

T
144
S 127
1998

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



**TESIS DE GRADO
PARA OPTAR AL TITULO DE MAESTRO EN SALUD PUBLICA**

**ANALISIS DEL USO DE LA ORGANIZACION
DE LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD
RAMON GUILLEN NAVARRO,
MUNICIPIO DE BOACO, DICIEMBRE 1998**

**AUTORES: Dr. Carlos José Sáenz Torres
Dr. Mario Javier Icaza Espinosa
Dr. Armando Incer Toledo**

**TUTOR: Dr. Lorenzo Muñoz
Master en Salud Pública**

**Boaco, Nicaragua
Diciembre, 1998**

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a nuestro tutor, doctor Lorenzo Muñoz por el apoyo desinteresado en la realización de esta tesis, ya que gracias a su cualidad humilde y desinteresada que lo caracteriza hizo posible que visualizáramos el salto cualitativo e importante que daríamos a nuestras vidas al coronar este gran sueño.

Dr. Muñoz, le consideramos un amigo y un hombre de grandes cualidades humanas, y le deseamos éxito como docente y excelente profesional y que en el camino del vivir continúe transmitiendo conocimientos y experiencia a otras generaciones; su legado profesional estará presente en cada uno de nosotros y de seguro lo transmitiremos a futuros profesionales.

Carlos José Sáenz Torres

Mario Javier Icaza Espinosa

Armando Incer Toledo

DEDICATORIA

A **DIOS** padre. por guiar el sendero de mi vida hacia la luz espiritual y elevar mis valores morales al quehacer profesional en pro de la sociedad desprotegida.

A **mi esposa Ligia**, quien durante 21 años de casados y sabiduría ha logrado mantener el rol de esposa. madre y mujer trabajadora. y. por sus cualidades le hemos dado continuidad a nuestro amor.

A **mis hijos** que en mi corazón viven como una eternidad, con este ejemplo les enseño el camino para alcanzar la misión que un día fue mi sueño ahora hecho realidad.

A **mi padre (q.e.p.d.)** quien no tuvo la oportunidad de ver su sueño cristalizado en la vida de éste su hijo adorado, sin embargo, espiritualmente lo compartimos.

A **mi madre Esperanza**, que en su quehacer diario eleva su espíritu a DIOS, y, pide al PADRE del reino celestial interceda por cada uno de sus hijos para que sean conducidos en la luz del camino del bien y la verdad.

A **mis hermanos**, por toda la solidaridad que en algún momento de mi vida me brindaron, y. por el amor y la unidad que es aún más fuerte en estos últimos años.

Carlos José Sáenz Tórrez

DEDICATORIA

A DIOS:

Ante todo por la gran oportunidad y el soporte.

A mi esposa:

Razón última de mi búsqueda, mi gran respaldo.

A mis hijos:

Mario Javier. Leticia María y María Guadalupe sueños cristalizados, fundamentos de mi confianza en el futuro.

Mario Javier Icaza Espinosa

DEDICATORIA

A **DIOS** padre, por guiarme en éste difícil trayecto de mi vida y haberme permitido alcanzar éste triunfo.

A **mi esposa** que en todo momento me brindó el apoyo necesario para alcanzar el buen triunfo de mi vida profesional.

A **mis hijos** por el amor de padre que les he profesado durante la existencia de su pequeña vida.

A **mis padres** quienes han sido fuente de admiración y sabiduría y por todos los consejos que me brindaron para conducirme en el buen camino de la vida.

Armando Incer Toledo

RESUMEN

El presente estudio es de tipo descriptivo y de corte transversal, cuyo objetivo general es analizar el uso de la organización de los servicios que se ofertaron en el Centro de Salud "Dr. Ramón Guillen Navarro", municipio de Boaco, en Diciembre de 1998.

Para lograr dicho objetivo, se hizo un análisis desde dos puntos de vista: el de los proveedores de servicio en la identificación de problemas organizativos de cara al usuario y el de los pacientes en la percepción que tienen sobre la atención que deben recibir, así como el estudio de los tiempos utilizados por ellos en el Centro de Salud durante el proceso de atención.

En cuanto al análisis de flujo del usuario y su percepción del servicio se tomó como muestra todas las personas que demandaron algún servicio de los ofertados en el Centro de Salud en el día en que se realizó el estudio. En la percepción del proveedor, se tomó como muestra el 100% de los prestadores de servicio de salud.

Se utilizó el método de muestreo no aleatorio opinático y por conveniencia

Para la recolección de la información, se utilizó como instrumentos: un formulario de registro del tiempo utilizado por el usuario en el trayecto de su atención, una guía al prestador de servicio por área crítica en la identificación de problemas organizacionales y una encuesta de salida semiestructurada para la entrevista de los usuarios.

Para la fase de recepción, inserción y procesamiento de la información, se hizo uso de los programas: EPIINFO 6.04, Microsoft Word 7.0, Corel Word Perfect, Qttro.pro.V8 y Harvard Graphics v.3.0.

El análisis estadístico de los datos se realizó de manera descriptiva y analítica, se utilizó la distribución de frecuencias y porcentual para la determinación de algunas características de la población estudiada.

La metodología se basó en el SOCPE (Servicio Orientado al Cliente por Proveedor Eficiente), en la organización científica del trabajo y en la teoría y técnica de desarrollo

organizacional dirigido a los servicios de salud, que permite identificar problemas organizacionales. El primero es un proceso que facilita una serie de herramientas prácticas, sencillas y de baja tecnología para mejorar la calidad de los servicios. Se parte de la autoevaluación ofreciendo al personal un foro de discusión de problemas, se realiza entrevista con los usuarios y análisis de flujo de atención para terminar con un plan de acción de acuerdo a problemas identificados. El segundo es un sistema que utiliza el estudio del trabajo humano para investigar los factores que influyen en la eficiencia, con el fin de efectuar mejoras en la situación estudiada en función de elevar la productividad dándole una mejor utilización a los recursos de la empresa. El tercero es una metodología de análisis crítico intencionado y participativo que se puede usar para estructura y funcionamiento.

Después de haber puesto en practica la metodología, se llegó a conclusiones importantes a cerca de la organización de los servicios del Centro de Salud "Dr. Ramón Guillen Navarro" del municipio de Boaco, entre las cuales se pueden mencionar:

- Existe un grupo de personas que no hacen uso del flujo de atención y dentro de este grupo, hay un porcentaje que no pasa por clasificación con la subsecuente pérdida de oportunidades.
- Sub-utilizacion de muchos de los servicios ofertados
- El tiempo de espera y contacto global del centro es aceptable, aunque existen servicios en los que se debe mejorar tanto el uno como el otro.
- Los usuarios presentan bajas expectativas, ya que a pesar de haber esperado mucho en algunos servicios y que su atención había sido corta, la gran mayoría se encontraban satisfecho con la misma.
- La mayoría de los usuarios están satisfechos con el trato personal y el horario de atención.
- Se encontraron altos niveles de desinformación en todos los servicios.

- Problemas económicos que están condicionando una atención deficitaria.
- Dos terceras partes de los servicios presentan algún grado de deficiencia en la calidez de la atención.
- Una tercera parte presenta desconocimiento de normas de continuidad.

La problemática expresada nos indica que debe realizarse un plan de acción para solventar la crisis encontrada en algunos servicios en función de la calidad de atención que es y debe ser el quehacer diario de la institución. Dicho plan de acción deberá ser enfocado a las diferentes áreas problemas y ofrecer soluciones que vendrían a elevar nuestro trabajo. Una reorganización de los horarios así como la priorización en la atención para los pacientes que viven a mayor distancia del centro de salud vendrían a ser de gran utilidad. Implementar estrategias de promoción y mercadeo de los servicios apoyaría enormemente el uso adecuado de los mismos; reestructurar planes de capacitación haciendo énfasis en el mejoramiento de la calidad técnica y calidez de la atención; así como desarrollar acciones que mejoren la disponibilidad de la información tendrían un impacto sumamente positivo en los servicios. Todo esto aunado a una adecuada articulación multisectorial podría ayudar a contener el deterioro del sistema.

Hemos plantado el problema

El siguiente paso estaría en mano de la gerencia de la unidad

El resultado será la superación de muchas dificultades organizacionales que están afectando directamente a nuestra población.

INDICE

	Pagina
I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES	4
III. JUSTIFICACION	6
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
V. OBJETIVOS	8
VI. MARCO TEORICO	9
VII. DISEÑO METODOLOGICO	37
VIII. RESULTADOS	51
IX. DISCUSION	72
X. CONCLUSIONES	94
XI. RECOMENDACIONES	96
XII. BIBLIOGRAFIA	98
XIII. ANEXOS	101

I. INTRODUCCION:

En el marco de reformas en la estructura y el funcionamiento del estado, el Ministerio de Salud (MINSA) inició en 1993 un proceso de transformación profunda que tenía como objetivo producir cambios en la estructura organizativa y la mejora en el funcionamiento de los servicios, adecuando los recursos disponibles a las necesidades prioritarias en salud de la población, para hacerlos más eficaces y eficientes.

Durante la primera etapa de la reforma (1993 - 1996), el desarrollo de las políticas se centraron fundamentalmente en la reestructuración del MINSA, la reforma del modelo de atención primaria y el desarrollo de una estrategia de apertura del sector privado, con el cual se comparta responsabilidades en los servicios que se brindan a la población (Proyecto BID-MINSA, Programa para el fortalecimiento de los servicios de salud y de las instituciones del sector, Informe final - Fortalecimiento de la gerencia hospitalaria, Diciembre 1996).

En la siguiente etapa (1997 - 2002) de profundización en la reforma del sector salud y enmarcado en los principales problemas y prioridades, el MINSA ha definido cinco políticas dirigidas a la misión-visión institucional, marco legal y regulatorio, descentralización y autonomía, financiamiento y seguridad social. El MINSA tenderá a potenciar la estrategia para el control del crecimiento del gasto, el aumento de la eficiencia en la administración de los recursos, la búsqueda de la equidad en el acceso de los servicios de salud y la mejora de la capacidad gerencial del sistema. (Política Nacional de Salud 1997 - 2002, julio 1997) (Programa de Modernización del Sector Salud 1998 - 2002, julio 1998)

II. ANTECEDENTES:

En varios países y múltiples centros de prestación de servicios se ha venido implementando la experiencia del Manual Cliente Orientado Proveedor Eficiente (COPE) como proceso y herramienta para mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva. (19).

En Nicaragua se han realizado varios estudios monográficos de satisfacción de los usuarios durante la atención en la consulta médica, pero tomando solamente la percepción de los usuarios o del proveedor.

El estudio de servicios de salud realizado en Nicaragua por el Banco Interamericano de Desarrollo y Management Science For Health (BID/MSH), Agosto de 1996, nos arroja que en la demanda de servicios, la tasa de percepción de enfermedad es de 20.7% a nivel nacional, siendo mayor en el área rural. En cuanto a la búsqueda efectiva de atención, la situación cambia dramáticamente; la proporción de personas que busca atención para su problema de salud es en general más baja en el estrato rural que en el urbano, resultados similares ofrecen la encuesta nacional de hogares sobre la medición del nivel de vida de Nicaragua de 1993, la encuesta de Santo Domingo y la de San Salvador. La proporción de personas con problemas de salud que reportan incapacidad es menor en el estrato urbano que en el rural, siendo más deteriorada en esta última (32.9%).

La gran mayoría de pacientes son atendidos en el servicio al cual acuden primero. Los casos de no atención tienen que ver con ausencia del proveedor, rechazo, falta aparente de cupo (muy lleno) y larga espera. Los puestos y centros de salud son los que generan principalmente estos problemas de no atención (7.3% y 8.9% respectivamente a nivel nacional).

En el nivel global, la satisfacción con el servicio es bastante buena, siendo las opiniones positivas en más del 97%; sin embargo, hay que considerar que la opinión del usuario puede tener un valor mínimo si no hay disponibilidad para él de otras opciones de selección de un proveedor.⁽⁶⁾

En el centro de salud Ramón Guillén del municipio de Boaco, se han identificado problemas en la organización de los servicios, existiendo una consulta sumamente reducida en tiempo a pesar de las largas horas de espera. Esta situación prolongada produce en el usuario un efecto negativo, ya que él mismo ante la falta de opciones no le queda más remedio que avenirse a lo poco que el sistema le pueda ofertar, siendo más grave con las personas de origen rural que con las urbanas dado el grado cultural que estas últimas poseen. Por otra parte la infraestructura del centro de salud Ramón Guillén Navarro fue diseñada a principios de la década de los cincuenta para una población cuatro veces menor que la actual, lo que provoca tensionamiento del servicio por no ir acorde con el crecimiento demográfico, esto se traduce en congestión en la sala de espera de todos los servicios ofertados por el centro. Según estudio de Satisfacción de los Usuarios con el Flujo del Modelo de Atención Integral a la Mujer y la Niñez (noviembre 1997) realizado en este centro, se encontraron datos que corroboran lo dicho anteriormente y que se traducen en insatisfacción con el tiempo de espera y rechazo a la demanda.

III. JUSTIFICACIÓN:

El centro de salud Ramón Guillén Navarro de Boaco atiende a la población de la mitad norte del municipio, la que fluctúa entre doce y trece mil habitantes, aunque en la realidad, sólo las zonas urbanas y sub-urbanas son las que más demandan los servicios. Dentro de este grupo, cabe mencionar que madres y niños constituyen la mayor cantidad de consulta. Las zonas más alejadas son atendidas por una red de puestos de salud que cubre todo el territorio. Estas unidades realizan referencia de casos difíciles hacia el centro de salud, comportándose éste como el núcleo de toda la organización.

Sin embargo: se ha identificado una deficiente organización de los servicios que se traduce en baja calidad de la atención y pérdida de la integrabilidad, lo que aunado a la falta de abastecimiento de insumos produce gran insatisfacción. Investigaciones operativas parciales no han ofrecido una visión de conjunto del problema, debido que no se han realizado trabajos de fondo que se puedan utilizar con el propósito de elevar la calidad de atención.

Este estudio es de gran importancia para el SILAIS Boaco, ya que propone un modelo que vendría a beneficiar la organización de los servicios, la eficiencia en la atención y la satisfacción del usuario, además podría servir como la base para implementar en el centro de salud un sistema continuo del monitoreo de la calidad.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Se presentan dificultades en la organización de los servicios ofertados por el centro de salud Ramón Guillén Navarro, los cuales giran en torno a rechazo a la demanda, pérdida de calidad, tiempo de espera demasiado largo, consultas demasiado cortas.

CUAL ES LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO CON LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS OFERTADOS POR EL CENTRO DE SALUD RAMÓN GUILLÉN NAVARRO DEL MUNICIPIO DE BOACO, DICIEMBRE 1998?.

CUALES SON LOS PROBLEMAS MAS COMUNES, DE MAYOR INFLUENCIA Y QUE TIENEN MAYOR IMPACTO SOBRE LA ORGANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS OFERTADOS AL USUARIO EN EL CENTRO DE SALUD RAMON GUILLEN NAVARRO DEL MUNICIPIO DE BOACO, DICIEMBRE 1998?.

V. OBJETIVOS:

V.I OBJETIVO GENERAL:

ANALIZAR EL USO DE LA ORGANIZACION DE SERVICIOS QUE SE OFERTAN EN EL CENTRO DE SALUD RAMON GUILLEN NAVARRO, MUNICIPIO DE BOACO, DICIEMBRE 1998

V.II OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Describir el tiempo de espera y de contacto en que incurren los usuarios, según servicios de salud ofertados en el centro de salud Ramón Guillen Navarro.
2. Identificar problemas organizativos en los servicios de atención prestados a los usuarios en el flujo de los mismos.
3. Conocer la percepción de los usuarios sobre su satisfacción por los servicios de salud recibidos durante el flujo de atención.

VI. MARCO TEÓRICO:

Estudios realizados en diferentes países del continente Americano como Estados Unidos ⁽¹⁸⁾, México ⁽¹⁾, Cuba ⁽¹³⁾, entre otros, hacen referencia a la evaluación de la calidad de atención y satisfacción de los usuarios en los diferentes niveles de atención en salud. Entre los métodos utilizados prevalecen las encuestas de salida a usuarios al concluir su recorrido por el flujo de atención y los grupos focales. Se han evaluado servicios de la seguridad social ⁽⁵⁾⁽¹⁾, hospitales públicos ⁽⁷⁾ y unidades de atención primaria⁽⁶⁾.

En más de 20 países y 100 centros de prestación de servicios se ha implementado la experiencia del Manual Cliente Orientado Proveedor Eficiente (COPE) como proceso y herramienta para mejorar la calidad de los servicios y optimizar los recursos.⁽²⁾

COPE (sigla en inglés) cuya traducción significa: Prestador Eficiente de Servicios Orientados al Cliente, es una técnica de baja tecnología propuesta, elaborada y aplicada por AVSC Internacional, la cual puede ser utilizada por las instituciones de salud para hacer que sus servicios sean más eficientes y acordes a las necesidades de los usuarios.⁽²⁾

Es también importante mencionar que la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) por medio del Proyecto Subregional de Desarrollo de la Capacidad Gerencial de los Servicios de Salud, formuló un instrumento gerencial sobre

Teoría y Técnicas de Desarrollo Organizacional dirigido a los servicios de salud, que permite identificar algunos problemas organizacionales. Es una metodología de análisis crítico, intencionado y participativo que se puede usar para estructura y funcionamiento. Este instrumento sirve para rediseñar la organización a través de un modelo simple y universal que permite una evaluación técnica y sencilla debido a que proporciona en un solo instrumento los aspectos normativos y evaluativos sin ningún tipo de complicación tecnológica; tiene tres características principales:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La matriz esta compuesta por dos coordenadas: la horizontal que contiene los indicadores de problemas por área crítica y la vertical para indicar las reparticiones que son objeto del análisis. La ponderación contiene valores del uno al tres según la gravedad reconocida. La columna de gravedad absorbe el total de la multiplicación de la columna de incidencia por los valores de ponderación. (17)

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

Para alcanzar niveles de calidad del producto que se oferta se requiere mantener un liderazgo en búsqueda de la calidad misma y se denomina liderazgo de calidad. La expresión que comúnmente utilizan las compañías Japonesas es: “La calidad total empieza con la educación y termina con educación”. Cualquiera puede hablar acerca de los pasos específicos de un proceso y todo el mundo entender donde encajan esos pasos

en el panorama total. Unidos por un entendimiento común los trabajadores pueden definir donde empieza y termina un proyecto y descubrir que es lo que necesita ocurrir entre esos dos puntos para crear el producto o servicio que ellos desean. Serán capaces de concentrarse en los errores, el desperdicio y otros problemas y determinar que datos les ayudarán a mejorar la efectividad de esta colección de actividades.

La gente que ve el trabajo como proceso entiende como la calidad de lo que sale se determina en gran parte por la calidad de lo que entra. Cuando los empleados empiezan a observar los procesos, desarrollan a menudo por primera vez, un lenguaje unificado y un entendimiento de lo que son sus trabajos. Si podemos llamar procesos a una serie de actividades relacionadas entre sí, un grupo de procesos relacionados entre sí puede ser vistos como un sistema.

En la práctica es a veces difícil decidir quien es un consumidor o un proveedor y quien no lo es. Cuando la gente tiene dificultades definiendo a los consumidores, es porque usualmente, no han definido correctamente el proceso que están estudiando.

Sólo cuando se logra entender que es un proceso y que son los consumidores, se está entonces en capacidad de apreciar lo que significa calidad. Si los consumidores son las personas que reciben el efecto del trabajo, sólo ellos pueden determinar que es calidad, sólo ellos pueden decir que es lo que quieren y como lo quieren. Es por eso que la consigna popular del movimiento de calidad es: la calidad comienza con el consumidor.

Una sola persona que utilice las prácticas de mejoramiento de la calidad puede efectuar un gran cambio en una organización; pero rara vez una sola persona posee todo

el conocimiento. Por lo tanto, los mayores logros en la calidad y productividad, provienen casi siempre de equipos: un grupo de gente que combina sus habilidades, talentos y conocimientos. Con capacitación adecuada, los equipos pueden usualmente lidiar con problemas económicos complejos y encontrar soluciones permanentes y efectivas. (20)

Hace 7 años entre noviembre de 1991 y febrero de 1992 técnicos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Banco Mundial (BM) y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) visitaron Nicaragua para colaborar en la elaboración de un programa de apoyo al sector salud. En ese momento se les solicitó asistencia técnica y financiera para desarrollar y reorganizar la salud, la cual fue otorgada en la lógica de fortalecer al MINSA en la definición de estrategias que permitan laborar con eficiencia. (14).

El Ministerio de salud inicia un proceso de reforma al sector que requiere de elementos indispensables generadores de cambios como la democratización y la descentralización, la cual consiste en la transferencia planificada, ordenada y dirigida de la autoridad política, administrativa, técnica y financiera desde el nivel central hacia el SILAIS. Para esto se definen las políticas nacionales de salud que fueron aprobadas en Octubre de 1,993 por el consejo nacional de salud; siendo la primera: el fortalecimiento de la calidad de atención. (11)

Actualmente Nicaragua presenta una tasa de fecundidad de las más altas del mundo de 3.9 hijos por mujer, presenta algunos indicadores de salud con tendencia a la mejoría como lo son: Mortalidad General por 1000 habitantes y la Mortalidad Infantil por 1000 nacidos vivos. Sin embargo a pesar de su tendencia, estos indicadores

continúan siendo muy altos si se les compara con los de países vecinos de Centroamérica.

Las enfermedades inmunoprevenibles muestran un comportamiento en franca mejoría presentando algunas de ellas muy pocos casos y defunciones. El país ha conseguido la erradicación de la polio. En los últimos cinco años no se ha tenido ningún caso de difteria. La mortalidad por tosferina ha disminuido y solamente se registran dos casos de tétanos neonatal en los últimos tres años.

Pero el reto de Nicaragua no es simplemente mantener esta tendencia sino enfrentar además una serie de enfermedades emergentes entre las que se destacan: el SIDA, las crónico-degenerativas, leptospirosis, etc., y algunas infecciosas que también mantienen altas tasas de incidencia y prevalencia como el cólera, EDAS, IRAS entre otras.

La persistencia de enfermedades como las mencionadas anteriormente señalan la necesidad de fortalecer programas y servicios de salud, ampliar su cobertura y mejorar su eficacia (9).

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

- < Desabastecimiento de insumos médicos y no médicos.
- < Infraestructura deficiente.
- < Falta de mantenimiento preventivo y correctivo.
- < Crecimiento inorgánico de las unidades.

- < Baja productividad.
- < Falta de normativas técnico administrativa.

Ante esta situación y enmarcados en el proceso de reforma surge la modernización del sector salud, donde el MINSA impulsa cambios fundamentales en una lógica de salud pública y descentralización hacia los SILAIS en la búsqueda de la equidad, eficiencia y eficacia. (9).

El Gobierno de la República de Nicaragua ha emprendido el proceso de modernización del sector salud en el marco de la política nacional de modernización del sector público. Surge con el propósito de adaptar los servicios de salud a las nuevas circunstancias sociales, contener los problemas epidemiológicos y disminuir las presiones operacionales en la estructura institucional. (10).

Los principales ejes de la modernización se enfocan en las siguientes estrategias:

- ▬ Democratización de la gestión.
- ▬ Acciones integrales en salud.
- ▬ Prestación de servicios diferenciados.

Los problemas a enfrentarse son:

- ! La contención de los costos de operación.
- ! Dar respuesta al perfil epidemiológico.

- ! Ejercer liderazgo en el sector.
- ! Convertir al usuario en el eje de la atención para lo cual las unidades de salud deben cambiar sus formas tradicionales de organización y gestión.
- ! Organizar el sistema de salud, de tal manera que obtenga mejores resultados con el uso eficiente y equitativo del financiamiento.

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

Si se considera que los sistemas sanitarios de muchos países, independientemente de sus ingresos económicos enfrentan una situación donde los recursos escasean y las demandas de asistencia sanitarias son cada vez mayores, podríamos decir que existe una crisis donde el componente financiero es apenas una parte del problema, adquiriendo la eficiencia un lugar predominante para resolver el problema, sobre todo en aquellos países de escasos recursos. Con solo mejorar la eficiencia, se podría reducir el gasto mientras se mantiene el nivel de servicio. (8)

El uso eficiente de los recursos permite mejorar la capacidad de respuesta ante los problemas e introducir cambios con una nueva lógica que hace posible aplicar nuevas tendencias organizativas para alcanzar la eficiencia, eficacia, equidad y una nueva cultura organizacional orientada hacia la calidad, satisfacción de los trabajadores y el servicio al cliente. (10).

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

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

La calidad la constituyen el conjunto de características objetivas y subjetivas percibidas por los usuarios de los servicios de salud en un determinado segmento del mercado, capaz de satisfacer sus necesidades de cuidados y de crear lealtad con la institución prestadora del servicio obtenida a partir de las capacidades disponibles de respuesta institucional ⁽¹⁹⁾.

El ministerio de salud se ha esforzado por la búsqueda continua de la calidad. Desde la formulación de la primer política de salud de 1993 hasta el momento actual, se han dado algunos pasos tendientes a conseguir ese propósito como lo son la definición de estándares de calidad.

El proceso ha tenido sus logros, pero falta mucho por hacer (desarrollo de un sistema de aseguramiento y evaluación de la calidad) ⁽¹⁰⁾.

En la modernización del sector salud se ha incluido a la calidad como una parte importante del trabajo diario, centrando la atención en la satisfacción del usuario con el trato que recibe y la forma, grado y pertinencia con que se aplica la tecnología disponible.

También dentro de este proceso los SILAIS se constituyen en la unidad organizativa intermedia del Ministerio de Salud, para atender y enfrentar la problemática de salud de la población residente en un territorio definido. ⁽¹⁰⁾

El SILAIS Boaco, se encuentra ubicado en el centro del país y corresponde a la misma división política del departamento de su mismo nombre. Tiene seis municipios, siendo el municipio de Boaco el segundo en extensión, el más poblado y el de mayor red de servicio. La cabecera municipal es la ciudad de Boaco y tiene dos centros de salud, siendo el más importante el Ramón Guillén Navarro.

Si se considera que las investigaciones en salud deben ser orientadas a resolver los principales problemas de salud (operativos y de gestión, de financiamiento, de costo efectividad y vinculados al seguimiento de políticas y planes)⁽⁹⁾, el centro de salud Ramón Guillén Navarro constituye un lugar adecuado para el desarrollo de actividades investigativas ya que concentra la mayor complejidad del SILAIS-Boaco.

Los programas públicos no poseen un regulador automático que señale si las actividades que se están llevando a cabo pueden realizarse de forma más eficiente, en que momento han dejado de ser productivas o bajo que circunstancia los recursos utilizados en ellas pueden ser desplazados a otras actividades del mismo tipo, para producir un efecto más significativo en la población. La evaluación hace posible captar este tipo de señales y ayuda a solucionar los problemas planteados en su ejecución. ⁽⁸⁾

La evaluación de procesos realiza un intento sistemático de medir la cobertura de un programa social, para establecer el grado con el cual está llegando a la población objetivo. Posibilita conocer los mecanismos por los cuales ha estado logrando éxito o

fracaso e identifica las estrategias alternativas que se puede adoptar. (8)

Como para aumentar la producción de bienes y servicios se necesita: aumentar el número de trabajadores ocupados, o elevar su productividad, será esta última característica la que deberá ocupar un lugar determinante en las investigaciones, ya que la situación del país no permite la primera.

Un aumento de producción no supone de por sí, un aumento de productividad, ya que si se añaden nuevos recursos habría que analizar si ellos son los responsables directos de manera proporcional al aumento de producción o si ésta, está influenciada por otros factores.

Considerando el estado deficitario del presupuesto del SILAIS y del municipio de Boaco que ni siquiera crece con la devaluación planificada de la moneda, será la búsqueda de la optimización de los recursos existentes la que nos permitirá mejorar el cociente entre la cantidad producida y la cantidad de recursos empleados en esa producción. De una manera indirecta se estaría reduciendo costos al producir más utilizando los mismos recursos.

Se entiende por estudio del trabajo, genéricamente hablando, a ciertas técnicas y en particular el estudio de métodos y la medición del trabajo humano que llevan a investigar todos los factores que influyen en la eficiencia y economía de la situación estudiada con el fin de efectuar mejoras. (23).

El estudio del trabajo se emplea por tanto en función de la productividad (obtener una producción mayor a partir de una cantidad de recursos sin invertir más capital) y al ser una técnica de dirección, es un proceso sistemático y por lo tanto una herramienta de investigación y perfeccionamiento.

De ahí su gran utilidad, pues aplicando procedimientos sistemáticos, hombres de capacidad media pueden lograr resultados equiparables e incluso superiores a los obtenidos en otras épocas por hombres geniales.⁽²³⁾

El tiempo utilizado en la producción de bienes y servicios es la sumatoria del tiempo utilizado en el contenido del trabajo total y el tiempo improductivo.

El primero se puede desglosar como sigue:

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

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

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

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

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

El estudio de tiempos es una técnica de medición del trabajo empleada para registrar los tiempos y ritmos de trabajos correspondientes a los elementos de una tarea definida y efectuado en condiciones determinadas (23).

Independientemente de la calidad técnica y humana del prestador de servicios un tiempo prolongado se traduce en inconformidad del usuario con una pérdida consecuente de la calidad del proceso ya que el paciente tiene derecho a una asistencia rápida o en un período de tiempo razonable. (9)

La identificación de problemas organizativos y de recursos por servicios prestados a los usuarios del flujo de atención por los proveedores de servicios mide las limitaciones encontradas en el mismo y que están interfiriendo con la satisfacción, calidad y calidez de la atención. Es importante revisar los procesos de trabajo que resulten críticos para los pacientes y organizar los servicios para favorecer la rápida resolución de los problemas. Esto forma parte de las políticas impulsadas por el MINSA y dentro de las áreas de intervención del programa de modernización se incluye la priorización de investigaciones para resolver problemas de salud o de gestión. (10)

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

- Toma de decisiones (inconsistencia del proceso decisorio, deficiencia de mecanismo de planificación).
- Información gerencial (disponibilidad insuficiente de información, utilización de la misma de manera inadecuada).
- Producción de servicios (deficiencia de normas, desconocimiento de las mismas).
- Comunicación operativa (sobrecarga burocrática, comunicación insuficiente).
- Relación de coordinación (relaciones interinstitucionales deficientes al igual que interdepartamentales) (17).

Las otras áreas críticas tienen que ver con la estructura (ubicación, contenido funcional, departamentalización) y con los recursos financieros y de otro tipo que también están interfiriendo con la adecuada prestación de los servicios los cuales están siempre sumamente reducidos y son muy poco susceptibles de mejoramiento por la

situación económica actual que no permite mejorar los techos presupuestarios.

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

Las malas condiciones de trabajo figuran entre las causas citadas de tiempo improductivo por deficiencia de la dirección. (23)

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

Los usuarios dicen utilizar las unidades por las siguientes razones:

- Accesibilidad geográfica o económica.
- La atención que los usuarios buscan está presente.
- Consideran que el personal esta bien calificado.(16)

El grado de satisfacción real en atención curativa es del 80.7% y para las consultas de prevención y control está entre 76.3 y 87.5%.(15)

En las investigaciones de organización que se realizan en los servicios de salud se hace necesario incluir la percepción del usuario ya que las unidades de atención primaria deben elevar su capacidad para resolver problemas, ofertando así un servicio más atractivo y eficiente que pueda reorientar el flujo de pacientes al uso de unidades de atención primaria y no al abuso que actualmente se hace de los hospitales, los cuales son tensionados y presentan un costo mayor al sistema que si lo hicieran en atención primaria. Por otra parte, si se tomara únicamente como solución cambios vistos de cara a la institución, estaríamos abordando una parte del problema. Se debe aspirar a propugnar mejoras impulsadas por el consumidor y que dicho ciudadano pueda tener una forma de poder participar. (8)

Un buen servicio debe contener:

- Integridad: identificar todas las necesidades clínicas del usuario y procurar resolverlas.
- Oportunidad: realizar las acciones a su debido tiempo.
- Continuidad: actividad en secuencia apropiada y sin interrupción desde el ingreso hasta el alta.
- Contenidos técnicos: conocimientos teóricos y prácticos destinados a resolver los problemas del usuario.
- Calidad humana: calidad con que se trata el usuario. (12)

La organización científica del trabajo en suma, no es la panacea de todos los problemas de productividad, sino, solamente una de las técnicas de dirección con que se puede elevar la productividad de una empresa u organización o reducir los costos.

Contribuye a mejorar la utilización de los recursos de la empresa y al aplicar las técnicas de estudio del trabajo se descubren defectos de organización y funcionamiento.

Nunca se insistirá demasiado en la importancia de que existan buenas relaciones humanas y buenas condiciones de trabajo en una empresa antes de intentar introducir el estudio del trabajo. Este, como otras cosas puede imponerse en determinadas circunstancias, pero las técnicas de dirección que los obreros aceptan de mala gana y sin entender su propósito rara vez dan buenos resultados y están expuestas a fracasar completamente una vez que cambien las circunstancias.

Metodología del SOCPE:

El Manual Servicio Orientado al Cliente por Proveedor Eficiente (SOCPE) fue adaptado del COPE y fue desarrollado para ayudar a los servicios de atención primaria a tomar conciencia de las necesidades de sus usuarios y utilizar sus recursos de manera más eficiente. La iniciativa puede ser adaptada a todos los servicios de Atención Primaria, SOCPE es un *proceso* que facilita una serie de herramientas prácticas que pueden mejorar la calidad de los servicios y se ha demostrado que la aplicación del mismo da resultados positivos ⁽⁴⁾ Su uso es sencillo, fácil de entender, provechoso, necesita poco tiempo y recursos.

El MINSA plantea entre uno de sus objetivos principales la mejora en la calidad de la atención, la que debe ser orientada a satisfacer las necesidades de los usuarios. El grado en que los servicios satisfacen las necesidades de los usuarios determinará si ellos deciden utilizarlos. Sin embargo, éstas con frecuencia no se satisfacen, debido muchas veces a tiempos de espera prolongados y atención no integrada que ocasiona oportunidades perdidas. Desde otra perspectiva se observa que el personal en general no

se reúne para analizar su trabajo o identificar dificultades, las cuales pueden convertirse en problemas mayores que obstaculizan el buen funcionamiento del servicio.

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

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

El personal y los usuarios son los mejores expertos en evaluar la calidad de los servicios de su centro, pero con frecuencia tienen pocas oportunidades de expresar sus opiniones o definir lo que consideran servicios de calidad. Los proveedores de servicios, con ayuda de los usuarios, pueden identificar problemas y desarrollar planes, aumentando la posibilidad de lograr un proceso de mejoramiento continuo de los servicios. (4)

Enfoque de SOCPE: Mejoramiento de la Calidad:

SOCPE utiliza principios fundamentales del manejo de la calidad, centrado en satisfacer y exceder las expectativas y las necesidades del usuario, enfatiza la identificación de los problemas en la manera como se hacen las cosas -es decir, en el proceso- en vez de asignar culpabilidades. Un elemento primordial del manejo de la calidad y un postulado fundamental del SOCPE, es que la calidad siempre se puede mejorar y que el mejoramiento de la calidad debe ser una actividad continua. (4)

El aspecto más importante del SOCPE es su énfasis en la *autoevaluación*, ofreciendo al personal un foro para que sus miembros evalúen la calidad de los servicios que prestan.

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

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

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

Componentes de SOCPE

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

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

Proceso de aplicación del SOCPE:

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

de aplicación del SOCPE. Así mismo, se realiza la selección de los recursos que llenarán los formularios de autoevaluación y se establecerá fecha y hora para su reunión con el resto del personal y el registro de los resultados

Reunión con Personal Seleccionado: Los responsables de programa y oficina realizarán una reunión con el personal a su cargo, para explicarles los objetivos del SOCPE y el llenado de los formatos de autoevaluación y del análisis de flujo.

Análisis de flujo de usuarios (AFU): Es un método para seguir la trayectoria de los usuarios del servicio, desde el momento que ingresan a la unidad de salud hasta cuando salen. Todo el personal que contacte a los usuarios con la hoja de registro de AFU el día de la aplicación deberán anotar la hora del contacto. Las personas que serán responsables del cumplimiento de la aplicación del AFU son el personal seleccionado por el equipo local y facilitadores del SILAIS.

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

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

Los registros de resultados en la aplicación de los instrumentos de autoevaluación (formatos) se clasifican en dos grupos:

- ❖ Un grupo serán las personas que llenen los formularios del 1 al 5, que corresponde a la reflexión sobre la satisfacción de las necesidades del usuario
- ❖ El segundo grupo serán las personas que llenen los formularios del 6 al 8 que corresponde a la reflexión sobre la situación de los prestadores de servicios.

Cada uno de los grupos realizará una sesión de trabajo con los recursos que llenaron los formularios de autoevaluación, con el objetivo de consolidar los resultados y definir los principales problemas detectados en un plan de acción. Esta sesión deberá ser conducida por el Equipo Directivo Local.

Con el AFU y la Entrevista de Satisfacción al Usuario el registro y análisis de resultados será realizado por el SILAIS y el personal directivo local.

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

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

Las herramientas de SOCPE fueron diseñadas para que sean flexibles: los prestadores de cada unidad de salud deben adaptarlas para que satisfagan sus necesidades particulares. Se necesita poco equipo para realizar el SOCPE: para el primer ejercicio, lo más importante que se requiere es dos o tres días del tiempo de un facilitador que pueda visitar la institución, ayudar al personal a experimentar el proceso del SOCPE y capacitar a un miembro del personal como facilitador de la institución para que continúe realizando ejercicios del SOCPE a intervalos regulares. Con la excepción de la Reunión Preliminar y la Reunión sobre el Plan de Acción, el ejercicio se lleva a cabo mientras el personal desempeña su trabajo regular. (4)

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

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

En el **“Estudio de conocimientos, actitudes y prácticas para identificar necesidades de capacitación”**, realizado en los SILAIS de Managua, Boaco, Matagalpa y Jinotega en junio de 1996 por asesores técnicos de Management Science For Health (MSH); se encontró que en relación al “Tiempo de Espera” el 27% de los encuestados tuvieron que esperar un máximo de media hora antes de ser atendido, lo cual es bastante aceptable. Esta consideración no coincide con los resultados encontrados en los grupos focales realizados en este mismo estudio, ya que las conclusiones de los mismos señalan

como un importante problema las largas esperas.

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

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

Se estudió el trato en admisión el cual fue calificado como excelente y bueno por el 83% de los usuarios encuestados. El resto (15%) calificó el trato como regular o malo. La admisión en general, constituye el primer contacto del usuario con el centro de salud y es el lugar más importante para promocionar los servicios de salud. De la misma manera, la admisión puede ocasionar “rechazo” al usuario, por tanto se considera que un establecimiento con buena empatía elevaría este porcentaje hacia una apreciación positiva casi cercana al 100% y por lo tanto una mayor utilización de los servicios de salud.

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

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

Por otra parte, en los grupos focales y en relación con usuarias, se ha observado la total ausencia de relojes y la gran variedad de opiniones con respecto al “tiempo”. Mientras que para algunas usuarias la atención había durado media hora, para otras el mismo tiempo lo consideraron como cinco minutos.

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

Causas de insatisfacción

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

Causas menos frecuentes:

- “le contestaron mal”
- “le regañaron”
- “no le dieron medicamento”
- “no le explicaron los riesgos”

- “solicitó condones y no le dieron”
- Dos casos señalaron insatisfacción “porque no le examinaron”.

Causas de satisfacción

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

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

Por esta razón, si ésta relación es percibida en forma negativa, impedirá una buena promoción del servicio de salud o “venta” del mismo. Por el contrario, si la percepción acerca de las relaciones interpersonales es positiva, la promoción del servicio se hará prácticamente sin ningún esfuerzo.

En cuanto a la preferencia del horario de atención, un 76% de usuarios manifestó preferir el horario de la mañana. Posiblemente ésto responde a un problema de patrón cultural que los mismos servicios de salud han impuesto, o quizás realmente esa sea la preferencia del usuario. Sin embargo, se ha observado que en el sector privado, el comportamiento es diferente y los usuarios prefieren el horario de la tarde (21); aunque,

es probable que responda al mismo patrón cultural mencionado anteriormente e impuesto por los médicos, ya que la mayoría de ellos trabajan en el sector público por la mañana y en el sector privado por la tarde.

VII. DISEÑO METODOLOGICO

1. Tipo de estudio:

Investigación descriptiva y de corte transversal, realizada entre los meses de agosto a diciembre de 1998, en el Centro de Salud Ramón Guillén Navarro, del SILAIS Boaco.

2. Area de estudio:

El estudio se realizó en el municipio de Boaco, situado en la región central de Nicaragua y administrada por el SILAIS Boaco; a 88 kilómetros de la capital. Cuenta con 49,700 habitantes en una superficie de 1,042 Km².

3. Universo, tamaño de la muestra y unidad de muestreo:

Universo: Usuarios y proveedores de todos los servicios ofertados en el Centro de Salud Ramón Guillén Navarro del municipio de Boaco, diciembre de 1998.

Población: Proveedores que brindaron atención y total de usuarios que llegaron el día de levantamiento de los datos y utilizaron algún servicio de salud ofertado en el flujo de atención del Centro de Salud Ramón Guillén Navarro del municipio de Boaco, diciembre de 1998

Tamaño de la muestra: En cuanto al análisis de flujo del usuario en la accesibilidad a la estructura, se tomó como muestra todos los usuarios que demandaron algún servicio de los ofertados en el centro de salud el día en que se realizó el estudio, cantidad que se consideró como representativa.

-Para la percepción del proveedor, se tomó como muestra el 100% de los prestadores de los servicios de salud.

-Acerca de la percepción de los usuarios se tomó como muestra el 100% de los usuarios que demandaron atención de los servicios ofertados el día de la entrevista, cantidad que se consideró representativa.

Tipo de Muestreo: En el presente estudio se utilizó el método de muestreo no aleatorio, opinático y por conveniencia.

Unidad de observación y análisis: Usuarios que utilizaron uno o más de los servicios que oferta el Centro de Salud en su flujo de atención.

4.Procedimientos de recolección de los datos:

Fuente de información: La información se recolectó de los usuarios de servicios ofertados y del proveedor de servicios del Centro de Salud Ramón Guillén Navarro, los que constituyeron una fuente directa. Fuente indirecta: Revisión documental y estadística

Mecanismo de obtención de la información:

Etapa I Descripción de los tiempos:

*Procedimiento : Se utilizó un formulario de registro del usuario, el cual fue cargado por el usuario en el trayecto de los servicios utilizados en el flujo de atención del centro de salud. Al hacer uso de un servicio (ambiente); el proveedor (personal de salud) anotó en el formulario de registro la hora en que inició y terminó su contacto con el usuario, el cual recoge el tiempo en minutos de espera y contacto en cada servicio utilizado.(anexo No. 2) Se capacitó a 20 proveedores de la unidad de salud que tuvieron que ver con el flujo de atención y se le pidió la colaboración voluntaria de cada usuario.

*Instrumento : Se usó un formulario de registro para la obtención del tiempo utilizado por el usuario durante el trayecto del flujo de atención. (Anexo No. 2)

Etapa II ..Identificación de problemas

*Procedimiento: Se le entregó a cada prestador de servicio una guía de discusión sobre las áreas críticas para la identificación de problemas en los servicios de atención, la que sirvió al día siguiente para encausar la discusión que llevó a la obtención de consenso mayoritario (la mitad más uno) acerca de los problemas identificados en la organización de la atención. En este procedimiento se aplicó el método Delphi; cuando en la primera discusión no se logró el consenso, se procedió a profundizar los argumentos de discusión en el grupo hasta lograr el consenso de la presencia o no del problema analizado; si a pesar de la discusión no se hubiera logrado el consenso

mayoritario (situación que no se dio) se hubiera tenido que tomar en cuenta la opinión de un experto, pudiendo ser uno de los investigadores o un miembro del equipo municipal o SILAIS. Los datos que se obtuvieron se introdujeron a una matriz de acuerdo a las áreas críticas preseleccionadas y codificación establecida. En el proceso de discusión de consenso, se colocó en la matriz un (1) **SI** se presentó parcial o totalmente los síntomas que explican la escala de cada área crítica bajo análisis de cada servicio. Se colocó un (0) si se consideró que la situación que explica la escala **NO** se está haciendo presente en el servicio. La suma de la presencia de los problemas permitió identificar los de mayor relevancia en la columna de incidencia; para identificar los problemas organizacionales de más influencia y que tienen mayor impacto en la organización se ponderaron con valores que contienen de uno a tres cruces según la gravedad reconocida. Se consideró con una cruz (1) la de menor gravedad, con dos cruces (2) la intermedia y tres cruces (3) la de mayor gravedad. La columna de gravedad absorbe el total de la multiplicación de la columna de incidencia por los valores de ponderación.

*Instrumento: : Una guía al prestador de servicio por áreas críticas en la identificación de problemas organizacionales en los servicios de atención estudiado. (Anexo No. 3)

Etapa III: Percepción de los usuarios

*Procedimiento: Se realizó una encuesta de salida entrevistando a los usuarios después de terminado el flujo de la atención en la unidad de salud, se pidió la colaboración voluntaria para obtener su cooperación y evitar sesgo. Esta información se recolectó dos días después de llenados los formularios de registro del usuario y la

identificación de problemas organizacionales. Los formularios de registro del usuario fueron llenados por los investigadores y proveedores de salud de la unidad estudiada, estos se capacitaron un día previo al estudio realizado.

*Instrumento: Una encuesta de salida con preguntas semiestructurada para efectuar la entrevista a los usuarios. (Anexo No. 4)

Resumen de Instrumentos:

Se utilizó: a) un formulario de registro para la obtención del tiempo utilizado por el usuario durante el trayecto del flujo de atención; b) una guía al prestador de servicio por áreas críticas en la identificación de problemas organizacionales en los servicios de atención estudiados; y c) una encuesta de salida con preguntas semiestructurada para efectuar la entrevista a los usuarios.

Se realizó una prueba piloto en dos centros de salud para darle validez a los instrumentos; además, se valoró la comprensión del mismo por los proveedores y usuarios, lo que provocó ligeras modificaciones al formato.

5. Procesamiento de la información:

Una vez recolectados los datos se procesaron utilizando: a) en la fase de recepción e inserción de la información los programa EPIINFO 6.04 y Corel Qttro. Pro v.8. b) en la fase de procesamiento y producción de cuadros y gráficos de resultados los programas Corel Word Perfect v.8, Qttro Pro v.8, Word v.7 y Harvard Gráfico v.3.0.

El proceso de recolección de datos se llevó a cabo en dos semanas, abarcando desde la definición y preparación del equipo de trabajo hasta la revisión, codificación y ordenamiento de los instrumentos de recolección de la información. La duración del estudio desde su planificación hasta la elaboración de los resultados fue de cinco meses.

Al obtener la información, se ordenó según codificación definida para cada servicio y se agrupó para la introducción de datos según criterios establecidos.

6. Variables del estudio: Según objetivos específicos

- Tiempo en que incurren los usuarios al hacer uso del flujo de atención

- * Servicio de atención
- * Tiempo de espera
- * Tiempo de contacto

- Problemas en la organización de los servicios (áreas críticas)

- * Accesibilidad de la información
- * Accesibilidad a los servicios
- * Seguridad en la atención
- * Calidez de la atención
- * Continuidad en la atención

- Satisfacción con el flujo de atención

- * Satisfacción con el trato personal
- * Satisfacción con el tiempo de espera
- * Satisfacción con el tiempo de contacto
- * Satisfacción con el horario de atención
- * Horario de atención de preferencia

7. Plan de análisis:

Para el **cumplimiento del primer objetivo**, se realizó el cruce de variables SERVICIO DE ATENCION con las siguientes variables: TIEMPO DE ESPERA y TIEMPO DE CONTACTO.

Para el **cumplimiento del segundo objetivo**, se efectuó el cruce de variables SERVICIO DE ATENCIÓN con las siguientes variables: ACCESIBILIDAD DE LA INFORMACION. ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS, SEGURIDAD EN LA ATENCION, CALIDEZ DE LA ATENCION Y CONTINUIDAD EN LA ATENCION.

Para el **cumplimiento del tercer objetivo**, se hizo la distribución de frecuencia simple de la variable HORARIO DE ATENCIÓN DE PREFERENCIA y se efectuó el cruce de variables SERVICIO DE ATENCION con las siguientes variables: SATISFACCION CON EL TRATO PERSONAL, SATISFACCION CON EL TIEMPO DE ESPERA, SATISFACCION CON EL TIEMPO DE CONTACTO y SATISFACCION CON EL HORARIO DE ATENCION.

8. Operacionalización de variables:

Servicio de atención:

Concepto: Ambiente estructural o funcional donde el centro de salud oferta y el usuario demanda una atención para satisfacer necesidades.

Indicador: Uso del servicio de atención. según indique el proveedor

Escala: SI
 NO

Tiempo de espera:

Concepto: Tiempo que transcurre el usuario desde su llegada al centro de salud hasta ser atendido en el primer contacto con un servicio y desde que termina con el contacto anterior hasta que es atendido con el contacto subsiguiente.

Indicador: Minutos utilizados según indique el reloj cronometrado de los proveedores de cada servicio utilizado por el usuario.

Escala: Minutos (las fracciones de segundos se redondean en minutos)

Tiempo de contacto:

Concepto: Tiempo que transcurre el usuario desde que inicia hasta que termina la atención brindada por el proveedor del servicio.

Indicador: Minutos utilizados según indique el reloj cronometrado del proveedor de cada servicio utilizado por el usuario.

Escala: Minutos (las fracciones de segundos se redondean en minutos)

Accesibilidad de la información al usuario:

Concepto: Es la disponibilidad de información y materiales en todas las áreas a estudiar en el centro de salud que ayudarán en el proceso de la toma de decisiones del usuario, por ello la calidad y oportunidad de la información son factores críticos para el soporte de esas decisiones.

Indicador: Problemas consensuados y encontrados en la información expresada por el proveedor del servicio y que son confirmados por el investigador a través de la técnica de observación en el momento del análisis.

Escala:	Deficiencia de la información	Valor:	+ (1)
	Inadecuada disponibilidad de la información		++ (2)
	Ausencia de la información		+++ (3)

Accesibilidad a los servicios:

Concepto: Es la condición variable de la población de poder utilizar o ser atendido por los servicios de salud

Indicador: Problemas consensuados y encontrados en la accesibilidad a cada uno de los servicios, expresada por el proveedor y que son confirmados por el investigador mediante la observación en el momento del análisis.

Escala:	Inaccesibilidad geográfica	Valor:	+ (1)
	Inaccesibilidad económica		++ (2)
	Insuficiente organización de los servicios		+++ (3)

Seguridad en la atención del proveedor y del usuario:

Concepto: Esta de acuerdo con la selección de la prescripción médica, de la prevención de enfermedades, de la información sobre las complicaciones de las mismas y de los procedimientos técnicos utilizados para una adecuada atención en salud.

Indicador: Problemas consensuados y encontrados en la seguridad de la atención de los servicios ofertados, expresados por el proveedor y que son confirmados por el investigador a través de la técnica de observación en el momento del análisis.

Escala:	Procedimientos técnicos inadecuados	Valor: +	(1)
	Insuficiente suministro de materiales	++	(2)
	Deficiencia de normas operativas	+++	(3)

Calidez de la atención:

Concepto: Es el derecho del usuario al uso de un servicio en condiciones que muestren respeto y consideración para él mismo durante la prestación de los servicios.

Indicador: Problemas encontrados y consensuados en la privacidad, comodidad y confidencialidad de la consulta brindada al usuario, referido por él (los) proveedor (es) de servicio y que son confirmados por el investigador a través de la técnica de observación en el momento del análisis.

Escala:	Deficiente comodidad al usuario	Valor: +	(1)
	Deficiente relación prestador usuario	++	(2)
	Deficiente confidencialidad	+++	(3)

Continuidad en la atención del usuario:

Concepto: Es la característica del servicio de realizar las actividades debidas en la secuencia apropiada y sin interrupción o ruptura del proceso de atención del usuario desde el ingreso hasta que se le da de alta.

Indicador: Problemas encontrados y concensuados en las normas de los componentes programáticos en los servicios de salud que se

brindan al usuario, referido por él (los) proveedor (es) de servicio y que son confirmados por el investigador a través de la técnica de observación en el momento del análisis.

Escala:	Insuficiencia de normas de continuidad	Valor: + (1)
	Desconocimiento de normas de continuidad	++ (2)
	Inexistencia de normas de continuidad	+++ (3)

Satisfacción con el trato personal:

Concepto: Consideración, respeto, cortesía, amabilidad que el usuario percibe al relacionarse con el personal de salud que oferta los servicios.

Indicador: Nivel de satisfacción indicada por el usuario entrevistado.

Escala:	10 a 9	Valor: Muy satisfecho
	8 a 7	Satisfecho
	6 a 5	Poco satisfecho
	4 a 3	Insatisfecho
	2 a 1	Muy insatisfecho

Satisfacción con el tiempo de espera:

Concepto: Conformidad de los usuarios con el tiempo de espera para ser atendidos en el servicio.

Indicador: Nivel de satisfacción indicada por el usuario entrevistado

Escala:	10 a 9	Valor: Muy satisfecho
	8 a 7	Satisfecho
	6 a 5	Poco satisfecho
	4 a 3	Insatisfecho
	2 a 1	Muy insatisfecho

Satisfacción con el tiempo de contacto:

Concepto: Conformidad de los usuarios con el tiempo en que dura la atención en el servicio.

Indicador: Nivel de satisfacción indicada por el usuario entrevistado

Escala:	10 a 9	Valor: Muy satisfech
	8 a 7	Satisfecho
	6 a 5	Poco satisfecho
	4 a 3	Insatisfecho
	2 a 1	Muy insatisfecho

Satisfacción con el horario de atención:

Concepto: Conformidad del usuario con el horario de atención que dispone el centro de salud.

Indicador: Nivel de satisfacción indicada por el usuario entrevistado

Escala:	10 a 9	Valor: Muy satisfecho
	8 a 7	Satisfecho
	6 a 5	Poco satisfecho
	4 a 3	Insatisfecho
	2 a 1	Muy insatisfecho

Horario de atención de preferencia:

Concepto: Horario que más le satisface al usuario al momento de recibir un servicio de atención en la unidad de salud.

Indicador: Atención de preferencia indicada por el usuario entrevistado

Escala:	♦ 24 horas	♦ 1/2 día	
	♦ Mañana	♦ Tarde	♦ Otro

VIII. RESULTADOS:

En el presente trabajo se estudiaron un total de 186 pacientes en el análisis de flujo del usuario, en este caso la muestra fueron todos los usuarios que demandaron algún servicio de los ofertados en el centro de salud el día en que se realizó el estudio.

Para la percepción del proveedor se entrevistó al 100% de los prestadores de los servicios de salud en la identificación de problemas organizacionales de cara al usuario.

Acerca de la percepción de los usuarios para estudiar su satisfacción con los servicios ofertados, se tomó como muestra el 100% de todos los que demandaron atención de los servicios el día de la entrevista; siendo la muestra de 60 personas que hicieron uso del Centro de Salud “ Dr. Ramón Guillén Navarro” del municipio de Boaco en diciembre de 1998

I. Análisis de Flujo del Usuario (AFU)

Tiempo de espera y de contacto en que incurrieron los usuarios según servicios ofertados:

a. Usuarios por Servicios de Atención:

De los 13 servicios estudiados, cerca de la mitad (46%) son utilizados por más del 20% de los usuarios de la unidad, siendo en orden de frecuencia: admisión, farmacia, clasificación/PAI, laboratorio, Atención Integral a la Mujer (AIM) y caja. Del total de usuarios que hacen uso de los servicios que oferta el centro de salud estudiado, el 64% (119) requirieron los servicios de admisión en búsqueda de expedientes; sin embargo, un 36% de los usuarios no utilizaron este servicio. El siguiente servicio con relación a la frecuencia de uso del mismo fue la farmacia con un 57.5%, seguido muy de cerca por clasificación con 48.4%. Laboratorio, AIM y caja presentaron un 25.3% , 22% y 21.5%

respectivamente; es importante señalar que la quinta parte de usuarios pagan algún servicio en caja. (Tabla No. 1)

Las clínicas de Atención Integral a la Niñez (AIN) tuvieron un comportamiento similar en cuanto a la presencia de pacientes en sus cubículos, siendo 16.7% para AIN y 15.1% para AIN/URO, quienes conjuntamente representan el 31.8% de atención a usuarios. (Tabla No. 1)

El resto de servicio de atención presenta porcentajes que fluctúan entre 11.8 en morbilidad general y 1.1 en la consulta especializada. (Tabla No. 1)

b. Porcentaje de minutos empleados en espera y contacto:

Del total de minutos utilizados por los 186 pacientes que visitaron la unidad, cerca de las dos terceras partes (5.290 minutos) fueron invertidos en espera de ser atendidos y apenas una tercera parte (2.848 minutos) del tiempo invertido por el usuario fue utilizado en contacto directo con el servicio solicitado, el tiempo de espera y contacto representan un 65% y 35% respectivamente. (Tabla No. 2)

En el 62% de los servicios se espera un tiempo superior a la media (65%), siendo los servicios de admisión, clasificación/PAI, morbilidad general y consulta especializada los que presentan un tiempo de espera mayor al 80% y los servicios de AIM, caja y farmacia presentan tiempos de espera entre el 70 y 80 por ciento. Solamente los servicios de AIN/URO y crónicos presentan tiempos de espera inferior a la cuarta parte del total utilizado y esto es debido a sus propias características funcionales ya que en crónicos

utilizan tiempo considerable en el contacto relacionado a su patología y en AIN/URO atienden niños en hidratación que requieren tiempo prolongado de contacto. (Tabla No.2)

c. Promedio de minutos usados en espera y contacto:

El promedio total de minutos de espera utilizados por los pacientes antes de hacer uso de los servicios fue de 28.4 minutos, el que casi duplica el tiempo de contacto, con duración de 15.3 minutos. (Tabla No.3)

Al hacer el análisis por servicio, en algunos de ellos se presentan extremos en el promedio del tiempo de espera. Como se podrá observar en consulta especializada el tiempo es cerca de una hora (55.5 minutos) mientras que crónicos cuenta con apenas un minuto. La consulta especializada a pesar que su tiempo de espera fue muy prolongado, no contrasta con el corto tiempo de contacto (8.5 minutos) en la atención directa con el servicio, lo que representa un 13.3 % del total de tiempo utilizado por los usuarios.

La mayoría de los servicios tienen promedios de espera aceptables, los que están muy por debajo de 15 minutos. Por sus características de comportamiento los servicios de caja, farmacia y crónicos presentan un promedio de espera menor de cinco minutos. Los servicios que incrementan sus promedios de tiempo en espera son AIM, Morb. Gral. y Cons. Especializada; si no se contara con estos servicios, entonces el promedio total de contacto se incrementaría en la cuarta parte (3.9 minutos), pasando de 15.3 a 19.2 minutos. (Tabla No.3)

Entre los servicios con los promedios más alto de contacto directo con los usuarios están AIN/URO, laboratorio y odontología, con 21.3, 16.5 y 16.3 minutos respectivamente; sin embargo, admisión, clasificación/PAI, caja y farmacia presentan los promedios de contacto más bajos del Centro de Salud, los que fluctúan entre 1.1 y 2.1 minutos.

Los Servicios de atención al niño no se comportan de manera similar.

Mientras AIN/URO tiene un promedio alto, AIN es de 6.2; ésto se debe, a que en el servicio de AIN/URO se atienden a niños con diarrea para rehidratación oral, lo que prolonga su tiempo de contacto y por lo tanto estos promedios no son comparables. Morbilidad General y Consulta especializada presentan 8.5 minutos promedio de contacto el que se asemeja al de AIM que es de 7.9.

Los servicios por debajo de cinco minutos de contacto son: admisión, clasificación/PAI, caja, farmacia y crónicos, siendo este último un reflejo de calidad de atención no óptima, ya que el estándar aceptable es de cinco minutos de duración en la consulta a usuarios subsecuentes.

En contraste con AIN y AIM cuya duración oscila entre 6 y 8 minutos, AIN/URO rebasa los parámetros establecidos por lo arriba mencionado.

Curación tiene un promedio de 10 minutos que por sus propias características es aceptable. (Tabla No. 3)

Al realizar un análisis global de todos los servicios encontramos que el promedio total de minutos usados en la atención de los pacientes fue de 43.8, muy similar al gastado en morbilidad general (44.9).

Aunque, la mayoría de los servicios andan por debajo del promedio total, el servicio de consulta especializada con 64 minutos los superó en más del 40%. (Tabla No. 3).

II. Identificación de Problemas Organizativos:

Se estudiaron un total de cinco áreas críticas las cuales tienen que ver con:

- Accesibilidad de la información
- Accesibilidad a los servicios
- Seguridad
- Calidez
- Continuidad

A. Areas críticas y sus escalas/indicadores en base al diagnóstico de problemas:

a. Accesibilidad de la información al usuario:

De los trece servicios estudiados con las tres escalas/indicadores para esta área crítica, se observó la presencia de problemas en todos ellos, notándose en 5 una deficiencia en la información hacia los usuarios y en 8 servicios se apreció una inadecuada disponibilidad de la información a los mismos usuarios, (observaciones categorizadas como incidencia). Sin embargo, es de destacar que en ninguno de los servicios se tenga ausencia a la información para los usuarios del centro de salud.

Del total de incidencia presentada en esta área (13), la deficiencia de información representa el 38% y la inadecuada disponibilidad de la información el 62%. La incidencia observada (13) representa la tercera parte de la probabilidad de incidencia (39) de problema para esta área crítica.

La gravedad del problema se centra en la inadecuada disponibilidad de la información, lo que representa el 76.2% del total de gravedad y es apenas del 23.8% para la deficiencia de información.

La ponderación de 21 puntos de gravedad representa un 27% del total de probabilidades (78) para esta área crítica (Tabla No. 4 y en anexos ver tabla matriz)

b. Accesibilidad de los servicios:

Al analizar esta área encontramos que no hay problemas en la accesibilidad geográfica de los usuarios hacia la unidad de salud, ya que ningún servicio manifestó esta problemática.

En 8 servicios se manifestaron problemas con la accesibilidad económica y en dos de ellos (AIn y Laboratorio) se encontró problemas de accesibilidad en la organización de los servicios y son éstos últimos también los más afectados en esta área crítica con dos escalas implicadas.

En esta área con una incidencia de 10, el 80% corresponde a la accesibilidad económica y el 20% a la accesibilidad en la organización de los servicios.

El total de incidencia representa la $\frac{1}{4}$ parte de probabilidades de ocurrencia.

La gravedad del problema se centra en la accesibilidad económica, con un 72% del total de puntos ponderados (22) y éstos últimos corresponden al 28% del total de probabilidades esperadas. (Tabla No. 4 y en anexo ver tabla matriz)

c. **Seguridad en la atención del proveedor y del usuario:**

Esta área presenta una incidencia de once (con afectación de sus tres escalas), correspondiéndole un 28% del total de probabilidades de ocurrencia (39), porcentaje igual a calidez de la atención: ligeramente mayor a la accesibilidad de los servicios y más del doble a la continuidad en la atención del usuario.

Del total de incidencia en el área crítica, el 64% corresponde a un insuficiente suministro de materiales el cual está presente en más de la mitad (7) de los servicios estudiados; el 27% (morbilidad general, crónicos y curaciones) se presenta con procedimientos técnicos inadecuados y odontología (9%) con deficiencia en normas operativas.

En el servicio de curación están presente las tres escalas/indicadores de problemas del área crítica estudiada; mientras que morbilidad general y crónicos tienen únicamente dos escalas afectadas.

La mayor concentración de gravedad está ubicada por el insuficiente suministro de materiales con un 70% del total de puntos ponderados (20), seguido por procedimientos técnicos inadecuados y deficiencia de normas operativas con 15%. La gravedad total que representa el 26% del total de probabilidades en puntos ponderados, es mayor que en la calidez y continuidad de la atención, pero ligeramente menor que en la accesibilidad de la información al usuario y a los servicios. (Tabla No. 4 y en anexo ver tabla matriz).

d. **Calidez de la atención:**

En esta área, igual que la anterior, están presente las tres escalas/indicadores de problemas y ambas cuentan con una incidencia de 11

El mayor peso porcentual de incidencia está centrado en la deficiente comodidad al usuario con 55%, la cual está presente en seis servicios, seguido por deficiente relación prestador usuario (27%) presente en 3 servicios (Admisión, Farmacia y Odontología) y deficiente confidencialidad con un 18% y presente en dos servicios (Morbilidad general y Crónicos).

En términos de incidencia, representa más de la $\frac{1}{4}$ parte del total de probabilidades

Al analizar la gravedad, encontramos que las tres escalas de problemas tienen el mismo nivel de gravedad, con un 33.3% para cada una.

Se obtuvo un puntaje de gravedad de 18, el cual es menor que en las tres áreas críticas anteriormente mencionadas y además representa el 23% del total de probabilidades de puntuación ponderada. (Tabla No. 4 y en anexo ver tabla matriz).

e. **Continuidad de la atención del usuario:**

Esta área crítica es la que menos problemas presenta; es la que más baja incidencia (5) y gravedad (9) tiene.

El problema está centrado en el desconocimiento de normas de continuidad, presente en 4 servicios únicamente. En términos de incidencia representa el 80% y en términos de gravedad representa el 89%.

Existen normas de continuidad y en efecto, no se manifestó esto como un problema en los servicios.

Sobre el total de probabilidades la incidencia obtenida representa un 13% y la gravedad obtenida representa 12%, aunque se considere como un problema de baja envergadura, no puede dejarse al libre albedrío ya que para el usuario merece una gran importancia en el abordaje de su problema sanitario. (Tabla No. 4 y en anexo ver tabla matriz)

B. Incidencia de problemas en los servicios de atención:

Para las cinco áreas críticas se presentaron un total de 50 incidencias, las cuales en orden de mayor a menor les corresponde: accesibilidad de la información al usuario 26%, accesibilidad a los servicios una quinta parte, seguridad en la atención del proveedor y del usuario un 22%, calidez de la atención un 22% y continuidad de la atención al usuario con una décima parte.

El área crítica de accesibilidad de la información al usuario está presente en todos los servicios (13); seguida por accesibilidad a los servicios y calidez de la atención que ambas están presentes en ocho servicios, teniendo problemas comunes en más de la tercera parte de los servicios (5).

La seguridad en la atención del proveedor y del usuario tiene presencia en siete servicios y la continuidad en la atención del usuario es el área de menor presencia en los servicios con un 38% (5). (Tabla No. 5)

Los servicios de clasificación/PAI, caja, AIN/URO y AIM tienen problemas organizacionales en 2 ó menos áreas críticas, estando presente en todas ellas la accesibilidad de la información; seguridad de la atención en AIN/URO y accesibilidad a los servicios en AIM.

Los servicios que tienen problemas en tres áreas críticas son: admisión, AIN, farmacia y consulta especializada, siendo común para los cuatro servicios la accesibilidad de la información al usuario.

La calidez de la atención está presente en admisión, farmacia y consulta especializada, y la accesibilidad a los servicios en admisión, AIN y consulta especializada.

La seguridad de la atención sólo tiene presencia en farmacia y la continuidad de la atención únicamente en AIN.

Es de importancia mencionar, que están presente cuatro ó más áreas críticas de problemas organizacionales en los cinco servicios restantes, a saber: laboratorio, morbilidad general, crónicos, curación y odontología, siendo común para todos ellos los problemas de accesibilidad de la información y calidez de la atención (Tabla No.5)

Al analizar el porcentaje de incidencia por servicios de atención revela que los de más alta incidencia (por arriba del 10%) son: morbilidad general con 14%, crónicos, curación y odontología con 12% y laboratorio con 10%; el resto de los servicios oscilan entre el 2% y 8%. (Tabla No. 5)

El peso porcentual que reflejan las áreas críticas sobre el total de incidencias de cada servicio se describe a continuación

a. Accesibilidad de la información: representa el 100% en clasificación/PAI y caja; 50% en AIN/URO y AIM; la tercera parte en admisión y consulta especializada; la cuarta parte en AIN y farmacia; la quinta parte en laboratorio y menos del 17% en el resto de los servicios.

b. Accesibilidad a los servicios: en los servicios de AIN y AIM se tiene un peso porcentual de 50%; laboratorio con 40%; admisión y consulta especializada con una representación del 33.3%; los servicios de morbilidad general, crónicos y odontología tienen porcentajes que oscilan entre 14% y 17%; el resto de los servicios (5) no tuvieron presencia de este problema crítico.

c. En cuanto a seguridad de la atención: hay problemas en siete servicios (odontología, farmacia, laboratorio, morbilidad general, crónico, curaciones y AIN/URO), los porcentajes oscilan entre el 16% y 50%, siendo Curaciones y AIN/URO, los que tienen el mayor porcentaje.

d. En cuanto a la calidez de atención: este es un problema que no se presenta en: clasificación/PAI, AIN, AIN/URO, AIM y caja, pero sí en los ocho restantes servicios con un máximo porcentaje de 50% en farmacia y un mínimo de 16.7% en crónicos y curación.

Los servicios con mayor afectación de la calidez son: farmacia, morbilidad general y odontología, por tener dos (2) escalas afectadas.

e. Continuidad en la atención del usuario: presente únicamente en cinco servicios, el mayor porcentaje lo tiene AIN con 25% seguido con 16.7% en crónicos, curación y odontología y el servicio de laboratorio con 14.3%. (Tabla No. 5).

Odontología es el único servicio que presenta insuficiencia de normas de continuidad y a pesar que la inexistencia de normas no es un problema, si lo es el desconocimiento de las mismas, que se expresa en AIN, Morbilidad General, Crónicos y Curaciones.

f. Los servicios de Odontología, Crónicos y Morbilidad General, son los únicos servicios que están afectados en todas las áreas críticas.

C. Gravedad de problemas en los servicios de atención:

Si se analiza la situación de acuerdo a esta óptica encontraremos una estrecha correlación de la gravedad con la incidencia ocupando los servicios los mismos lugares en ambos análisis, con ligeras variaciones de ponderación.

La gravedad presenta problemas que se encuentran girando en torno a las cinco áreas críticas, siendo las áreas más afectadas la accesibilidad de los servicios y de la información con 22 y 21 de gravedad respectivamente. (Tabla No. 6)

El problema de accesibilidad de la información (deficiente o inadecuada) a los usuarios se encuentra en todos los servicios siendo muy alta en clasificación/PAI y caja con 100%, AIN/URO y AIM con valores de cincuenta por ciento.

Valores intermedios los encontramos en admisión, consulta especializada y AIN, cuyos porcentajes fluctúan entre 33.3 y 22.2 %; el resto de servicios tienen porcentajes muy bajos menores de 18.2%. (Tabla No. 6).

Es de hacer notar que no existe ausencia de información en ningún servicio.

La accesibilidad a los servicios aunque ausente en algunos (clasificación, AIN/URO, caja, farmacia y curación) tienen valores muy altos (>50%) en los servicios de: AIN, AIM, Consulta especializada y laboratorio); en admisión, odontología, crónicos y morbilidad general. los valores se encuentran entre 33.3 y 15.4%. (Tabla No. 6). Aunque los problemas de accesibilidad geográfica no fueron reportados en la investigación, se presentó deficiencia en la accesibilidad a la organización de los servicios en AIN y laboratorio; el problema de accesibilidad económica estuvo presente en el resto de los servicios.

Al estudiar la seguridad en la atención, esta no aparece como problema en los servicios de admisión, clasificación/PAI, AIN, AIM, caja y consulta especializada, pero presenta valores altos en AIN/URO y curaciones con 50 y 54.5% respectivamente. El resto de servicios fluctúa entre farmacia con 33.3% y odontología y laboratorio con 22.2. (Tabla No. 6).

Hay tres servicios que presentaron procedimientos técnicos inadecuados: morbilidad general, crónicos y curaciones.

Curaciones fue el único servicio que presentó deficiencia de normas operativas y afectación de sus tres escalas, siendo éste el servicio más inseguro seguido de morbilidad general y crónicos.

El insuficiente suministro de materiales, está presente en AIN/URO, farmacia, laboratorio, morbilidad general, crónicos, curación y odontología.

Los problemas de calidez de la atención no se presentan en clasificación/PAI. AIN, AIN/URO, AIM y caja; sin embargo, muestra los picos más altos en farmacia, admisión, odontología, morbilidad general, crónicos y consulta especializada donde se encuentran los siguientes valores: 50%, 33.3%, 33.3%, 30.8%, 25% y 25% respectivamente. (Tabla No. 6)

La continuidad de la atención del usuario, solamente está presente en cinco servicios, fluctuando los porcentajes entre el 22.2% en AIN y 11.1% en odontología, los otros servicios con presencia de este problema son: morbilidad general, crónico y curación, el resto de los servicios no presentan este problema. (Tabla No. 6)

Al analizar el porcentaje de gravedad por servicios de atención revela que los de más alta gravedad (igual o mayor al 10%) son: morbilidad general con 14.4%, crónico con 13.3%, curación con 12.2%, AIN, laboratorio y odontología con 10%; el resto de los servicios fluctúan entre el 1.11% y 6.67%. (Tabla No. 6)

III. Percepción de los usuarios sobre su satisfacción con los servicios:

a. Grado de satisfacción con el trato personal:

Podemos afirmar que la gran mayoría de los 60 usuarios entrevistados, los cuales hicieron uso de los servicios que oferta el centro de salud, se encuentran satisfechos o muy satisfechos con el trato personal que recibieron de los proveedores en la unidad de salud al ser atendidos con relación al saludo, respeto, cortesía, amabilidad y cordialidad.

Es importante mencionar, que las dos terceras partes de los usuarios estaban muy satisfechos con el trato personal que se les dió y en más de las dos terceras partes de los servicios, no se reportó algún grado de insatisfacción en las categorías de poco satisfecho, insatisfecho y muy insatisfecho. (Tabla No. 7)

De los 51 pacientes abordados y que hicieron uso del servicio de admisión, el 76.5% (39) se encontraba muy satisfecho con el trato recibido de respeto, cortesía, amabilidad y cordialidad por los proveedores; así mismo otra gran cantidad dijo sentirse satisfecho 19.6% y solamente el 3.9% (2), se mostraron pocos satisfecho con el trato personal. (Tabla No. 7)

De los usuarios (39) que hicieron uso del servicio de clasificación/PAI, más de las dos terceras partes (71.8%) manifestaron sentirse muy satisfechos con el trato de respeto, cortesía, amabilidad y cordialidad recibido por el personal de salud y una quinta parte manifestó satisfacción, en contraste con el bajo grado de satisfacción reportado por tres usuarios del servicio, que se mostraron poco satisfecho, insatisfecho y muy insatisfecho. (Tabla No. 7)

Encontramos que de los 21 usuarios entrevistados en el servicio de AIN más de la mitad (57.1%) estuvieron muy satisfecho y el 28.6% satisfecho; es de notar, que solamente dos demandantes del servicio estuvieron insatisfechos y uno muy insatisfecho con el trato personal. (Tabla No. 7)

En cuanto a la opinión de los usuarios del servicio de AIN/URO, más del 80% están muy satisfechos con el trato recibido y el resto de usuarios 16.7% se sintieron satisfechos.

Los usuarios de laboratorio, consulta especializada y curación opinaron en más del 90% estar muy satisfechos con el trato personal que les brindaron los prestadores de servicio en relación al saludo, respeto, cortesía, amabilidad y cordialidad.

En farmacia, a pesar que las tres cuartas partes estuvieron muy satisfechos y la quinta parte satisfecho, hubo dos usuarios que refirieron poca satisfacción con el servicio (4.16%). (Tabla No. 7)

b. Grado de satisfacción con el tiempo de espera:

Los servicios con mayor número de pacientes participantes en el aporte de opinión sobre estar conforme con el tiempo que pasó esperando para ser atendido en los servicios que le ofertó el centro de salud, según orden de frecuencia fueron: admisión, farmacia, clasificación, AIN y laboratorio.

En más del 60% de los servicios, mas de las tres cuartas partes de los usuarios opinaron estar muy satisfechos con el tiempo que pasaron esperando para ser atendidos en los servicios utilizados; ningún usuario manifestó estar muy insatisfecho con el tiempo de espera en todos los servicios y apenas tres usuarios opinaron estar insatisfechos

correspondiendo a los servicios de admisión, clasificación y AIN. En estos mismos servicios: 4.1 y 4 pacientes respectivamente refirieron poca satisfacción con la atención brindada.

El servicio de farmacia tuvo dos pacientes poco satisfechos (Tabla No. 8).

En el servicio de admisión el 74.5% de los usuarios opinaron estar muy satisfecho con el tiempo de espera, el 15.7% satisfecho, el 7.8% poco satisfecho y el 2% insatisfecho.

En clasificación/PAI, 27 usuarios de los 39 que participaron manifestaron estar muy satisfecho. la cuarta parte opinaron estar satisfecho y refirieron uno de cada categoría como poco satisfecho e insatisfecho.

Para el servicio de AIN, más de las tres cuartas partes opinaron algún grado de satisfacción, correspondiéndole el 57.1% al grado de muy satisfecho y 19% al grado de satisfecho; en el grado de poco satisfecho opinaron cuatro usuarios y apenas uno en la categoría de insatisfacción.

En el servicio de AIN/URO, el 66.7% dijo estar muy satisfecho y el 33.3 satisfecho, no mostrando sus usuarios ningún grado de insatisfacción(Tabla No. 8)

En los servicios de :AIM, caja, farmacia, laboratorio y morbilidad general, mas de las tres cuartas partes de los usuarios expresaron estar muy satisfechos con la atención.

En los servicios de: crónicos, consulta especializada, curación y odontología el grado de satisfacción con el tiempo de espera fluctuó entre el 50 % y el 33% (Tabla No. 8)

c. Grado de satisfacción con el tiempo de contacto:

Más del 90% de los usuarios entrevistados que hicieron uso de los servicios ofertados por el centro de salud opinaron estar conformes con el tiempo que duró la atención brindada por el prestador de servicio, las tres cuartas partes refieren haber estado muy satisfecho y 18% satisfecho; escasamente el 5% manifestaron estar poco satisfechos y 2% insatisfechos, para ningún servicio manifestaron el grado de muy insatisfecho.

Los servicios con mayor diversidad de opinión fueron: admisión clasificación, AIN, caja, farmacia, laboratorio, odontología y morbilidad general. (Tabla No. 9)

El total de usuarios que hicieron uso de los servicios de AIN/URO y curación dijeron sentirse muy satisfechos con el tiempo de contacto que duró la atención, seguido de farmacia donde el 89.6% refirieron esta categoría; cerca de las tres cuartas partes de usuarios dijeron estar muy satisfechos en los servicios de admisión (74.5%), clasificación/PAI (74.4%), AIN (71.4%) y morbilidad general con 75%. En el resto de los servicios (excepto odontología que no se manifestó en esta categoría) la opinión de los usuarios varió entre 50% y 66.7%. (Tabla No.9)

En la categoría de estar satisfecho, el mayor número de usuarios se concentra en admisión y clasificación con un peso porcentual por servicio de 23.5% y 20.5% respectivamente.

En los servicios de farmacia, morbilidad general, crónico, consulta especializada y odontología, se manifestó para esta categoría un usuario por servicio y que al analizarlo por su peso porcentual, estos difieren entre 2.1% para farmacia y 50% para consulta especializada y odontología. (Tabla No.9)

Los servicios donde el mayor número de pacientes dijeron estar pocos satisfechos con el tiempo que duró la atención brindada por el prestador del servicio son clasificación/PAI y farmacia (2 y 3 pacientes) que representa 5.12% y 6.28% respectivamente.

Admisión, caja, laboratorio, morbilidad general y odontología tuvieron un paciente cada uno para esta categoría de poco satisfecho.

Para el grado de insatisfacción de este análisis, solamente opinaron cuatro pacientes, de los cuales tres dijeron sentirse insatisfechos con el servicio de AIN (14.3%) y un usuario opinó para el servicio de farmacia con un peso porcentual de 2.1%.

Hay que observar que AIN/URO, AIM, crónicos, consulta especializada y curaciones, son los servicios que mostraron grados de satisfacción con el tiempo de contacto(Tabla No. 9)

d. Grado de satisfacción con el horario de atención:

El nivel de satisfacción guarda la misma relación que con el tiempo de contacto, donde más del 90% de los usuarios entrevistados que hicieron uso de los servicios ofertados por

la unidad de salud, manifestaron algún grado de satisfacción con el horario en que se brindan los servicios de atención el centro de salud.

Cerca de las tres cuartas partes refiere haber estado muy satisfechos y 16.3% satisfechos; escasamente el 4.2% manifestaron estar poco satisfechos, 3.3% insatisfechos y 1.4% muy insatisfecho.

En los servicios donde hubo mayor diversidad de opinión en cuanto al grado de satisfacción fueron: admisión clasificación, AIN, AIM, caja, farmacia y laboratorio. (Tabla No.10)

En los servicios de AIN/URO, crónicos, consulta especializada y curación, todos los usuarios revelaron estar muy satisfechos con el horario en que brinda los servicios el centro de salud.

En los servicios de morbilidad general y odontología. es donde, los usuarios no mostraron ningún grado de insatisfacción. (Tabla No.10)

Los servicios que tuvieron el mayor número de personas poco satisfechas fueron: admisión y AIN (con 3 y 2 usuarios respectivamente).

Aunque los pacientes que se manifestaron fueron pocos los mismos representa el 5.88% y 9.52% de poca satisfacción por el horario brindado en esos servicios.

En clasificación/PAI, AIM, caja y farmacia solamente hubo un paciente en cada servicio poco satisfecho. (Tabla No.10)

la unidad de salud, manifestaron algún grado de satisfacción con el horario en que se brindan los servicios de atención el centro de salud.

Cerca de las tres cuartas partes refiere haber estado muy satisfechos y 16.3% satisfechos; escasamente el 4.2% manifestaron estar poco satisfechos, 3.3% insatisfechos y 1.4% muy insatisfecho.

En los servicios donde hubo mayor diversidad de opinión en cuanto al grado de satisfacción fueron: admisión clasificación, AIN, AIM, caja, farmacia y laboratorio. (Tabla No.10)

En los servicios de AIN/URO, crónicos, consulta especializada y curación, todos los usuarios revelaron estar muy satisfechos con el horario en que brinda los servicios el centro de salud.

En los servicios de morbilidad general y odontología. es donde, los usuarios no mostraron ningún grado de insatisfacción. (Tabla No.10)

Los servicios que tuvieron el mayor número de personas poco satisfechas fueron: admisión y AIN (con 3 y 2 usuarios respectivamente).

Aunque los pacientes que se manifestaron fueron pocos los mismos representa el 5.88% y 9.52% de poca satisfacción por el horario brindado en esos servicios.

En clasificación/PAI, AIM, caja y farmacia solamente hubo un paciente en cada servicio poco satisfecho. (Tabla No.10)

la unidad de salud, manifestaron algún grado de satisfacción con el horario en que se brindan los servicios de atención el centro de salud.

Cerca de las tres cuartas partes refiere haber estado muy satisfechos y 16.3% satisfechos; escasamente el 4.2% manifestaron estar poco satisfechos, 3.3% insatisfechos y 1.4% muy insatisfecho.

En los servicios donde hubo mayor diversidad de opinión en cuanto al grado de satisfacción fueron: admisión clasificación, AIN, AIM, caja, farmacia y laboratorio. (Tabla No.10)

En los servicios de AIN/URO, crónicos, consulta especializada y curación, todos los usuarios revelaron estar muy satisfechos con el horario en que brinda los servicios el centro de salud.

En los servicios de morbilidad general y odontología. es donde, los usuarios no mostraron ningún grado de insatisfacción. (Tabla No.10)

Los servicios que tuvieron el mayor número de personas poco satisfechas fueron: admisión y AIN (con 3 y 2 usuarios respectivamente).

Aunque los pacientes que se manifestaron fueron pocos los mismos representa el 5.88% y 9.52% de poca satisfacción por el horario brindado en esos servicios.

En clasificación/PAI, AIM, caja y farmacia solamente hubo un paciente en cada servicio poco satisfecho. (Tabla No.10)

la unidad de salud, manifestaron algún grado de satisfacción con el horario en que se brindan los servicios de atención el centro de salud.

Cerca de las tres cuartas partes refiere haber estado muy satisfechos y 16.3% satisfechos; escasamente el 4.2% manifestaron estar poco satisfechos, 3.3% insatisfechos y 1.4% muy insatisfecho.

En los servicios donde hubo mayor diversidad de opinión en cuanto al grado de satisfacción fueron: admisión clasificación, AIN, AIM, caja, farmacia y laboratorio. (Tabla No.10)

En los servicios de AIN/URO, crónicos, consulta especializada y curación, todos los usuarios revelaron estar muy satisfechos con el horario en que brinda los servicios el centro de salud.

En los servicios de morbilidad general y odontología. es donde, los usuarios no mostraron ningún grado de insatisfacción. (Tabla No.10)

Los servicios que tuvieron el mayor número de personas poco satisfechas fueron: admisión y AIN (con 3 y 2 usuarios respectivamente).

Aunque los pacientes que se manifestaron fueron pocos los mismos representa el 5.88% y 9.52% de poca satisfacción por el horario brindado en esos servicios.

En clasificación/PAI, AIM, caja y farmacia solamente hubo un paciente en cada servicio poco satisfecho. (Tabla No.10)

la unidad de salud, manifestaron algún grado de satisfacción con el horario en que se brindan los servicios de atención el centro de salud.

Cerca de las tres cuartas partes refiere haber estado muy satisfechos y 16.3% satisfechos; escasamente el 4.2% manifestaron estar poco satisfechos, 3.3% insatisfechos y 1.4% muy insatisfecho.

En los servicios donde hubo mayor diversidad de opinión en cuanto al grado de satisfacción fueron: admisión clasificación, AIN, AIM, caja, farmacia y laboratorio. (Tabla No.10)

En los servicios de AIN/URO, crónicos, consulta especializada y curación, todos los usuarios revelaron estar muy satisfechos con el horario en que brinda los servicios el centro de salud.

En los servicios de morbilidad general y odontología. es donde. los usuarios no mostraron ningún grado de insatisfacción. (Tabla No.10)

Los servicios que tuvieron el mayor número de personas poco satisfechas fueron: admisión y AIN (con 3 y 2 usuarios respectivamente).

Aunque los pacientes que se manifestaron fueron pocos los mismos representa el 5.88% y 9.52% de poca satisfacción por el horario brindado en esos servicios.

En clasificación/PAI, AIM, caja y farmacia solamente hubo un paciente en cada servicio poco satisfecho. (Tabla No.10)

la mitad de lo encontrado en el municipio de San José de los Remates (41%). En relación al estudio de demanda de servicios de salud, realizado en Nicaragua por MSH/MINSA/BID en agosto de 1996, se encontró que en los centros de salud del país. El 32% de encuestados tuvieron algún gasto de atención curativa ambulatoria; de tal manera, que el cobro por servicios ofertados en las unidades del país es una realidad y esta práctica siempre deberá ser regulada por la institución, lo que aún desconocemos es: en cuanto está contribuyendo el fondo de recuperación (declarados y/o no declarados) en mejorar la calidad de los servicios.

El que los servicios sean producidos al menor costo unitario posible es otro atributo de calidad en salud, pero aquí estamos hablando del gasto producido por el usuario al hacer un pago directo por consulta, medicamentos y exámenes de laboratorio en los centros de salud visitados; en otras palabras, recuperación de fondos de la institución y no estamos hablando del gasto producido por la institución en la producción de servicios ofertados. Si bien es cierto que la gran mayoría de clientes (78.5%) no pagan por los servicios brindados en la unidad estudiada, la diferencia porcentual provoca insatisfacción y rechazo a la demanda de los servicios. Esta situación que enfrenta el C/S Ramón Guillén Navarro es una generalidad de los países en desarrollo. Si la recuperación de fondos en las unidades de salud tiene la función de entregar al usuario servicios de calidad, ésta debe hacerse con equidad económica en la capacidad adquisitiva del cliente. El cobro no debe ser con la finalidad de recuperar fondos, sino de mejorar la calidad, porque la calidad no se mejora únicamente cerrando la brecha presupuestaria con cobro de servicios. Se hace necesario involucrar a la sociedad en su conjunto, compartiendo responsabilidad con el sector privado, público, ONGs y población en general; seguramente, el cliente al recibir calidad de los servicios estará satisfecho en aportar económicamente al fondo de recuperación.

Es importante analizar la proporción de pacientes que no utilizaron el servicio de farmacia (42.5%), lo que probablemente se deba a:

- ⇒ La naturaleza de su consulta en atención
- ⇒ Programas preventivos
- ⇒ Citas de seguimiento que no necesitaban prescripciones
- ⇒ Medicamentos agotados, (en el estudio de satisfacción de los usuarios con el flujo del modelo de atención integral a la mujer y la niñez en este mismo centro de salud, febrero de 1998, se encontró que del total de medicamentos no despachados en farmacia, el 56% se clasificaron como agotados)
- ⇒ Prescripciones de marca (en ese mismo estudio se encontró que el 38% no se despacharon porque el prestador prescribió medicamentos con nombre comercial y en el estudio de demanda de servicios de salud mencionado anteriormente, el 39.8% de los usuarios que recibieron atención curativa ambulatoria no les despacharon ninguno de los medicamentos prescritos porque el servicio no tenía).

En los demás servicios se nota un uso sumamente reducido, lo que nos habla de subutilización de los recursos, incluida la consulta odontológica que además representa ingresos económicos para el municipio y por lo tanto se debería potencializar.

La espera por un servicio produce ansiedad, la cual al final se traduce en inconformidad cuando la atención no se realiza en un tiempo razonable. Esta situación se empeora si además en el proceso de consulta el tiempo de contacto es reducido. Considerando que la espera y contacto determinan en gran medida la satisfacción del usuario; un tiempo de 65% en la primera y 35% en la segunda que existe de manera global en la atención del C/S Ramón Guillén, está condicionando una atención deficitaria. Sin embargo, al comparar estos porcentajes con los obtenidos en los municipios de San José de los Remates y Teustepe se refleja una mejoría, ya que en estos dos últimos municipios hay más deterioro en los porcentajes de tiempo en espera (80.5%

y 88.5%) al igual que el de contacto en (19.5% y 11.5% respectivamente). Esta situación se da a pesar que los municipios mencionados tienen poblaciones que representan el 20% y 45% de las correspondientes al municipio de Boaco y la relación de recursos calificados (médicos y auxiliares de enfermería) por habitantes es mayor que en Boaco. Al analizar que proporción de la población demanda los servicios de salud en cada municipio, probablemente ésta sea mayor en San José de los Remates y Teustepe, municipios donde la oferta de servicios privados es insuficiente o inexistente, mientras en Boaco la oferta privada va en aumento. Si en el estudio de demanda de servicios de salud, de los que buscaron atención en cualquier servicio (28.5%) apenas representa el 5.9% de la población, entonces sería interesante investigar ¿qué porcentaje atienden estos municipios? así como conocer la productividad de los recursos y otras causas de espera prolongada.

Si se analiza en función de los diferentes servicios de atención: admisión, clasificación/PAI, morbilidad general y consulta especializada presentan un tiempo de espera más prolongado, el cual fue mayor que 80%. Probablemente en algunos servicios la espera de un mayor número de usuarios desesperados presiona al proveedor a que les brinde un contacto con tiempo reducido y por consiguiente de calidad deteriorada. La gente va al centro a visitar al prestador para demandarle servicios y no a esperar por él, cuando el tiempo de espera es mayor que el de contacto la queja del paciente es inmediata, aunque existen otros servicios con tiempo de espera menos prolongados que los anteriores (AIM, caja y farmacia) (cuya espera fluctúa entre 70 y 80%) éstos todavía son tiempos muy prolongados.

Sin embargo hay que considerar que en el centro de salud existen otros servicios como AIN/URO, laboratorio, crónicos, curación y odontología que presentan porcentajes de tiempo en contacto muy buenos que causan probablemente satisfacción en los pacientes; por lo que sus estrategias deberán ser tomadas en cuenta si se pretende optimizar la atención del centro.

Por otra parte el promedio total utilizado en toda la atención desde que el paciente entró a la unidad de salud hasta que salió fue de 43.8 minutos, tiempo bastante bueno si se le compara con unidades similares de la misma capacidad de resolución; en Teustepe la duración fue más del doble (95 minutos), en San José de los Remates fue cuatro veces mayor (cerca de tres horas) y en otras regiones el promedio es de dos horas. Este promedio esta afectado directamente por los servicios de consulta especializada y morbilidad general que presenta promedios muy por encima del total (64 y 44.9 minutos respectivamente) el cual está muy influenciado por esperas muy grandes, lo que se traduce en espera innecesaria, o en largas colas de espera y que podría subsanarse con horarios escalonados que eviten la pérdida de tiempo del paciente. Los cambios en los tiempos de espera de estos servicios vendrían a modificar enormemente el promedio de minutos utilizados por los pacientes, mejorando al centro en su totalidad. El promedio total de minutos utilizado en la gran mayoría de servicios fluctúan entre 18.5 de AIN y 26.7 de laboratorio que constituyen valores excelentes. Los promedios más bajos están dados por servicios como: admisión, clasificación/PAI, caja y farmacia; lugares en los que se entiende que no haya mucha dilación en la atención aunque todos estos servicios podrían mejorar aún más sus tiempos de espera.

Si comparamos el tiempo promedio en minutos de espera que es cerca de media hora (28.4 minutos) con la hora y media que pasan esperando los usuarios para ser atendidos en el municipio de Teustepe y más de dos horas en el municipio de San José de los Remates; en general pudiera ser considerado como bueno; aunque, existen servicios que se apartan del promedio total como la consulta especializada, donde el paciente espera cerca de una hora (55.5 minutos) lo que consideramos excesivo para un servicio y probablemente este problema más se deba a asistencia tardía del médico especialista, recurso que no está bajo la responsabilidad administrativa del centro de salud, sino que del hospital.

Los servicios de morbilidad general y atención integral a la mujer tienen promedios también altos, de 36.4 y 21.5 minutos respectivamente; aunque significativamente bajos en relación a los encontrados en la encuesta de demanda de servicios de salud, donde los tiempos de espera son superiores a una hora en los centros de salud para la atención curativa ambulatoria y consulta de prevención y control. Estas cifras son similares a las encontradas en el estudio realizado por MSH en 1996 sobre conocimientos, actitudes y prácticas aplicadas a usuarios de centros de salud de Managua, Boaco, Jinotega y Matagalpa en la identificación de necesidades de capacitación, donde más del 60% de los usuarios fue atendido después de una hora y el 20% esperó tres o más horas; los demás servicios, si bien es cierto que se apartan del promedio global del municipio lo hacen en sentido positivo presentando valores menores que 10 minutos lo que consideramos óptimo.

Independientemente de que la pérdida de tiempo sea ocasionada a nivel del contenido de trabajo o del tiempo improductivo por deficiencia de la dirección o imputable al trabajador; se está haciendo esperar demasiado al usuario de la consulta especializada, morbilidad general y AIM traduciéndose en largas colas de espera por lo que se hace perentorio tratar de solucionar esta problemática ya que el centro de salud de manera global mejoraría de inmediato.

Es relevante mencionar que aún siendo un problema el tiempo de espera real cronometrado en los servicios arriba mencionados, difiere con la opinión de los usuarios en la encuesta de satisfacción realizada en nuestra investigación, donde ningún usuario expresa algún grado de insatisfacción, todos están satisfechos o muy satisfechos.

Otros servicios que muestran esta misma tendencia son: odontología, curaciones, crónicos, laboratorio, caja, AIM y AIN/URO.

En esta misma encuesta, los servicios más deteriorados son: farmacia, clasificación, admisión y AIN, que muestran dos pacientes con algún grado de insatisfacción en los dos primeros servicios y cinco pacientes en los últimos dos.

El tiempo de espera cronometrado en AIN, AIN/URO y AIM no fue mayor de 21 minutos; sin embargo en la encuesta de satisfacción de los usuarios con el flujo del modelo de atención integral a la mujer y la niñez en el C/S Ramón Guillén Navarro en noviembre de 1997, realizado por los Drs. Mariano Barahona, Esperanza Villarreal y Alan Barquero; se encontró que más de las dos terceras partes de los usuarios tardaron más de media hora en ser atendidos en estos servicio y un tercio de ellos, duró más de una hora. En esa encuesta los usuarios percibieron más tiempo de lo encontrado en nuestro estudio con medición cronométrica, pudiendo significar que la percepción del tiempo por los usuarios es mayor que el real.

El servicio de atención a crónicos tiene un promedio de espera muy bajo (1 minuto), pero los pacientes que asistieron a este servicio (3) fueron muy pocos, esta situación más bien refleja una sub-utilización de los recursos disponibles la que está originando falta de cobertura en la población real. Este servicio debe potencializarse con estrategias de promoción y mercadeo donde el cliente sea sujeto activo en la resolución de su enfermedad, no sólo de conocer su patología, sino de garantizar sus medicamentos y la continuidad del proceso (club de crónicos), entre otras cosas.

El promedio global de tiempo de contacto (tiempo en minutos que duró la atención por los servicios que utilizó el usuario) en el C/S Ramón Guillén fue de 15.3 minutos. valor muy similar al obtenido en el municipio de Teustepe (12 minutos) y representa la mitad de lo obtenido en San José de los Remates (39 minutos) y en la encuesta de hogares sobre demanda de servicios de salud por la consulta de prevención y control (29 minutos).

Al hacer el análisis por servicio, la situación es poco alentadora ya que alrededor del 70% de los servicios tienen un promedio de contacto (duración de la atención) menor de 10 minutos y en más de la tercera parte de estos, su duración es menor de cinco minutos. Hace cerca de una década la duración de la consulta para los servicios ambulatorios curativos y de control el MINSA indicaban como nivel de excelencia quince minutos en

la primera vez y diez minutos en las subsecuentes; indicadores que actualmente no se utilizan para programar ni para tomarlos como referencia en la productividad de los recursos prestadores de servicios. Sería conveniente utilizar un indicador de referencia en cuanto al tiempo en minuto de la atención a los usuarios en los servicios ofertados, tomando en cuenta el nivel de excelencia exigido por la institución y la opinión de los usuarios en la satisfacción con la duración de su atención.

En la encuesta de hogares sobre demanda de servicios de salud se encontró que en la consulta a usuarios para atención curativa ambulatoria, el 59% duró menos de 10 minutos y en el estudio de satisfacción de los usuarios con el flujo del modelo de atención integral a la mujer y la niñez realizado en el centro de salud objeto de esta investigación, el 80% de usuarios duraron también menos de diez minutos en su consulta. En el estudio de conocimiento, actitudes y práctica realizado en cuatro SILAIS del país, en el cual se incluye Boaco, en el 40% de los usuarios, la consulta duró menos de cinco minutos.

Aunque, en este estudio el resultado promedio total es satisfactorio, es muy poco alentador para la mayoría de los servicios curativos y de control; con los resultados anteriormente analizados, se debe motivar la preocupación entre los gerentes de atención primaria para que puedan contribuir en aumentar la duración del tiempo de contacto y por consiguiente mejorar la calidad y calidez de atención y la satisfacción de los usuarios. Existen servicios que tienen un promedio de contacto mas alto que el global del centro, como lo son AIN/URO, laboratorio y odontología debido a que las labores propias del servicio así lo requieren; sin embargo, la duración en laboratorio (16.5 minutos) es muy prolongada si la comparamos con el tiempo de duración obtenido en los municipios de Teustepe y San José de los Remates con 5 y 2 minutos respectivamente. La razón de tan prolongado tiempo está dada por un ambiente estructural inadecuado, una inapropiada división del trabajo, una mala organización del servicio, la falta de recursos técnicos y equipos en mal estado. Con respecto al servicio de AIN/URO es apropiada la duración de atención en la consulta, ya que en este servicio se atienden usuarios afectados con

deshidratación por diarrea y un gran porcentaje de ellos se dejan en observación en la Unidad de Rehidratación Oral (URO), que es parte del mismo servicio, donde la observación puede durar hasta cuatro horas.

El tiempo de contacto en los servicios de admisión, clasificación, caja y farmacia con promedios muy bajos es lo adecuado por sus características de labores propias. Deberá mejorarse el tiempo de contacto en los servicios de AIN, AIM, crónicos, morbilidad general y consulta especializada ya que éstos son inferiores a 10 minutos. El servicio de crónicos presenta un excepcional promedio 3.3 minutos que no va con la naturaleza del servicio; además, existe una marcada subutilización del servicio que se expresa en escasez de pacientes lo que hace muy difícil una generalización, pero aquellos que asistieron sufrieron una atención deficiente, a este problema se le debe dar solución inmediata para evitar que el servicio se siga deteriorando.

Si se hace el esfuerzo por mejorar la organización de los servicios y contar con los recursos requeridos (humanos y materiales) probablemente se podrá ampliar el promedio de contacto y reducir el promedio de espera durante la atención de los servicios que se ofertan a los usuarios.

A pesar que el tiempo de contacto en la mayoría de los servicios es insuficiente, la mayoría de los usuarios encuestados (93%) refirieron algún grado de satisfacción con el tiempo de duración en la atención recibida y de éstos, más del 75% estaban muy satisfechos, situación muy similar a la encontrada en la encuesta de hogares sobre demanda de servicios de salud, donde más del 97% de los usuarios estaban satisfechos con el servicio de atención curativa ambulatoria recibida en los centros de salud del país. En los estudios de conocimiento, actitudes y prácticas y en el estudio de satisfacción de los usuarios con el flujo del modelo de atención integral a la mujer y la niñez, observamos resultados inferiores a los anteriores, pero siempre elevados, correspondiéndoles 68% y 72% respectivamente.

El nivel global de satisfacción con los servicios de atención que se evaluaron en esta investigación fue bastante bueno. Sin embargo, en la interpretación se debe considerar que la pregunta fue muy directa y en sentido positivo, (¿Está conforme con el tiempo que duró la atención en los servicios que le ofertó el centro de salud el día de hoy?) como que se indujera a contestar satisfactoriamente. En este caso, hay que considerar que la opinión del usuario puede tener un menor valor del expresado en la entrevista si no hay disponibilidad de otras opciones de selección de un proveedor, así como, indicación de una baja autoestima y nivel bajo de escolaridad, cuando con sólo el hecho de ser atendido se considere como un alto grado de satisfacción no importando el tiempo de duración de la consulta.

Algunos autores refieren que con el trato cordial, amable y amistoso del prestador de servicios se aumenta la satisfacción de los usuarios aún teniendo tiempos de espera y contacto técnicamente inapropiados.

Cuando realizamos un análisis del tiempo de contacto según servicios de atención, encontramos que los únicos servicios que no mostraron ningún grado de insatisfacción fueron: AIN/URO, AIM, crónicos, consulta especializada y curaciones. El resto de servicios muestran opiniones que están entre poco satisfechos e insatisfechos. En esta última categoría los servicios de: AIN y farmacia son los más afectados con 3 y 1 paciente respectivamente. El servicio de farmacia, además mostró 3 pacientes poco satisfechos, seguidos por clasificación con dos. El resto de servicios, sólo tiene un paciente poco satisfecho. Esta dispersión de opiniones refuerza el criterio de que el tiempo de contacto con el paciente es muy pobre a través de la mayoría de los servicios.

La Mayoría de los usuarios entrevistados (95%) opinaron que sintieron algún grado de satisfacción con el trato personal que le brindaron en relación al saludo, respeto, cortesía, amabilidad y cordialidad, de éstos el 73% refirieron estar muy satisfechos.

El buen trato hacia el usuario puede estar condicionado por múltiples factores, entre los más importantes están: las condiciones psico-sociales, de seguridad laboral y la presión que ejercen los clientes sobre el prestador de servicio. Este último factor está presente en los servicios de admisión, clasificación/PAI y farmacia, donde el AFU arrojó que alrededor de la mitad de los usuarios hacen uso de estos servicios y en la encuesta de satisfacción de usuarios cerca del 5% de ellos manifestaron estar poco satisfecho con el trato en el servicio. Admisión es el servicio de entrada a la unidad de salud, es el primer contacto con los usuarios y es un importante lugar para promocionar los servicios de salud.

En este servicio el estudio de conocimiento, actitudes y prácticas realizado en Managua, Boaco, Matagalpa y Jinotega por Management Science For Health (MSH) en 1996, encontró que más de las tres cuartas partes calificaron el trato recibido como bueno y excelente; cifra similar, se encontró en la encuesta sobre satisfacción de los usuarios con el flujo del Modelo de Atención Integral a la Mujer y la Niñez (MAIMN) realizado en el C/S Ramón Guillén Navarro, en 1997.

Los servicios de clasificación/PAI y AIN son los únicos que presentaron pacientes insatisfechos y muy insatisfechos (2 y 3 respectivamente). Preocupa la aparición de este problema sobre todo en AIN ya que estamos hablando de una de las clínicas de atención directa a un grupo altamente vulnerable y priorizado como lo son los niños. Probablemente, este sea el reflejo de la problemática de la organización de los servicios que hemos venido observando y que afecta al modelo de atención integral.

La satisfacción con el horario de atención va en correspondencia con las expectativas que tenga el usuario de los servicios.

En la unidad de estudio cerca de las tres cuartas partes de los usuarios manifestaron estar muy satisfechos con el horario de atención que le brindó el centro de salud y el 16% refirió estar satisfecho.

Los servicios de admisión, clasificación, AIN, AIM, caja, farmacia y laboratorio tienen problemas con el horario ya que cerca del 9% de los usuarios opinaron tener algún grado de insatisfacción, situación que en la encuesta sobre satisfacción de los usuarios con el flujo del MAIMN realizado en el C/S Ramón Guillén Navarro, en 1997 representa la tercera parte de usuarios en los servicios de consulta y laboratorio.

Las diferentes encuestas realizadas en este centro de salud han arrojado una alta preferencia por el horario de la mañana, seguido por el horario nocturno, en nuestro caso las tres cuartas partes prefirieron la mañana y cerca de la quinta parte desean que se les brinde consulta las 24 horas.

Posiblemente el horario de la mañana responde a un problema de patrón cultural que los mismos servicios de salud han impuesto, donde el sistema institucional condiciona al usuario a este comportamiento.

El comportamiento observado en el sector privado es diferente y muy probablemente los usuarios prefieren el horario de la tarde, que es el condicionado por este sector; entonces, es válido preguntarse si realmente esa sea la preferencia del usuario.

Lo más importante es que los servicios de salud durante el proceso del sistema adecuen los recursos técnicos y humanos a las necesidades del cliente, quien al final del proceso identifica como resultado estar satisfecho con la calidad de los servicios brindados por un proveedor eficiente y eficaz.

De acuerdo a la percepción que tienen los usuarios según servicios ofertados y analizando todas las variables, encontramos que los servicios más afectados son: admisión y AIN ya que al menos 14 pacientes manifestaron algún grado de insatisfacción con esos servicios, seguidos de cerca por clasificación y farmacia con 12 y 10 pacientes respectivamente.

Los servicios de morbilidad, AIM y odontología, presentaron poca afectación con solamente un paciente para cada servicio, mientras que caja y laboratorio, presentaron dos pacientes cada uno.

Los servicios que de ninguna manera presentaron insatisfacción fueron: crónicos, consulta especializada, curaciones, AIN/URO; todo ésto de acuerdo a la percepción que tienen los pacientes sobre el servicio que deberían haber recibido

El análisis crítico de la situación de los servicios de atención que se brindan en el centro de salud constituye una herramienta indispensable para el abordaje de los problemas con miras a la identificación de los mismos, a la toma de conciencia sobre ellos y la búsqueda de soluciones.

El área crítica *continuidad de la atención del usuario*, no representa un problema organizacional común en los servicios del centro de salud.

De las cinco áreas críticas estudiadas globalmente, las que tienen mayor influencia de problemas organizacionales comunes son las áreas de: *accesibilidad de información al usuario*, *accesibilidad a los servicios*, *seguridad en la atención del proveedor y del usuario* y *calidez de la atención*; las que presentan una incidencia mayor de diez y un impacto producido sobre los servicios de 18 ó más puntos ponderados de gravedad. Estas cuatro áreas tienen mínimas diferencias de puntajes en cuanto a la incidencia y gravedad del diagnóstico total de problemas y sobre ellas se centran los problemas en la unidad. La gerencia de salud deberá buscar una estrategia de cambio para lograr transformaciones importantes en la organización de la institución.

El problema organizacional más comúnmente encontrado en la unidad de salud fue la *accesibilidad de la información al usuario*.

Esta situación se presentó en todos los servicios estudiados, expresándose una incidencia de trece para esta área crítica y un impacto de 21 en la gravedad.

Al profundizar sobre el problema en cuestión, resultó que a pesar de contar con información, ésta no se encuentra disponible adecuadamente en ocho servicios, siendo afectados la mayoría de los servicios de consulta por morbilidad y control.

Esta situación podría determinar una decisión no acertada del paciente en cuanto a la resolución de sus necesidades en salud, con el subsecuente deterioro de la calidad de atención. Soluciones baratas como la consejería, charlas en sala de espera, rotulación de los servicios, sus horarios, tipos de atención que se brinda etc. expuestas en lenguaje sencillo vendrían a ser de gran utilidad en la búsqueda de una respuesta.

Es lógico pensar que servicios que cuentan con información inadecuadamente disponible, brindarán una deficiente información al usuario. Sin embargo, en los servicios de clasificación/PAI, farmacia, laboratorio, consulta especializada y odontología, a pesar de que no presentan problemas de ausencia y disponibilidad inadecuada de la información, los proveedores brindan una deficiente información a los clientes de sus servicios y por consiguiente no están en capacidad de comunicar a los usuarios potenciales sobre los servicios que oferta la unidad. Probablemente tengan los prestadores de servicio la capacidad de informar; pero toman una actitud cómoda, no aplican el conocimiento adquirido y consideran que el brindar mucha información al usuario es pérdida de tiempo el cual debe invertirse en su trabajo técnico y no en orientar al cliente; muchos recursos técnicos de salud consideran que la suficiente información al usuario no es parte de su rol profesional.

Para producir un cambio de actitud durante el proceso, hay que fortalecer el liderazgo de cambio y por consiguiente el liderazgo de calidad. En esta situación debe de estar comprometido el gerente de salud acompañado de su equipo que contagiarán en el proceso del cambio a todo el personal involucrado en la relación con el usuario. Entre los principios del liderazgo de calidad, es importante que los proveedores comiencen con el consumidor de servicios a orientar las acciones de desempeño durante el proceso para satisfacer y exceder las necesidades del usuario, dándole a éste algo de valor duradero. De esta manera el cliente proyectará una imagen institucional de cambio y propagandizará acerca de la calidad y los servicios que oferta el centro de salud. Un usuario de servicio bien informado, es un buen aliado y promotor de la institución.

La educación y capacitación continua y permanente se debe desarrollar en una organización de calidad, donde cada persona del centro de salud debe estar aprendiendo continuamente.

Los gerentes de cambio (equipo de dirección) deben motivar a los trabajadores a elevar constantemente su nivel de habilidad técnica y su experiencia profesional. Conforme la gente adquiere más información en relación a su trabajo, ejerce un mayor dominio del quehacer laboral y aprende a desarrollar sus capacidades; entonces, podemos decir que se está produciendo un cambio.

Cuando se analiza la accesibilidad de la información en función de la gravedad de los problemas, encontramos que los servicios mas afectados son clasificación y caja, donde la gravedad ocupa el 100% de la problemática seguidos de AIN/URO y AIM con el 50%.

El problema de *accesibilidad a los servicios*, ocupa el tercer lugar de mayor influencia (incidencia 10) y el primer lugar de mayor impacto (gravedad 22). Tiene un alcance de afectación para ocho servicios, siendo los servicios de AIN y laboratorio los de mayor impacto por tener inaccesibilidad económica y a la organización de los servicios.

No se identificó problemas de inaccesibilidad geográfica, pues los servicios están localizados físicamente de tal manera que los usuarios pueden acceder a ellos, sin pérdida de tiempo en transporte y su llegada oportuna para la atención. Los consumidores de servicios tienen buen acceso de caminos y transporte en el territorio; sin embargo, al llegar a la unidad de salud encuentran barreras organizacionales como es el tiempo que pierden esperando para ser atendidos y cuando logran romper la barrera del tiempo se encuentran con otras barreras organizacionales con el consecuente incremento de oportunidades pérdidas.

La barrera de mayor influencia en los servicios estudiados (13) es la económica, la cual afecta a 8 servicios (62%), influenciando el área crítica de *accesibilidad a los servicios*.

La accesibilidad económica, tiene un impacto de gravedad con puntuación ponderada de 16, similar ésta a la encontrada en el indicador de inadecuada disponibilidad de la información. Está ausente en clasificación, AIN/URO, caja, farmacia y curaciones. En AIN, AIM, laboratorio y consulta especializada, constituye el 50% o más de toda la problemática. La capacidad económica de la población demandante está afectada limitando el acceso a los servicios. Los egresos en salud que son eventuales, no son programados por los usuarios que demandan servicios en el centro de salud. Cuando éstos realizan algún pago por servicio recibido incrementan sus egresos; también, es de considerar que hay consumidores de servicios con escasos ingresos económicos que cuando no se les garantiza una entrega completa de servicios no se tiene el efecto deseado del mismo; una infección por neumonía no se cura con una consulta médica y una receta si el paciente no tiene acceso económico a las medicinas, entonces, el efecto del servicio es nulo.

En el centro de salud también se producen barreras económicas en programas de salud con servicios integrales subsidiados (salud materna y supervivencia infantil, entre otros). En éstos servicios hay un alto porcentaje de usuarios no satisfechos con la entrega de medicamentos (70% en la encuesta realizada en esta unidad de salud, sobre satisfacción de los usuarios con el flujo del MAIMN en 1997). Cuando el usuario llega a farmacia un porcentaje de sus recetas no son entregadas y más de la mitad de ellas corresponde a medicamentos agotados (56% según encuesta sobre satisfacción de los usuarios con el flujo del MAIMN en 1997).

Hay encuestas que demuestran que el 71.4% de los usuarios (madres y niños) no consiguieron el medicamento tres días después de la consulta, justificando su actitud en la falta de dinero.

Como la inaccesibilidad económica está afectando la oferta de servicios de salud, es de gran conveniencia realizar una encuesta a usuarios sobre la capacidad adquisitiva y de pago por servicios que garanticen su salud y la de su familia, ésto ofrecerá información que permita abordar mejor la problemática. En un estudio realizado en Siuna en julio de 1997(Estudio de la problemática de medicamentos en relación a la demanda de los servicios de la población del municipio de Siuna), se encontró que el 65% pagaron por servicios prestados y en otro estudio se encontró que más de las tres cuartas partes están dispuestos a pagar por servicios de salud.

La accesibilidad a la organización de los servicios, es un problema menos relevante que el económico, pero en esta área crítica es previsible la solución, más manejable y está alcanzable a la organización institucional.

Para enfrentar este problema que hace su presencia en los servicios de AIN y laboratorio, se hace necesario revisar la aplicación de las normas y sus procedimientos. En el centro de salud hay problemas organizacionales tienen que ver con la oferta, el nivel de responsabilidad de los servicios, las normas, procedimientos y los resultados en el logro de las metas productivas. Se debe tomar en consideración la responsabilidad en cada prestador de servicio lo cual implica el requerimiento de una operación eficiente y una normativa que establezca las pautas de productividad; ésto último actualmente no se hace pero el gerente de servicio debe contribuir en su aplicación.

Es importante recordar que la unidad organizacional es un conjunto específico de esfuerzos dentro de la institución y van dirigidos a obtener resultados concretos; por lo tanto, la relación entre las personas que participan en el logro de objetivos se construye sobre la base de compromisos con normas de productividad; además, el grado de cohesión del centro de salud condiciona su nivel de eficiencia, para lo cual los individuos deben estar conscientes de las exigencias formales de su puesto de trabajo.

En el centro de salud, el área crítica *seguridad en la atención del proveedor y del usuario* ocupa junto con calidez de la atención, el segundo lugar de influencia con una incidencia de 11 (los servicios mas afectados son: AIN/URO y curaciones, con el 50% de la problemática, seguidos de crónicos con 33%) y el tercer lugar de impacto con una gravedad de veinte.

Este problema está presente en siete de los servicios estudiados y su mayor influencia está orientada a los servicios de morbilidad general, crónicos y curación, en éste último se centra el mayor impacto de gravedad ya que en él se desarrollan los procedimientos técnicos de manera inadecuada, recibe un suministro de materiales que es considerado como insuficiente y además, las normas operativas que se aplican son deficientes.

Todos los servicios afectados en la seguridad (7), presentan problemas en suministro de materiales que representa el 64% de la incidencia y el 70% de gravedad en esta área. Este problema en la organización de los servicios dificulta el desempeño del proveedor durante el proceso de trabajo, deteriora la calidad y produce resultados poco eficaces y poco efectivos. La insuficiencia de suministro de materiales está determinada por la centralización del presupuesto y por la pobre asignación financiera a dicho rubro. Para mitigar la brecha presupuestaria la institución gestiona con organismos gubernamentales y no gubernamentales la adquisición de materiales, pero aún así, para los materiales de reposición periódica (guantes, gasas, esparadrapos, químicos para esterilización, etc.) no es sostenible dicha alternativa.

En los servicios de admisión, clasificación/PAI, AIN, AIM, caja y consulta especializada no se presentaron estos problemas, probablemente el personal está apropiado de la problemática y optimiza los escasos recursos materiales que dispone.

Toda institución debe velar por la *seguridad en la atención del proveedor y del usuario* en lo referente a la prescripción médica, prevención de enfermedades, complicaciones de las mismas y adecuados procedimientos técnicos que garanticen la buena atención en salud, porque de no hacerlo, el riesgo potencial se elevaría. Una unidad de salud no debe: prescribir medicamentos vencidos, utilizar equipos inadecuados y en mal estado, realizar

En el centro de salud, el área crítica *seguridad en la atención del proveedor y del usuario* ocupa junto con calidez de la atención, el segundo lugar de influencia con una incidencia de 11 (los servicios mas afectados son: AIN/URO y curaciones, con el 50% de la problemática, seguidos de crónicos con 33%) y el tercer lugar de impacto con una gravedad de veinte.

Este problema está presente en siete de los servicios estudiados y su mayor influencia está orientada a los servicios de morbilidad general, crónicos y curación, en éste último se centra el mayor impacto de gravedad ya que en él se desarrollan los procedimientos técnicos de manera inadecuada, recibe un suministro de materiales que es considerado como insuficiente y además, las normas operativas que se aplican son deficientes.

Todos los servicios afectados en la seguridad (7), presentan problemas en suministro de materiales que representa el 64% de la incidencia y el 70% de gravedad en esta área. Este problema en la organización de los servicios dificulta el desempeño del proveedor durante el proceso de trabajo, deteriora la calidad y produce resultados poco eficaces y poco efectivos. La insuficiencia de suministro de materiales está determinada por la centralización del presupuesto y por la pobre asignación financiera a dicho rubro. Para mitigar la brecha presupuestaria la institución gestiona con organismos gubernamentales y no gubernamentales la adquisición de materiales, pero aún así, para los materiales de reposición periódica (guantes, gasas, esparadrapos, químicos para esterilización, etc.) no es sostenible dicha alternativa.

En los servicios de admisión, clasificación/PAI, AIN, AIM, caja y consulta especializada no se presentaron estos problemas, probablemente el personal está apropiado de la problemática y optimiza los escasos recursos materiales que dispone.

Toda institución debe velar por la *seguridad en la atención del proveedor y del usuario* en lo referente a la prescripción médica, prevención de enfermedades, complicaciones de las mismas y adecuados procedimientos técnicos que garanticen la buena atención en salud, porque de no hacerlo, el riesgo potencial se elevaría. Una unidad de salud no debe: prescribir medicamentos vencidos, utilizar equipos inadecuados y en mal estado, realizar

probablemente está vinculada con la alta demanda de usuarios, el carácter del proveedor de servicio versus usuario y la falta de conocimiento sobre relaciones humanas.

La confidencialidad que debe mantener un prestador de servicio sobre su cliente, es como la que mantiene un sacerdote sobre su feligrés; sin embargo, en los servicios de morbilidad general y crónicos se practica la falta de confidencialidad para con sus usuarios. Es una práctica muy usual en algunos de los proveedores de servicios de salud que debe ser combatida por todo el personal ya que deteriora la imagen de la institución. Los servicios con mayor número de escalas afectadas (2) en su calidez son: morbilidad general, odontología y farmacia.

Cerca de las dos terceras partes de los servicios no presentaron problemas organizacionales en el área crítica *continuidad en la atención del usuario* y de los cinco servicios afectados el 80% tienen desconocimiento de normas de continuidad; siendo AIN el servicio más afectado, en el que constituye el 25% de toda su problemática.

Odontología es el único servicio que presenta insuficiencia de normas de continuidad; la ausencia de normas, no fue expresada como problema en ningún servicio. El ministerio de salud debe difundir las normas de continuidad existentes, revisarlas y readecuarlas a la situación que se considere apropiada. Las normas de continuidad deben ir orientadas a que toda actividad producida en el servicio debe llevar una secuencia apropiada y sin interrupción o ruptura del proceso de atención del usuario, hasta que se le dé alta. Algunas acciones a desarrollarse en la continuidad deberían de ser: Que todo usuario del servicio deba ser sujeto a la apertura de un expediente y su debido seguimiento; los usuarios que correspondan a otro territorio deberán ser orientados sobre la unidad de salud a que pertenecen y sobre el sistema de referencia y contra-referencia.

En el centro de salud estudiado más de la tercera parte de los usuarios de los servicios no hacen uso de expedientes y por lo tanto está presente el problema de continuidad en la atención al usuario.

X. CONCLUSIONES:

1. Existe una importante cantidad de usuarios que no hacen uso de expediente clínico ni del servicio de clasificación/PAI, lo que ocasiona pérdida de oportunidades en la atención.
2. La baja demanda de usuarios en los servicios de odontología, consulta especializada, crónicos y curación ocasiona sub-utilización de los recursos humanos y materiales.
3. En término general, el tiempo de espera global es aceptable siendo mucho menor que lo encontrado en centros similares.
4. Los usuarios tardan como promedio menos de una hora (43 minutos) en hacer el recorrido del flujo de atención por los diferentes servicios del centro de salud.
5. Aunque el centro de salud presenta un excelente promedio de contacto de $\frac{1}{4}$ de hora, en más de la tercera parte de los servicios este promedio de atención se reduce a menos de cinco minutos, lo que resta calidad en la atención.
6. El tiempo de contacto utilizado en el servicio de laboratorio es extremadamente prolongado por problemas estructurales, organizacionales y déficit de recursos técnicos y materiales, lo que ocasiona algún grado de insatisfacción por parte de los usuarios.

7. El problema organizacional más comúnmente encontrado en la unidad de salud fue la accesibilidad de la información al usuario.
8. La accesibilidad más deteriorada a los servicios de salud es la económica teniendo mayor impacto en AIN y laboratorio, donde además existen problemas en la organización del servicio. Esto se traduce en una reducción de la seguridad y la comodidad de la atención, con deterioro de la calidez pero no de la continuidad.
9. Los usuarios presentan bajas expectativas ya que a pesar de esperar mucho tiempo y recibir una atención corta, la gran mayoría estuvieron satisfechos.
10. La mayoría de los usuarios se sintieron muy satisfechos con el trato personal recibido por los proveedores de salud en relación al saludo, respeto, cortesía, amabilidad y cordialidad; al igual que con el horario de atención

XI. RECOMENDACIONES:

Para el nivel SILAIS

1. Desarrollar estrategias de promoción y mercadeo que facilite incrementar la demanda de los servicios, con mayor énfasis en odontología, consulta especializada, crónicos y curación.
2. Implementar estrategias articuladoras de interés multisectorial, donde se involucre como sujeto a la comunidad y sus representantes en la sociedad civil, Organismos No Gubernamentales y Gubernamentales, entre otros, que permitan hacer más accesible los servicios de salud a la población demandante.
3. Realizar investigaciones en la población demandante sobre la capacidad adquisitiva y disponibilidad de pago del usuario por servicios que garanticen su salud y la de su familia.
4. Desarrollar la capacidad de gestión municipal para la, optimización de recursos y modelos alternativos de financiamiento que faciliten una entrega de servicio con calidad técnica y humana.
5. Fomentar el liderazgo de cambio por la calidad, donde el proveedor de servicio oriente su desempeño a satisfacer y exceder las necesidades del consumidor de servicio.

Para el nivel Municipal

1. Organizar los horarios de atención en los servicios afectados que faciliten reducir el tiempo de espera prolongado e incrementar el tiempo de atención a los usuarios, haciendo mayor énfasis en AIM, morbilidad general y consulta especializada.
2. Priorizar la atención a usuarios que viven a mayor distancia del centro de salud e implementar un sistema de horario escalonado a usuarios más accesibles con el propósito de mejorar los tiempos de espera y contacto en los servicios.
3. Estructurar planes de capacitación en educación permanente y continua que oriente a los prestadores de servicio a elevar su habilidad técnica y experiencia profesional, a si como su conocimiento de las normas contribuyendo con ésto a mejorar la calidad y calidez de atención de los consumidores de servicios ofertados por la unidad.
4. Desarrollar acciones que mejoren la disponibilidad de la información en la unidad de salud fomentando la promoción de los servicios a través de consejería, charlas en sala de espera, rotulación de servicios, horarios y tipos de atención y utilización de medios de comunicación radial entre otros, con el propósito de facilitarle al usuario el mayor conocimiento sobre los servicios y que pueda hacer uso de ellos en la solución de sus necesidades en salud.
5. Implementar un sistema de monitoreo de los procedimientos técnicos, suministro de materiales y normas operativas con el propósito de velar por la seguridad en la atención del proveedor y del usuario.
6. Proporcionar algún nivel de privacidad, organización, limpieza, ventilación e iluminación en los servicios que permita elevar el grado de comodidad al usuario

XII. BIBLIOGRAFÍA:

- 1) Aguirre Gas , Hector. Evaluaciones de la calidad de la atención médica, expectativa de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas, 1990.
- 2) AVSC Internacional, Cliente Orientado Proveedor Eficiente (COPE), Servicios Eficientes para Satisfacer las Necesidades del Usuario, 1996. ✓
- 3) De Canales, Francisca H., *et al.*; Metodología de la Investigación, Manual para el desarrollo de personal de salud, 2da ed., 1989.
- 4) Dussán, Mary L; Solórzano, Alba L; Sáenz, Carlos J. Servicios Orientado al Cliente por Proveedor Eficiente (SOCPE), Manual adaptado a los Servicios en Atención Primaria , Documento inédito, Sept. 1998.
- 5) García, Manzo; Trebiño, Norberto. Calidad total: Estrategia para Mejorar los Servicios Médicos en Instituciones de Seguridad Social, Caja Costarricense de Seguro Social.
- 6) Halal, Iná. *et al.*, Avaliacao da qualidade de assistencia primaria a saúde em localidade urbana da regia o sul do Brasil, Revista de Salud Pública, 1994.
- 7) Manrique, Jorge *et al.*, Encuesta de Satisfacción de los Usuarios de un Hospital Público: Medida de la calidad de la atención médica, 1974.

- 8) Naciones Unidas para el Desarrollo, Fondo de cultura económica, Pobreza un tema impostergable. nuevas propuestas a nivel mundial, 4ta. ed, ampliada y actualizada. (tomo No. 2).
- 9) Nicaragua, Ministerio de Salud. Políticas nacional de salud 1997-2002, año1997.
- 10) Nicaragua, Ministerio de Salud. Programa de Modernización del Sector Salud 1998-2002. año 1998.
- 11) Olivas, Cruz Bertilda *et al.*, Estándares de enfermería para el mejoramiento de la calidad de atención. 1996.
- 12) Pavón Lazo, Hipolito. Evaluación de servicios de salud, 1985.
- 13) Pérez, Reynaldo; Ibarra, Ana María. La evaluación de la satisfacción de la población con los servicios de salud, Revista Cubana de Administración en Salud 1985.
- 14) Proyecto BID-MINSA. Programa para el fortalecimiento de los servicios de salud y de las instituciones del sector (ATN/SF-4127-N3) componente II, Informe final fortalecimiento de la gerencia hospitalaria, Diciembre 1996.
- 15) Proyecto BID-MSH, Estudio de demanda de los servicios de salud de Nicaragua, 1996.
- 16) Proyecto MINSA-Banco Mundial-Funsalud, Estudio de satisfacción del usuario,1996.

- 17) Proyecto Subregional de Desarrollo de la capacidad gerencial de los servicios de salud, OPS/OMS/PNUD. Teoría y técnica de desarrollo organizacional, (volumen No. 2), 1993.
- 18) Robets, Robert E; Clifford, Attkisson , Assesing client satisfaction among hispanic. Evaluation and program planning, 1993 , Vol. 6.
- 19) Salazar, Mariano. Calidad de atención: Conceptos, estrategias, prioridades, 1995.
- 20) Scholtes, Peter R. *et al.*; El manual del equipo, como usar equipos para mejorar la calidad, noviembre, 1991.
- 21) Sebastián, Pilar; Carlos J, Sáenz, *et al.*; Estudio de Conocimientos Actitudes y Prácticas Para Identificar Necesidades de Capacitación, Junio 1996.
- 22) SILAIS Managua, Dirección de Administración de Servicios de Salud, Propuesta de intervención en los servicios de salud: agenda de citas escalonadas, Sept. 1995.
- 23) Wynne, Roberts .Introducción al estudio del trabajo, 2ª.ed., 1976.

XIII. ANEXOS:

Anexo No.1

**Población promedio de usuarios demandantes de servicios en el Centro de Salud
Ramón Guillén Navarro del municipio de Boaco, 1er. semestre de 1998.**

MESES	NUMERO DE USUARIOS MENSUAL	PROMEDIO DIARIO DE USUARIOS
ENERO	4,678	234
FEBRERO	3,754	188
MARZO	2,979	149
ABRIL	3,854	193
MAYO	4,114	206
JUNIO	4,378	219
TOTAL	23,757	198

FORMULARIO DE REGISTRO DEL USUARIO

No. de usuario: _____

Fecha: __ // __

SILAIS: Boaco

Municipio: Boaco

Hora de llegada a la unidad de salud: ____:____

CONTACTO	SERVICIO	HORA INICIO	HORA TERMINA	OBSERVACION
1er. Contacto				
2do. Contacto				
3er. Contacto				
4to. Contacto				
5to. Contacto				
6to. Contacto				
8vo. Contacto				
9no. Contacto				
10mo. Contacto				
11vo. Contacto				
12vo. Contacto				
13vo. Contacto				
14vo. Contacto				
15vo. Contacto				

GUIA AL PRESTADOR DE SERVICIO POR AREAS CRÍTICAS
IDENTIFICACION DE PROBLEMAS ORGANIZACIONALES

La presente guía tiene por objeto obtener información fidedigna de los proveedores de servicios de salud de cara a la satisfacción de los usuarios de la unidad y que signifique problemas de atención. Su aporte es muy importante y le aseguramos que la información obtenida será manejada con total discreción. Se adjuntan preguntas de auto-reflexión para orientar sus respuestas. Si usted está enterado de un problema que no se plantea en esta guía, por favor incluyalo en su discusión. "Gracias por su valiosa colaboración"

I. Accesibilidad de la información:

Definición: Es la disponibilidad de información y materiales en todas las áreas a estudiar en el centro de salud que ayudarán en el proceso de la toma de decisiones del usuario, por ello la calidad y oportunidad de la información son factores críticos para el soporte de esas decisiones.

Indicadores de problemas:

a) **Deficiencia de la información:** Se presenta cuando no se dispone del conocimiento suficiente de la realidad en términos cualitativos, cuantitativos y de oportunidad para generar y sustentar racionalmente las decisiones que le corresponde al usuario tomar.

SI

NO

b) **Inadecuada disponibilidad de la información:** Este problema se da cuando los usuarios de la información no tienen acceso a la misma en el servicio; o esta no es comprensible para el usuario.

SI

NO

c) **Ausencia de la información:** Se da cuando no se tienen definidas formas e instrumentos concretos de información hacia los usuarios.

SI

NO

Preguntas de auto-reflexión: Está todo el personal en capacidad de informar a un usuario sobre como obtener los servicios? Aprovecha usted toda oportunidad para informar a los usuarios acerca de los servicios de la unidad de salud? La unidad de salud siempre facilita información a los usuarios acerca de los servicios disponibles, con señales visibles y bien elaboradas acerca de los días y las horas de servicios? Se realizan actividades educativas en las salas de espera que motiven a los usuarios a solicitar los servicios? Se dispone de material didáctico como: rotafolio, video, afiches, etc. para informar e instruir a los usuarios en la sala de espera? Se pregunta a los usuarios si entienden la información que reciben y si desean saber algo más?

II. Accesibilidad de los servicios:

Definición: Es la condición variable de la población de poder utilizar o ser atendido por los servicios de salud

Indicadores de problemas:

a) Inaccesibilidad geográfica: Es cuando la localización física de los servicios no permite una atención oportuna y el tiempo necesario para llegar al servicio es muy grande, independientemente del medio de transporte que se utilice. (A pié, Caballo, Vehículo motorizado, ect.,)

SI

NO

b) Inaccesibilidad económica: Cuando los servicios que se ofertan presentan barreras insalvables para el paciente haciendolo incurrir en gasto económico que no puede soportar, independientemente de la localización geográfica. (Cobro de servicios, pago por transporte, gastos de estadía y alimentación, entre otros)

SI

NO

c) Insuficiente organización de los servicios: -Esto se da cuando hay deficiencia en la aplicación de las normas operativas se presenta cuando no estan suficientemente definidos los procedimientos que deben realizarse o cuando ellos estan mal diseñados por no corresponder a la tecnología apropiada o por ser tan rígidos que dificulten la eficiencia de la unidad; o cuando, estando difinido los procedimientos no se conocen por falta de divulgación; o siendo conocidos no se aplican en la práctica, de tal suerte que la operación queda al margen de las regulaciones vigentes, o simplemente cuando estas son totalmente inexistente.-Rechazo al paciente por existencia de colas y tiempo de espera largo.

SI

NO

Preguntas de auto-reflexión: La unidad de salud está ubicada adecuadamente respecto a los usuarios potenciales? Hay servicios de transporte disponibles? ¿Está céntrica en relación a los territorios que cubre? Los servicios de atención que se cobran están al alcance de todos los usuarios? ¿El horario de los servicios responde a la demanda de los usuarios? Se brindan los servicios en la mañana y en la tarde pensando en los usuarios que trabajan? O responde generalmente a una cita establecida? Hay establecidos requisitos a los usuarios para poder recibir atención? (presentación de tarjetas, recibos por pagos, resultados de exámenes, delimitación de atención por territorio, etc.,).
Conoce el paquete de servicios a ofertar? Conoce el personal de salud el flujo de atención?

III. Seguridad en la atención brindada:

Definición: Esta va de acuerdo a la selección de la prescripción médica, de la prevención de enfermedades, de la información sobre las complicaciones de las mismas y de los procedimientos técnicos utilizados para una adecuada atención en salud.

Indicadores de problemas:

a) Procedimientos técnicos inadecuados: Este problema se da cuando los prestadores de servicio a los usuarios desconocen; o no aplican las normas de seguridad existentes en los procedimientos técnicos que se deben aplicar al atender al usuario, mismos que tienen la finalidad de evitar infecciones cruzadas y entregar insumos suficientes y seguros.

SI

NO

b) Insuficiente suministro de materiales: Este problema se da cuando no se facilita la seguridad sanitaria en la solución de los problemas del usuario, debido a suministro inadecuado de materiales de protección.

SI

NO

c) Deficiencia de normas operativas: El problema se presenta cuando no existen normas; o no están suficientemente definidas para la atención del usuario y del proveedor en cada uno de los servicios.

SI

NO

Preguntas de auto-reflexión: Se dispone de información para controlar la fecha de vencimiento de los medicamentos disponibles? Se dispone con equipos adecuados y en buen estado para prestar servicios eficientes y seguros al usuario? Realizan monitoreo de las actividades de los servicios? Se utilizan agujas y jeringas desechables siempre que sea posible? Se esteriliza adecuadamente el material reutilizable? Se dispone de guantes estériles o sometidos a desinfección de alto nivel cuando se necesitan? Se colocan las agujas y otro material corto-punzante en recipientes seguros antes de desecharlos? Se descontaminan los materiales y el instrumental reutilizables antes de esterilizarlos? Cuenta el personal con suficientes baldes, recipientes, blanqueadores y soluciones para esterilización y limpieza de instrumentos, locales y otros? Usa el personal material de protección (guantes, mascarillas, gorros, etc.) para limpiar los instrumentos sucios y deshacerse de los desechos contaminados? El personal después de atender a pacientes, manipular instrumentos contaminados o desechos se lava siempre las manos? Conoce el personal las normas técnicas de protección y prevención de infecciones?

IV. Calidez de la atención:

Definición: Es el derecho del usuario a la calidad humana en el uso de un servicio en condiciones que muestren respeto y consideración para él mismo durante la prestación de los servicios.

Indicadores de problemas:

a) Deficiente comodidad al usuario: Esta se presenta cuando las condiciones físico - estructurales y ambientales en los servicios prestados no son agradables; o no llena alguna de las expectativas del prestador de servicio y del usuario en cuanto al espacio, privacidad, organización, limpieza, iluminación y ventilación.

SI



NO



b) Deficiente relación prestador usuario: Esto se da cuando el usuario no recibe un trato basado en la cortesía, consideración y respeto a su dignidad de parte del prestador de servicio.

SI



NO



c) Deficiente confidencialidad: Este problema esta presente cuando existen comentarios acerca de la situación de salud del usuario con personas ajenas al servicio, o cuando no se lleva control estricto de los datos suministrados en las historias clínicas, permitiendo uso inapropiado de la información.

SI



NO



Preguntas de auto-reflexión: Durante la atención y/o consejería cuentan los usuarios con espacio privado dónde no estén a la vista, ni sean escuchados por otro personal ajeno a la consulta misma? Explican a los usuarios su problema de salud, las indicaciones del tratamiento, en caso de realizar exámenes? Si un tercero esta presente durante un examen, procedimiento o una sesión de consejería, explica el personal al usuario la presencia de esa persona y le pide su autorización? El personal respeta la confidencialidad del usuario evitando comentarios acerca de esta persona, a no ser que sea para interconsulta o solicitar consejos de otro personal clínico? Se controla estrictamente el acceso a la historia clínica del usuario? Trata el personal a los usuarios con cortesía, consideración, y con todo el respeto a su dignidad? Reciben las usuarias que acuden a la unidades de salud el trato que a usted le gustaría que le dieran? Se garantiza la comodidad a las usuarias durante los exámenes físicos? La unidad de salud tiene establecidos mecanismos para que las usuarias den sugerencias para mejorar los servicios o sobre otros que le gustaría recibir? Considera usted que los diferentes servicios son agradables y cómodas? (Es decir, con suficiente espacio, bien organizado, limpio, bien iluminado, con buena ventilación). Los expedientes clínicos están disponibles fácil y rápidamente?

V. Continuidad en la atención del usuario:

Definición: Es la característica del servicio de realizar las actividades debidas en la secuencia apropiada y sin interrupción o ruptura del proceso de atención del usuario desde el ingreso hasta que se le da de alta.

Indicadores de problemas:

a) Insuficiencia de normas de continuidad: El problema se presenta cuando no esta suficientemente definido el mecanismo de cita a los controles subsecuentes de los usuarios en los paquetes de atención ofertados en cada uno de los servicios; o cuando en dichos paquetes no están incluidos exámenes complementarios que faciliten la continuidad de la resolución del problema sanitario; o cuando el servicio no cuenta con el suficiente material para brindar una atención continuada (instrumentos de registro como protocolos o expedientes clínicos)

SI

NO

b) Desconocimiento de normas de normas de continuidad: Se presenta cuando estando definidos los mecanismos de citas, la inclusión de exámenes complementarios, el material necesario para brindar la atención; estos no se conocen por falta de divulgación o siendo conocidos, no se aplican en la práctica, de tal suerte que la operación queda al margen de las normas vigentes.

SI

NO

c) Inexistencia de normas de continuidad: Se manifiesta en la falta de explicación de los parámetros en paquetes ofertados al usuario en cuanto a: mecanismo de citas, uso de exámenes complementarios para darle seguimiento al paciente, cantidad y oportunidad de insumos para brindar la atención, de tal forma que no se dispone de un marco de referencia.

SI

NO

Preguntas de auto-reflexión: Los usuarios de otros territorios, atendidos en su unidad de salud, son informados sobre la unidad de salud que les corresponde para continuar su atención? Existe un mecanismo para reportar estos usuarios a sus territorios correspondientes? Se garantiza que la consulta subsecuente la brinde el mismo personal de la primera vez? Conoce usted que sucede con un usuario después que lo refiere al II Nivel de Atención? Se preocupa por saberlo? Se programa la consulta de seguimiento teniendo en cuenta la conveniencia del usuario? Lleva control de las consultas de seguimiento?

ENCUESTA DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS

La presente encuesta tiene por objeto conocer el nivel de satisfacción que los usuarios tienen de los servicios que presta la unidad de salud. Su aporte es muy importante y le aseguramos que la información obtenida será manejada con total discreción. El investigador llenará la encuesta con las respuestas del usuario. En algunas preguntas las respuestas van del 1 al 10 y se encerrarán en círculo, siendo 10 la más alta calificación

No. de encuesta: _____

Fecha: __/__/__

SILAIS: Boaco

Municipio: _____

1. Es la primera vez que asiste al centro?

1- SI

2- NO

SATISFACCION CON EL TRATO PERSONAL:

2. Cómo le atendieron en relación al saludo, respeto, cortesía, amabilidad y cordialidad entre otros, de cada servicio ofertado en el flujo de atención de la unidad?

ADMISION:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CLASIFICACION:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
AIN:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
AIN/URO:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
AIM:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CAJA:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
FARMACIA:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
LABORATORIO:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
MORBIL/GRAL:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CRONICOS:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CONSUL/ESPEC:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CURACION:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ODONTOLOGIA:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

SATISFACCION CON EL TIEMPO DE ESPERA:

3. Está conforme con el tiempo que usted pasa esperando para ser atendido en los servicios que le ofertó el centro de salud el día de hoy?

ADMISION:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CLASIFICACION:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
AIN:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
AIN/URO:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
AIM:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CAJA:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
FARMACIA:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
LABORATORIO:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
MORBIL/GRAL:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CRONICOS:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CONSUL/ESPEC:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CURACION:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ODONTOLOGIA:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

SATISFACCION CON EL TIEMPO DE CONTACTO:

4. Está conforme con el tiempo que duró la atención en los servicios que le ofertó el centro de salud el día de hoy?

ADMISION:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CLASIFICACION:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
AIN:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
AIN/URO:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
AIM:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CAJA:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
FARMACIA:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
LABORATORIO:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
MORBIL/GRAL:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CRONICOS:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CONSUL/ESPEC:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CURACION:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ODONTOLOGIA:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

SATISFACCION CON EL HORARIO DE ATENCION:

5. Se considera usted satisfecho (a) con el horario en que brinda los servicios el centro de salud?

ADMISION:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CLASIFICACION:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
AIN:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
AIN/URO:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
AIM:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CAJA:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
FARMACIA:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
LABORATORIO:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
MORBIL/GRAL:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CRONICOS:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CONSUL/ESPEC:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CURACION:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ODONTOLOGIA:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

HORARIO DE ATENCION DE PREFERENCIA:

6. Qué horario de atención más le satisface al momento de recibir los servicios del centro de salud?

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| 1- <input type="checkbox"/> 24 horas | 4- <input type="checkbox"/> Tarde |
| 2- <input type="checkbox"/> Mañana | 5- <input type="checkbox"/> Otro |
| 3- <input type="checkbox"/> 1/2 día | |

MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCION

Anexo No. 5 Tablas de resultados:**Tabla No. 1**

**Proporción de usuarios por servicios de atención
Centro de Salud Ramón Guillén Navarro,
Municipio de Boaco, Diciembre 1998.**

SERVICIO DE ATENCION	USUARIOS POR SERVICIO DE ATENCION					
	SI		NO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
ADMISION	119	64.0	67	36.0	186	100
CLASIFICACION/PAI	90	48.4	96	51.6	186	100
At. Int. Niñez (AIN)	31	16.7	155	83.3	186	100
At. Int. Niñez/URO (AIN/URO)	28	15.1	158	84.9	186	100
Atención Int. a la Mujer (AIM)	41	22.0	145	78.0	186	100
CAJA	40	21.5	146	78.5	186	100
FARMACIA	107	57.5	79	42.5	186	100
LABORATORIO	47	25.3	139	74.7	186	100
MORBILIDAD GRAL.	22	11.8	164	88.2	186	100
CRONICOS	3	1.6	183	98.4	186	100
CONSULTA ESPECIALIZADA	2	1.1	184	98.9	186	100
CURACION	8	4.3	178	95.7	186	100
ODONTOLOGIA	8	4.3	178	95.7	186	100

Fuente: Formulario de registro del usuario.

Tabla No. 2

**Porcentaje de minutos empleados en espera y contacto, según servicios de atención
Centro de Salud Ramón Guillén Navarro,
Municipio de Boaco, Diciembre 1998.**

SERVICIO DE ATENCIÓN	TIEMPO EN MINUTOS				TOTAL	
	ESPERA		CONTACTO		No.	%
	No.	%	No.	%		
ADMISION	825	83	172	17	998	100
CLASIFICACION/PAI	889	83	188	17	1077	100
At. Int. Niñez (AIN)	379	66	193	34	572	100
At. Int. Niñez/URO (AIN/URO)	188	24	596	76	784	100
AIM	880	73	322	27	1202	100
CAJA	160	79	43	21	203	100
FARMACIA	420	76	133	24	553	100
LABORATORIO	479	38	777	62	1256	100
MORBILIDAD GRAL.	801	81	187	19	988	100
CRONICOS	3	23	10	77	13	100
CONSULTA ESPECIALIZ.	111	87	17	13	128	100
CURACION	77	49	80	51	157	100
ODONTOLOGIA	77	37	130	63	207	100
TOTAL	5,290	65	2,848	35	8,138	100

Fuente: Formulario de registro del usuario

Tabla No. 3

**Promedio de minutos utilizado en espera y contacto, según servicios de atención
Centro de Salud Ramón Guillén Navarro, Municipio de Boaco, Diciembre 1998.**

SERVICIO DE ATENCIÓN	TIEMPO EN MINUTOS				TOTAL	
	ESPERA		CONTACTO		No.	Promedio
	No.	Promedio	No.	Promedio		
ADMISION	826	6.9	172	1.4	998	8.4
CLASIFICACION/PAI	889	9.9	188	2.1	1,077	12.0
At. Int. Niñez (AIN)	379	12.2	193	6.2	572	18.5
At. Int. Niñez/URO (AIN/URO)	188	6.7	596	21.3	784	28.0
Atención Int. a la Mujer (AIM)	880	21.5	322	7.9	1,202	29.3
CAJA	160	4.0	43	1.1	203	5.1
FARMACIA	420	3.9	133	1.2	553	5.2
LABORATORIO	479	10.2	777	16.5	1,256	26.7
MORBILIDAD GRAL.	801	36.4	187	8.5	988	44.9
CRONICOS	3	1.0	10	3.3	13	4.3
CONSULTA ESPECIALIZADA	111	55.5	17	8.5	128	64.0
CURACION	77	9.6	80	10.0	157	19.6
ODONTOLOGIA	77	9.6	130	16.3	207	25.9
TOTAL	5,290	28.4	2,848	15.3	8,138	43.8

Fuente: Formulario de registro del usuario.

Tabla Matriz

Identificación de problemas organizativos de cara al usuario, según áreas críticas
 Centro de Salud Ramón Guillén Navarro, municipio de Boaco, Diciembre 1998.

* Anotar 1 SI se presenta el indicador(escala) * Anotar 0 si NO se presenta el indicador o escala

AREAS CRITICAS/ ESCALA/INDICADOR	SERVICIOS DE ATENCION (S)*													DIAGNOSTICO TOTAL		
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	INCIDENCIA	PONDERACION	GRAVEDAD
I. ACCESIBILIDAD DE LA INFORMACION AL USUARIO																
a) Deficiencia de la información	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	5	1 (+)	5
b) Inadecuada disponibilidad de la información	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	8	2 (++)	16
c) Ausencia de la información	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3 (+++)	0
II. ACCESIBILIDAD DE LOS SERVICIOS																
a) Accesibilidad geográfica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (+)	0
b) Accesibilidad económica	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	8	2 (++)	16
c) Accesibilidad a organización de los servicios	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	3 (+++)	6
III. SEGURIDAD EN LA ATENCION DEL PROVEEDOR Y DEL USUARIO																
a) Procedimientos técnicos inadecuados	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	3	1 (+)	3
b) Insuficiente suministro de materiales	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	7	2 (++)	14
c) Deficiencia de normas operativas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3 (+++)	3
IV. CALIDEZ DE LA ATENCION																
a) Deficiente comodidad al usuario	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	6	1 (+)	6
b) Deficiente relación prestador usuario	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	3	2 (++)	6
c) Deficiente confidencialidad	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	3 (+++)	6
V. CONTINUIDAD EN LA ATENCION DEL USUARIO																
a) Insuficiencia de normas de continuidad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1 (+)	1
b) Desconocimiento de normas de continuidad	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	4	2 (++)	8
c) Inexistencia de normas de continuidad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3 (+++)	0
TOTAL	3	1	4	2	2	1	4	5	7	6	3	6	6	50		90

S1 = ADMISION S2 = CLASIFICACION/PAI S3 = AIN S4 = AIN/URO S5 = AIM S6 = CAJA S7 = FARMACIA S8 = LABORATORIO
 S9 = MORBILIDAD GENERAL S10 = CRONICOS S11 = CONSULTA ESPECIALIZADA S12 = CURACION S13 = ODONTOLOGIA

Fuente: Guía al prestador de servicio

Tabla No. 4

**Incidencia y gravedad de problemas identificados en la organización de los servicios,
según áreas críticas de problemas pre-establecidos
Centro de Salud Ramón Guillén Navarro,
municipio de Boaco, Diciembre 1998.**

AREAS CRITICAS/ ESCALA/INDICADOR	DIAGNOSTICO TOTAL DE PROBLEMAS			
	INCIDENCIA		GRAVEDAD	
	No.	%	No.	%
I. ACCESIBILIDAD DE LA INFORMACION AL USUARIO				
a) Deficiencia de la información	5	38	5	23.8
b) Inadecuada disponibilidad de la información	8	62	16	76.2
c) Ausencia de la información	0	0	0	0.0
TOTAL	13	100	21	100
II. ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS				
a) Accesibilidad geográfica	0	0.0	0	0.0
b) Accesibilidad económica	8	80.0	16	72.7
c) Accesibilidad a organización de los servicios	2	20.0	6	27.3
TOTAL	10	100	22	100
III. SEGURIDAD EN LA ATENCION DEL PROVEEDOR Y DEL USUARIO				
a) Procedimientos técnicos inadecuados	3	27.3	3	15.0
b) Insuficiente suministro de materiales	7	63.6	14	70.0
c) Deficiencia de normas operativas	1	9.1	3	15.0
TOTAL	11	100	20	100
IV. CALIDEZ DE LA ATENCION				
a) Deficiente comodidad al usuario	6	54.5	6	33.3
b) Deficiente relación prestador usuario	3	27.3	6	33.3
c) Deficiente confidencialidad	2	18.2	6	33.3
TOTAL	11	100	18	100
V. CONTINUIDAD EN LA ATENCION DEL USUARIO				
a) Insuficiencia de normas de continuidad	1	20	1	11.1
b) Desconocimiento de normas de continuidad	4	80	8	88.9
c) Inexistencia de normas de continuidad	0	0	0	0.0
TOTAL	5	100	9	100

Fuente: Matriz de datos

Tabla No. 5

Incidenia de problemas identificados en la organizaci3n de los servicios,
seg3n 3reas cr3ticas pre-establecidas en el Centro de Salud Ram3n Guill3n Navarro,
municipio de Boaco, Diciembre 1998.

AREA CRITICA	SERVICIOS DE ATENCION																										TOTAL			
	ADMISION		CLASIF/PAI		AIN		ANURO		AIM		CAJA		FARM.		LABORAT.		MORB/GRAL		CRONICOS		CONS/ESP.		CURACION		ODONTOL.		TOTAL			
	Incid	%	Incid	%	Incid	%	Incid	%	Incid	%	Incid	%	Incid	%	Incid	%	Incid	%	Incid	%	Incid	%	Incid	%	Incid	%	Incid	%	Services	%
I. ACCESIBILIDAD DE LA INFORMACION AL USUARIO	1	33.3	1	100	1	25	1	50	1	50	1	100	1	25	1	20	1	14.3	1	16.7	1	33.3	1	16.7	1	16.7	13	26	13	100
II. ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS	1	33.3	0	0	2	50	0	0	1	50	0	0	0	0	2	40	1	14.3	1	16.7	1	33.3	0	0	1	16.7	10	20	8	62
III. SEGURIDAD EN LA ATENCION DEL PROVEEDOR Y DEL USUARIO	0	0	0	0	0	0	1	50	0	0	0	0	1	25	1	20	2	28.6	2	33.3	0	0	3	50	1	16.7	11	22	7	64
IV. CALIDEZ DE LA ATENCION	1	33.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	50	1	20	2	28.6	1	16.7	1	33.3	1	16.7	2	33.3	11	22	8	62
V. CONTINUIDAD EN LA ATENCION DEL USUARIO	0	0	0	0	1	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14.3	1	16.7	0	0	1	16.7	1	16.7	6	10	6	38
TOTAL	3	100	1	100	4	100	2	100	2	100	1	100	4	100	8	100	7	100	6	100	3	100	6	100	6	100	50	100		
% DE INCIDENCIA POR SERVICIO DE ATENCION		6		2		8		4		4		2		8		10		14		12		6		12		12			n = 13	100%

Fuente: Matriz de datos

Tabla No. 6

Gravedad de problemas identificados en la organización de los servicios,
según áreas críticas pre-establecidas en el Centro de Salud Ramón Guillén Navarro,
municipio de Boaco, Diciembre 1998.

AREA CRITICA	SERVICIOS DE ATENCION																										TOTAL			
	ADMISION		CLASIF/PAI		AIN		AIN/URO		AIM		CAJA		FARM.		LABORAT.		MORB/GRAL		CRONICOS		CONS/ESP.		CURACION		ODONTOL.		TOTAL			
	Grav	%	Grav	%	Grav	%	Grav	%	Grav	%	Grav	%	Grav	%	Grav	%	Grav	%	Grav	%	Grav	%	Grav	%	Grav	%	Grav	%	Servicios	%
I. ACCESIBILIDAD DE LA INFORMACION AL USUARIO	2	33.3	1	100	2	22.2	2	50	2	50	2	100	1	16.7	1	11.1	2	15.4	2	16.7	1	25	2	18.2	1	11.1	21	23.3	13	100
II. ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS	2	33.3	0	0	5	55.6	0	0	2	50	0	0	0	0	5	55.6	2	15.4	2	16.7	2	50	0	0	2	22.2	22	24.4	8	62
III. SEGURIDAD EN LA ATENCION DEL PROVEEDOR Y DEL USUARIO	0	0	0	0	0	0	2	50	0	0	0	0	2	33.3	2	22.2	3	23.1	3	25	0	0	6	54.5	2	22.2	20	22.2	7	64
IV. CALIDEZ DE LA ATENCION	2	33.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	50	1	11.1	4	30.8	3	25	1	25	1	9.09	3	33.3	18	20	8	62
V. CONTINUIDAD EN LA ATENCION DEL USUARIO	0	0	0	0	2	22.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	15.4	2	16.7	0	0	2	18.2	1	11.1	9	10	8	38
TOTAL	6	100	1	100	9	100	4	100	4	100	2	100	6	100	9	100	13	100	12	100	4	100	11	100	9	100	90	100		
% DE GRAVEDAD POR SERVICIO DE ATENCION		6.67		1.11		10		4.44		4.44		2.22		6.67		10		14.4		13.3		4.44		12.2		10			n = 13	100%

Fuente: Matriz de datos

Tabla No. 7

Grado de satisfacción con el trato personal a los usuarios, según servicio de atención del Centro de Salud Ramón Guillén Navarro, Municipio de Boaco, Diciembre 1998.

SERVICIO DE ATENCION	GRADO DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS										TOTAL	
	MUY SATISFECHO		SATISFECHO		POCO SATISFECHO		INSATISFECHO		MUY INSATISFECHO			
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
ADMISION	39	76.5	10	19.6	2	3.9	0	0.0	0	0.0	51	100
CLASIFICACION/PAI	28	71.8	8	20.5	1	2.6	1	2.6	1	2.6	39	100
AIN	12	57.1	6	28.6	0	0.0	2	9.5	1	4.8	21	100
AIN/URO	5	83.3	1	16.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	100
AIM	8	72.7	3	27.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	11	100
CAJA	6	66.7	3	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	9	100
FARMACIA	36	75.0	10	20.8	2	4.2	0	0.0	0	0.0	48	100
LABORATORIO	11	91.7	1	8.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	12	100
MORBILIDAD GENERAL	5	62.5	3	37.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	8	100
CRONICOS	2	66.7	1	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	100
CONSUL/ ESPEC.	2	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	100
CURACION	2	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	100
ODONTOLOGIA	1	50.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	100
TOTAL	157	73.4	47	22	5	2.3	3	1.4	2	0.9	214	100

Fuente: Encuesta de satisfacción de los usuarios

Tabla No. 7

Grado de satisfacción con el trato personal a los usuarios, según servicio de atención del Centro de Salud Ramón Guillén Navarro, Municipio de Boaco, Diciembre 1998.

SERVICIO DE ATENCION	GRADO DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS										TOTAL	
	MUY SATISFECHO		SATISFECHO		POCO SATISFECHO		INSATISFECHO		MUY INSATISFECHO			
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
ADMISION	39	76.5	10	19.6	2	3.9	0	0.0	0	0.0	51	100
CLASIFICACION/PAI	28	71.8	8	20.5	1	2.6	1	2.6	1	2.6	39	100
AIN	12	57.1	6	28.6	0	0.0	2	9.5	1	4.8	21	100
AIN/URO	5	83.3	1	16.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	100
AIM	8	72.7	3	27.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	11	100
CAJA	6	66.7	3	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	9	100
FARMACIA	36	75.0	10	20.8	2	4.2	0	0.0	0	0.0	48	100
LABORATORIO	11	91.7	1	8.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	12	100
MORBILIDAD GENERAL	5	62.5	3	37.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	8	100
CRONICOS	2	66.7	1	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	100
CONSUL/ ESPEC.	2	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	100
CURACION	2	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	100
ODONTOLOGIA	1	50.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	100
TOTAL	157	73.4	47	22	5	2.3	3	1.4	2	0.9	214	100

Fuente: Encuesta de satisfacción de los usuarios

Tabla No. 10

**Grado de satisfacción con el horario de atención a los usuarios,
según servicio de atención del Centro de Salud Ramón Guillén Navarro,
Municipio de Boaco, Diciembre 1998.**

SERVICIO DE ATENCION	GRADO DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS										TOTAL	
	MUY SATISFECHO		SATISFECHO		POCO SATISFECHO		INSATISFECHO		MUY INSATISFECHO			
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
ADMISION	38	74.5	7	13.7	3	5.9	2	3.9	1	2.0	51	100
CLASIFICACION/PAI	26	66.7	8	20.5	1	2.6	3	7.7	1	2.6	39	100
AIN	13	61.9	5	23.8	2	9.5	1	4.8	0	0.0	21	100
AIN/URO	6	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	100
AIM	8	72.7	2	18.2	1	9.1	0	0.0	0	0.0	11	100
CAJA	4	44.4	4	44.4	1	11.1	0	0.0	0	0.0	9	100
FARMACIA	43	89.6	3	6.3	1	2.1	1	2.1	0	0.0	48	100
LABORATORIO	7	58.3	4	33.3	0	0.0	0	0.0	1	8.3	12	100
MORBILIDAD GENERAL	7	87.5	1	12.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	8	100
CRONICOS	3	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	100
CONSUL/ ESPEC.	2	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	100
CURACION	2	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	100
ODONTOLOGIA	1	50.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	100
TOTAL	160	74.8	35	16.3	9	4.2	7	3.3	3	1.4	214	100

Fuente: Encuesta de satisfacción de los usuarios

Tabla No. 11

**Horario de atención que prefieren los usuarios en los servicios de atención,
Centro de Salud Ramón Guillén Navarro,
Municipio de Boaco, Diciembre 1998.**

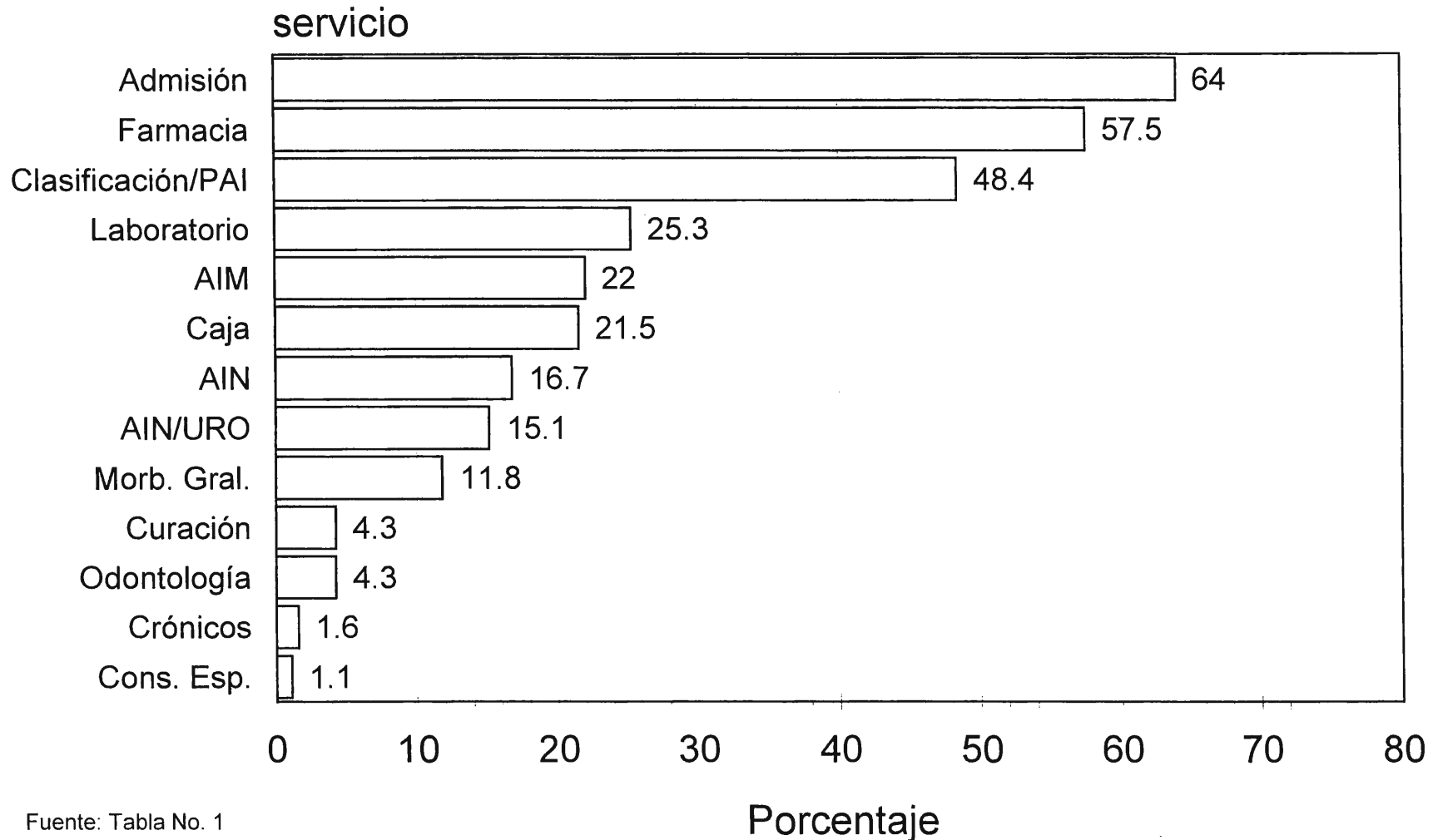
HORARIO DE PREFERENCIA	FRECUENCIA No.	PORCENTAJE %
24 HORAS	11	18.3
MAÑANA	45	75.0
2 DIA	0	0.0
TARDE	4	6.7
OTRO	0	0.0
TOTAL	60	100

Fuente: Encuesta de satisfacción de los usuarios

Gráfico No. 1

Proporción de usuarios por servicios de atención

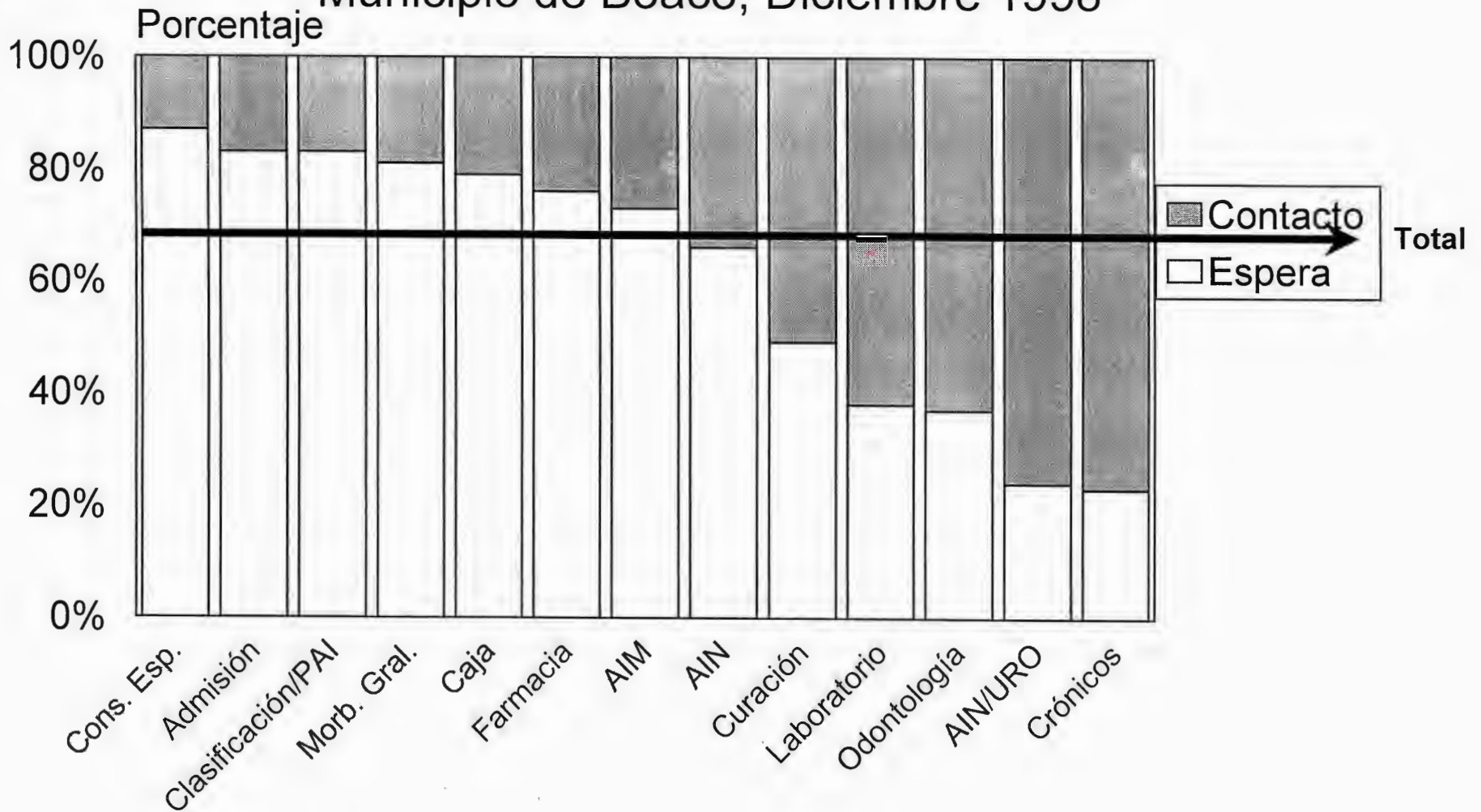
Centro de Salud Ramón Guillén Navarro,
Municipio de Boaco, Diciembre 1998



Fuente: Tabla No. 1

Gráfico No. 2

Porcentaje de minutos empleados en espera y contacto, según servicio de atención Centro de Salud Ramón Guillén Navarro, Municipio de Boaco, Diciembre 1998

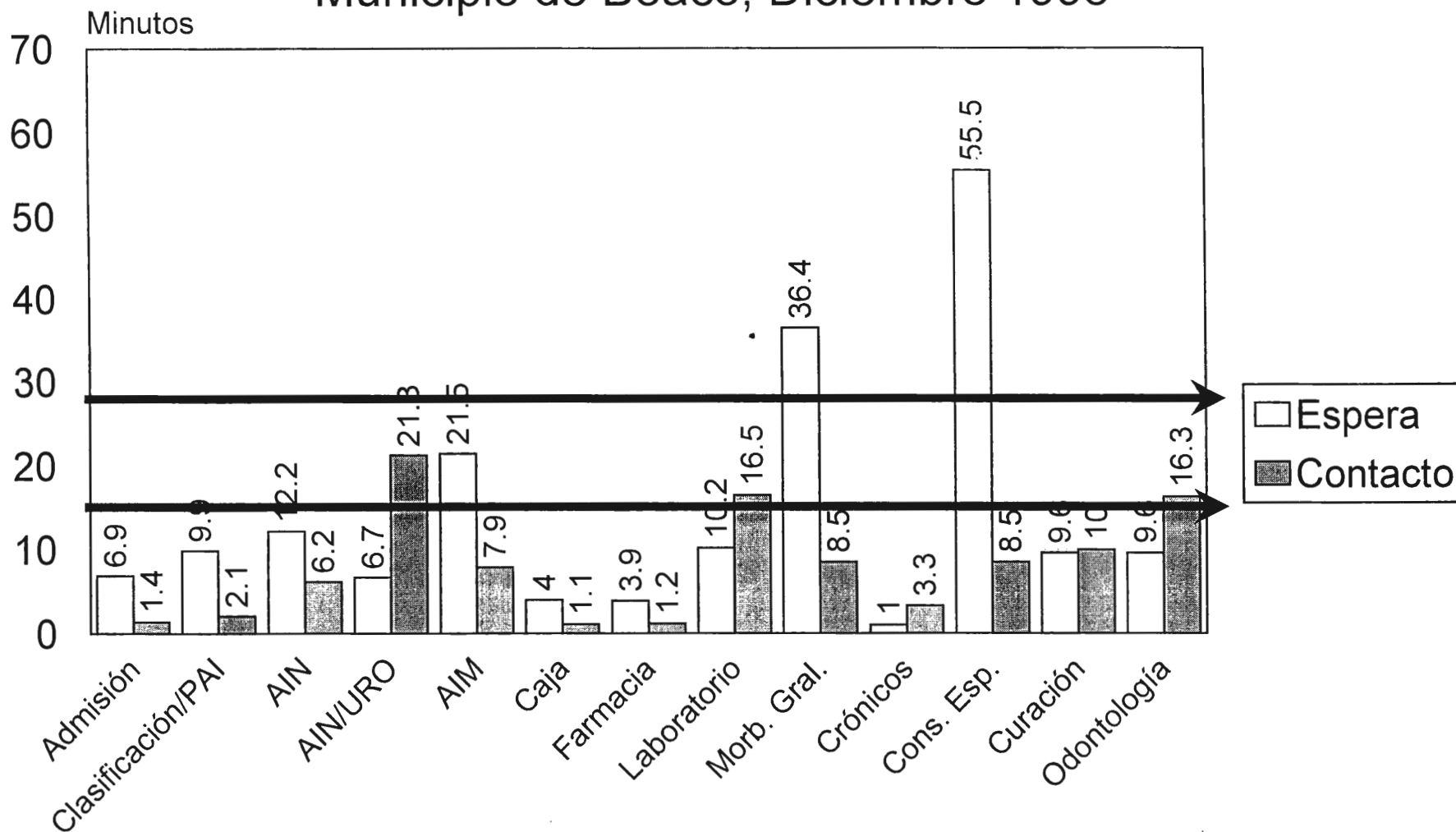


Fuente: Tabla No. 2

Gráfico No. 3

Promedio de minutos utilizados es espera y contacto, según servicio de atención

Centro de Salud Ramón Guillén Navarro,
Municipio de Boaco, Diciembre 1998

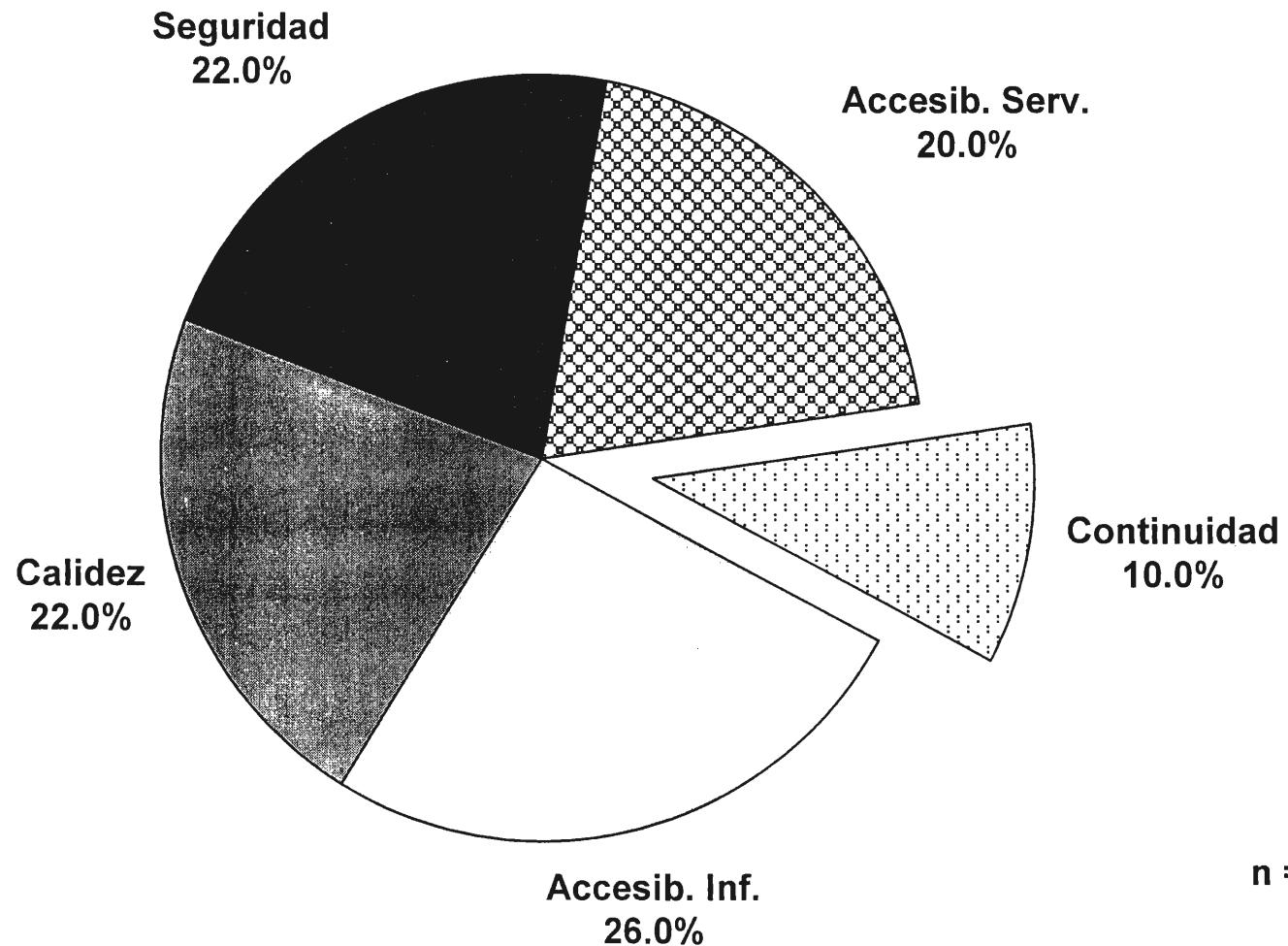


Fuente: Tabla No. 3

Gráfico No. 4

Incidencia de problemas identificados en la organización de los servicios, según áreas críticas

Centro de Salud Ramón Guillén Navarro,
Municipio de Boaco, Diciembre 1998

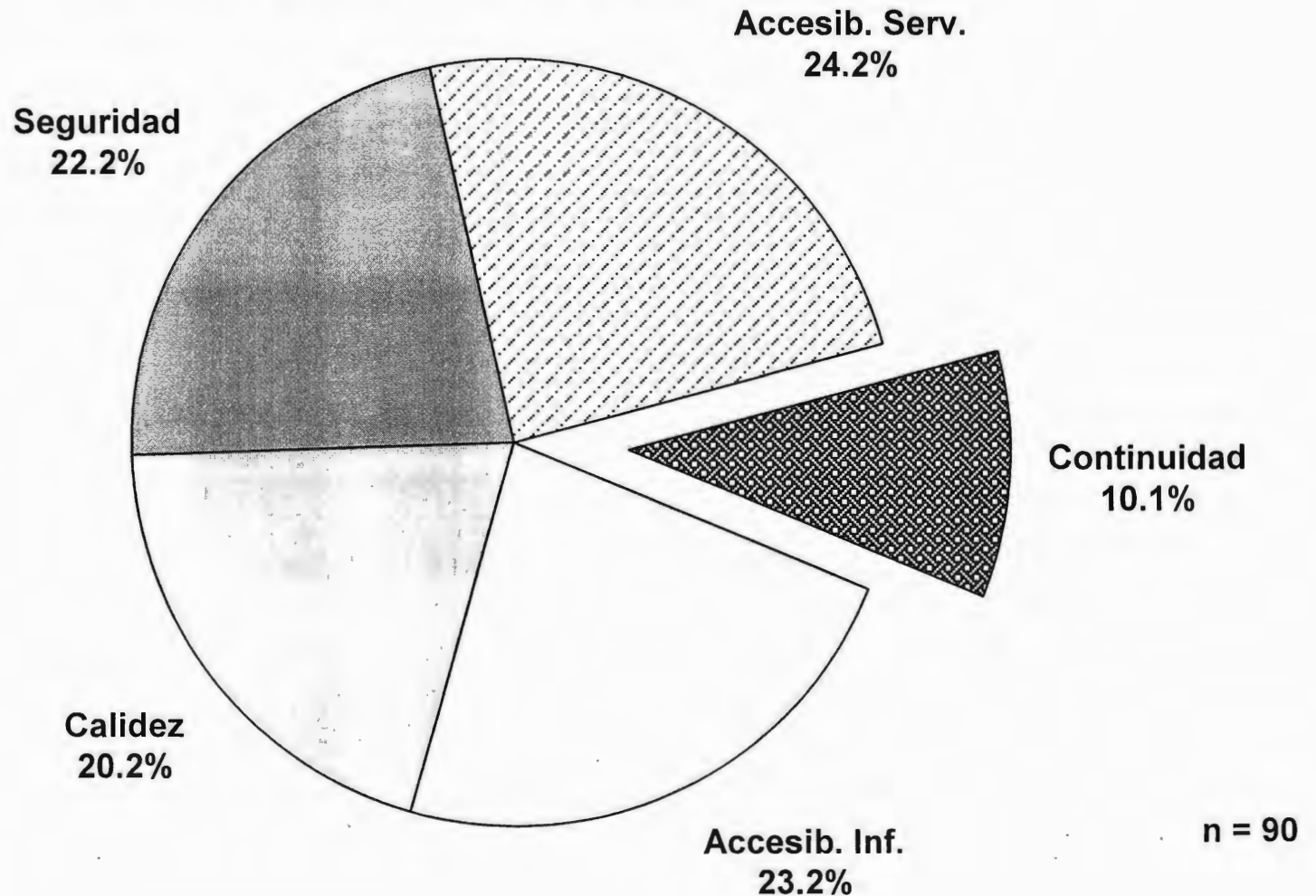


Fuente: Tabla No. 4

Gráfico No. 5

Gravedad de problemas identificados en la organización de los servicios, según áreas críticas

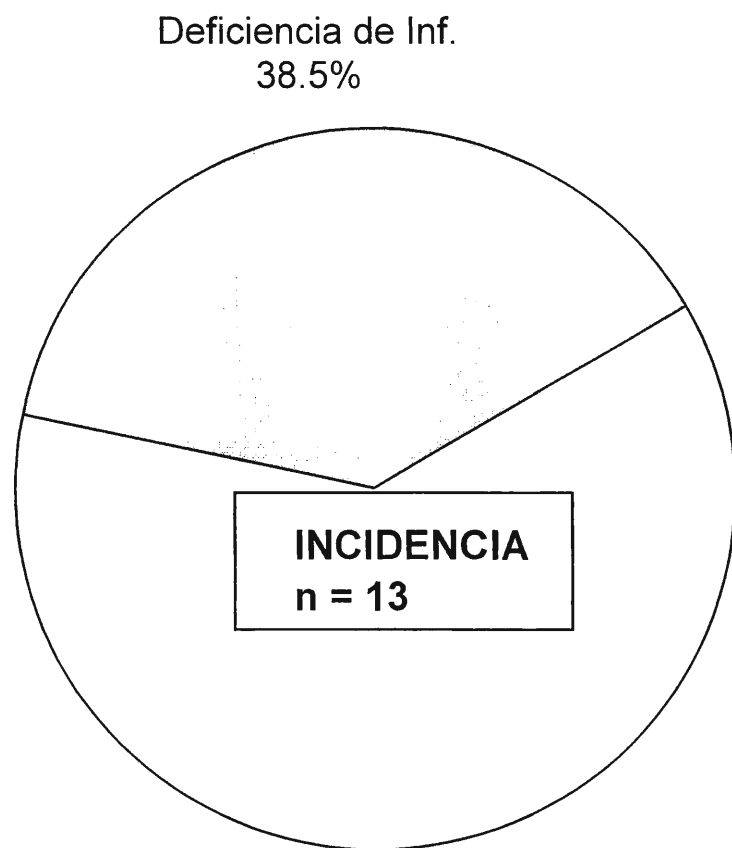
Centro de Salud Ramón Guillén Navarro,
Municipio de Boaco, Diciembre 1998



Fuente: Tabla No. 4

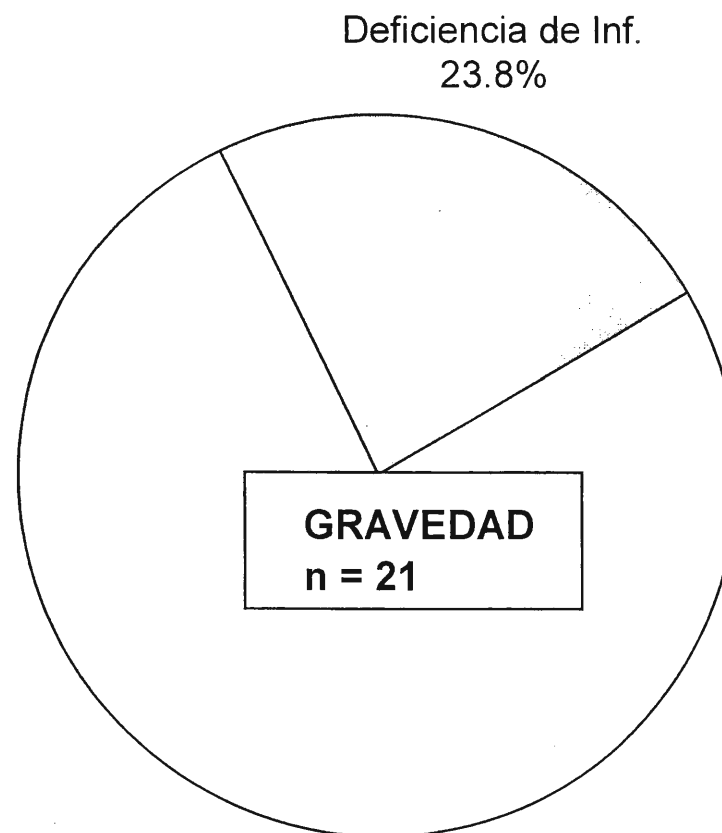
Gráfico No. 6
Accesibilidad de la información al usuario,
según indicadores

Centro de Salud Ramón Guillén Navarro,
Municipio de Boaco, Diciembre 1998



Inadecuada disponib.
61.5%

Fuente: Tabla No. 4



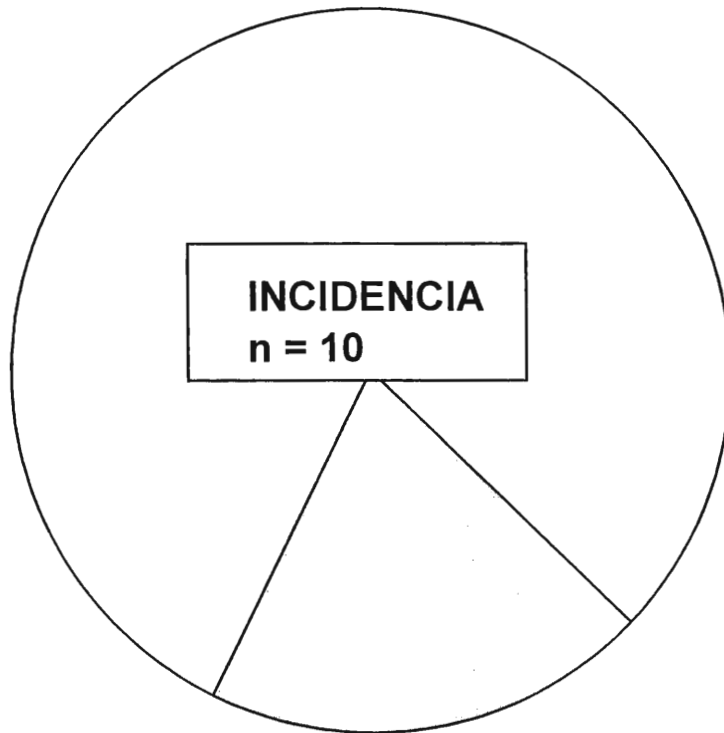
Inadecuada disponib.
76.2%

Gráfico No. 7

Accesibilidad de la información al usuario, según indicadores

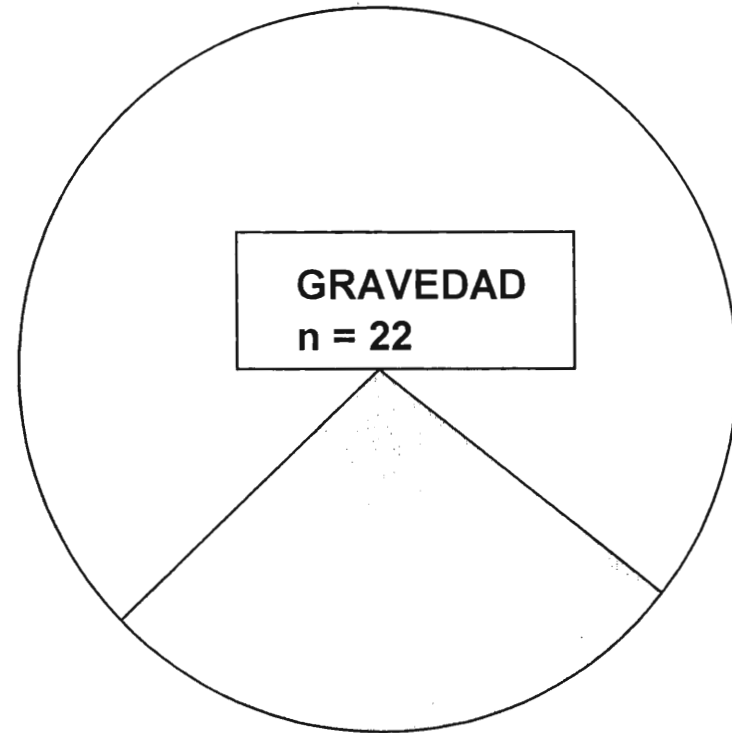
Centro de Salud Ramón Guillén Navarro,
Municipio de Boaco, Diciembre 1998

Accesib. Económica
80.0%



Accesib. Org. Serv.
20.0%

Accesib. Económica
72.7%



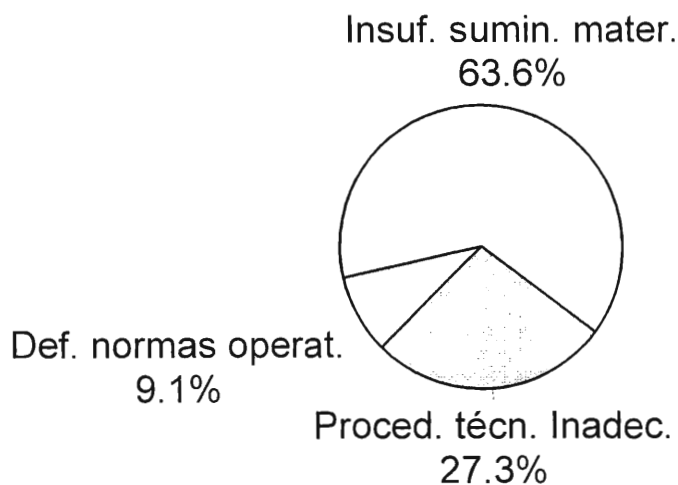
Accesib. Org. Serv.
27.3%

Gráfico No. 8

Seguridad en la atención del proveedor y usuario, según indicadores

Centro de Salud Ramón Guillén Navarro,
Municipio de Boaco, Diciembre 1998

INCIDENCIA
n = 11



GRAVEDAD
n = 20

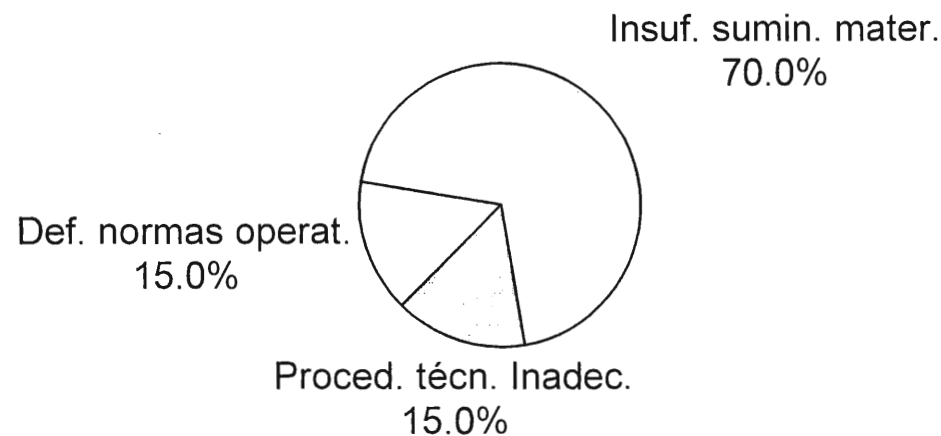


Gráfico No. 9

Calidez de la atención, según indicadores

Centro de Salud Ramón Guillén Navarro,
Municipio de Boaco, Diciembre 1998

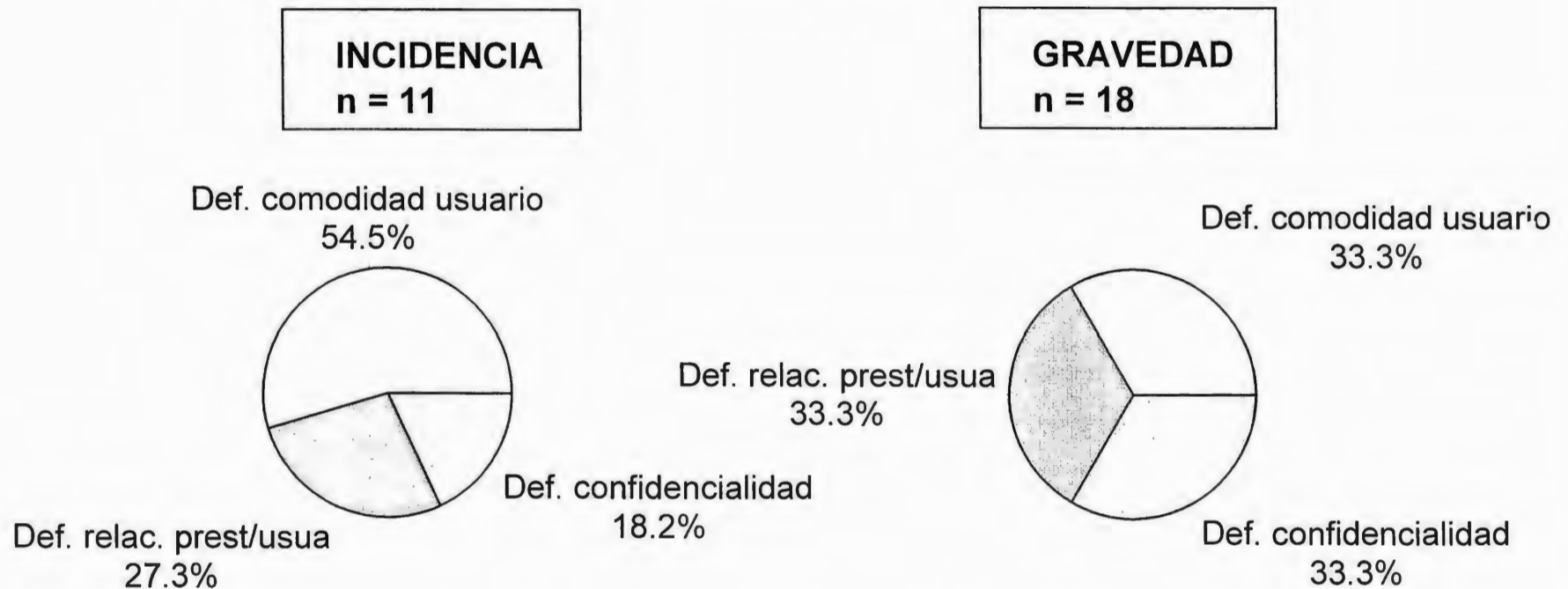
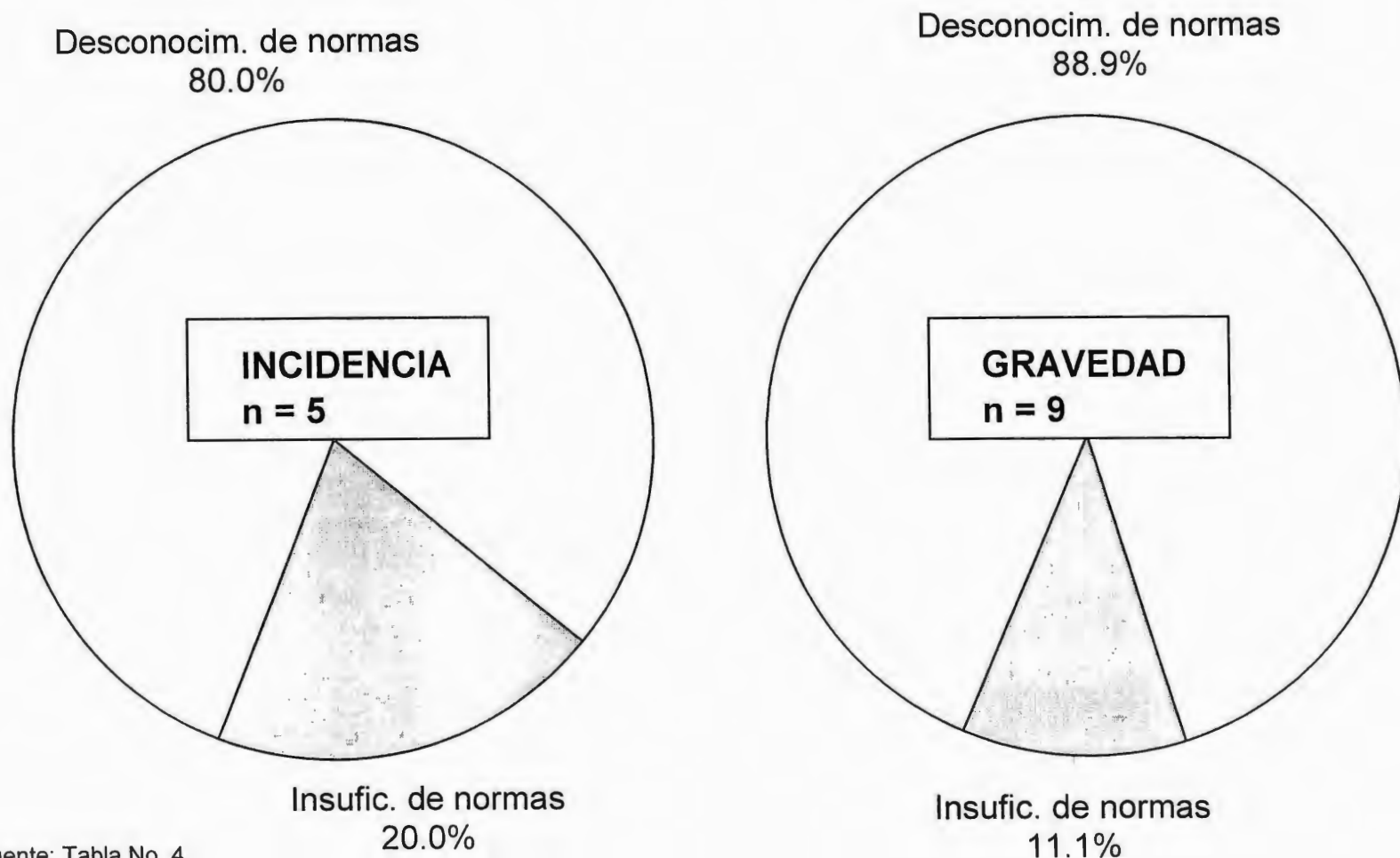


Gráfico No. 10

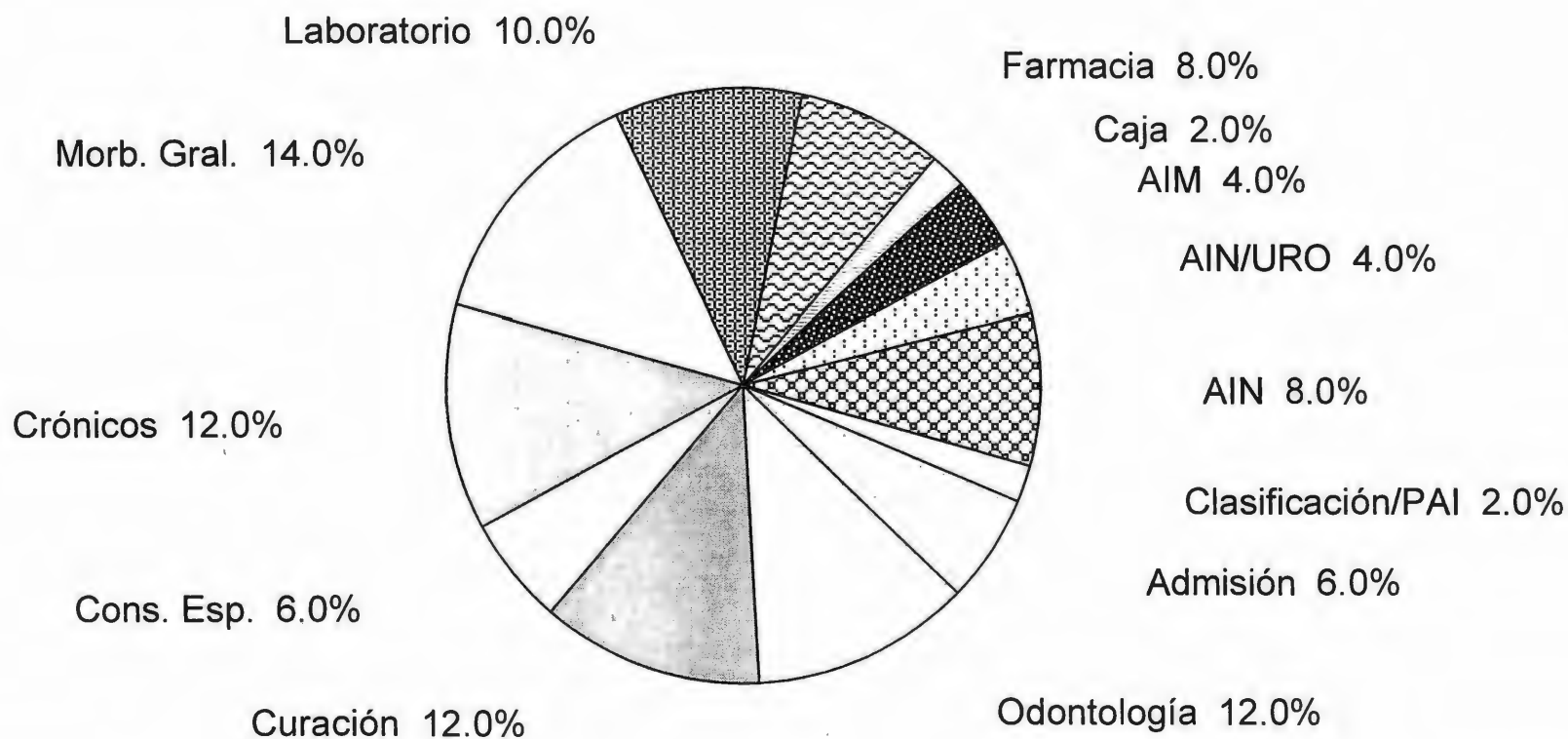
Continuidad en la atención del usuario, según indicadores

Centro de Salud Ramón Guillén Navarro,
Municipio de Boaco, Diciembre 1998



Fuente: Tabla No. 4

Gráfico No. 11
Porcentaje de incidencia por servicio de atención
Centro de Salud Ramón Guillén Navarro,
Municipio de Boaco, Diciembre 1998

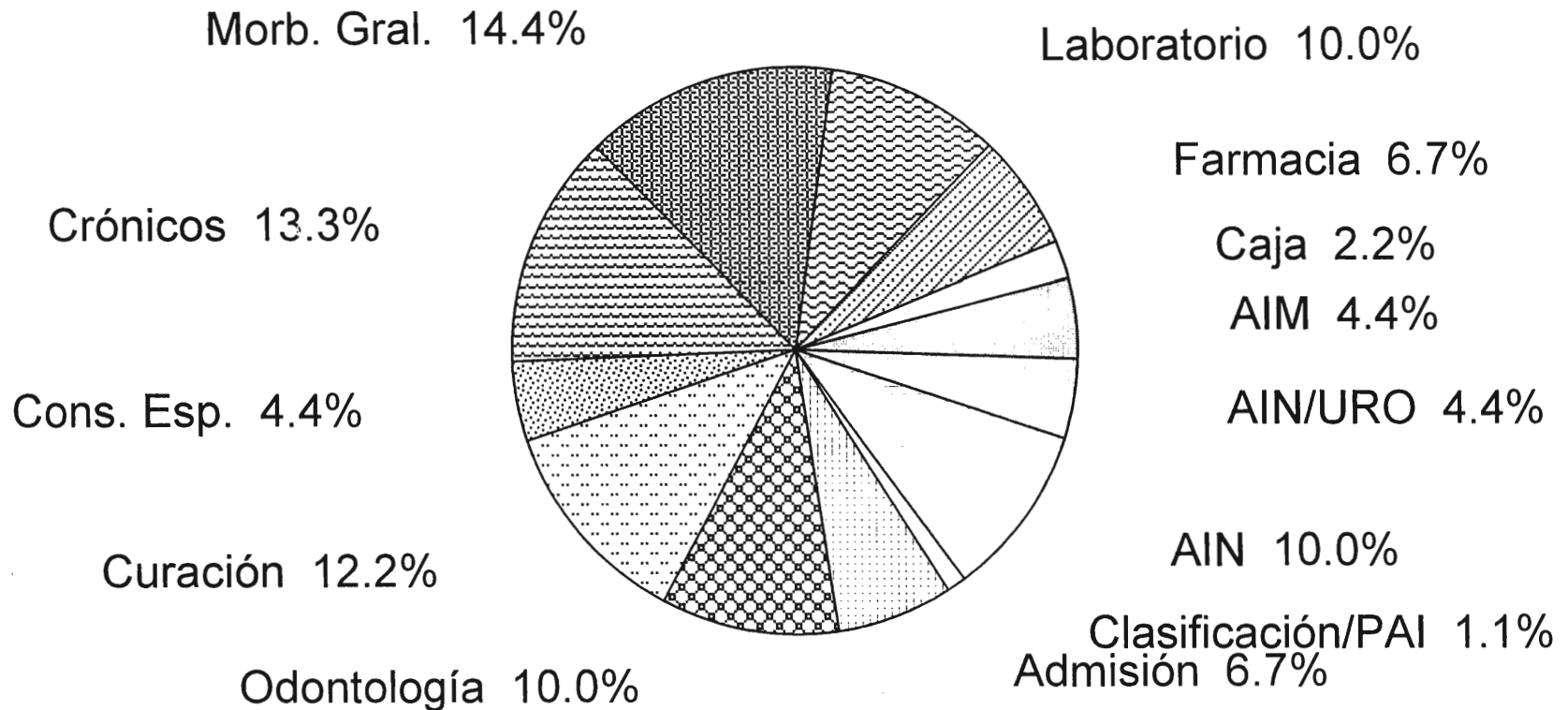


n = 50

Gráfico No. 12

Porcentaje de gravedad por servicio de atención

Centro de Salud Ramón Guillén Navarro,
Municipio de Boaco, Diciembre 1998

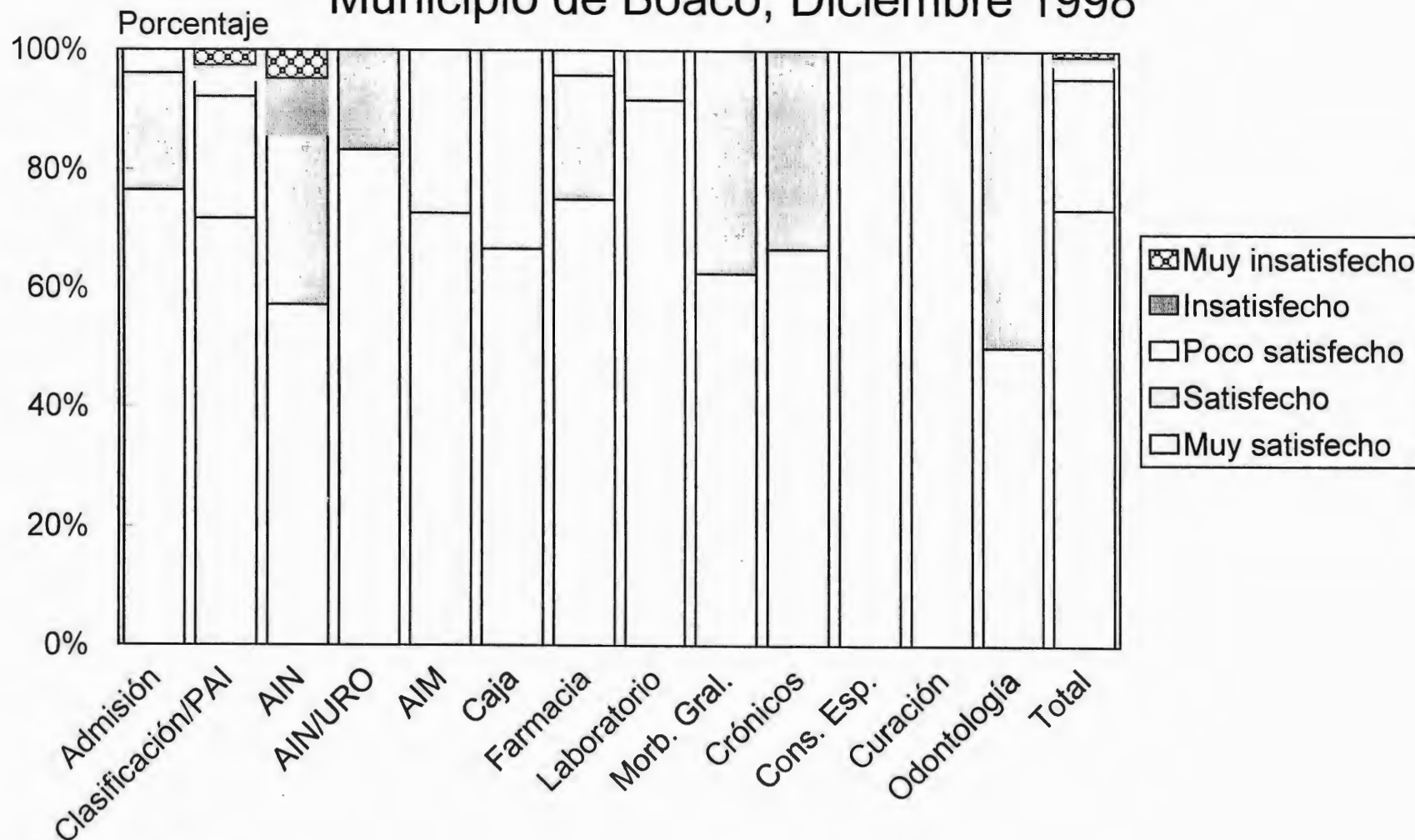


n = 90

Gráfico No. 13

Grado de satisfacción con el trato personal a usuarios, según servicio de atención

Centro de Salud Ramón Guillén Navarro,
Municipio de Boaco, Diciembre 1998

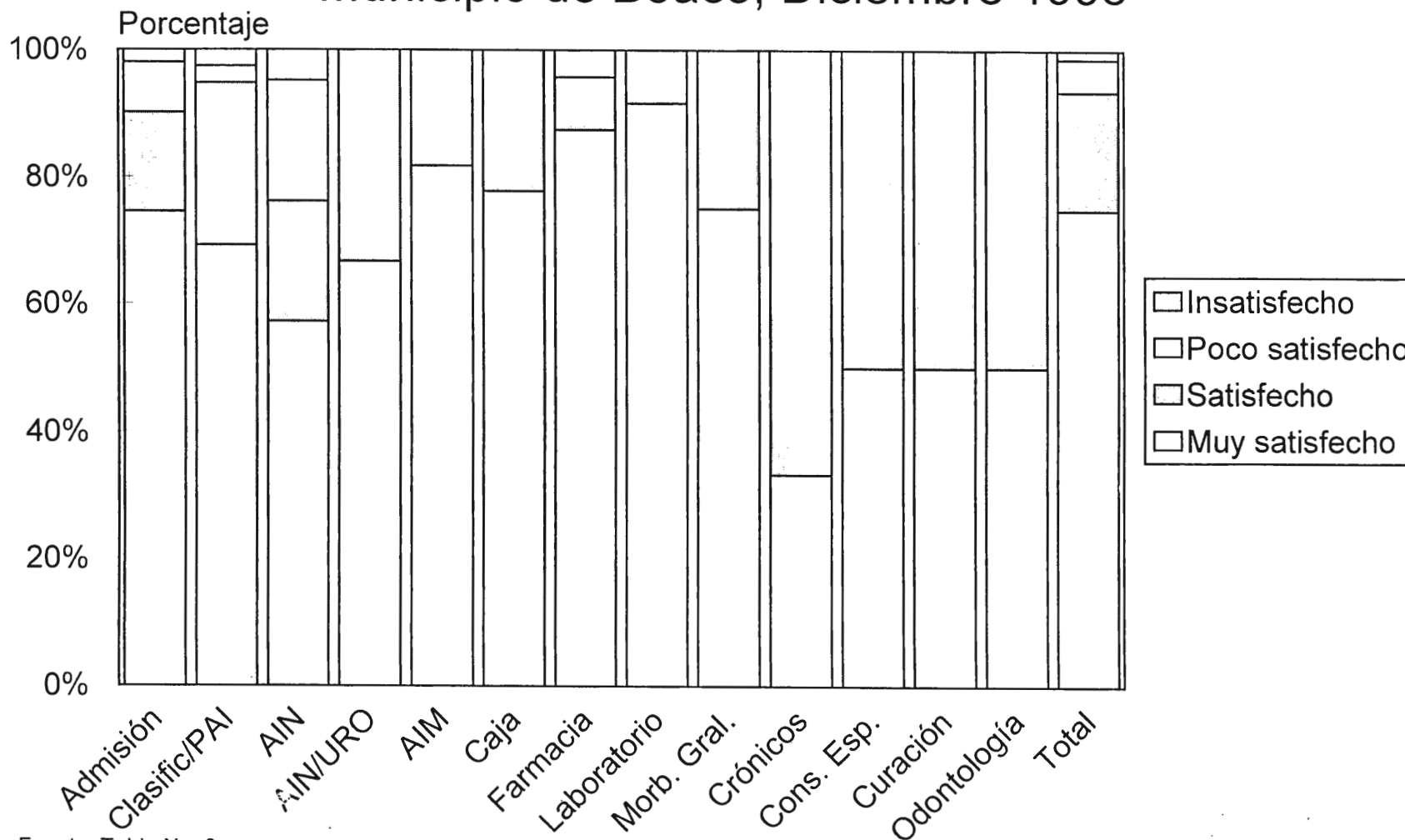


Fuente: Tabla No. 7

Gráfico No. 14

Grado de satisfacción con el tiempo de espera de usuarios, según servicio de atención

Centro de Salud Ramón Guillén Navarro,
Municipio de Boaco, Diciembre 1998

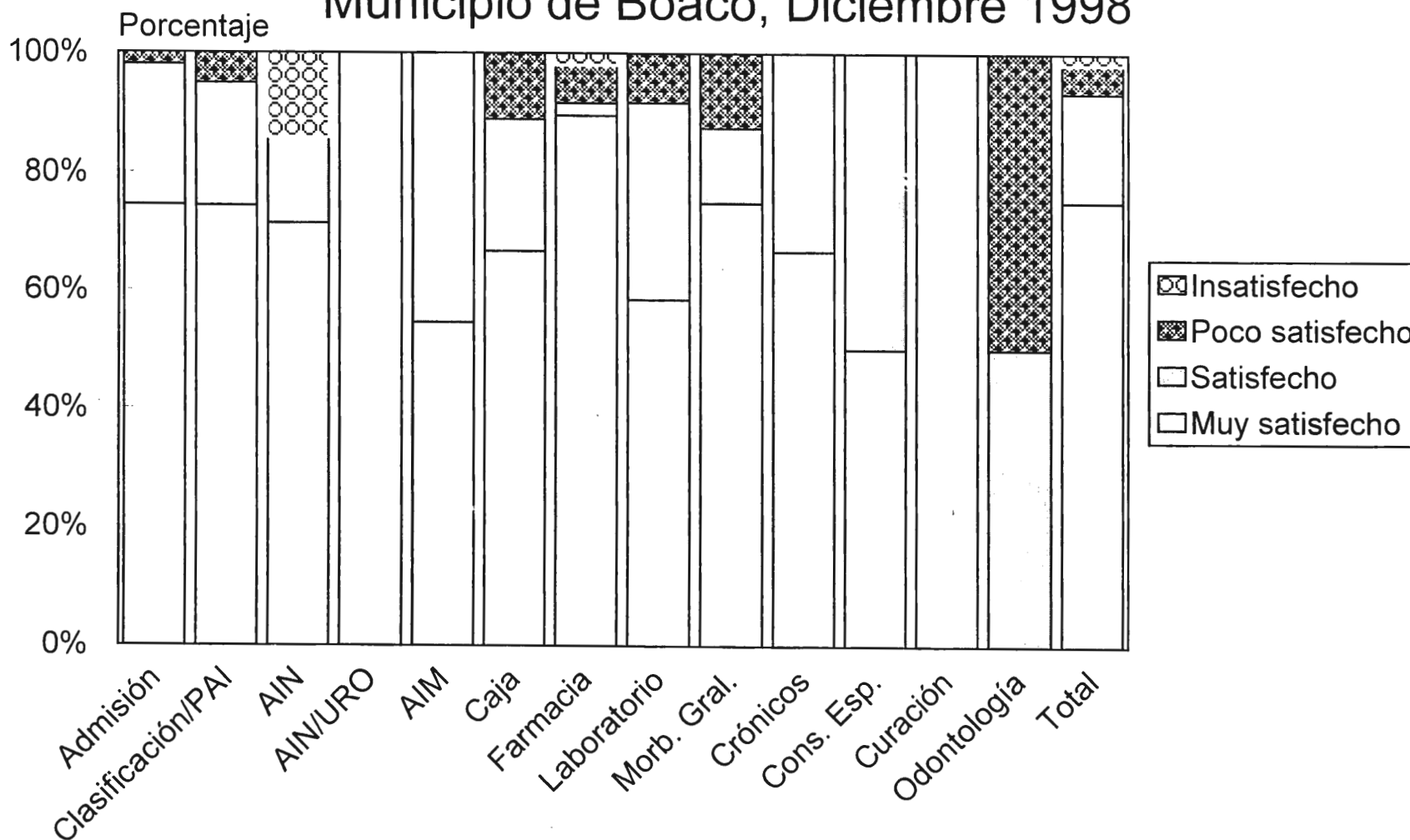


Fuente: Tabla No. 8

Gráfico No. 15

Grado de satisfacción con el tiempo de contacto de usuarios, según servicio de atención

Centro de Salud Ramón Guillén Navarro,
Municipio de Boaco, Diciembre 1998

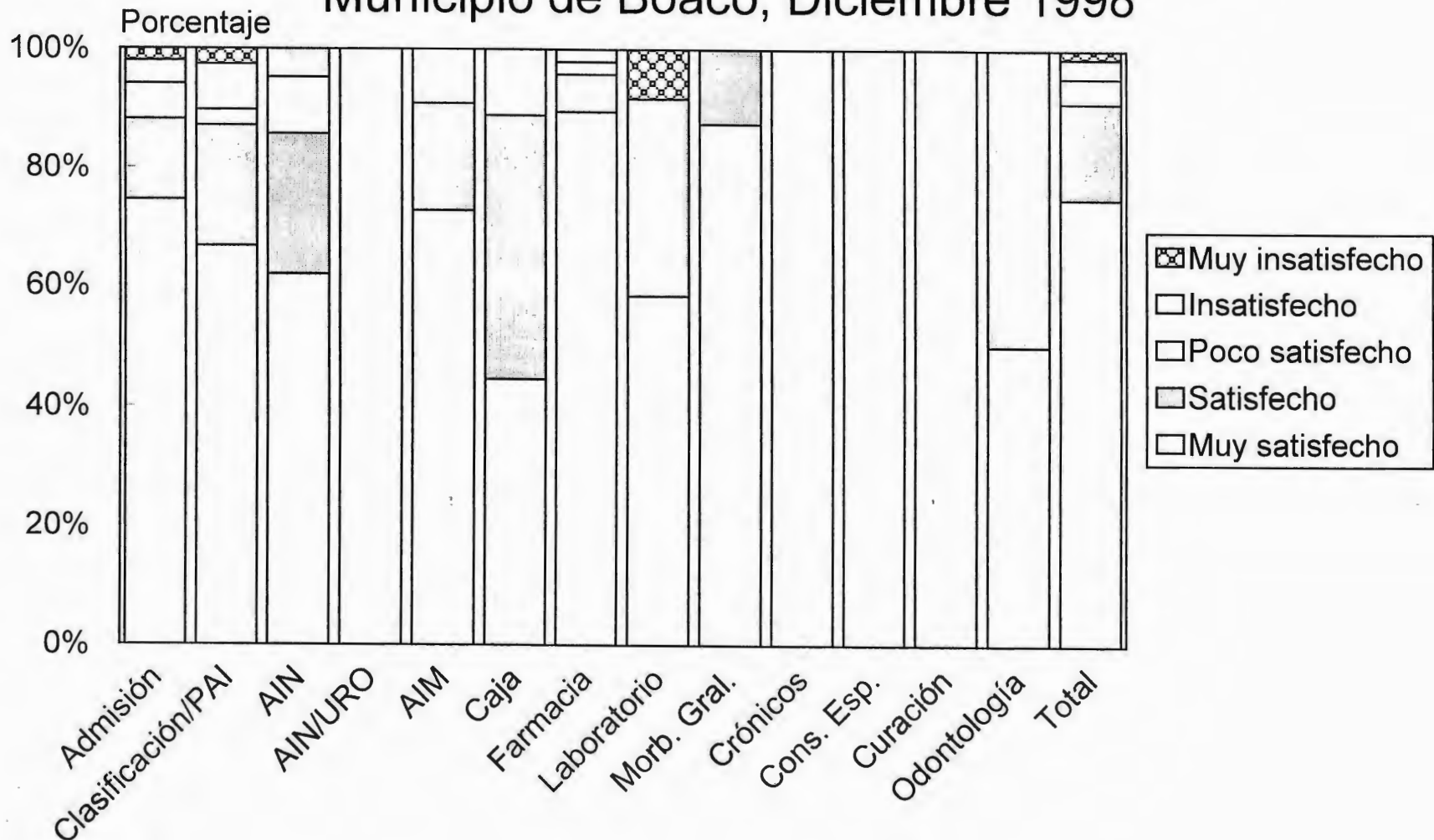


Fuente: Tabla No. 9

Gráfico No. 16

Grado de satisfacción con horario de atención a usuarios, según servicio de atención

Centro de Salud Ramón Guillén Navarro,
Municipio de Boaco, Diciembre 1998



Fuente: Tabla No. 10

Gráfico No. 17
Preferencia del horario de atención
en los servicios ofertados

Centro de Salud Ramón Guillén Navarro,
Municipio de Boaco, Diciembre 1998

