



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA**



**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
2004 - 2006**

Tesis para optar al título de Master en Salud Pública

**SATISFACCIÓN DE LA POBLACIÓN ACERCA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN
LOS SERVICIOS DE SALUD, MUNICIPIO DE SANTA MARÍA
PERÍODO ENERO 2005 A MARZO 2006.**

Autor:

Gerald José López Pérez, MD

Tutora:

**Alma Lila Pastora Zeuli, MSc.
Docente Investigadora, CIES**

Asesora:

**Ma. Jesús Pastrana, MSc.
Subdirectora SILAIS Nueva Segovia**

**Santa María, Nueva Segovia
Junio, 2006**

ÍNDICE

Capítulo	Página
Resumen	<i>i</i>
Dedicatoria	<i>ii</i>
Agradecimientos	<i>iii</i>
I INTRODUCCIÓN	1
II ANTECEDENTES	2
III JUSTIFICACIÓN	6
IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
V OBJETIVOS	8
VI MARCO DE REFERENCIA	9
VII DISEÑO METODOLÓGICO	40
VIII RESULTADOS	45
IX ANÁLISIS DE RESULTADOS	50
X CONCLUSIONES	56
XI RECOMENDACIONES	58
XII BIBLIOGRAFÍA	60
ANEXOS	

DEDICATORIA

A DIOS PADRE ETERNO:

Todo poderoso y misericordioso que me ha concedido el don de la vida y me ha brindado la oportunidad de estudiar lo que anhelaba. El ha sido mi luz, mi guía y mi inspiración para escalar cada peldaño de los retos de este mundo.

A MI MADRE:

Francisca del Rosario Pérez Peña, consejera y ángel del Altísimo, hoy ya no estas junto a mí y gozas de la presencia maravillosa de mi Dios Eterno, fuiste y sigues siendo mi inspiración para estudiar y salir adelante. Compartiste conmigo las alegrías y sufrimientos de mi navegar en el mundo, sacrificio de mi ausencia y de no brindarte mis cuidados mientras estudiaba. Hoy quiero brindarle mi tesis, madre mía, fragancia de mi espíritu, espero estés orgullosa de tu hijo que tienes en la tierra, que Dios me la bendiga hoy y siempre.

A MIS HIJOS Y HERMANO:

Geraldito López Serrano, Diana Liseth López y a José Francisco López Zeledón, tesoros incomparables a los cuales les he robado el tiempo por dedicárselos a la ciencia y a mis pacientes, y a ti, hermano, amigo único, compañero de mi niñez, conocedor de mi esfuerzo y trayectoria por la vida, quiero brindarles las gracias por el apoyo que me han dado, para seguir luchando y llegar hasta el final y haber alcanzado una parte de mis sueños, el compartir conmigo las dificultades, sacrificios, para lograr superarme en la vida y desarrollarme como un verdadero profesional.

A Mi esposa **Lesbia del Carmen Zeledón Zeledón** por brindarme su gran amor, después de Dios me ha devuelto las ganas de vivir, respetar y de amar, compañía inigualable, única que ha llenado un vacío en el momento justo, por todo gracias.

Gerald José López Pérez

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios Padre maravilloso por el amor y la sabiduría que me ha brindado, a cada instante, creciendo profesionalmente y humanamente conmigo mismo y con el prójimo.

A Mi tutora **Lic. Alma Lila Pastora**, que con su paciencia y conocimiento dirigió este estudio con elevado esfuerzo gran responsabilidad, altruismo y profesionalismo.

También brindo las gracias a cada uno de los docentes que con paciencia, entrega y profesionalismo me brindaron sus conocimientos y nos fueron formando en el campo de la Salud Pública. En especial a la incondicional Dra. Martha González, que con su tenaz impulso y dedicación me ayudó junto al Lic. Manuel Martínez Moreira, Lic. Alice Pineda Whitaker y Dr. Miguel Orozco, todos docentes del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de la Salud (CIES) a quien rindo las gracias infinitas, amigos(as) que siempre recordaré.

Agradezco en gran manera a la Dra. María Jesús Pastrana, Subdirectora del SILAIS Nueva Segovia, quien siempre me ha asesorado, ofreciéndome su amistad y su ayuda en los momentos más difíciles, se entrega siempre por la superación de los demás. A mis jefes: Dr. Ramón Granados, Dr. Denis Chavarría, Dr. Dorian Sevilla, colaboradores de mi formación personal.

Agradezco a mis compañeros de clase, en especial al Dr. Orlando Ventura que con su consejo y amistad contribuyó en mi preparación, y a mis pacientes que son por el cual busco como crecer día a día.

El Autor

iii

RESUMEN

La reforma en salud, es un movimiento internacional que tiene diversas expresiones y modalidades, que surge como respuesta a los cambios sociales y económicos que vienen experimentando los países desde la década de los ochenta.¹

El objetivo del presente estudio es conocer la satisfacción del usuario externo (paciente) e interno (proveedor), en relación a la calidad de atención que recibió y el tiempo de espera en las unidades de salud del municipio de Santa María.

El estudio realizado es de tipo descriptivo de tipo operativa dirigido a 12 usuarios internos (proveedores) de las unidades de salud y 150 usuarios externos que buscaron atención durante el periodo del estudio en el sistema de salud del MINSA Santa María, abordándose en el usuario interno la satisfacción del área laboral, manifestando en un alto porcentaje que los ambientes de atención son inadecuados, aunque se cuenta con el equipo disponible, material informativo para la atención, están de acuerdo con el horario laboral, expresando también que beneficia más al usuario externo, pocos recursos humanos laborando en la atención.

En la satisfacción del usuario externo se abordó la procedencia, siendo la mayoría de la zona rural, el motivo de consulta obteniendo que la consulta general fue el servicio que tuvo un alto porcentaje de demanda, la mayoría con más de cuatro visitas al servicio, el tiempo de espera para recibir atención en los diferentes servicios fue de una a tres horas, calificando el usuario externo como poco satisfecho, refiriendo que por lo menos fueron atendidos, aunque el tiempo empleado para la atención fue el adecuado, siendo el personal médico el que más brindó atención, con un buen trato, amables, se les dio privacidad en la gran mayoría, con preferencia de horario por la mañana, poco porcentaje de proveedores dan cita y la mayoría opinaron que se debería contratar mas personal de salud.

ⁱ Búsqueda en Internet: Agosto del 2005 [http// www.yahoo.com](http://www.yahoo.com). La administración en Salud.

I. INTRODUCCIÓN

La meta de Salud para todos en el 2001, ha enfrentado numerosos obstáculos desde su formulación. El acceso a los servicios de salud sigue siendo deficiente a muchas comunidades postergadas. Los costos crecientes de los servicios suponen una amenaza constante para las iniciativas destinadas, a mejorar el estado de salud de la población. Los progresos observados en el desarrollo de tecnologías médicas se han desarrollado con inequidad, con influencia en las condiciones de salud. La atención que se brinda en los centros asistenciales y específicamente en los de la zona rural, son limitados afectando su calidad por presentar escasez principalmente en recursos materiales, humanos y equipamiento, limitando la credibilidad de los sistemas.

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

Con el presente estudio, se pretende conocer la satisfacción del usuario externo e interno del Sistema de salud de Santa María, municipio de Nueva Segovia sabiendo que hay dificultades en los sistemas de salud de Nicaragua, siendo entre otros: el desabastecimiento de materiales, equipos, recursos humanos, etc., bases principales para mejorar los servicios, por eso se pretende conocer cuál es la satisfacción que tienen con relación a la calidad de atención que brinda el personal de salud de las unidades de salud y de esta manera proporcionar nuevos elementos que contribuyan a mejorar cada vez más la calidad en este Municipio.

II. ANTECEDENTES

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

La Agencia Internacional de Desarrollo (AID) ha venido implementando y perfeccionando técnicas y formas adecuadas que aúnen esfuerzos, para mejorar la calidad de los servicios a los usuarios. A nivel Internacional, se han realizado algunos estudios sobre calidad de atención a usuarios e instrumentos para analizar el flujo de atención: ¹

En las políticas del Ministerio de Salud de Nicaragua está contemplada la Modernización del Sector Salud a través de diversos procesos dirigida a todos los niveles, entre los que se encuentra: El Nivel Central del Ministerio de Salud, los Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud (SILAIS), Hospitales, Centros puestos de Salud, desde el campo de la gerencia, equipamiento, infraestructura, como de fortalecimiento en la capacitación al personal de salud con objetivos dirigidos a mejorar la atención. ²

En 1996, las organizaciones conocidas como: Management Sciences for Health (MSH), Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Ministerio de Salud (MINSA), realizaron un estudio de Demanda de Servicio de Salud en Nicaragua en seis Regiones del país incluyendo la Región del Atlántico, reflejando que la demanda de los Servicios de Salud está dada por el nivel socioeconómico y las necesidades básicas de los Usuarios. ³

1. AVSC Internacional. Cliente Orientado Proveedor Eficiente (COPE). Servicios Eficientes para Satisfacer las Necesidades del Usuario.1996.

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.

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

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

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

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

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

El estudio de servicios de salud realizado en Nicaragua por el Banco Interamericano de Desarrollo y Management Science For Health (BID/MSH), agosto de 1,996; obtuvo que la tasa de satisfacción sobre la atención de su problema salud fue de 20.7 % a nivel nacional, siendo mayor en el área rural. En cuanto a la búsqueda efectiva de atención, la situación cambia dramáticamente, la proporción de personas que busca atención para su problema de salud es en general más baja en el estrato rural que en el urbano, resultados similares ofrecen la encuesta nacional de hogares sobre el nivel de vida en Nicaragua en 1993.⁵

⁴ Nicaragua, Ministerio de Salud. Políticas Nacional de Salud 1997-2002, año 1997

⁵ Proyecto BID-MSH, Estudio de demanda de los servicios de salud de Nicaragua, 1996.

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

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

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

⁶Sáenz Torres, Carlos J., Icaza Espinoza, Mario J., Incer Toledo, Armando; Análisis del uso de la organización de los servicios de salud del centro de salud “Ramón Guillén Navarro”. Boaco. Dic. 1998.

⁷ Rojas, Zil; Opinión de los usuarios sobre los servicios de salud. ICAS. Managua. Julio, 2001.

⁸ Blandón, Yudy Carla; et al.: Percepción de la calidad de la atención de los servicios de Salud: Perspectiva de los usuarios, Matagalpa durante Noviembre 2002.

En el Municipio de Santa María, se cuenta con dos unidades de atención, clasificados uno, como Centro de Salud sin camas y un Puesto de Salud; iniciando sus funciones hace más de 60 años y para un universo de población menor que la que se atiende en la actualidad, se cubre actualmente 4,383 habitantes, manteniendo una infraestructura obsoleta, equipos mínimos y 12 recursos, de los cuales 8 son contratados por el gobierno central y el resto por ONG y gobierno local.

El Ministerio de Salud de Nicaragua a través del programa de Modernización del Sector Salud ha venido fortaleciendo diferentes áreas de las unidades de salud, mejorando la calidad de atención tanto en insumos, como en equipos, para su labor, este centro ofrece consulta general, emergencia, atención a los programas, entre otros, sin embargo no se ha realizado ningún estudio para conocer la satisfacción de la calidad de atención brindada en las unidades de salud, sino que se han levantado encuestas por ONG, por la misma administración actual, destacándose el mal trato y tiempo de espera como las principales quejas de la población.

III. JUSTIFICACION

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva de los usuarios, es cada vez más común. A partir de ello es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados con relación a la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos de sus necesidades y expectativas.

Dentro de las políticas del Ministerio de salud (2004 - 2015) hace mucho énfasis en mejorar la calidad de la atención, esto sin embargo se tiene que monitorizar; se debe realizar análisis o evaluaciones periódicas en cada unidad de salud que les permita a las autoridades de salud darse cuenta, que las estrategias que se están desarrollando por medio del programa del sector salud están bien orientadas y responden a las necesidades de la población.

Por ello es necesario e importante realizar análisis de la satisfacción en la calidad de atención recibida en los servicios de salud, que permita conocer la calidad de estos servicios, tanto de los externos como de los internos, razón por la cual se realizó el presente estudio en el centro de salud de Santa María “Luis Felipe Moncada Olivera” en el casco urbano y el puesto de salud Dr. Mario Merlo, en la comunidad de las Brisas, para identificar problemas que estén presentes y conllevan a insatisfacción de los usuarios externos, así como el interno en lo que respecta a su entorno para brindar el servicio.(20), para dirigir los esfuerzos hacia una atención más humanizada y personalizada.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La interrogante principal del estudio es la siguiente:

¿Cuál es la satisfacción de la calidad de atención en salud, que tienen los usuarios en el Municipio de Santa María, Nueva Segovia en el período Enero 2005 – Marzo 2006?

Con relación a los diferentes aspectos planteados anteriormente, se formulan las siguientes preguntas del estudio:

1. ¿Qué características tienen los usuarios externos de las unidades de salud, en relación al estudio?
2. ¿Qué opinión tienen los usuarios externos del tiempo de contacto, de espera y atención en los servicios de salud que reciben?
3. ¿Cómo influyen los aspectos organizativos en que se lleva a cabo el proceso de atención en los usuarios externos?
4. ¿Qué aspectos organizativos influyen en el proceso de atención por parte de los usuarios internos?
5. ¿Qué factores facilitadores y restrictivos influyen en el proceso de atención?

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Valorar la satisfacción de los usuarios externos, e internos acerca de la calidad de la atención en los Servicios de las Unidades de Salud del Municipio de Santa María, Nueva Segovia, en el período de Enero 2005 a Marzo 2006.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar a los usuarios externos de las unidades de salud participantes del estudio.
2. Estimar el tiempo de contacto, de espera y de atención en los servicios de salud que reciben los usuarios externos.
3. Identificar los factores organizativos en que se lleva a cabo el proceso de atención de los usuarios externos.
4. Valorar los aspectos organizativos en la atención por parte de los usuarios internos.
5. Describir los factores facilitadores y restrictivos que influyen en el proceso de atención.

VI. MARCO DE REFERENCIA

6. 1. Satisfacción:

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

Satisfacción del Usuario: la definición es muy sencilla, el usuario está satisfecho si sus necesidades reales o percibidas, son cubiertas o excedidas, entonces ¿cómo puede usted saber lo que el cliente necesita, quiere y espera?

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

La percepción es un proceso por el cual los individuos organizan e interpretan sus impresiones sensoriales con el fin de darle significado al ambiente. La investigación sobre la percepción demuestra en forma consistente que unos individuos pueden mirar al mismo objeto y percibirla de manera diferente. Una administradora, por ejemplo, puede interpretar el hecho, de que su asistente tome varios días para tomar decisiones importantes, como evidencia de que su asistente es lento, desorganizado y temeroso de tomar decisiones. Otro administrador con el mismo asistente, puede interpretar la misma acción como de que su asistente es reflexivo, cuidadoso y ponderativo. La primera administradora va a evaluar con probabilidad negativamente a su asistente, mientras que el segundo administrador valora positivamente al mismo comportamiento. El hecho es que nadie ve la realidad. Lo que hacemos es interpretar lo que vemos y llamarlo realidad y, desde luego como lo muestra el ejemplo anterior, actuamos basados en nuestras percepciones.⁹

⁹ Administración Teoría y Práctica. Stephen P. Robbins, 1987. Pàg. 285 - 289

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

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

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

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

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

¹⁰ Proyecto BID-MINSA, Programa para el fortalecimiento de los servicios de salud y de las instituciones del sector (ATN/SF-41227-N3) componente II, Informe final fortalecimiento de la gerencia hospitalaria, Diciembre 1996.

¹¹ Nicaragua, Ministerio de Salud. Programa de Modernización del Sector Salud 1998-2002, año 1998.

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

La persistencia de enfermedades como las mencionadas anteriormente señalan la necesidad de fortalecer programas y servicios de salud, ampliar su cobertura y mejorar su eficacia.¹²

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

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

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

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

¹² Ibid. 10.

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

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

Los problemas a enfrentar son:

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

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

6.3 Calidad de Atención en Salud

Se considera que los sistemas sanitarios de muchos países, independientemente de sus ingresos económicos enfrentan una situación donde los recursos escasean y las demandas de asistencia sanitarias son cada vez mayores ya que existe una crisis donde el componente financiero es apenas una parte del problema, adquiriendo la eficiencia un lugar predominante para resolver el problema, sobre todo en aquellos países de escasos recursos. Con solo mejorar la eficiencia, se podría reducir el gasto mientras se mantiene el nivel de servicio.¹³

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

¹³ Roberts, Robert E; Clifford, Atkinson, Assessing client satisfaction among Hispanic, Evaluation and program planning, 1993, Vol. 6.

tendencias organizativas para alcanzar la eficiencia, eficacia, equidad y una nueva cultura organizacional orientada hacia la calidad, satisfacción de los trabajadores y el servicio al cliente.

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

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

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

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

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

los errores y en problemas para determinar que datos le ayudarán a mejorar la efectividad de las diferentes actividades.¹⁴

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

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

Una sola persona que utilice las prácticas de mejoramiento de la calidad puede efectuar un gran cambio en una organización; pero una vez que ya la persona adquirió todo el conocimiento. Por lo tanto, los mayores logros en la calidad y productividad, provienen casi siempre de equipos: un grupo de gente que combina sus habilidades, talentos y conocimientos. Con capacitación adecuada, los equipos pueden usualmente lidiar con problemas económicos complejos y encontrar soluciones permanentes y efectivas.¹⁵

¹⁴ Pavón Lazo, Hipólito. Evaluación de servicios de salud, 1985

¹⁵ . 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.

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

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

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

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

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

El primero se puede desglosar como sigue:

- Contenido básico del trabajo del producto final o de la operación (tiempo mínimo irreducible que se necesita teóricamente para obtener una unidad de producción).
- Contenido de trabajo suplementario debido a deficiencia en el diseño del trabajo a realizar o en las especificaciones del producto (mal diseño del producto final, falta de normas, normas erróneas).

- Contenido de trabajo suplementario debido a métodos ineficaces de producción o de funcionamiento (equipo inadecuado, proceso mal efectuado, herramientas inadecuadas, mala disposición, malos métodos de trabajo).

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

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

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

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

El estudio de tiempo es una técnica de medición del trabajo empleada para registrar los tiempos y ritmos de trabajos, correspondientes a los elementos de una tarea definida y efectuado en condiciones determinadas.¹⁶

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.

¹⁶ SILAIS Managua, Dirección de Administración de Servicios de Salud, Propuesta de intervención en los servicios de salud: agenda de citas escalonadas, Sept. 1995

6.5 Satisfacción del staff sobre el impacto de la transformación de la atención:

Un estudio realizado en el SILAIS Managua, se encontró que más de 605 (70%) de los participantes opinaron que el acceso de los pacientes a la atención de salud, había disminuido como consecuencia de los cambios actuales. Un porcentaje similar percibió además una disminución de la calidad de atención recibida. Un número menor manifestó una disminución de la calidad de la atención realizada en su servicio en el año (44%). Los profesionales que manifestaban que la calidad de la atención había empeorado en el último año, puntuaban sustancialmente más bajo todas las dimensiones de clima organizativo. Los determinantes más importantes de la calidad de la atención percibida por el staff fueron el acceso a información pertinente directo a los cambios en su trabajo diario y al nivel de la organización, la gestión participativa, la gestión clínica y el compromiso con su trabajo. La satisfacción con su trabajo estaba más fuertemente asociada al clima organizativo que a la calidad percibida por su trabajo.¹⁷

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

Es importante revisar los procesos de trabajo que resulten críticos para los pacientes y organizar los servicios, para favorecer la rápida resolución de los problemas. Esto forma parte de las Políticas impulsadas por el MINSA y dentro de las áreas de intervención del programa de Modernización se incluye la priorización de investigaciones para resolver problemas de salud o de gestión.¹⁸

¹⁷ Sáenz Torres, Carlos J., Icaza Espinoza, Mario J., Incer Toledo, Armando; Análisis del uso de la organización de los servicios de salud del centro de salud "Ramón Guillén Navarro". Boaco. Dic. 1998.

¹⁸ Nicaragua, Ministerio de Salud. Programa de Modernización del Sector Salud 1998-2002, año 1998.

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

- Toma de decisiones (inconsistencia del proceso decisorio, deficiencia de mecanismo de planificación).
- Información Gerencial (disponibilidad insuficiente de información, utilización de la misma de manera inadecuada).
- Producción de servicios (deficiencia de normas, desconocimiento de las mismas).
- Comunicación operativa (sobre carga burocrática, comunicación insuficiente).
- Relación de coordinación (relaciones interinstitucionales deficientes al igual que inter departamentales).¹⁹

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

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

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

Los usuarios dicen utilizar las unidades por las siguientes razones:

¹⁹ Proyecto MINSA-Banco Mundial-Funsalud, Estudio de satisfacción del usuario, 1996

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

El grado de satisfacción real en atención curativa es del 80.7 % y para las consultas de prevención y control están entre 76.3 y 87.5 %.²⁰

En las investigaciones de organización que se realizan en los servicios de salud, se hace necesario incluir la percepción del usuario ya que las unidades de atención primaria deben elevar su capacidad para resolver problemas, ofertando así un servicio más atractivo y eficiente que pueda reorientar el flujo de pacientes al uso de unidades de atención primaria y no al abuso que actualmente se hace de los hospitales, los cuales son tensionados y presentan un costo mayor al sistema que si lo hicieran en atención primaria. Por otra parte, si se tomara únicamente como solución cambios vistos de cara a la institución, estaríamos abordando una parte del problema. Se debe aspirar a mejoras impulsadas por el consumidor y que dicho ciudadano pueda tener una forma de poder participar.²¹

Un buen servicio debe contener:

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

²⁰ Sebastián, Pilar; Carlos J, Sáenz, et al.; Estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas para identificar Necesidades de Capacitación, Junio 1,996.

²¹ Manrique, Jorge et al., Encuesta de Satisfacción de los Usuarios de un Hospital Público: Medida de la calidad de la atención médica,1974.

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

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

6.6 Metodología del SOCPE

Estudios realizados en diferentes países del Continente Americano como Estados Unidos ⁽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 salidas a usuarios al concluir su recorrido por el flujo de atención. Se han evaluado servicios de seguridad social hospitales públicos y unidades de atención primaria con este tipo de métodos.

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

COPE (sigla en inglés), cuya traducción significa: Prestador Eficiente de Servicios Orientados al Cliente, es una técnica de baja tecnología propuesta, elaborada y aplicada por

AVSC Internacional, la cual puede ser utilizada por las instituciones de salud para hacer que sus servicios sean más eficientes y acordes a las necesidades de los usuarios.²²

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

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

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

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

²² AVSC Internacional. Cliente Orientado Proveedor Eficiente (COPE). Servicios Eficientes para Satisfacer las Necesidades del Usuario.1996.

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 componente de áreas y c) para cada indicador de problema en cada área crítica.

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

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

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

El proceso ha tenido sus logros, pero falta mucho por hacer (desarrollo de un sistema de aseguramiento y evaluación de la calidad).²³

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

Los programas públicos no poseen un regular automático que señale si las actividades que se están llevando a cabo pueden realizarse de forma más eficiente, en que momento han dejado de ser productivas o bajo que, circunstancias los recursos utilizados en

²³ Nicaragua, Ministerio de Salud. Programa de Modernización del Sector Salud 1998-2002, año 1998.

ellas pueden ser desplazados a otras actividades del mismo tipo, para producir un efecto más significativo en la población. La evaluación hace posible captar este tipo de señales y ayuda a solucionar los problemas planteados en su ejecución.

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

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

El Manual Servicio Orientado al Cliente por Proveedor Eficiente (SOCPE), fue adaptado del COPE y fue desarrollada para ayudar a los servicios de atención primaria a tomar conciencia de las necesidades de sus usuarios y utilizar sus recursos de manera más eficiente. La iniciativa puede ser adaptada a todos los servicios de Atención Primaria, SOCPE es un proceso que facilita una serie de herramientas prácticas, que pueden mejorar la calidad de los servicios y se ha demostrado que la aplicación del mismo da resultados positivos, su uso es sencillo, fácil de entender, provechoso, necesita poco tiempo y recursos.²⁴

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.

²⁴ De Canales, Francisca H., et al.; Metodología de la Investigación, Manual para el desarrollo de personal de salud, 2da. Ed.,1989

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

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

6.7 Enfoque de SOCPE: Mejoramiento de la Calidad:

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

El aspecto más importante del SOCPE es su énfasis en auto evaluación, ofreciendo al personal una oportunidad para que sus miembros evalúen la calidad de los servicios que prestan. Además, les solicita que consideren la calidad del servicio desde la perspectiva de los usuarios que atienden. A través del SOCPE, los proveedores identifican los problemas

de los servicios, recomiendan soluciones y deciden quienes serán los responsables de tomar medidas en determinado momento. El hecho de que en 3l procesos, es realizado por el propio personal del servicio, les ayuda a comprometerse a corregir los problemas y hacer planes para mejoramientos futuros. SOCPE le confiere autoridad al personal: fortalece su confianza en su capacidad de abordar sus propios problemas y permite que estos se les faciliten cada vez más.

La identificación de problemas también permite a la administración de la institución justificar los cambios necesarios en las políticas o asignación de recursos a una unidad administrativa. La formación de equipos es otro producto del SOCPE. Como éste ofrece un foro de discusión, el personal tiene la oportunidad de compartir con otras personas (incluidos sus supervisores (iones) y el personal de otros departamentos), con los cuales tienen pocas oportunidades de comunicarse durante las actividades diarias. Si un buen facilitador dirige el ejercicio, todos los niveles del personal pueden ser escuchados.

6. 8 Componentes de SOCPE:

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

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

Proceso de aplicación del SOCPE:

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

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

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

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

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

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

Reunión sobre el Plan de Acción: En esta sesión se realiza la elaboración del plan de acción de la unidad de salud, el cual se corresponde a los problemas encontrados en el registro y análisis de los resultados de la aplicación de los formatos de autoevaluación, AFU y

Encuesta de Satisfacción al Usuario, deben participar, el personal involucrado en el proceso de aplicación, los directivos locales y los facilitadores del SILAIS.

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

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

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

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

6. 9 Calidad:

Es un proceso de mejora continua, gracias al mejor conocimiento y control de todo el sistema: diseño, procesos, ejecución, información, proveedores, de forma que el producto recibido por los consumidores esté en correctas condiciones de uso.²⁵

Calidad Total se resume en los siguientes principios:²⁶

- Hacer bien el trabajo todas las veces desde el comienzo y, por lo tanto, sin defectos.
- Reducir los costos inútiles.
- Prevenir.
- Dirigir y Gestionar óptimamente.
- Responder a las necesidades de los clientes externos e internos.

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

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

Factores que influyen en la satisfacción. ¿Cómo explicamos el hecho de que la gente puede percibir el mismo objeto en forma diferente? cierto número de factores opera para darle forma y, en algunas ocasiones, distorsionar la percepción. Estos factores pueden

²⁵ dossier: Módulo Gerencia Estratégica en Serv. Hospitalario, Dr. Meynard Mejia Freddy. Managua Nicaragua CIES-UNAN Enero 1998

²⁶ IDEM

residir en el sujeto que percibe, en el objeto o blanco que es percibido o en el contexto de la situación en que se da la satisfacción.

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

Las características del blanco que está siendo observado pueden afectar también lo que es percibido. Gente ruidosa es más probable que se note en un grupo de los silenciosos. Así también, hay individuos extremadamente atractivos o repulsivos. Debido a que no se miran los blancos en aislamiento, la relación de un blanco con su fondo también influye en la percepción como lo hace nuestra tendencia a agrupar objetos cercanos o similares.²⁷

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

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

Implicaciones para los administradores. Los administradores necesitan reconocer que ellos y sus empleados reaccionan a las percepciones y no a la realidad. Ya sea que un puesto es en realidad interesante o atractivo es irrelevante. La clave radica en lo que es percibido. En forma parecida cuestiones como un justo pago por el trabajo realizado, la validez, de las apreciaciones sobre el desempeño y lo adecuado de las condiciones de

²⁷ Administración Teoría y Práctica. Stephen P. Robbins, 1987. Pág. 285 - 289

trabajo afectan el desempeño y la satisfacción de un empleado. Pero la realidad debe ser primero organizada e interpretada y eso permite el potencial para la distorsión perceptual.

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

De los usuarios se obtiene la información acerca del desempeño y la calidad para determinar, en qué medida los servicios satisfacen sus necesidades y expectativas. Por lo tanto, es necesario que la organización de atención a la salud conozca la información en que sus clientes evalúan la calidad de sus servicios y su atención.²⁸ El tema fundamental del modelo de calidad de servicio es el grado y la dirección de la diferencia entre las percepciones y las expectativas, se diseñarán los servicios y se ofrecerán de acuerdo a estas expectativas.

Se ha dicho que la calidad en los establecimientos de salud consiste en servicios deseables u óptimos. Donabedian agregaría cierta calificación tales como el uso de “medios legítimos”, de “conformidad con las normas”, señalando que en ella intervienen al hablar de salud, la atención técnica, la relación interpersonal y el ambiente en que se lleva a cabo, para que la salud sea una meta “alcanzable”.²⁹

Para hablar de calidad suficiente se debe contar con un servicio de salud que se puede alcanzar óptimamente desde el punto de vista de la tecnología médica existente. Dado que eso es algo que solo un sector, bien informado de la profesión médica puede determinar, se constituye la participación de profesionales, es un elemento imprescindible. Por lo tanto la información que se necesita para evaluar los aspectos técnicos de la salud debe basarse en observaciones minuciosas, sujetas al rigor científico y analizado hábilmente en conjunto.³⁰

²⁸ Revista Médica Chile. V.130, 11 Santiago. Nov. 2002. Necesidades de salud desde la perspectiva de los usuarios. Paula Bedregal G. Margarita Quezada U. Marisa Tones H. Judith Scharager G. Josè Garcia

²⁹ Tesis de Investigación: Satisfacción de usuarios atendidos en cuidados críticos y observación Hospitales Antonio L. Fonseca y Manolo Morales. Managua, Nicaragua, Agosto 1995, Gutiérrez Aburto Gioconda, Morales C. Rafaela..

³⁰ Tesis de Investigación: Satisfacción de usuarios atendidos en cuidados críticos y observación Hospitales Antonio L. Fonseca y Manolo Morales. Managua, Nicaragua, Agosto 1995, Gutiérrez Aburto Gioconda, Morales C. Rafaela.

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

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

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

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

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

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

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

- a. Admisión y Clasificación de pacientes, donde se reciben pacientes ambulatorios y otros que son trasladados o referidos por diferentes médicos con la finalidad de ser clasificados y puestos a disposición del área correspondiente en donde se le brindará la atención referida.
- b. Área de espera y estancia de camillas, es un espacio físico dotado de condiciones básicas en donde el paciente, en caso necesario, deberá esperar turno para recibir la atención médica necesaria, la que será acorde a su clasificación.
- c. Ambientes: Espacio conocido como consultorios y es donde se da el proceso de atención de los pacientes que acuden por consulta general o programas.
- d. PAI: Área donde se aplican las vacunas y se lleva el programa de Control del niño menor de cinco años.
- e. Área de Observación, es el sitio donde se envía los pacientes con finalidad de evolucionar el cuadro clínico y su padecimiento.³¹
- f. Sala de partos: Área o lugar donde se atienden los partos. Este a su vez se subdivide en prelabor y el expulsivo para mayor comodidad de la usuaria y del recién nacido.

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

- a. Todo individuo se le deberá dar el acceso imparcial a la información disponible o que se indique en su atención médica.

³¹ Tesis de Investigación: Satisfacción de usuarios atendidos en cuidados críticos y observación Hospitales Antonio L. Fonseca y Manolo Morales. Managua, Nicaragua, Agosto 1995, Gutiérrez Aburto Gioconda, Morales C. Rafaela.

b. Respeto y Dignidad: El usuario tiene derecho de recibir el tratamiento respetuoso en todo momento y bajo toda circunstancia, como reconocimiento de su dignidad personal.

c. Privacidad y Confidencialidad: El usuario tiene derecho, de acuerdo a la ley, a su privacidad personal y de información, tal como se manifiesta en los siguientes derechos:

Información:

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

El personal asistencial tiene dos funciones:³²

1. La función Operacional
2. La función Relacional



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

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

Acceso a los Servicios:

- Eliminación de barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención en salud.
- Barreras geográficas, económicas, social, cultural, organizacional, lingüística.³³

³² IDEM Pág. 170

³³ Cliente Orientado al Proveedor Eficiente AVSC Internacional, COPE.- New Cork 1996.

El deber de la calidad en el servicio brindado, implica ofertar atención que generen confianza en los usuarios, siendo importante el contacto humano, y el desarrollo del personal que labora requiere de cambios concurrentes con el cambio de la forma de hacer el trabajo.³⁴

Desde la perspectiva del usuario

a) Continuidad:

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

b) Seguridad:

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

c) Comodidad:

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

³⁴ Plan de Mejoramiento continuo de la calidad y productividad del servicio de emergencia. INTECH (Institute for Technical Corporation in Health, Inc. Managua, Nicaragua 2002. (Parte No, I “Políticas-Normas-Estandares e indicadores”).

d) Flujo de Atención:

Permite conocer el tiempo de espera y de contacto de las usuarias y el uso del personal en un servicio. El análisis de flujo contribuye al análisis de los servicios de salud identifica cuellos de botella, contactos no realizados, identifica contactos con usuarios no programados, medir el tiempo de espera, estimar el tiempo que los usuarios demoran en cada contacto, demuestra el efecto de los cambios operacionales del servicio en el flujo de usuarios y permite hacer estimativos de costo de personal.³⁵

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

El abordar las inquietudes del usuario externo es tan esencial para la atención de buena calidad como la competencia técnica. Para el usuario, la calidad depende principalmente de su interacción con el personal de salud, de atributos tales como el tiempo de espera, el buen trato, la privacidad, la accesibilidad de la atención y, sobretodo, de que obtenga el servicio que procura.

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



³⁵ MSH;USAID, MINSA. Instrumentos Análisis de flujo en unidades de salud. SILAIS BOACO. Mayo, 1998

6. 11 Satisfacción de los usuarios:

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

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

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

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

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

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

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

Se observó que el 61 % de los usuarios manifestaron resuelto sus problemas de salud, lo que coincide con el 68 % que afirma está satisfecho de la atención recibida; sin embargo, el 30% restante afirma no sentirse con el problema resuelto, hace pensar que los prestadores de servicios deben asegurarse que los pacientes salgan satisfechos, con la sensación de haber recibido la atención necesaria para resolver su problema. ³⁶

6. 12 Causas de insatisfacción:

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

Causas menos frecuentes:

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

³⁶ Proyecto BID-MSH, Estudio de demanda de los servicios de salud de Nicaragua, 1996

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, para mejorar la satisfacción del usuario.

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

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

En cuanto a la preferencia del horario de atención, un 76 % de usuarios manifestó preferir el horario de la mañana. Posiblemente esto responde a un problema de patrón cultural que los mismos servicios de salud han impuesto, o quizás realmente esa sea la preferencia del usuario. Sin embargo, se ha observado que en sector privado, el comportamiento es diferente y los usuarios prefieren el horario de la tarde, aunque es probable que responda al mismo patrón cultural mencionado anteriormente e impuesto por los médicos, ya que la mayoría de ellos trabajan en el sector público por la mañana y en el sector privado por la tarde.³⁷

³⁷ Ibid 34.

VII. DISEÑO METODOLOGICO

a. Tipo de Estudio:

Es un estudio **Descriptivo de tipo evaluativo** para conocer la satisfacción de la calidad en la atención brindada en los servicios de salud del Municipio de Santa María, en el período de Enero 2005 a Marzo 2006.

b. Área de estudio:

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

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

c. Universo:

La población de estudio lo constituyeron los usuarios /as y proveedores de servicio de las unidades de salud del Municipio de Santa María, durante la realización del presente estudio.

d. Muestra:

La muestra estuvo constituida por 150 usuarios externos, considerando que históricamente el servicio de salud tiene un promedio de atención diaria entre 20 a 40 usuarios. El

muestreo se realizó tomando como referencia el mes de Enero del año 2005, en el transcurso de una semana, entrevistando al 50 % de los usuarios que asistieron a los diferentes servicios de salud de las unidades asistenciales (150 personas), en todos los turnos (De 8: 30 AM – 1:00 PM y de 2:30 PM – 6 PM). y el 100% (12) de los usuarios internos asistenciales(proveedores de salud) que laboraban en las unidades de salud, durante el estudio.

e. Unidad de análisis:

Fueron los usuarios(as) externos que buscaron atención de salud y los usuarios internos del Ministerio de Salud en Santa María.

f. Fuente de información

La fuente de información fue primaria, se aplicaron dos instrumentos de recolección de la información, dirigidos a los usuarios externos e internos de forma diferenciada.

g. Instrumento de recolección de la información

El primer instrumento se utilizó para conocer la opinión de los usuarios externos realizada por miembros del club de adolescentes y el segundo instrumento dirigido a los usuarios internos para evaluar los factores restrictivos y facilitadores en su ámbito de trabajo. Dichos instrumentos estuvieron constituidos, en la mayoría con preguntas abiertas, que permitió la obtención amplia de la opinión de los usuarios del servicio de salud en el Municipio.

h. Técnica

En el caso de los usuarios externos fue entrevista a usuarios que aceptaron participar en el estudio y que cumplían con los criterios de inclusión.

A los usuarios internos, se aplicó un cuestionario que fue respondido individualmente.

i. Criterios de selección :

Se tomaron como base el 50% de los usuarios externos que asistieron a los servicios de salud los días de mayor demanda lunes y viernes y a todos los usuarios internos (12) laborando en el momento del estudio.

J. Mecanismo de obtención de la información:

Para la obtención de los tiempos de contacto y espera del usuario:

Se utilizó la técnica de la entrevista para aquellos/as que aceptaron responder a las preguntas planteadas en la encuesta, el entrevistador llenó cada respuesta y cada día se supervisó la calidad del buen llenado del instrumento. Previa aplicación de prueba piloto en usuarios, lo que permitió hacer los ajustes necesarios al instrumento de recolección de la información.

Se capacitó a los dos miembros del club de adolescente en las técnicas de entrevista, para lograr la aceptación de los usuarios en el estudio.

G Variables del estudio:

Objetivo no.1: Características del usuario externo:

- Establecimiento
- Sexo
- Procedencia
- Tipo de Visita
- Número de visitas

Objetivo N° 2: Tiempo de contacto, de espera y de atención en los servicios de salud:

- Satisfacción con tiempo de espera
- Opinión con el tiempo de espera
- Tiempo de contacto
- Duración del tiempo de contacto

Objetivo Nº 3: Factores organizativos en el proceso de atención por parte de los usuarios externos:

- Perfil profesional de proveedor de los servicios
- Motivo de la visita
- Trato recibido por personal que lo atendió
- Calidez en la atención
- Privacidad en la atención
- Horario de preferencia
- Explicaciones recibida
- Continuidad en la atención(Cita)

Objetivo Nº 4: Factores organizativos en el proceso de atención por parte de los usuarios internos:

- Equipamiento
- Satisfacción con el ambiente disponible
- Material informativo disponible
- Contribución económica por parte del usuario externo
- Expedientes realizados por cada usuario atendido
- Opinión con el horario de atención
- Opinión con número de usuarios asignados por día

Objetivo Nº 5: Factores facilitadores y restrictivos que influyen en el proceso de atención:

- Acciones para mejorar la atención.
- Opinión sobre servicios brindados
- Disposición al trabajo
- Instalaciones existentes

h. Plan de análisis:

Para el cumplimiento del primer y segundo objetivo se realizaron agrupaciones de las variables: sexo, procedencia, establecimientos y tipo de visitas de los usuarios externos; asimismo se realizó el cruce de variables de tiempo de espera con establecimiento y grado de satisfacción en la espera en relación al perfil del profesional que le brindó la atención. Duración del tiempo que duró la atención y el perfil que lo atendió y otras variables de interés.

Para el cumplimiento del tercer objetivo, se efectuaron agrupaciones y cruces de variables de mayor coincidencia: Motivo de consulta, trato recibido por personal que lo atendió, perfil profesional del proveedor de los servicios, calidez en la atención, privacidad en la atención, continuidad en la atención, horario de preferencia y explicaciones recibidas.

Para el cumplimiento del cuarto objetivo, se realizó la distribución de frecuencias simple de la variable: Equipamiento, satisfacción con ambientes disponibles, material informativo disponible, opinión con el horario de atención y opinión con el número de usuarios asignados por día.

Para el cumplimiento del quinto objetivo, se realizó distribución de frecuencias de las variables: Acciones para mejorar la atención con: opinión sobre los servicios brindados y disposición al trabajo con recursos humanos disponible e instalaciones existentes.

i) Procesamiento de la información: se creó una base de datos en Epi Info 3.3, una vez recolectados los datos siguiendo el orden de las preguntas estructuradas y se procesaron los datos para su análisis y construcción de tablas y gráficos. El texto se redactó en WORD.

VIII. RESULTADOS

La realización del presente estudio consistió en la valoración de la satisfacción de los usuarios externos e internos que asisten a los servicios de salud del Municipio de Santa María, Nueva Segovia, Ocotal en el período de Enero 2005 a Marzo 2006, encontrando los siguientes resultados:

Características del usuario externo:

El presente estudio contempló 150 usuarios externos, el 78,7% (118) fueron atendidos en el Centro de Salud cabecera municipal, el resto fueron atendidos en la otra unidad de salud. El 96,7% (145) procedían de la zona rural, el resto de la zona urbana. El 64,0% (96) son mujeres y el 86,7% (130) eran subsecuentes en la asistencia a la unidad de salud. (Ver en Anexos, Tabla 1)

La asistencia al servicio se encontró que el 47,3% (71) han asistido más de cuatro veces antes de la entrevista, y un 16,0% (24) respectivamente tres y cuatro veces, solamente un 12,0% (18) refirieron ser la primera vez que asisten a la unidad de salud a demandar un servicio de salud. (Ver en Anexos, Tabla 2)

Del total de usuarios entrevistados en el Centro de Salud, la duración del tiempo de espera en un 28,8% (34) fue entre 1 – 3 horas, un 25% (30) una hora de espera; un 20,4% (24) fue menor a una hora; en el Puesto de Salud un porcentaje igual de 28,1% (9) con igual período de espera entre 1-3 hrs. (Ver en Anexos, Tabla 3)

La opinión de los usuarios en relación al tiempo de espera el 38,8% (58) respondieron sentirse poco satisfecho, el 5,3% (8) insatisfecho y el 3,3% (5) muy insatisfechos, solamente el 15,3% (23) manifestaron sentirse muy satisfecho con la espera para recibir la atención. (Ver en Anexos, Tabla 4)

La explicación de las expresiones dadas en relación a la satisfacción del tiempo de espera el 24,7% (37), expresaron que era demasiado el tiempo de espera, el 31,3% (47) las

expresiones dada fue “logré ser atendido/a”; el 36% (54) consideran que fue rápida la atención. (Ver en Anexos, Tabla 5)

Al indagar sobre la duración de la atención el 57,3% (86) que refirieron que fue de 5-15 minutos y el 34,0% (51) respondieron que fue menor a los cinco minutos. En relación al perfil del proveedor del total de usuarios (52) que manifestaron que fue menor a los 5 minutos, el 86,6% (45) se refirieron a la atención del médico, el 9,6% (5) al odontólogo; en el grupo que respondió que la duración fue entre 5-15 minutos (86) el 75,6% (65) fue la atención médica y el 12,8% (11) a la atención por la auxiliar de enfermería.

(Ver en Anexos, Tablas 6,7)

La opinión de los usuarios en relación a la satisfacción por la duración de la atención el 46,7% (70) respondieron estar muy satisfecho, el 34,0% (51) satisfecho; un 16,0% (24) poco satisfecho, el 1,3% (2) insatisfechos y el 2% (3) muy insatisfecho. Y al relacionar con el perfil del recurso que le brindó la atención del total que respondieron estar muy satisfecho el 87,1% (61) se refieren a la atención médica; del grupo que respondieron estar poco satisfechos (24), el 75,0 (18) es también a la atención médica; de los usuarios que manifestaron estar insatisfecho y muy insatisfecho se referían a personal médico (con 2 y 3 casos) respectivamente. (Ver en Anexos, Tablas 8,9)

Las expresiones en relación a la atención brindada el 40% (60) consideran que el personal es amable, el 36,7% (55) manifestaron que fueron atendidos rápido, un 6,6% (10) expresaron no haber sido examinados por el personal. Del total entrevistados el 61,3% (92) el motivo de la asistencia a la unidad de salud es por consulta general, el 12,7% (19) cita al programa de enfermedades crónicas, el 9,3% (14) control del embarazo y únicamente 0,7% (1) control del niño. (Ver en Anexos, Tablas 10,11)

La opinión en relación a la atención brindada en admisión el 46,7% (70) están muy satisfechos, el 12,7% (19) poco satisfecho, insatisfecho y muy insatisfechos el 4,0% (6) y 1,3% (2). Las expresiones brindadas de la atención recibida en admisión el 82% (123) consideran que se les brinda buen trato, pero; hay expresiones como “no es amable” en un

8,7% (13), “es muy seria y no saluda” en el 6,0% (9) y el 3,3% (5) que se “tardan mucho en encontrar el expediente.” (Ver en Anexos, Tablas 12,13)

Al preguntar en relación a si recibió saludo de parte del personal de salud que le brindó la atención el 64,0% (96) respondieron que sí; el 84,0% (126), manifestaron que fueron llamados por su nombre. (Ver en Anexos, Tablas 14,15)

El 14% (21) del total entrevistados, respondieron que no hay privacidad al recibir la atención, de éstos el 52,4% (11) son mujeres. El 22,0% (33) respondieron que no se les brindó ninguna explicación al realizar algún procedimiento o examen.

(Ver en Anexos, Tablas 16, 17,18)

La opinión que da el usuario externo al prestador del servicio en relación a la calidez en la atención recibida el 72,0% (108) considera que son amables, un 7,3% (11) consideran que el personal es descortés a la vez que éstos proceden de la zona rural. Al relacionar con la procedencia los que provienen de la zona rural (145) el 71,2% (104) dicen ser amables los trabajadores de la salud. (Ver en Anexos, Tablas 19,20)

Los horarios de preferencia de los usuarios es el turno de la mañana en el 63,3% (95), en orden de frecuencia el que se atiende 24 horas en un 23,3% (35).

(Ver en Anexos, Tabla 21)

El 55,3% (83) refirieron que les brindaron recomendaciones y; de éstos el 66,2% fue recibida por parte del personal médico, asimismo de los que no la recibieron (67) el 95,5% (64) respondieron fue el médico quien le brindó la atención; las principales recomendaciones estuvieron orientadas a como tomar el tratamiento en un 45,8% (38), el 20,4% (17) a regresar a la cita, el 10,8% (9) de asistir a la unidad si empeora el estado de salud.

(Ver en Anexos, Tablas 22, 23,24)

El 40,7% (61) le dieron cita para continuar valorando su estado de salud, el 54,1% (33) fue para dentro de 1 mes, el 13,3% (8) para los próximos quince días, solamente el 3,27% en 24 horas y/o diario (2) respectivamente. (Ver en Anexos, Tablas 25,26)

Dentro de las observaciones expresadas por los usuarios internos, para mejorar la atención el 38% (27) consideran que se debe contratar más médicos, el 14,3% (10) contratación de más personal en general, el 11.3% (8), expresaron que deberían existir más consultorios; “personal más amable 9.8% (7); mejorar el carácter del personal de enfermería 8.4% (6), mayor profesionalismo 5.6% (4), que cambien al personal de enfermería 5.6% (4), que siempre haya odontólogo 4.2% (3) y un 2.8% (2) manifestaron que el tiempo de espera sea menor. (Ver en Anexos, Tabla 27)

Usuario interno.

En relación a la encuesta de satisfacción del usuario interno dirigida a 12 trabajadores el 91% (11) consideran que existe el equipamiento necesario para brindar la atención al usuario, el espacio disponible el 75% (9) que es inadecuado. En relación al material informativo el 91,7% (11) consideran que tienen disponibilidad de los mismos.

(Ver en Anexos Tablas 28,29, 30)

Disponibilidad de los trabajadores en relación al horario de atención el 91,7 (11) están de acuerdo, las expresiones de por qué están de acuerdo es en un 58,3% (7) consideran que beneficia al usuario externo, el 16,7% (2) respondieron que se ajusta a las necesidades de ambos usuarios y se cumplen las normas para ambos casos. (Ver en Anexos, Tablas 31,32)

En relación a la asignación del número de usuarios por día, el 83,3% (10) respondieron estar de acuerdo, pero, el 16,7% (2) no lo están, las consideraciones en estar o no de acuerdo son: “beneficia al usuario externo, se atiende lo necesario, es para cumplir metas y se ajusta a nuestro horario” con tres respuestas para cada grupo de expresiones. (Ver en Anexos, Tablas 33,34)

Al preguntar a los trabajadores si están dispuestos a atender a los usuarios por el número de demanda y no por el horario de atención, solamente el 8.3% (1) respondió no estar de acuerdo con ese planteamiento. Las respuestas de los que están de acuerdo el 41,7% (5) consideran que se satisface al usuario externo, el 33.3% (4) respondieron que se

da más de lo que se pide, el 16.7% (2) manifestaron que existen muchas necesidades que atender en la población, hubo un 8.3% (1) que consideran que trabajar de esta manera se mal acostumbra a la población. (Ver en Anexos, Tablas 35,36)

La opinión de los trabajadores que deben hacer para mejorar la atención el 41.7% (5) respondieron que de debe mejorar la infraestructura, el 33.3% (4) refirieron que se deben de agilizar los procesos como son los expedientes clínicos, el 16.7% (2) consideran que se debe brindar buen trato. (Ver en Anexos, Tabla 37)

Acerca de los servicios que se ofertan, los trabajadores valoran como de muy buenos aunque no se tenga lo necesario, en el 41.7% (5) el 25% (3) respondieron que están orientados a la satisfacción del usuario externo y el 16.7% (2) se atiende con esmero pero la infraestructura es inadecuada y atender de acuerdo a las necesidades de los usuarios el 16.7% (2). (Ver en Anexos, Tabla 38)

Los factores restrictivos que identificaron los trabajadores que influyen en la satisfacción de los usuarios externos, el 50% (6) consideran que la infraestructura es inadecuada, el 25% (3) respondieron que la falta de recursos humanos y financiero, u un 8.3% (1) identifica como poca comunicación entre los usuarios internos. (Ver en Anexos, Tabla 39)

La opinión de los usuarios internos de los factores que ellos cambiarían de inmediato y se modificaría la satisfacción de los usuarios externos, la contratación de recursos es la más frecuente identificada en un 41.7% (5), así como gestionar la construcción del centro de salud, en un 33.3% (4); solamente un 8.3% (1) respondió que sensibilizar a los usuarios sobre los horarios de atención y capacitar a la red comunitaria de salud en el territorio. (Ver en Anexos, Tabla 40).

En relación a las observaciones de los usuarios internos, el 50% (6) sugieren que se debe gestionar para la reconstrucción del centro de salud; el 33.3% (4) mencionan gestionar la contratación de un número mayor de recursos humanos y un 16.7% (2) refieren capacitar a los usuarios externos sobre sus deberes y sus derechos como usuarios de los servicios de salud del MINSA. (Ver en Anexos, Tabla 41)

IX. ANALISIS DE RESULTADOS.

Satisfacción: significa la medida en que las prestaciones y servicios sanitarios son aceptados por los propios usuarios y por la población en general. Satisfacción de usuarios es cuando sus necesidades reales y percibidas son cubiertas o excedidas, la realidad de los prestadores de servicios es cómo saber lo que el cliente necesita, lo quiere y lo que espera?, este es el gran reto que se plantean también los trabajadores de la salud y por esa razón se realizan los estudios de satisfacción, no como una mera medición sino que para adoptar correcciones que permitan mejorar la apreciación de la calidad de atención en dichos servicios.

Los principales hallazgos encontrados en las encuestas realizada a los 150 usuarios externos, es que la mayoría de ellos asistieron al Centro de Salud del Municipio, con procedencia de la zona rural, más de la mitad son mujeres, y 8 de cada 10 habían acudido a la unidad de salud por más de una vez a demandar el servicio. La mayor asistencia al Centro de Salud, es debido a la presencia permanente de personal médico, no así en el Puesto de Salud que la asistencia médica es brindada dos veces por semana.

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 debido a deficiencias de la dirección, mala planificación del trabajo, escasez de recursos e instalaciones deficientes, de igual manera el tiempo improductivo imputable al trabajador por ausencias, retrasos, ociosidad, accidentes, son factores que influyen directamente sobre la apreciación del tiempo utilizado para brindar atención en los servicios públicos; el tiempo de espera y de contacto en que incurren los usuarios determina el grado de retraso en la atención.

Independiente 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.

Los tiempos de espera en la unidad de salud para recibir la atención, la mayoría respondió que fue entre 1 – 3 horas, al indagar sobre la opinión en relación al tiempo de

espera en más de la mitad se sienten poco satisfechos y se quejan de ser muy prolongado y sentirse insatisfechos, e inclusive algunos respondieron sentirse muy insatisfechos; expresiones brindadas tales como “logré ser atendido/a”; datos que coinciden con bibliografía consultada que es uno de las causas o motivos de insatisfacción de los usuarios externos en relación a los servicios de salud.

La duración del tiempo empleado en la atención directa con el proveedor de los servicios de salud, algunos usuarios externos refirieron que el tiempo no es el suficiente para brindar calidad en la atención y no se cumple con los estándares y normas establecidas y el perfil del profesional que menos tiempo empleó para la atención fue el médico. Sin embargo existe una buena cantidad de ellos que expresaron sentirse muy satisfechos en el tiempo de la duración de la atención recibida, los resultados son similares a otros estudios realizados en el país. En la literatura investigada no se menciona el tiempo de duración de la consulta, pero la norma general del tiempo de atención en la consulta se espera que sea de 45 minutos a 1 hora y coincide con los resultados obtenidos en la investigación donde se encontró el mayor porcentaje del tiempo de duración de consulta de 30 minutos a 1 hora.

Cuatro de cada diez usuarios, consideran que el personal de salud en Santa María es amable, pero algunos reclamaron que no fueron examinados al recibir la atención, y que la atención fue rápida al momento de estar con proveedor de salud, otros usuarios externos manifestaron que no los examinaron, pero dan referencia positiva al expresar que se les entregaron los medicamentos y un numero reducido dijeron que se les examinó.

Los resultados del presente estudio también nos permiten conocer que la gran demanda a los servicios de salud por los usuarios externos es por motivo de consulta general, siendo influenciado por la cultura de buscar ayuda sólo cuando estamos enfermos, además existe muy poca educación preventiva por parte de las autoridades competentes en el tema y mucho menos la práctica de promover estilo de vida saludables por el personal de salud, en segundo lugar están los usuarios que acuden a solicitar valoración y tratamiento para sus enfermedades crónicas y el tercer lugar están las usuarias que demandaron asistencia por control del embarazo, datos que son similares a los encontrados en las referencias

bibliográficas, donde el mayor porcentaje de asistencia a las unidades de salud es por consulta general, y el grupo de pacientes crónicos, siendo los de la zona rural los que mayor demanda tienen.

Definir calidad es un poco más difícil que definir la satisfacción del usuario, la calidad está basada en la percepción de los usuarios, por lo que calidad se define como cualquier opinión que el usuario percibe como la calidad, esto nos permite medir con mayor precisión la calidad y los niveles de satisfacción de los usuarios de su institución u organización.

Un buen servicio debe contener integridad, oportunidad, continuidad, contenidos técnicos y calidad humana; 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, sin embargo 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; el presente estudio refleja que existe una buena aceptación de los usuarios con la admisionista que es la primera y principal contacto con el demandante de los servicios reflejando que ellos estuvieron muy satisfechos con la atención en esta área.

En cuanto a la valoración de si el usuario recibió saludo de parte del personal de salud que le brindó la atención, las respuestas son casi similares a los que afirmaron que "Si" y "No" lo cual refleja que el usuario interno no se identifica en la mayoría de veces con el paciente, lo cual es transformado en maltrato al usuario externo, no así las respuestas que dieron acerca de si lo llamaron por su nombre, debido al uso del sistema de expedientes que se ha implementado en todo el Ministerio de salud, donde antes era otro factor de insatisfacción del usuario externo, ya que expresaban que los llamaban por número al ser atendidos en los centros asistenciales.

La percepción es un proceso por el cual los individuos organizan e interpretan sus impresiones sensoriales con el fin de darle significado al ambiente, pero los individuos pueden mirar al mismo objeto y percibirlo de manera diferente, por lo que es importante mencionar que la gran mayoría de los entrevistados, usuarios externos refieren que se les

brindó privacidad al momento de consultar a un proveedor de salud, la mayor parte fueron mujeres, lo que es un hecho notorio al tratar de ofrecer un mejor servicio mejorando los ambientes donde se brinda atención en salud, reto que todavía se sigue impulsando desde las necesidades planteadas por los mismos demandantes hasta del propio trabajador de la salud que manifiesta su inquietud o su bienestar al contestar que están equipados, pero que todavía es inadecuado la infraestructura o ambientes.

La mayoría de los usuarios externos han contestado que se les ha explicado sobre el examen que se les realizó y la opinión que dieron los entrevistados del trato o calidez que recibieron de parte de los proveedores de salud fue casi igual de los procedentes del área urbana y rural.

El trato del personal de salud durante la atención al usuario es básico, ya que brinda confianza y contribuye a un mejor abordaje, como la literatura lo refleja. Esto es parte de lo tangible desde el factor imagen, lo gestual y lo verbal. En el estudio realizado manifestaron que el trato recibido por el personal fue amable en su mayor porcentaje.

El horario de preferencia por los usuarios externos es por la mañana, aunque otros refirieron que para ellos se les debería atender las 24 horas del día y no tener un horario establecido, otros prefieren mejor ser atendidos por la tarde y otros prefieren al mediodía. Esto obedece a un patrón de conducta de los gerentes anteriores y de la propia población, ya que los de las zonas muy inaccesibles clasificadas como "C", según el MINSA, van a preferir por la mañana por su lejanía geográficamente de 4 a 6 horas de camino, donde ni vehículo mular se puede encontrar, no así las comunidades que están ubicadas en zonas "B" un poco más accesibles, que prefieren esperar el bus que pasa por sus hogares por la tarde y los lleva hasta la puerta de las unidades de salud, y las que están accesibles van a preferir al mediodía, cuando dejan realizados los oficios del hogar y llegan al mediodía o prefieren por cercanía aprovechar y llegar a la hora que sea, es decir las 24 horas del día.

La Ley General de Salud contempla en sus artículos que al usuario o cliente tiene todo el derecho de orientárseles, recibir explicación de todo lo concerniente a su estado de salud, las cuales fueron dadas más por el personal médico en relación al resto de trabajadores que están vinculados en la atención directa al paciente.

Es importante señalar, que también no se le está dando seguimiento al usuario, ya que en la mayoría de las respuestas que dieron los usuarios externos en torno a si se les dió cita una buena cantidad refirieron que "No", lo cual indica que si no se les da cita no hay mejoría de los padecimientos o problemas de salud o simplemente el usuario interno no le está dando la debida importancia, cuando las normas y protocolos establecen dar cita al usuario para valorar su mejoría fue dada para el mes, en un buen número, así como también para 15 días y para una semana, dichos datos se asemejan a algunas referencias bibliográficas consultadas.

Como la literatura lo manifiesta, la falta de continuidad lleva a comprometer la eficacia, deja insatisfecho al cliente y disminuye la eficiencia de la atención, sin embargo en el estudio no se realizó la contrarreferencia.

Los resultados obtenidos por los 12 trabajadores de asistencia directa de la salud en el Municipio manifestaron que tienen el equipo disponible, pero que el espacio o ambiente o consultorio es inadecuado para poder brindar una verdadera atención, desde la perspectiva de sistema de calidad al usuario externo y para sentirse satisfecho ellos mismos como usuarios que son también del sistema, teniendo además materiales disponibles. Además expresaron sentirse satisfechos con los horarios establecidos en cada unidad de salud, refiriendo entre otros aspectos que el beneficio es para el usuario externo, otros que es para ambos, otros refieren que se debe cumplir con las normas y un menor porcentaje dicen brindar una atención priorizada y que el horario debe establecerse para beneficio del usuario externo directamente.

Otro dato muy importante es el que la mayoría están de acuerdo con el número de pacientes asignados por día, información que realmente no es verdad, ya que los

trabajadores la mayoría de veces atienden más de lo que estipulan las normas y compromisos de evaluación, dando una explicación del por qué estaban o no de acuerdo: expresaron que benefician al usuario externo, que atienden lo necesario para cumplir las metas, y que se ajustaban a su horario, respuestas que reflejan la disposición y compromiso con el trabajo.

Se observó disponibilidad por parte del proveedor de salud durante su actividad laboral, a brindar atención detallada al usuario a pesar de la presión del resto de usuarios que esperaban ser atendidos, cumpliéndose con las normas establecidas del Ministerio de Salud de dar prioridad de atención a la mujer embarazada y a la niñez, las emergencias y a usuarios referidos.

En cuanto a la opinión que tienen sobre los factores negativos que causan insatisfacción una minoría refirió que es debido entre otros, a la infraestructura inadecuada, escasez de recursos humanos, largos tiempos de espera, y poca comunicación con los usuarios, sin embargo se deben fortalecer las relaciones entre médicos e incluir en las agendas de gobierno local las diferentes actividades y continuar gestionando más recursos humanos y económicos.

La mayoría de trabajadores de la salud manifestaron que lo primero que harían para cambiar lo negativo y por ende mejorar los servicios de salud es contratar más recursos humanos, en segundo lugar gestionar la construcción del centro de salud, en tercer lugar capacitar a la Red Comunitaria del Municipio en gestión y referencia oportuna y por último sensibilizar a los usuarios sobre los horarios establecidos.

X. CONCLUSIONES

Usuario externo:

1. En el presente estudio el usuario externo acude más o visita con mayor frecuencia el centro de salud que el puesto de salud, con predominio del sexo femenino y de la zona rural y con más de tres a cuatro visitas al servicio en que fue entrevistado.
2. Manifestaron que el predominio del tiempo de espera fue de 1 a 3 horas en segundo lugar de 1 hora y en tercer lugar fue el mayor de 4 horas quedando pocos satisfecho la mayor parte de los participantes externos del estudio.
3. Los usuarios externos expresaron que el tiempo de duración de la atención fue de 5 a 15 minutos, teniendo el mayor porcentaje los médicos en cada tiempo estimado de duración, lo cual fue también un motivo más de satisfacción al dar respuestas de muy satisfecho en este tiempo y con este gremio.
4. La mayoría respondieron que el personal que les brindó la atención son amables en segundo lugar atienden rápido y en tercer lugar le dieron el medicamento.
5. El mayor motivo por el cual acudieron a las unidades de salud los usuarios externos fue por la consulta general, cita a crónico, control de embarazadas entre otros.
6. Recibieron un buen trato por parte de la admisionista quedando muy satisfechos la mayor parte de los entrevistados.
7. Se les brindó saludo, lo llamaron por su nombre, y le dieron privacidad en la mayoría de los casos., además se les explicó el examen que se les realizó en las unidades de salud.

8. El horario preferido por la mayor parte de los usuarios del estudio es por la mañana.
9. Un gran porcentaje manifestaron que no recibieron recomendaciones por parte del prestador de los servicios.
10. No se les dio cita en la mayor parte de todos los entrevistados y a los que se les brindó fue por 1 mes, en segundo lugar por 15 días y en tercer lugar por 1 semana.

Usuario Interno:

11. La mayoría de los trabajadores de la salud refieren que cuentan con el equipo disponible para la atención, pero que los ambientes son inadecuados.
12. El material informativo es suficiente y está disponible en la mayor parte de los casos.
13. Están de acuerdo con el horario de las unidades de salud, expresando que beneficia al usuario externo y además están de acuerdo con el número de paciente asignados.
14. La respuesta que predominó en relación al estar de acuerdo a trabajar no por el horario asignado sino por el número de usuarios que demandan la atención.
15. La acción a realizar que más prevaleció en relación a mejorar los servicios de salud fue la de mejorar la infraestructura del centro de salud.
16. Los factores negativos expresados por el usuario interno fue la infraestructura inadecuada y escasez de recursos humanos entre otros.
17. En cuanto a factores negativo que cambiarían para mejorar la satisfacción del usuario externo sería que en primer lugar Contrataran más recursos humanos, en segundo lugar gestionar la construcción del centro de salud de referencia en el Municipio y capacitar a la Red Comunitaria sobre gestión y referencia oportuna de los pacientes a las unidades de salud entre otros.

XI. RECOMENDACIONES

Dirigidas a las autoridades del SILAIS de Nueva Segovia:

Incluir en los proyectos de infraestructura y mantenimiento la reconstrucción del centro de salud, ya que es obsoleto u en si inicio fue contraído para puesto hace más de treinta y cinco años y la población ha crecido y por otro lado el usuario solicita una atención de calidad.

Descentralizar las contrataciones del personal asistencial y administrativo en cada municipio, ya que cada uno conoce mejor la necesidad que presenta. El Ministerio de Salud cuenta actualmente con el diagnóstico de necesidades de Recursos Humanos, tomando en cuenta el diagnóstico, es importante fortalecer los municipios más inaccesible como el nuestro, evitando de esta manera el riesgo de sobrecarga de trabajo y estrés al proveedor de salud con el fin de brindar una mejor respuesta a la demanda de atención.

Realizar un estudio de factibilidad sobre el presupuesto aprobado para nuestro municipio, ya que no cuenta con ayudas más que del fiscal provisto por el SILAIS Nueva Segovia.

Mantener el Plan de información, educación y comunicación dirigida a usuarios/as a fin de incrementar los conocimientos en la utilización adecuada de los servicios de salud e importancia de los horarios de atención al usuario externo.

Dirigidas a las autoridades del MINSA Santa María:

Realizar una buena gestión del ambiente laboral para brindar una buena atención en salud y fortalecer las relaciones interpersonales de los trabajadores de la salud.

Gestionar la contratación de recursos humanos principalmente personal médicos.

Desarrollar capacitaciones con la Red Comunitaria en temas de interés institucional.

Fortalecer el área de admisión y toma de signos vitales con más personal los días de mayor afluencia a las unidades de salud.

Agilizar el proceso de atención para disminuir el tiempo de espera a través de mecanismos de monitoreo en el área de consulta externa.

Capacitar a través de la educación continua al personal de salud principalmente el asistencial sobre relaciones interpersonales y sobre el cumplimiento de las normas del Ministerio de salud de Nicaragua basada en la Ley General de Salud.

Dirigidas a los usuarios externos que asisten a las unidades de salud:

Que el usuario logre alcanzar un nivel de conocimientos y de sensibilización sobre la importancia de la adecuada utilización de los servicios de salud para lograr obtener una respuesta más rápida y oportuna ante su problema de salud y su adecuado seguimiento.

Mantenerse informado a través de los medios de comunicación y poner en práctica las recomendaciones que oriente el Ministerio de Salud en relación a la utilización adecuada de los servicios de salud.

Tratar de cumplir con los horarios de atención establecidos para la satisfacción del usuario externo principalmente y del usuario interno que también es humano y necesita ser escuchado ante sus necesidades.

XII. BIBLIOGRAFIA.

1. Aguirre Gas- Héctor. 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 urbanada 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, año 1997.

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-41227-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. Roberts, Robert E; Clifford, Attkisson, Assesing client satisfaction among hispanic, Evaluation and program planning, 1993, Vol. 6.
19. Rojas, Zil; Opinión de los usuarios sobre los servicios de salud. ICAS. Managua. Julio, 2001.

20. Sáenz Torres, Carlos J., Icaza Espinoza, Mario J., Incer Toledo, Armando; Análisis del uso de la organización de los servicios de salud del centro de salud "Ramón Guillén Navarro". Boaco. Dic. 1998.
21. Salazar, Mariano. Calidad de atención : Conceptos, estrategias, prioridades, 1995.
22. Scholtes, Peter R.; et al.: El manual del equipo, como usar equipos para mejorar la calidad, noviembre, 1991.
23. Sebastián, Pilar; Carlos J, Sáenz, et al.; Estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas para identificar Necesidades de Capacitación, Junio 1996.
24. SILAIS Managua, Dirección de Administración de Servicios de Salud, Propuesta de intervención en los servicios de salud: agenda de citas escalonadas, Sept. 1995.
25. Wyne, Roberts. Introducción al estudio del trabajo, 2ª. ed., 1976.
26. Calidad de Salud, Miguel Orozco 2005, Managua, Nicaragua.
27. Ley General de Salud, 2005, Managua, Nicaragua.
28. Búsqueda en Internet: Agosto del 2005 [http// www.yahoo.com](http://www.yahoo.com). La administración en Salud.
29. Blandón, Yudy Carla; et al.: Percepción de la calidad de la atención de los servicios de Salud: Perspectiva de los usuarios, Matagalpa durante Noviembre 2002.

ANEXOS

Tabla 1. Distribución de las características de los usuarios externos de las Unidades de Salud del Municipio de Santa María, Nueva Segovia, Enero 2005 - Marzo de 2006.

Sexo	Número	%
Femenino	96	64.0
Masculino	54	36.0
Total	150	100.0
Procedencia	Número	%
Urbano	5	3.3
Rural	145	96.7
Total	150	100.0
Establecimiento	Número	%
Centro de Salud	118	78.7
Puesto de Salud	32	21.3
Total	150	100.0
Tipo de visita	Número	%
Primera	20	13.3
Subsecuente	130	86.7
Total	150	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 2. Distribución de número de veces que ha asistido a la unidad de salud. Municipio de Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006

Motivo de Visita	Número	%
Uno	18	12,0
Dos	13	8,7
Tres	24	16,0
Cuadro	24	16,0
Más de cuatro	71	47,3
Total	150	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 3. Duración del tiempo de espera para ser atendido, en relación a las Unidades de Salud, Municipio de Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006.

Tiempo de espera	Unidades de salud			
	Centro de salud		Puesto de salud	
	Número	%	Número	%
< de 30 minutos	7	6,0	4	12,5
30 y 59 minutos	17	14,4	6	18,7
60 minutos (1 hora)	30	25,4	5	15,7
>1 h. a 3 horas	34	28,8	9	28,1
4 horas	12	10,2	3	9,4
> 4 horas	18	15,2	5	15,6
Total	118	100.0	32	100

Fuente: Encuesta

Tabla 4. Satisfacción del usuario externo en relación al tiempo de espera, unidades de salud. Municipio de Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006.

Satisfacción	Número	%
Muy satisfecho	56	37,3
Satisfecho	23	15,3
Poco satisfecho	58	38,8
Insatisfecho	8	5,3
Muy Insatisfecho	5	3,3
Total	150	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 5. Distribución de respuestas de los usuarios externos en relación a la satisfacción del tiempo de espera, en las unidades de salud, Municipio de Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006.

Respuestas	Número	%
Es rápida la atención	54	36,0
Logré ser atendido(a)	47	31,3
Demasiado tiempo	37	24,7
Hay poco personal y ellos hacen lo que pueden	6	4,0
Atienden bien	6	4,0
Total	150	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 6. Duración de la atención en las unidades de salud, Municipio de Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006.

Tiempo en minutos	Número	%
< 5 minutos	51	34,0
5-15 minutos	86	57,3
16-30 minutos	13	8,7
Total	150	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 7. Duración de la atención, en relación al perfil del proveedor de los servicios de las unidades de Salud, Municipio de Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006.

Perfil	Duración de la atención					
	< 5 minutos		5-15 minutos		16-30 minutos	
	No	%	No	%	No	%
Médico	45	86,6	65	75,6	8	6,7
Auxiliar	1	1,9	11	12,8	3	25,0
Odontólogo	5	9,6	4	4,6	1	8,3
Enfermera	1	1,9	6	7,0	0	0,0
Total	52	100	86	100	12	100

Fuente: Encuesta

Tabla 8. Satisfacción del usuario externo en relación al tiempo empleado en la atención en las unidades de salud. Municipio de Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006.

Satisfacción	Número	%
Muy satisfecho	70	46,7
Satisfecho	51	34,0
Poco satisfecho	24	16,0
Insatisfecho	2	1,3
Muy Insatisfecho	3	2,0
Total	150	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 9. Satisfacción del usuario externo en relación al tiempo empleado en la atención y al perfil del proveedor de los servicios en las unidades de salud. Municipio de Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006.

Perfil	GRADO DE SATISFACCION									
	Muy satisfecho		Satisfecho		Poco satisfecho		Insatisfecho		Muy insatisfecho	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Médico	61	87.1	35	68.6	18	75.0	2	100	3	100
Auxiliar	0	0.0	11	21.5	3	12.5	0	0.0	0	0.0
Odontólogo	8	11.5	1	1.96	1	4.2	0	0.0	0	0.0
Enfermera	1	1.40	4	7.94	2	8.3	0	0.0	0	0.0
Total	70	100	51	100	24	100	2	100	3	100

Fuente: Encuesta

Tabla 10. Respuesta del porque la satisfacción del usuario externo en relación al tiempo empleado en la atención en las unidades de salud. Municipio de Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006.

Satisfacción	Número	%
Son amables	60	40%
Atienden rápido	55	36.7%
Le dieron medicamento	18	12%
Me examinaron	7	4.7%
No me examinaron	10	6.6%
Total	150	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 11. Distribución según motivo de visita, a las Unidades de Salud, usuarios externos. Municipio de Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006.

Motivo de Visita	Número	%
Consulta General	92	61.3
Cita a crónico	19	12.7
Control de embarazo	14	9.3
Odontología	11	7.3
Control de fertilidad	10	6.7
Emergencias	2	1.3
Atención del parto	1	0.7
Control del niño	1	0.7
Total	150	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 12. Satisfacción en relación a la atención recibida en admisión en las unidades de Salud. Municipio de Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006.

Grado de satisfacción	Número	%
Muy satisfecho	70	46,7%
Satisfecho	53	35,3%
Poco satisfecho	19	12,7%
Insatisfecho	6	4,0%
Muy Insatisfecho	2	1,3%
Total	150	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 13. Respuestas de los usuarios del por que su satisfacción en relación a la atención recibida en admisión en las unidades de Salud, Municipio de Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006.

Respuestas	Número	%
Buen trato	123	82
No amable	13	8.7
Es muy seria y no saluda	9	6
Cuesta que encuentren los expedientes	5	3.3
Total	150	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 14. Saludo recibido por el personal de salud que le brindó la atención, en las unidades de Salud. Municipio de Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006.

Saludo	Número	%
Si	96	64,0
No	54	36,0
Total	150	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 15. Respuestas del usuario externo, en relación a si lo llamaron por su nombre al ser atendido, en las unidades de Salud. Municipio de Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006

Respuestas	Número	%
Si	126	84,0
No	24	16,0
Total	150	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 16. Respuestas del usuario externo, en relación a si le brindaron privacidad al ser atendido, en las unidades de Salud. Municipio de Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006

Privacidad	Número	%
Si	129	86,0
No	21	14,0
Total	150	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 17. Privacidad que le brindaron al usuario externo en relación al sexo en a las Unidades de Salud, Municipio de Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006.

Sexo	Privacidad			
	SI		NO	
	Número	%	Número	%
Femenino	85	65,9	11	52,4
Masculino	44	34,1	10,	47,6
Total	129	100	21	100

Fuente: Encuesta

Tabla 18. Explicación acerca del examen que le realizaron al usuario externo en las unidades de Salud. Municipio de Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006

Explicación	Número	%
Si	117	78,0
No	33	22,0
Total	150	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 19. Calificación que da el usuario externo al proveedor de servicios, acerca de la calidez recibida durante la atención en las unidades de Salud, Municipio de Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006

Respuestas	Número	%
Amable	108	72,0
Servicial	27	18,0
Descortés	11	7,3
Otro	4	2,7
Total	150	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 20. Calificación que da el usuario externo al proveedor de servicios, acerca de la calidez recibida durante la atención, en relación a la procedencia en las unidades de Salud, Municipio de Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006

Respuestas	Procedencia			
	URBANO		RURAL	
	Número	%	Número	%
Amable	4	80	104	71,2
Servicial	0	0,0	27	18,5
Descortés	0	0,0	11	7,6
Otro	1	20	3	2,7
Total	5	100	145	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla 21. Horario de preferencia del usuario externo para acudir a las unidades de Salud, Municipio de Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006

Horario preferido	Número	%
Mañana	95	63,3
24 horas	35	23,3
Tarde	17	11,3
Medio día	3	2
Total	150	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 22. Recomendación o explicación que recibieron los usuarios externos en la atención, en las unidades de salud, Municipio de Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006

Recomendación	Número	%
Si	83	55,3
No	67	44,7
Total	150	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 23. Recomendación recibida en la atención, según el perfil del recurso que le brindó la atención en las unidades de salud, Municipio de Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006

Perfil	Recomendaciones al usuario			
	SI		NO	
	Número	%	Número	%
Medico	55	66,2	64	95,5
Auxiliar de enfermería	13	15,7	1	1,5
Odontólogo	9	10,9	1	1,5
Enfermera	6	7,2	1	1,5
Total	83	100	67	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla 24. Tipo de recomendación que recibieron los usuarios externos en la atención, en las unidades de salud, Municipio de Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006

Recomendaciones	Número	%
Como tomar el tratamiento	46	46
Regresar a la cita	19	19
Cumplir con la dieta	15	15
Volver si empeora	11	11
Higiene personal	5	5
Realizarse exámenes	4	4
Total	100	100

Fuente: Encuesta

Tabla 25. Cita recibida en la atención el usuario externo en las unidades de salud, Municipio de Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006

Cita	Número	%
Si	61	40,7
No	89	59,3
Total	150	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 26. Fecha en que se le dió la cita al usuario externo durante la atención en las unidades de salud, Municipio de Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 -Marzo de 2006

Fecha de Cita	Número	%
En tres meses	4	6.5
1 mes	33	54.1
En 15 días	8	13.3
1 semana	6	9.80
En 10 días	4	6.5
En 8 días	1	1.63
En 3 día	1	1.63
Diario para curación	2	3.27
En 24 horas	2	3.27
Total	61	100

Fuente: Encuesta

Tabla 27. Observaciones dadas por el usuario externo durante la atención, en las unidades de salud, Municipio de Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006

Observaciones	Número	%
Que contraten más médicos	27	38
Que contraten más personal	10	14.3
Construir mas consultorios	8	11.3
Personal que sea más amable	7	9.8
Que mejoren el carácter las auxiliares	6	8.4
Mayor profesionalismo	4	5.6
Que cambien a las Auxiliares de Enfermería	4	5.6
Que siempre haya odontólogo	3	4.2
Que la atención sea más rápida	2	2.8
Total	71	100

Fuente: Encuesta

Tabla 28. Equipos disponibles para el usuario interno en las unidades de Salud, Santa Maria, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006

Respuestas	Número	%
Si	11	91,7
No	1	8,3
Total	12	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla 29. Opinión del usuario interno, en relación al espacio que tiene para brindar atención en las unidades de Salud, Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006

Opinión	Número	%
Inadecuado	9	75,0
Adecuado	3	25,0
Total	12	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla 30. Material informativo disponible para el usuario interno en las unidades de Salud, Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006

Respuestas	Número	%
Si	11	91,7
No	1	8,3
Total	12	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla 31. Grado de satisfacción del usuario interno, en relación a si está de acuerdo con el horario de atención en las unidades de Salud, Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006

Respuestas	Número	%
Si	11	91,7%
No	1	8,3%
Total	12	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla 32. Tipo de respuestas del usuario interno, en relación al horario de atención, en las unidades de salud, Municipio de Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006

Recomendaciones	Número	%
Beneficia al usuario externo	7	58,3
Se ajusta a las necesidades de ambos usuarios	2	16,7
Se cumplen con las normas del MINSA	2	16,7
Se brinda atención prioritizada	1	8,3
Total	12	100

Fuente: Encuesta

Tabla 33. Respuesta del usuario interno, en relación a si está de acuerdo o no con el número de usuarios asignado por día en las unidades de Salud, Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006

Respuestas	Número	%
Si	10	83,3
No	2	16,7
Total	12	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla 34. Respuesta del usuario interno, del por que está de acuerdo o no con el número de usuarios asignado por día en las unidades de Salud, Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006

Respuestas	Número	%
Beneficia al usuario externo	3	25
Se atiende lo necesario	3	25
Para cumplir con metas	3	25
Se ajusta a nuestro horario	3	25
Total	12	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla 35. Respuesta del usuario interno, en relación a si está dispuesto a trabajar, no tomando en cuenta el horario, sino por usuarios que llegan a las unidades de Salud, Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006

Respuestas	Número	%
Si	11	91,7
No	1	8,3
Total	12	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla 36. Respuesta del usuario interno, en relación al por que está de acuerdo a trabajar no por el horario, sino por usuarios que llegan a las unidades de Salud, Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006

Respuestas	Número	%
Para satisfacer al usuario externo	5	41.7
Existe muchas necesidades	2	16.7
Hay que dar mas de lo que se le pide	4	33,3
Se mal acostumbran	1	8,3
Total	12	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla 37. Acciones a realizar por parte de los usuarios internos para mejorar la atención en salud, en las unidades de salud de Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006

Respuestas	Número	%
Mejorar infraestructura de las unidades de salud	5	41.7
Agilizar el sacar expedientes	4	33.3
Brindar un buen trato al usuario	2	16.7
Participar en campañas educativas	1	8,3
Total	12	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla 38. Opinión de los usuarios internos acerca de los servicios de salud que se ofertan, en las unidades de salud de Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006

Respuestas	Número	%
Son muy buenos aunque no siempre se tenga todo lo necesario	5	41.7
Están orientados hacia la satisfacción del usuario externo	3	25
Se atiende con esmero pero la infraestructura es inadecuada	2	16.7
Se brinda atención de acuerdo a las necesidades de los usuarios	2	16.7
Total	12	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla 39. Opinión de los usuarios internos acerca de los factores restrictivos que influyen sobre la satisfacción en la atención en las unidades de salud de Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006

Factores Negativos	Número	%
Infraestructura inadecuada	5	41.7
Escasez de recursos humanos, económicos.	3	25
Largos tiempos de espera	2	16.7
Poca comunicación con el usuario interno	1	8,3
Infraestructura inadecuada	5	41.7
Total	12	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla 40. Opinión de los usuarios internos acerca de los factores que cambiarían inmediatamente para mejorar la atención en las unidades de salud de Santa María, Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006

Factores a cambiar	Número	%
Contratar más recursos humanos	5	41.7
Gestionar la reconstrucción del centro de salud.	4	33.3
Capacitar a la Red comunitaria en gestión y referencia oportuna.	2	16.7
Sensibilizar a los usuarios sobre los horarios establecidos	1	8,3
Total	12	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla 41. Observaciones brindadas por los usuarios internos, en las unidades de salud, Santa María. Nueva Segovia, Enero de 2005 - Marzo de 2006

Observaciones	Número	%
Gestionar la reconstrucción del centro de salud.	6	50
Gestionar más recursos humanos y económicos	4	33,3
Capacitar al usuario externo sobre derechos y deberes	2	16.7
Total	12	100,0

Fuente: Encuesta