Fuente : Encuesta.**

**CUADRO 16b**

**Incidencia de los Indicadores en la percepción de Satisfacción de las usuarias del servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón, Octubre-Noviembre, 1997**

VARIABLES		SATISFECHA	RD	SIGNIFICANCIA
Resolución del Problema de Salud.	SI	96.0%	92.0%	$x^2$ 86.5 p=0.0001 lgl
	NO	4.0%		
Recomendaría a otra Persona.	SI	92.0%	84.0%	$x^2$ 122.7 p=0.0001 lgl
	NO	8.0%		
Relación Interpersonal Médico-Usuarías	Buena	93.3%	80.6%	$x^2$ 89.8 p=0.0001 lgl
	Mala	9.3%		
Atención Médica Brinda a la Usuaría por el Médico.	SI	88.6%	72.2%	$x^2$ 80.5 p =0.0001 lgl
	NO	11.4%		
Aceptabilidad de regresar.	SI	86.9%	73.8%	$x^2$ 110.7 p=0.0001 lgl
	NO	13.1%		

Fuente: Encuesta

Continuación del Cuadro 16b

VARIABLES		SATISFECHA	RD	SIGNIFICANCIA
Gestiones realizadas	Satisfecha	82.9%	65.8%	$\chi^2$ 52.6 p=0.0001  gl
	Insatisfecha	17.1%		
Atención brindada por Enfermería a las usuarias.	Satisfecha	77.2%	54.4%	$\chi^2$ 134.5 p=0.0001  gl
	Insatisfecha	22.8%		
Relación interpersonal Enfermería Usuaría.	Buena	73.2%	46.4%	$\chi^2$ 137.7 p=0.0001  gl
	Mala	26.8%		
Condiciones ambientales	Satisfecha	70.4%	40.8%	$\chi^2$ 63.7 p=0.0001  gl
	Insatisfecha	29.6%		
Orientaciones en salud brindadas por el personal en general.	Satisfecha	65.6%	31.2%	$\chi^2$ 36.8 p=0.0001  gl
	Insatisfecha	34.4%		
Privacidad brindada por el Médico al examinar a las usuarias.	Satisfecha	40.3%	19.4%	$\chi^2$ 38.1 p=0.0001  gl
	Insatisfecha	59.7%		

Fuente: Encuesta.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD PUBLICA  
C.I.E.S**

**GUIA DE ENTREVISTA A MUJERES DE ALTO RIESGO OBSTETRICO  
HOSPITAL BERTHA CALDERON, 1997.**

**TEMA : Satisfacción de las Usuaris ingresadas a la sala de ARO del HBC, 1997.**

**OBJETIVO : Conocer la satisfacción que tienen las usuarias ingresadas, durante su estancia en la sala de ARO en el período Octubre/Noviembre 1997.**

**INSTRUCCIONES :**

Este cuestionario se ha elaborado para saber cual es la opinión que tienen las usuarias del servicio de hospitalización de Alto Riesgo Obstétrico sobre la calidad de la atención que ofrece el servicio en esta institución de salud y cual es la satisfacción que tienen con la atención recibida. Es muy importante sus apreciaciones ya que sus respuestas y sugerencias serán muy valiosas para el desarrollo del ser-vicio.

En este cuestionario se realizarán anotaciones directas del expediente clínico que serán recopiladas por quienes realicen la entrevista con previa autorización de la institución para el acceso a dichos documentos.

**Esta estructurado en las siguientes secciones:**

- I ▶ Datos generales.**
- II ▶ Caracterización socioeconómica.**
- III ▶ Accesibilidad de los servicios de salud.**
- IV ▶ Condiciones Ambientales.**
- V ▶ Relación Médico / Usuaría.**
- VI ▶ Relación personal de Enfermería / Usuaría.**
- VII ▶ Aspectos de Promoción y Prevención.**

**Para nuestro estudio definiremos satisfacción de las usuarias como la Percepción que tienen las usuarias de lo que le oferta el servicio vinculada a las expectativas que tienen de recibir una atención acorde a sus demandas de salud y que da como resultado una valoración positiva o negativa referente a la atención recibida.**

**A continuación se presentan una serie de preguntas que se marcarán de acuerdo a las respuestas que dé la usuaria de la sala.**

**I - DATOS GENERALES:**

Nombre del Encuestador: \_\_\_\_\_

Número de la encuesta : \_\_\_\_\_

Fecha de la encuesta : \_\_\_\_\_

Nombre de la Usuaría : \_\_\_\_\_

Número del expediente : \_\_\_\_\_

Fecha de Ingreso : \_\_\_\_\_

Número de veces que a ingresado a la sala : \_\_\_\_\_

Diagnóstico de Ingreso : \_\_\_\_\_

Lista de Problemas (cualquier dificultad respecto al paciente). Si /\_/\_ No /\_/\_

Hojas accesorias: Hoja de registro gráfico. Si /\_/\_ No /\_/\_  
Hoja de signos vitales. Si /\_/\_ No /\_/\_  
Hoja de Balance Hídrico. Si /\_/\_ No /\_/\_  
Otras \_\_\_\_\_

**Historia Clínica:**

a) Interrogatorio.( saber escuchar y preguntar, observar e integrar).

ANAMNESIS. Causa de consulta o motivo de hospitalización etc. Si /\_/\_ No /\_/\_

b) Exámen físico: Inspección Si /\_/\_ No /\_/\_  
Palpación Si /\_/\_ No /\_/\_  
Percusión Si /\_/\_ No /\_/\_  
Auscultación Si /\_/\_ No /\_/\_

Maniobras de Ginecoobstetricia. Si /\_/\_ No /\_/\_

Hoja de Transferencia: Si \_\_\_ No \_\_\_  
Nota de Ingreso: Si \_\_\_ No \_\_\_  
Nota de Recibo : Si \_\_\_ No \_\_\_  
Nota de Evolución : Si \_\_\_ No \_\_\_  
Nota Quirúrgica: Si \_\_\_ No \_\_\_  
Nota de Anestesia : Si \_\_\_ No \_\_\_

Sección de exámenes complementarios. Si /\_/ No /\_/

a) Laboratorio : Si\_\_ No\_\_

b) Imaginología: Radiografías, ultrasonidos etc. Si\_\_ No\_\_

Cómo se siente ud. con la atención que a recibido?

Muy Satisfecha /\_/ Poco satisfecho /\_/

Satisfecha /\_/ Insatisfecha /\_/

## II - CARACTERIZACION SOCIOECONOMICA.

2.1-Cuántos años tiene usted. /\_\_\_/

2.2-Qué religión práctica ud:

Católica /\_\_\_/ Evangelica/\_\_\_/ Testigo /\_\_\_/ Otros /\_\_\_/

2.3- Puede leer y escribir? Si /\_/ No /\_/

Bien /\_/ Muy bien /\_/ Un Poco /\_/ Más o menos /\_/

2.4-Cuál fué el último grado aprobado?

Ninguno /\_/

Primaria /\_/ Grado /\_\_\_/

Secundaria /\_\_\_/ Año /\_\_\_/

Superior /\_\_\_/ Año /\_\_\_/

Otro (especificar)\_\_\_\_\_

2.5- Lugar de Procedencia:

Managua /\_/ Otros(especificar)\_\_\_\_\_

Urbano/\_/ Rural /\_/

2.6- Trabaja usted? Si /\_/ No /\_/

2.7- Qué tipo de trabajo realiza?\_\_\_\_\_

2.8- Qué cantidad de dinero ingresa a su hogar\_\_\_\_\_

### **III- ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD.**

#### **ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA:**

3.1- Cuanto tiempo utiliza ud. desde que sale de su casa hasta llegar al hospital?

Cuantos minutos /\_/ Horas /\_/ Días /\_/

3.2- Qué medio de transporte utiliza para llegar al hospital? \_\_\_\_\_

#### **ACCESIBILIDAD ECONOMICA:**

3.3- Cuánto dinero gastó ud. para venir hasta aquí en:

Transporte /\_/ Comida /\_/ Consulta /\_/  
Medicamento /\_/ Otros /\_/

#### **ACCESIBILIDAD FUNCIONAL DEL SERVICIO.**

3.4- Ud fué referida a este centro hospitalario?

Si /\_/ No /\_/

3.5- Pasó ud. por el servicio de :

Emergencia : Si /\_/\_/ No /\_/\_/  
Consulta Externa : Si /\_/\_/ No /\_/\_/

3.6- Cuando llego al servicio cuanto tiempo tuvo que esperar para que la atendieran?

Cuántos minutos? /\_/\_/ Horas /\_/\_/

#### **ACCESIBILIDAD CULTURAL.**

3.7- Ud vino al hospital por su propia voluntad?

Si/\_/\_/ No/\_/\_/

3.8- Si la respuesta es no la trajo algún familiar?

Si /\_/\_/ No /\_/\_/

3.9- Cómo se siente ud. con todas las gestiones que tuvo que realizar desde que salió de su casa, llego al hospital hasta ingresar a la sala de ARO?

Muy Satisfecha /\_/\_/ Poco satisfecho /\_/\_/  
Satisfecha /\_/\_/ Insatisfecha /\_/\_/

#### **IV- CONDICIONES AMBIENTALES.**

4.1- Existe ruido en la sala que esta internada?

Poco /\_/\_/ Mucho /\_/\_/ Ninguno /\_/\_/

4.2- Cómo considera ud. la iluminación de la sala?

Excelente /\_/\_/  
Muy buena /\_/\_/  
Buena /\_/\_/  
Regular /\_/\_/  
Mala /\_/\_/

4.3- Cómo considera ud. la ventilación de la sala?

Excelente /\_/

Muy buena /\_/

Buena /\_/

Regular /\_/

Mala /\_/

4.4- Cómo considera ud. la limpieza de la sala?

Excelente /\_/

Muy buena /\_/

Buena /\_/

Regular /\_/

Mala /\_/

4.5- Cómo considera ud. la limpieza de los servicios higiénicos?

Excelente /\_/

Muy buena /\_/

Buena /\_/

Regular /\_/

Mala /\_/

4.6- Como valora ud. las condiciones de comodidad de la cama.(confort)?

Excelente /\_/

Muy buena /\_/

Buena /\_/

Regular /\_/

Mala /\_/

4.7- Le cambian a diario la ropa de cama?

Si /\_/ No /\_/

4.8- En general como se siente ud. con las condiciones ambientales de la sala?

Muy Satisfecha /\_/ Poco satisfecha /\_/

Satisfecha /\_/ Insatisfecha /\_/

## V- ATENCION Y RELACION MEDICO / USUARIA.

### ACTITUD MEDICA.

5.1- Conoce el nombre del médico que la trata?

Si /\_/ No /\_/

5.2- El médico que la atiende al pasarle la visita médica es:

Amable /\_/ Poco amable /\_/ Serio /\_/

5.3- Cuando se refiere a ud. la llama por su nombre?

Si /\_/ No /\_/

5.4- Usted a tenido oportunidad de expresarle su problema?

Si /\_/ No /\_/

5.5- El médico le explica su situación de salud?

Si /\_/ No /\_/

5.6- El lenguaje que utiliza el médico cuando le explica sobre su situación de salud ha sido:

Comprensible para ud./\_/ Muy comprensible /\_/

Muy técnico /\_/ No le ha entendido /\_/

5.7- Le satisface las explicaciones que le brinda el médico? Si /\_/ No /\_/

5.8-Tiene oportunidad de hacerle preguntas al médico? Si /\_/ No /\_/

5.9-Considera ud. que el médico esta interesado en su caso? Si /\_/ No /\_/

5.10-Cómo se siente ud. con la relación interpersonal que hasta ahora ha tenido con el médico?

Muy Satisfecha /\_/ Poco satisfecha /\_/

Satisfecha /\_/ Insatisfecha /\_/

5.12-Ha sido interrogada por el médico aquí en la sala? Si /\_/ No/\_/

5.13-La han examinado diariamente en la sala? Si /\_/ No/\_/

5.14-Le han practicado algún exámen especial aquí en la sala?

Si /\_/ No/\_/

5.15-Han utilizado algún aparato para hacerle ese exámen?

Si /\_/ No/\_/

#### 5.16-PRIVACIDAD

► Qué grado de privacidad le proporcionaron al examinarla?

No existe privacidad: /\_/

Existió privacidad : /\_/

Poca privacidad : /\_/

Más o menos privado : /\_/

Muy privado : /\_/

► Cómo se siente ud. con la privacidad que recibe de la atención médica?

Muy Satisfecha /\_/ Poco satisfecha /\_/

Satisfecha /\_/ Insatisfecha /\_/

### 5.17-INFORMACION

► Le brinda información el médico acerca de:

	Si	No	Poco
Diagnóstico	/_/	/_/	/_/
Tratamiento	/_/	/_/	/_/
Exámenes	/_/	/_/	/_/
Dieta	/_/	/_/	/_/

► Cómo se siente con la información brindada por el médico?

Muy Satisfecha /\_/ Poco satisfecha /\_/

Satisfecha /\_/ Insatisfecha /\_/

5.18-Cómo se siente con la atención que le brinda el médico?

Muy Satisfecha /\_/ Poco satisfecha /\_/

Satisfecha /\_/ Insatisfecha /\_/

## VI-ATENCION Y RELACION PERSONAL DE ENFERMERIA / USUARIA

### ACTITUD DEL PERSONAL DE ENFERMERIA:

6.1-Conoce el nombre de la Enfermera responsable de la sala? Si /\_/ No /\_/

6.2-El personal de enfermería la saluda?

Amable /\_/ Poco amable /\_/ No la saludan /\_/

6.3-Cuando se refieren a usted la enfermera la llama por su nombre? Si /\_/ No /\_/

6.4- Le pregunta la enfermera como se siente referente a su estado de salud?

Si /\_/ No /\_/

6.5- Tiene oportunidad de expresarle su problema a la enfermera?

Si /\_/ No /\_/

6.6- La enfermera le explica sobre su situación de salud? Si /\_/ No /\_/

6.7- El lenguaje que utiliza la enfermera cuando le habla sobre su salud es:

Comprensible para ud. /\_/ Muy comprensible /\_/

Muy técnico. /\_/ No le ha entendido /\_/

6.8- Le satisface las explicaciones que le da la enfermera? Si /\_/ No /\_/

6.9- Tiene oportunidad de hacerle preguntas? Si /\_/ No /\_/

6.10- Considera ud. que la enfermera se interesa por su caso? Si /\_/ No /\_/

6.11- Cómo se siente ud. con la relación interpersonal que hasta ahora a tenido con el personal de enfermería?

Muy Satisfecha /\_/ Poco satisfecha /\_/  
Satisfecha /\_/ Insatisfecha /\_/

6.12- Exámen Clínico.

La enfermera le realiza lo siguiente:

	Si	No
Toma signos vitales:(T.P.R,P/A).	/_/	/_/
Le administra el medicamento.	/_/	/_/
Otros procedimientos.	/_/	/_/

6.13-Cómo se siente con la atención brindada por la enfermera?

Muy Satisfecha    /\_/    Poco satisfecha /\_/  
Satisfecha        /\_/    Insatisfecha    /\_

6.14-Al realizarle un procedimiento que grado de privacidad le proporciona la enfermera?

No existe privacidad:    /\_/  
Existió privacidad :    /\_/  
Poca privacidad :        /\_/  
Más o menos privado : /\_/  
Muy privado :            /\_

6.15-INFORMACION

► Le brinda información la enfermera acerca de:

	Si	No	Poco
Diagnóstico	/_/	/_/	/_/
Tratamiento	/_/	/_/	/_/
Exámenes	/_/	/_/	/_/
Dieta	/_/	/_/	/_/

► Cómo se siente con la información brindada por la enfermera ?

Muy Satisfecha    /\_/    Poco satisfecha /\_/  
Satisfecha        /\_/    Insatisfecha    /\_

**VII- ASPECTOS PREVENTIVOS Y DE PROMOCION:**

**7.1 EDUCACION.**

7.1.1 ► Ha recibido alguna charla sobre salud en la sala?    Si /\_/ No /\_/

7.1.2 ► El personal de salud que la atiende le ha explicado la causa de su padecimiento?    Si /\_/ No /\_

7.1.3 ▶ Le han explicado las posibles complicaciones que ud. puede tener en el futuro? Si /\_/ No /\_/

7.1.4 ▶ Le han explicado como prevenir las complicaciones? Si /\_/ No /\_/

7.1.5 ▶ Le han hablado sobre métodos de Planificación Familiar? Si /\_/ No /\_/

7.1.6 ▶ En el futuro ud. estaría dispuesta a utilizar algún método para evitar el embarazo? Si /\_/ No /\_/

7.1.7- Se siente satisfecha con las orientaciones en salud que le ha brindado el personal que la atiende?

Muy Satisfecha /\_/ Poco satisfecha /\_/

Satisfecha /\_/ Insatisfecha /\_/

7.1.8- Si fuera necesario volver a estar ingresada le gustaría volver a este sala?

Si /\_/ No /\_/

7.1.9- Usted recomendaría a otra persona a que acuda a este servicio?

Si /\_/ No /\_/

7.1.10- Como se siente con la atención que esta recibiendo?

Muy Satisfecha /\_/ Poco satisfecha /\_/

Satisfecha /\_/ Insatisfecha /\_/

7.1.11- Siente que le estan resolviendo su problema de salud? Si /\_/ No /\_/