

T271



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE NICARAGUA- MANAGUA.  
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE LA SALUD



MAESTRIA EN SALUD PUBLICA 2002-2004

**INFORME FINAL DE TESIS PARA  
OPTAR AL TITULO DE MASTER EN  
SALUD PUBLICA:**

**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA  
ATENCIÓN PRENATAL A LAS  
EMBARAZADAS, UNIDAD DE SALUD  
“Dr. ALONSO SUAZO” TEGUCIGALPA,  
M. D. C.  
JUNIO 2004**

**AUTORES:**

Cándida Verderame Ulloa, MD.  
Sonia Leonor Escoto Cárcamo, MD.  
Justa Urbina Cruz ,MD.

**TUTOR:**

MSC. Miguel Angel Orozco Valladares.

Ocotal, Nueva Segovia, Nicaragua

## RESUMEN

Este estudio es una investigación descriptiva sobre la percepción de la calidad de Atención prenatal en la Unidad de Salud “Dr. Alonso Suazo”, de Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, en junio 2004.

Se realizó con el propósito de conocer algunas de las dimensiones de la calidad en la atención prenatal desde la percepción de la usuaria y del personal que les brinda atención.

La selección de las 60 usuarias fue por conveniencia asistiendo a su primer control prenatal; a las cuales se les aplicó un cuestionario sobre satisfacción del servicio y a 30 de ellas, se les realizó análisis de flujo de atención; al total del personal que brinda atención se les aplicó el cuestionario de percepción de satisfacción sobre la atención brindada.

Los datos obtenidos revelan que las usuarias perciben una atención de excelente a buena y que el personal de salud está satisfecho con la atención brindada; asimismo, los insumos y equipamiento en las clínicas son satisfactorios, no así, la infraestructura o el espacio físico. El tiempo en que una mujer embarazada es atendida es adecuado según la percepción de las usuarias.

Este estudio puede ser una contribución básica para la toma de decisiones y/o implementación de estrategias para mejora de la calidad.

## DEDICATORIA

- A Dios Todopoderoso.
- A Mi Madre: Tirza, una amiga y ejemplo permanente.
- A Papá con Amor
- A Dani, por la sabiduría con la que condujo mi vida en familia.
- A quienes iluminan mi vida y llenan cada momento de felicidad: Mi esposo Ivo y mis hijos: Mario, Rafael e Ivo; por su comprensión y apoyo incondicional.
- A Gelsomina, Elisa, Leo, Joel, Rafael y la bella Isabella.
- A mis Amigas Sonia, Justa y Blanca con quienes he compartido momentos especiales; a sus hijos.
- Compañeros (as) y Amigos (as) de la maestría.

## DEDICATORIA

- A Dios Todopoderoso, por ser mi guía constante, el dueño y conductor de mi vida y quien me ha iluminado siempre para alcanzar mis metas.
- A mi Difunto Padre Conrado Escoto, quien en vida fue un ejemplo invaluable de honor y cabalidad y siempre me impulsó a seguir adelante.
- A Mi Madre: Doris Cárcamo de Escoto, un bastión importante en mi formación, un ejemplo de entereza y perseverancia ante cualquier reto de la vida.
- A mis hijos: Emilson Soyeb y Gabriela María; por ser el motivo fundamental de mi vida y el incentivo para buscar la mejora continua, a quienes les robé tiempo para poder realizar esta meta.
- A mis hermanas: Esther María y Ada Margarita, a mis sobrinos Alejandra María, Samir y María Nadine.
- A mis Amigos y Amigas que de una u otra forma me han apoyado e impulsado para seguir adelante.

## DEDICATORIA

- A Dios Todopoderoso, por haber permitido la culminación de un eslabón más en mi carrera profesional.
- A mi esposo Juan Elmo Galeas Ilias, mis hijos: Alan Eduardo, Claudia Giselle y José Carlos por su apoyo, comprensión, cariño y afecto en los momentos difíciles y agradables de mi vida, con todo mi cariño y amor.
- A mis padres, hermanos y sobrinos.
- A mis Amigas Sonia Leonor Escoto, Blanca Reyes y Cándida Verderame con inmenso cariño por todas las experiencias, conocimientos, vivencias compartidas en el transcurso de nuestra vida.

## AGRADECIMIENTO

- ❖ Agradecemos a Dios Todopoderoso por la nueva oportunidad que nos brinda de realizarnos profesionalmente.
- ❖ A todas las Autoridades del CIES por la oportunidad de tener acceso a la Maestría.
- ❖ A nuestro Tutor Licenciado Manuel Martínez por compartir sus conocimientos y su valiosa amistad.
- ❖ A todas las personas que con su apoyo oportuno hicieron posible alcanzar esta meta.
- ❖ A los compañeros de la Maestría por compartir experiencias, conocimientos y momentos felices y divertidos.

INDICE

	<b>Pag.</b>
RESUMEN	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	2
III. JUSTIFICACIÓN	5
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
V. OBJETIVOS	7
VI. MARCO TEORICO	8
VII. DISEÑO METODOLOGICO	25
VIII. RESULTADOS	30
IX. ANALISIS DE RESULTADOS	38
X. CONCLUSIONES	42
XI. RECOMENDACIONES	44
XII. BIBLIOGRAFÍA	45
ANEXOS	

## 1. INTRODUCCIÓN

Pese a la importancia de la calidad de los servicios, hasta la fecha han habido pocos esfuerzos por evaluarla, y aún no se realizan esfuerzos por sistematizar los servicios con el proceso de mejora de calidad, sino que aún sólo se evalúan en base a resultados.

En Honduras, según las políticas establecidas a nivel nacional para mejorar los servicios a la población materno infantil, se creó el Programa Nacional de Atención Integral a la Mujer el 17 de noviembre de 1983. En abril de 1995 se aprueba el Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer, con la finalidad de establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer y garantizar mediante su cumplimiento la calidad de dicha atención.

A través de la implementación de los procesos de Reforma del Sector Salud se está iniciando el proceso de Garantía de Calidad cuyo fin último es la certificación de las unidades de salud del país.

Según la investigación de mortalidad en mujeres en edad reproductiva realizada en 1997 la tasa de mortalidad materna en Honduras es de 108/100,000 nacidos vivos, siendo las principales causas la hemorragia, los trastornos hipertensivos del embarazo y las sepsis, eventos que se identifican durante el control prenatal, las complicaciones que llevan a su ocurrencia durante el embarazo, el parto o el post parto; se evita la presencia de éstas, se identifican tempranamente y se tratan oportunamente.

Con el presente estudio se trató de analizar la percepción de la calidad actual de los servicios de control prenatal que se brinda a las embarazadas que asistieron a la Unidad de Salud Dr. Alonso Suazo en Junio 2004; lo que permite contribuir al mejoramiento de la oferta de servicios, promover cambios orientados por estrategias, obtener un estudio base que permita la toma de decisiones y que sean aplicables dentro de la unidad de salud y en la medida de lo posible en otras unidades de la Región Sanitaria Metropolitana.



## II. ANTECEDENTES

El interés por la salud reproductiva de la mujer es relativamente reciente. En el ámbito internacional el reconocimiento por parte de las Naciones Unidas, de los años 1985-1995 como década de la mujer, marca un punto trascendental en la orientación de las políticas, programas y proyectos dirigidos a la atención de la mujer.

Antes, la salud de la mujer se concebía esencialmente como un medio para controlar el crecimiento demográfico y mejorar la salud infantil. En 1987, por primera vez, los programas dirigidos a la salud materno-infantil pusieron énfasis especial en la madre, al lanzar en el ámbito internacional la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo.

Esta iniciativa aún con sus avances, tenía una limitación: Se enfocaba sólo a las mujeres que deseaban tener hijos o estaban embarazadas, sin abordar todos los aspectos de salud relacionados con la reproducción y la sexualidad femenina. Como respuesta para solventar esta limitación surgió un nuevo concepto: el de salud reproductiva, que implica la capacidad para reproducirse, la posibilidad de tener un embarazo y un parto seguro y dar a luz un niño sano que se desarrolle y crezca en buenas condiciones. La salud reproductiva se refiere también a la capacidad de regular la fecundidad sin riesgos, a la selección libre e informada del método más conveniente para lograrlo y al derecho de tener una vida sexual satisfactoria y libre de enfermedades.

Honduras, país firmante de estas conferencias, no permanece al margen de la situación de salud de la mujer, el Ministerio de Salud Pública, se encuentra desarrollando diversas acciones a favor de la salud de la mujer, en especial de su salud reproductiva, habiéndose conseguido logros en el mejoramiento de algunos indicadores en el ámbito nacional. La cobertura de atención prenatal institucional pasó de 83.9% en 1996 a 85.3% en el año 2001. (7)

La tasa de mortalidad materna del país fue estimada en 1996-2001, en 108 por cada 100,000 nacidos vivos registrados (NVR), esta tasa es una de las más altas del continente y marca la urgente necesidad de incrementar esfuerzos para reducirla. (2)

En el país, acorde con las políticas establecidas de mejorar los servicios a la población materno-infantil, se aprobó el Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer en abril de 1995, que establece los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el período reproductivo y la atención inmediata del recién nacido normal. De esta manera, el cumplimiento de la norma contribuirá a corregir desviaciones actualmente en uso, que afectan la calidad de la atención de los servicios y señala pautas específicas a seguir para disminuir la mortalidad y la morbilidad de la mujer atribuible a la atención por parte de los prestadores de los servicios y las instituciones. (6)

Los servicios de salud de alta calidad pueden parecer a primera vista un lujo más allá de los límites presupuestarios de la mayoría de los sistemas de salud de los países en desarrollo. Sin embargo, en muchos casos la mejora de la calidad no cuesta nada, más bien vale oro. La atención de la calidad es esencial para el éxito de los Programas de Atención Primaria de Salud. (4)

Garantizar la calidad de los servicios de salud es una necesidad que se acrecenta en nuestro medio, no sólo en los centros de alta especialidad médica y tecnológica como son los de segundo y tercer nivel, sino también en el primer nivel, área en que se otorgan servicios a la mayor parte de la población por ser quien conoce mejor los problemas que la aquejan. (12)

Además de evaluar la cobertura de población y el mérito tecnológico de las intervenciones en salud, los proveedores de salud deben evaluar la calidad de los servicios, el grado en el cual el servicio se presta de acuerdo a las normas establecidas. (4)

En Honduras la mortalidad materna constituye la cuarta causa de muerte en las mujeres en edad reproductiva siendo la mayoría de éstas muertes prevenibles. Además, los factores de riesgo que complican el embarazo no se identifican durante el control prenatal, por tal razón dentro de las políticas Nacionales de Salud Sexual y

Reproductiva (Nov. 1999) se hace énfasis en que la entrega de servicios con las condiciones ideales de calidad en las dimensiones humana, técnica y estructural es una necesidad para la reducción de los índices de morbilidad y mortalidad de mujeres en edad reproductiva.

Los resultados obtenidos en el presente estudio, serán insumos para que las autoridades de salud reorienten su organización y la toma de decisión a fin de hacer adecuación de los servicios de salud que respondan a necesidades más humanizadas, eficientes e integrales hacia la población.

### III JUSTIFICACIÓN

La ausencia de estudios previos en la unidad de salud Dr. Alonso Suazo permitió que este estudio sirva como base para el monitoreo de la calidad en el proceso de atención de las embarazadas que asisten a la unidad.

Tal como es conocido, la atención prenatal integra un conjunto de procesos que permiten una adecuada intervención desde la atención clínica hasta la atención del parto, considerando los estándares de calidad establecidos en las normas de atención integral a la mujer.

La aplicabilidad del estudio desde el punto de vista gerencial permite dar a conocer a los médicos y personal de apoyo, para que adopten conductas en pro de la calidad de la atención prenatal, reorientar la organización y la readecuación de los servicios que respondan a necesidades más humanizadas, eficientes e integrales.

#### IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Considerando la importancia de la calidad de atención en las unidades de salud se planteó la siguiente interrogante:

¿Cuál es la percepción de la embarazada y del personal que brindó atención sobre algunas dimensiones de la calidad de atención prenatal que se oferta en la Unidad de Salud Dr. Salud Alonzo Suazo, de la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C.-Junio 2004?

Con base a la pregunta general del estudio se plantearon las siguientes interrogantes:

1. ¿ Qué características biológicas y sociales poseen las embarazadas que acudieron a la Unidad de Salud Dr. Alonzo Suazo?
2. ¿ Cómo se dió el flujo de la atención prenatal en la Unidad de Salud Dr. Alonzo Suazo?
3. ¿Cuál es la percepción de satisfacción de las usuarias del servicio de control prenatal que se brindó en la Unidad de Salud?
4. ¿Cuál es la percepción de satisfacción del cliente interno sobre la atención de control prenatal en la Unidad de Salud?

## V. OBJETIVOS

### 5.1 Objetivo general:

Analizar la calidad de la atención prenatal desde la percepción de la embarazada que asistió a la Unidad de Salud Dr. Alonso Suazo y del personal que brindó la atención a las mismas, en Tegucigalpa, M.D.C. a junio 2004.

### 5.2 Objetivos específicos:

1. Describir las características biológicas y sociales de las embarazadas que acudieron a la Unidad de Salud Dr. Alonso Suazo.
2. Analizar el flujo de atención prenatal que se brindó a las usuarias en la Unidad de Salud Dr. Alonso Suazo.
3. Identificar la percepción de la satisfacción de las usuarias del servicio de control prenatal que se brindó en la Unidad de Salud.
4. Conocer la percepción de satisfacción del cliente interno sobre la atención prenatal que se brindó en la Unidad de Salud.

## VI. MARCO TEORICO

Desde comienzos del Siglo XX, los profesionales sanitarios han sido pioneros en el desarrollo de trabajos para mejorar la calidad de la atención que prestan a sus pacientes.

Los riesgos inherentes al desarrollo de la práctica médica (iatrogenia, actuaciones inapropiadas o peligrosas, etc.), en relación directa con la rápida expansión tecnológica, han impulsado el apoyo y la exigencia de medidas de evaluación y control que garanticen los máximos beneficios al paciente y, a la vez, permitan identificar y controlar los peligros potenciales de dicha actuación.

Hoy, los distintos aspectos relacionados con la calidad de las presentaciones y de los servicios sanitarios son motivo de atención especial uo sólo entre los propios profesionales sanitarios sino también entre el resto de los distintos agentes del sistema (responsables de la política sanitaria, gestores, consumidores y población general). (10)

Honduras ha tenido logros positivos en materia de salud, que se reflejan en una tendencia ascendente de la esperanza de vida, disminución sostenida de la mortalidad, particularmente de la materna y la de menores de cinco años; desaparición de la poliomielitis, altas tasas de vacunación y consecuentemente, marcada disminución de las tasas de incidencia de enfermedades inmunoprevenibles, incremento del acceso al agua potable y a la disposición adecuada de excretas.

A pesar de estos avances, la población se ve afectada por serias deficiencias nutricionales, inequidad en el acceso a los servicios de salud y deficiencias en la calidad de estos servicios.

---

<sup>1</sup> 10. Otera Puñne, A; Saturno Hernández P.J. y Marquet Palomar R. Mejoras de la Calidad en Atención Primaria. Pp: 399-417. En: Martín Zurro, A. y Cano Pérez, J.F. Atención Primaria: Conceptos, Organización y Práctica Clínica, 4ta. Ed. Madrid, España. Harcour Brace. 1994.

#### Enfoque De Atención Integral:

Un enfoque de atención integral y continua de la salud, requiere un conjunto articulado de transformaciones destinadas a fortalecer la capacidad de dirección y planificación sectorial y a mejorar aspectos como: cobertura, acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud, de acuerdo a las necesidades de la población y las condiciones económicas del país. Esto implica un amplio proceso de desarrollo institucional a nivel sectorial, cuyo propósito es garantizar la función de rectoría de la Secretaría de Salud. (12)

Debido a ello, en la estrategia para la reducción de la pobreza se establece la necesidad de: garantizar el acceso con calidad y equidad a los servicios de salud, preferentemente en la atención primaria y vigilancia nutricional, a favor de la población en condiciones de pobreza; mediante la definición e implementación centrada de la reforma del sector salud, que fortalezca la rectoría del sistema por parte de la Secretaría de Salud y ésta pueda garantizar que la red de servicios disponga oportunamente, en calidad y cantidad de los insumos, equipos y recursos humanos, para un adecuado desempeño de las funciones que le son propias. (13)

#### Salud Reproductiva:

El concepto de salud reproductiva se ha ampliado aún más en los últimos años, para abarcar todos los aspectos relacionados con la salud de la mujer, así el concepto de salud integral de la mujer rebasa a la salud reproductiva para abarcar los problemas que pueden surgir durante todo el ciclo vital.

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en septiembre de 1994, legitimó el reconocimiento de la salud reproductiva como un asunto primordial para la mujer, en la Conferencia Mundial de la Mujer realizada en Beijing un año después, se discuten aspectos esenciales que van más allá de la salud reproductiva y la sexualidad para abordar la situación del género femenino.

---

12. Plan de Gobierno para el Sector Salud. Secretaría de Salud. 2002.

13. Políticas de Gobierno para el sector Salud. Secretaría de Salud. 2002



La Secretaría de Salud pública presenta una tasa de fecundidad de las más altas del mundo de 4.4 hijos por mujer. (7), presenta algunos indicadores de salud con tendencia a la mejoría como son: mortalidad general por 100,000 habitantes y la 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. (7) (12)

Existe la presencia de una serie de problemas que son el producto de nuestra situación socioeconómica característica de países en vías de desarrollo como lo son:

- Escaso personal médico y no médico.
- Desabastecimiento de insumos
- Infraestructura deficiente
- Crecimiento desorganizado de las unidades de servicio.
- Baja productividad
- Falta de normatización de algunos programas. (12) (13).

Para lo cual dentro de las políticas fundamentales de la Secretaría de salud se requieren acciones específicas que permitan la transformación de este sector, convirtiéndose la reforma en un eje transversal que afectará a todo el accionar para priorizar a los grupos poblacionales en mayor necesidad por su nivel de pobreza y riesgo social, buscando una acción descentralizada y participativa en salud (13).

Para esto se han definido las siguientes líneas de política; a fin de contribuir efectivamente a la promoción y protección de la salud y bienestar de la población:

#### 1. Ejercicio de las funciones esenciales de la Secretaría de Salud.

- Promoción de la salud.
- Conducción
- Regulación y protección de la salud

---

7. MSP/ASHONPLAFA, Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar. Honduras, 2001

12. (op).

13. (op)

- Articulación y orientación de acciones y servicios de salud.
- 2. Mejorar el acceso a los servicios de salud.
- 3. Asegurar la dotación y disponibilidad de los medicamentos esenciales e insumos críticos. (13).

Mejorar el acceso igualitario, la eficacia, la calidad y la eficiencia de los servicios de salud especialmente de la mujer en edad fértil, embarazada, en parto y puerperio, a los (as) niños (as) escolares de cinco años, a los (as) escolares y adolescentes y a las personas mayores de 60 años; fortaleciendo la atención primaria en salud con base en la salud familiar y comunitaria, transformando el actual enfoque de la vigilancia epidemiológica receptiva a una vigilancia proactiva, participativa y anticipatoria. (13).

Así también, en las políticas de gobierno se establece en el marco de la regulación y protección de la salud que se coordinará a nivel intersectorial e internacional la aplicación de políticas, normas y satisfacción de estándares de calidad relativos a bienes y servicios de salud. (13)

Las causas de la mortalidad derivada de la maternidad son las mismas para las mujeres de todo el mundo, pero la vulnerabilidad de las mujeres de las naciones más pobres está directamente relacionada con la denegación de varios de sus derechos humanos fundamentales.

Según la Organización Mundial de la Salud, la mayor brecha entre las naciones ricas y las naciones pobres se da en los niveles de la maternidad.

Una mujer en el mundo en desarrollo tiene 40 veces más posibilidades de morir a causa de trastornos derivados del embarazo y el alumbramiento que una mujer que vive en el mundo industrial. Más del 90% de las muertes derivadas de la maternidad se producen en Asia y África al sur del Sahara, solamente en la India se registran un 25% de este

---

13. (opcit)

tipo de muertes, mientras que en otros seis países Bangladesh, Etiopía, Indonesia, Nepal, Nigeria y Pakistán representan un 30%.

A pesar de que muchos otros indicadores en materia de salud han descendido considerablemente durante los últimos decenios, las tasas y coeficientes relativos a la mortalidad materna se han mantenido estacionarios. Las causas de esta tendencia son la escasa eficacia de muchas de las intervenciones destinadas a mejorar la salud materna, así como la falta de poder que sufren las mujeres. La muerte derivada de la maternidad es más frecuente en las comunidades donde las mujeres carecen de poder político y económico y sin embargo, soportan una mayor cantidad de trabajos físicos.

La frecuencia de la mortalidad materna está relacionada directamente con los derechos humanos de la mujer, y es más común en las sociedades donde los derechos de la mujer se niegan y se ocultan con frecuencia. Como resultado, las complicaciones derivadas del embarazo y el alumbramiento son las principales causas de mortalidad, enfermedades y discapacidad entre las mujeres en edad de procrear.

Existen hoy en día muchas razones para pensar que es posible reducir la mortalidad derivada de la maternidad, como mejorar el acceso, la disponibilidad, la calidad y el uso de los servicios de salud materna. (18)

El uso eficiente de los recursos permite mejorar la capacidad de respuesta ante los problemas e introducir cambios con una nueva lógica que hace posible aplicar nuevas tendencias organizativas para alcanzar la eficiencia, eficacia, equidad y una nueva cultura organizacional orientada hacia la calidad, satisfacción de los trabajadores y el servicio al cliente. (1)

---

1. AVSC internacional. Cliente Orientado proveedor Eficiente (COPE). Servicios eficientes para satisfacer las necesidades del usuario. 1996.

18. Unicef. Headquarters Programación para una Maternidad sin Riesgo. Marzo 1999. p. 11-12

#### Calidad:

La calidad 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.

Para alcanzar niveles de calidad del producto que se oferta se requiere mantener liderazgo en búsqueda de la calidad misma y se denomina liderazgo de calidad. La expresión que comúnmente utilizan las compañías japonesas: "La calidad total empieza con la Educación y termina con Educación".

Solo cuando se logra entender que es un proceso y que son los consumidores, se está entonces, en la capacidad de apreciar lo que significa calidad. Si los consumidores son las personas que reciben el efecto del trabajo, solo ellos pueden determinar que es calidad, solo ellos pueden decidir que es lo que quieren y como lo quieren. Es por eso que la consigna popular del movimiento de calidad: La calidad comienza con el consumidor, 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. (15)

#### Dimensiones de la calidad:

La calidad es un concepto integral por lo tanto involucra una o más variedades de dimensiones tales como: competencia profesional, acceso a los servicios, eficacia, satisfacción del cliente, aceptabilidad de los servicios, eficiencia, continuidad, seguridad o comodidades. Estas dimensiones de calidad sirven para utilizarse en los servicios de salud que se prestan a los pacientes, así como en los proveedores de servicios de salud. (4)

#### Garantía de calidad:

La garantía de calidad hasta hace poco era usada principalmente en hospitales de los

---

4. (op).

15. Salazar Mariano, Calidad de Atención: Conceptos, Estrategias Prioridades. 1995

países desarrollados. En la década de los años 80', la garantía de calidad se extendió a la atención primaria de salud en Estados Unidos, y en Europa. Después en 1985, la Organización Mundial de la Salud comenzó a utilizar el análisis de sistemas y las evaluaciones de los establecimientos para medir la calidad de atención. (4)

La reciente experiencia en la aplicación del control de calidad en los sistemas de atención de salud sugiere que los cuatro principios a los que debe adherirse en el programa de la garantía de calidad son los siguientes:

- La garantía de calidad se orienta hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y de la comunidad a la que sirve.
- La garantía de calidad se concentra en los sistemas y procesos de prestación de servicios.
- La garantía de calidad utiliza información para analizar los procesos de prestación de servicios.
- La garantía de calidad alienta un enfoque de trabajo en equipo para la solución de problemas y la mejora de calidad.

La organización mundial de la salud también ha promovido un módulo de garantía de calidad elaborado por Hannu Vouri que se ha aplicado en ámbitos internacionales, algunos modelos de Estados Unidos, comprenden el ciclo de garantía de calidad utilizados en los ámbitos de atención externa por Palmer. El proceso de diez pasos elaborados por la Comisión Conjunta de acreditación de Organizaciones de Atención de Salud y el Modelo de Mejora Continua que se aplica en la gestión de calidad a los servicios de salud.

Modelo de mejora de calidad:

El modelo de mejora de la calidad formulado por el proyecto de Garantía de Calidad tiene por objeto integrar los aspectos positivos de varios modelos en un proceso lógico y

---

4. (opcit)

sencillo para la planificación y la ejecución de las actividades de garantía de calidad. Al igual que los modelos anteriores el proyecto de garantía de calidad define normas, realiza una evaluación, colabora con los proveedores de atención de salud en forma cooperativa, adopta medidas con base en la evaluación y vigila los resultados.

El proceso de garantía de calidad consiste en:

1. Planificación de la garantía de calidad
2. Fijación de normas y especificaciones
3. Comunicación de normas y especificaciones.
4. Vigilancia de la calidad
5. Identificación de problemas y oportunidades de mejora
6. Definición del problema operacional
7. Selección de equipo
8. Análisis y estudio del problema para identificar las causas de fondo
9. Elaboración de soluciones y medidas de mejoras de la calidad
10. Ejecución y evaluación de actividades de mejora de calidad.

En la práctica, la garantía de calidad es un proceso cíclico y repetitivo que debe aplicarse en forma flexible para satisfacer las necesidades de un programa específico.

El establecimiento de un programa de garantía de calidad es una serie de actividades de mejora y evaluación de la calidad que se incorporan a las funciones clínicas y administrativas de rutina de las organizaciones. Un enfoque integral, las políticas, los procedimientos y los procesos de garantía de calidad se relacionan a la vez, comenzando en la cúpula y desplazándose hacia abajo en la estructura organizacional. Normalmente, un enfoque integral comenzaría con un amplio esfuerzo de capacitación y con una atención global de salud y servicio de apoyo. (4)

Evaluación de la calidad:

La evaluación de la calidad de los servicios de salud reproductiva tiene como propósito recoger información sobre las condiciones y modalidades en las que se están

---

4. (opcit)

desenvolviendo los servicios. Conocer los sectores que tienen un desarrollo satisfactorio y los que resultan deficientes, permite además, reorientar y fundamentar la asignación de recursos logrando así una administración racional que conducirá al logro de mayor cobertura y mejor calidad. Los programas y acciones del sector salud son el sujeto primordial del sistema de evaluación. El criterio que se ha seguido para proceder a su evaluación es identificar la acción o servicio que recibe directamente la población o sea el producto final de un servicio que se otorga, analizando desde un punto de vista objetivo todos los elementos que entran en juego en su producción, sin que se pierda de vista el sujeto básico de las acciones de salud, el individuo y la comunidad. (17)

Según la Organización Mundial de la Salud la evaluación es un proceso de formulación de juicios sobre determinados objetos y acontecimientos, por comparación con patrones especificados y que sirven para decidir entre diversas posibilidades de acción. (8)

La evaluación de la calidad de atención de los servicios sólo puede realizarse mediante su comparación con ciertos estándares o normas establecidas por expertos o responsables de los programas, es decir, el componente normativo del proceso evaluado, es el elemento crítico de éste, por la razón evidente de que constituye la base de toda comparación. Como las normas son el elemento crítico de las evaluaciones, se deduce que su establecimiento y selección es medida fundamental para proyectar y realizar estudios de evaluación. (9)

Hoy, el costo, la calidad y la equidad de los servicios de salud son sistemas prioritarios en las investigaciones y en la toma de decisiones políticas. La preocupación por la evaluación de los costos y de la calidad crece a medida que los gobiernos han asumido mayor responsabilidad en la organización y financiación de los servicios. La evaluación

---

8. Organización Mundial de la Salud, Evaluación de las Actividades de Planificación de la Familia en los Servicios de Salud. Ginebra. Informes Técnicos No. 569, 1975. pp 7-17.

9. Organización Mundial de la Salud. Evaluación de Programas de Higiene del Medio. Ginebra. Informes Técnicos. No. 528. 1973. pp. 29-31

17. Soberón A., Guillermo. La Calidad de la Atención Médica. Revista de Salud Pública de México. Mayo-Junio 1986. Volumen 29. Número 3. pp 315-317.

de los servicios de salud es una cuestión médica, social y política. La importancia de la calidad, la eficiencia y la cobertura de los servicios ha sido destacada en las estrategias de salud para todos en el año 2000.

Calidad de la atención:

La calidad de la atención tiene que definirse a la luz de las normas técnicas del proveedor y de las expectativas del usuario, tomando en consideración el contexto local.

(4)

La calidad de la atención es la secuencia de actividades que relacionan al prestador de servicios con el usuario, desde un punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados por ambos. (11)

Si se quiere alcanzar la calidad, es importante que existan estructuras, políticas, regulaciones, normas y recursos que lo permitan. En un servicio que busca la calidad, nunca algo es “suficientemente bueno”. Se deben hacer las cosas mejor que ayer, y estar constantemente buscando como corregir y prevenir problemas, así como en hacer mejoras. La calidad es un viaje interminable, no un destino. Por esto, el único nivel aceptable de calidad es el 100%. Ese es el estándar que se requiere en cualquier tipo de organización.

Dr. Avedis Donabedian, de la Universidad de Michigan, fue uno de los primeros investigadores que se interesó en la época actual por evaluar la calidad de la atención que brindan los servicios de salud y con este propósito elaboró un modelo basado en el enfoque de teoría de sistemas, en el que integró diversas variables para analizar la estructura, el proceso y resultado.

---

4. (opcit).

11. Pavón Lazo, Hipólito. Evaluación de servicios de Salud, 1985.



Estructura:

“Estructura” se refiere a las características materiales y organizacionales relativamente estables del medio en el que se proporciona el servicio de atención a la salud. (5)

Proceso:

“Proceso” se refiere fundamentalmente a lo que hacen los médicos, enfermeras y otro tipo de personal, desde el punto de vista técnico, en la conducción de la atención a la salud y también en cuanto a su interacción con los pacientes.

En el proceso de prestación de un servicio de salud, intervienen por una parte, el personal, equipos y elementos directamente involucrados en el acto médico, y por otra, la infraestructura administrativa que crea y mantiene las condiciones que hacen posible la realización del acto. Además, en el proceso hay dos aspectos, uno de tipo técnico, que tiene que ver con los criterios y procedimientos médico-clínicos, el otro, se refiere al trato recibido por los pacientes. El primer aspecto se llama “Calidad Técnica” y el segundo “Calidad Humana”, ambos conceptos dependen del acto médico y de la infraestructura administrativa. (11)

Resultado:

“Resultado” se refiere a los efectos atribuibles al servicio, lo que se logra para el paciente. Más específicamente, un resultado es un cambio en el estatus de salud que puede atribuirse a la atención recibida. Entre estos podrían mencionarse, como por ejemplo: el mejor conocimiento sobre la enfermedad, los cambios de conducta que conducen a una mejor salud y una mayor satisfacción de la usuaria con los servicios recibidos y del prestador de servicio con la atención brindada.

---

5. Donvedian, Avedis. La Calidad De La Atención Médica: definición y métodos de la Evaluación. México, D.F. La prensa Médica mexicana. 1984. Cap. I. pp: 3-39.

11. (Op).

La utilidad de esta formulación se basa por completo en la observación de que las características estructurales influyen en el proceso de la atención de los servicios, y que éste lo hace en la salud. Así, en el corazón mismo de la investigación de la calidad está el esclarecimiento de la relación entre el proceso y el resultado, y entre la estructura y el proceso. Un punto importante de la calidad tiene que ver con la medición del proceso, elemento intermedio de nuestra triada, se ha considerado generalmente situada en el medio de la investigación sobre la calidad, principalmente con el registro médico se harán muy a menudo los juicios de calidad. (5)

Si los proveedores no ofrecen servicios de calidad, no lograrán granjearse la confianza de la población y los usuarios recurrirán al sistema de salud únicamente, cuando estén en extrema necesidad de atención curativa. Tal situación es especialmente desafortunada en países en desarrollo como el nuestro, en donde la atención preventiva para salvar vidas tales como la atención prenatal, puerperal, de planificación familiar, detección de enfermedades de transmisión sexual, etc., dependen de la voluntad y la participación de la comunidad. (4)

Los programas de Atención Primaria de Salud se mejoran por medio de la calidad sin necesidad de otros suministros, respaldo logístico, recursos financieros ni recursos humanos. Por consiguiente, permite a los donantes, a los gobiernos, a los proveedores de atención de salud y a las comunidades lograr más beneficios de las inversiones existentes en atención de salud. (4)

Marcos conceptuales sobre la calidad de los servicios:

Existen tres marcos conceptuales:

1. Marco de Bruce:

Información suministrada a los clientes: cuál es el nivel y contenido de la información que se brinda a las personas usuarias sobre los servicios de salud que ofrece la unidad de salud, el apoyo que la persona usuaria puede esperar de parte del prestador de servicio, etc..

---

5. (Op).

4. (Op cit).

Competencia Técnica: El cumplimiento de protocolos, disponibilidad de personal competente y equipo técnico.

Las Relaciones Interpersonales Entre Clientes y Prestadores de Salud.

2. Marco conceptual de la Organización Mundial de la Salud:

La OMS presenta un marco conceptual amplio sobre la calidad. Accesibilidad y disponibilidad de los servicios: que la proporción más grande posible de la población sean beneficiarios/as de los servicios de calidad y que ellos/as entiendan la gama de servicios disponibles. Aprobación cultural, comprensibilidad de los servicios, nivel adecuado de los prestadores de salud.

3. Marco conceptual del Proyecto de Atención Integral a la Mujer (PRAIM):

Este proyecto se lleva a cabo en algunas Unidades de Salud de la Región Sanitaria Metropolitana, hace énfasis en la satisfacción de clientes en los servicios y de la satisfacción de los proveedores de servicio, así como en la responsabilidad que tiene la gerencia del sistema de salud en el mejoramiento de la calidad y el uso de los recursos.

Técnica COPE:

Cliente Orientado Proveedor Eficiente (COPE) utiliza principios fundamentales del manejo de la calidad, centrado en satisfacer y exceder las expectativas y las necesidades del usuario, enfatiza la identificación de los problemas en la de mantener como se hacen las cosas es decir en el proceso en vez de asignar culpables. Un elemento primordial del manejo de la calidad y un postulado fundamental del Cliente Orientado Proveedor Eficiente es, que la calidad siempre se puede mejorar y que el mejoramiento de la calidad debe ser una actividad continua. (1)

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

---

1. (Op).

Además, les solicita que consideren la calidad del servicio desde la perspectiva de los usuarios que atienden. A través del Cliente Orientado Proveedor Eficiente 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 este proceso es realizado por el propio personal del servicio, les ayuda a comprometerse, a corregir los problemas y hacer planes para mejoramientos futuros. Cliente Orientado Proveedor Eficiente 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 (1).

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

El proceso de Cliente Orientado Proveedor Eficiente consta de cuatro herramientas que conforman su estructura:

- Autoevaluación, realizada principalmente mediante el uso de formularios, guía que permite identificar problemas en la organización de los servicios. Los formularios se han organizado de acuerdo a las necesidades del usuario y del proveedor de servicios requeridos para garantizar la calidad.
- Entrevista con los Usuarios, llevadas a cabo por el personal con la ayuda de un formulario de encuesta de satisfacción de los usuarios.
- Análisis del Flujo de Usuarios (AFU), un método de tecnología mentor para hacer el seguimiento de los usuarios en cada servicio, desde el momento en que ingresan hasta que salen.

---

1. (Op).

- 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.

Satisfacción: Una dimensión importante en la calidad:

La satisfacción se define como la medida en la que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumple con las expectativas del usuario (aceptabilidad).

La satisfacción/aceptabilidad incluye como mínimo a tres aspectos: Aspectos organizativos, (ambiente físico, tiempos de espera, etc.) el efecto de la atención en el estado de salud, la manera o trato recibido durante el proceso de atención por parte del personal involucrado. Se acepta que a parte del componente organizacional, la satisfacción se relaciona, muy directamente con el trato personal, lo que, se ha llamado el arte de la atención médica. La satisfacción de los profesionales no ha sido incluida en el concepto de esta dimensión, Donavedian y otros autores la excluyen explícitamente y la consideran como un factor de la organización que puede condicionar o influir en la calidad de la atención que se presta.

La satisfacción del cliente es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad. Dado que la satisfacción del cliente influye de tal manera en su comportamiento, es una meta muy valiosa para todo programa. La satisfacción del cliente puede influir en:

- El hecho de que el cliente procure o no procure atención,
- El lugar al cual acuda para recibir atención,
- El hecho de que esté dispuesto a pagar por los servicios
- El hecho de que el cliente siga o no siga las instrucciones del prestador de servicios.
- El hecho de que el cliente regrese o no regrese al prestador de servicios, y
- El hecho de que el cliente recomiende o no recomiende a los demás.

La satisfacción del cliente depende no sólo de la calidad de los servicios sino también de las expectativas del cliente. El cliente está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas. Si las expectativas del cliente son bajas o si el cliente tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes.

Los clientes en los establecimientos de salud, por lo general, esperan recibir atención de calidad deficiente, la aceptan sin quejarse y hasta expresan satisfacción cuando participan en encuestas. La satisfacción del cliente, según expresada en entrevistas y encuestas, no significa necesariamente que la calidad es buena; puede significar que las expectativas son bajas. Los administradores no deben suponer que los servicios prestados son adecuados únicamente porque los clientes no se quejan. Aun los niveles bajos de insatisfacción reportada, tan bajos como el 5%, deben tomarse en cuenta seriamente.

Cuando el cliente percibe la calidad de manera equivocada, sus expectativas pueden influir en el comportamiento de los prestadores de servicios y, de hecho, reducir la calidad de atención.

El orientar a los clientes e informar al público con respecto a lo que constituye la atención apropiada suelen ser aspectos importantes en la prestación de servicios de buena calidad.

La satisfacción del cliente es un indicador importante de la calidad de servicios, resulta difícil evaluar la satisfacción del cliente. La mayoría de los clientes afirman estar satisfechos independientemente de la calidad real. Además, tanto el acceso a los servicios como las repercusiones de los servicios en la salud, pueden afectar la satisfacción del cliente a tal nivel que no refleje el proceso de prestar atención.

Los miembros del personal de una organización pueden considerarse “clientes internos” porque reciben productos y servicios esenciales para su trabajo por parte de sus compañeros de trabajo. Los gerentes deben escuchar y responder a las necesidades de

los proveedores iniciales, supervisores y otros clientes internos en la misma forma en que escuchan y responden a las necesidades de los clientes externos.

Los prestadores de servicios dependen de sus compañeros de trabajo. Los gerentes deben escuchar y responder a las necesidades de los proveedores iniciales, supervisores y otros clientes internos en la misma forma en que escuchan y responden a las necesidades de los clientes externos.

Los prestadores de servicios dependen de sus compañeros de trabajo para obtener y mantener el equipo, para asegurarse de que se disponga de suministros, para archivar registros, para proveer capacitación y supervisión, para referirles clientes y aceptar referencias de ellos, y para realizar muchas otras tareas. Cuando los compañeros de trabajo no cubren estas necesidades, se les hace más difícil a los profesionales de salud prestar servicios de buena calidad.

En el caso del personal, la satisfacción y el desempeño en el trabajo suelen variar según las expectativas.

## VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Este estudio es una investigación descriptiva de la percepción de la calidad de atención a embarazadas de la unidad de salud Dr. Alonso Suazo, Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, durante el período de junio 2004.

La percepción de la calidad de los servicios de control prenatal en el primer nivel de atención, se realizó teniendo como referencia las Normas de Atención Integral a la Mujer, como son: las condiciones y procedimientos a seguir para brindar la atención personal capacitado que garantice el cumplimiento de las mismas.

Para este estudio sobre calidad de los servicios se incluyeron a las mujeres embarazadas que acudan a su primer control prenatal en la Unidad de Salud Dr. Alonso Suazo en demanda de atención. El número de usuarias de control prenatal en la unidad de salud es de 850 embarazadas aproximadamente, de las cuales se seleccionaron por conveniencia 60 usuarias que asistieron a su primer control prenatal a las que se les aplicó el Cuestionario No. 1 de Percepción de Calidad del Servicio, diferenciadas por grupos de edad. Se consideraron a los dos grupos de mayor riesgo reproductivo en el embarazo y el grupo etéreo sin este riesgo. De este total fueron seleccionadas 30 embarazadas conforme al orden de llegada a la Unidad, a quienes se les dió seguimiento para aplicar el análisis de flujo (AFU) y recopilar la información acerca de la hora de entrada y de salida, y el tiempo que la usuaria demoró con cada miembro del personal con el que tuvo contacto durante su atención en toda la ruta crítica, posteriormente a la consulta se aplicó la segunda parte del cuestionario No. 1 (ver Anexos).

Considerando que las usuarias fueron seleccionadas en el primer control prenatal y que se encontraran en los rangos de edad arriba a descritos limitó realizarles al 100% el seguimiento, para determinar el flujo de atención a las usuarias, por lo que se tomó el 50%.



Para los principios éticos se tomó en cuenta la confidencialidad, uso de cuestionarios anónimos y aceptación previa de la usuaria a participar en el estudio. (Declaración de Helsinski, CIEB 2002).

Siguiendo los pasos de la técnica COPE, esta información fue registrada en el gráfico del flujo de usuarias.

La percepción del cliente interno se obtuvo a través del Cuestionario No. 2, dirigida al personal involucrado en la atención prenatal: 3 Médicos Especialistas en Ginecobstetricia, 3 Médicos Generales, 3 Enfermeras Profesionales y 2 Auxiliares de Enfermería) que actualmente prestan su servicio en la unidad seleccionada.

Criterios de inclusión:

a. Prestadores de Servicios (Clientes Internos):

El grupo seleccionado es todo Médico Especialista en Ginecobstetricia, Médico General, Enfermera Profesional y Auxiliar de Enfermería, que laboran en el área de atención a la mujer en forma permanente.

b. Atención Prenatal:

Toda mujer embarazada que acudió en demanda de atención prenatal a la unidad seleccionada sin importar edad gestacional, si era de primera vez y que aceptara participar en el estudio posteriormente a la atención recibida.

Criterios de exclusión:

a. Prestadores de Servicio:

Todo Médico Especialista en Ginecobstetricia, Médico General, Enfermera Profesional y Auxiliar de Enfermería, que durante el período del estudio gozara de permiso oficial o personal en la unidad seleccionada, y que fuera temporal.

b. Atención Prenatal:

Toda mujer embarazada que acudió en demanda de atención prenatal y que se negara a ser entrevistada.

La fuente de información primaria fueron todas las embarazadas que demandaron su primer control prenatal en el tiempo programado, considerando como satisfactoria la evidencia de 60 atenciones prenatales. Esta información se procesará de forma confidencial y será divulgada estrictamente en el informe del trabajo de tesis de la Secretaría de Salud Pública 2004.

También se utilizó para la obtención de información los instrumentos siguientes: Para el cliente interno el cuestionario que fue diseñado para respuestas abiertas y cerradas. El cuestionario para la usnaria con preguntas de alternativas de respuesta en una escala cualitativa.

El procesamiento de la información se hizo a través del programa Epi Info 6 y del gráfico de flujo de usuarias y el resumen del gráfico de flujo de usuarias.

MATRIZ DE DESCRIPTORES

COMPONENTE	DESCRIPTOR	INDICADOR	VALORES/ESCALA
1. Describir las características biológicas y sociales de las embarazadas que acuden a la unidad de Salud Dr. Alonso Suazo.	1. Edad En Años: Número de años cumplidos.	Edad en años de cada usuaria.	Menores de 20 años, de 20 a 35 años y mayores de 35 años.
	2. Procedencia: Características socioeconómicas del lugar de residencia.		Urbana o rural.
	3. Escolaridad: Si la usuaria sabe o no leer y escribir.	Sabe Leer, No Sabe Leer	Alfabeta y Analfabeta
	4. Referida: Paciente que ha sido atendida en otra unidad de salud o a nivel comunitario.	Número de usuarias referidas de otras unidades de salud o de personal comunitario.	
2. Analizar el flujo de atención prenatal que se brinda a las usuarias en la Unidad de Salud Dr. Alonso Suazo.	1. Servicios de la ruta crítica de atención: Todos los servicios donde la embarazada recibe atención dentro de la unidad de salud.	Número de servicios utilizados dentro de la unidad de salud.	
	2. Hora de llegada: La hora en que la usuaria ingresa a la unidad de salud.	Hora de llegada de la mujer embarazada a la unidad.	Hora.
	3. Hora de salida: La hora en que la usuaria sale de la unidad de atención.	Hora en que la mujer usuaria sale de la unidad de salud.	Hora.
	4. Tiempo de espera: Tiempo que permanece la usuaria esperando su atención.	Número de minutos de espera de cada usuaria.	Minutos
	5. Tiempo utilizado: Tiempo que transcurre durante la usuaria recibe la atención.	Número de minutos utilizados en la atención de la usuaria.	Minutos.

<p>3. Identificar la percepción de las usuarias del servicio de control prenatal que se brinda en la Unidad de Salud.</p>	<p>1. Percepción que tiene la usuaria respecto a la atención recibida.</p> <p>2. Trato recibido: Es la percepción que tiene la usuaria respecto al trato recibido de parte de cada prestador de servicio con el que tiene contacto.</p> <p>3. Recomendaciones y sugerencias brindadas por la usuaria.</p>	<p>Número de usuarias que recibieron la atención.</p> <p>Mujeres entrevistadas</p> <p>Recomendaciones y sugerencias.</p>	<p>Excelente, buena, regular y mala.</p> <p>Excelente, buena, regular y mala.</p>
<p>4. Conocer la percepción de satisfacción del cliente interno sobre la atención de control prenatal de la Unidad de Salud.</p>	<p>Percepción del cliente interno sobre la atención prenatal que brinda.</p>	<p>Percepción sobre el equipamiento del servicio, insumos, espacio físico y satisfacción personal.</p>	<p>Muy satisfecho, Poco Satisfecho, Nada</p>

## VIII. RESULTADOS

Se aplicaron los cuestionarios a 60 mujeres embarazadas que asistieron a su primer control prenatal en la Unidad de Salud Dr. Alonso Suazo y a los prestadores de los servicios de salud y se observó el flujo de atención del 50% de las usuarias embarazadas.

Para poder identificar aspectos de percepción de la calidad se aplicaron los cuestionarios a las usuarias y prestadores de servicios previo consentimiento para realizarlo. Se ejecutaron las entrevistas, posterior a la consulta médica y por orden de salida de la misma.

Las 60 mujeres embarazadas que se entrevistaron asistían en ese momento a su primer control prenatal de las cuales 20 usuarias están comprendidas en el grupo de edad menor de 20 años; 20 de ellas en el grupo de 20 a 35 años de edad y 20 mujeres en el grupo de edad mayor de 35 años. De las 60 mujeres embarazadas el 50% fue objeto de seguimiento para determinar el flujo de atención en la Unidad de Salud; cada usuaria que fue objeto de seguimiento en los tiempos cumplidos en la ruta que siguen para atención recibida.

1. Características biológicas y sociales de la mujer embarazada que acudió a su primer control prenatal a la Unidad de Salud Dr. Alonso Suazo:

Del total de 60 mujeres entrevistadas encontramos 56 alfabetas (93%) y 4 analfabetas (7%). En el grupo de edad de las menores de 20 años, las 20 son alfabetas (100%), igualmente observamos que en el grupo de edad de las mujeres de 20 a 35 años son alfabetas en un 100% y no así en las mujeres mayores de 35 años en donde 16 mujeres son alfabetas (80%) y 4 mujeres analfabetas (20%) por lo que observamos que las menores de 35 años tiene en un 100% acceso a la educación (ver en anexos grafico No. 4).

De las 60 mujeres embarazadas entrevistadas en cuanto a procedencia, 51 (85%) proceden del área urbana y 9 (15%) del área rural, según grupo de edad, las menores de 20 años proceden del área urbana (19 de 20), al igual las mujeres del grupo de edad entre 20-35 años de edad, el 95% en ambos grupos proceden del área urbana y el 5% de ellas son del área rural. En el grupo de edad mayor de 35 años, 13 de 20 (65%) son del área urbana y 7 (35%) de 20 son del área rural; entendiéndose que el área urbana corresponden al perímetro de la Región Metropolitana y el área rural son las que proceden del área territorial (aldeas, caseríos, etc.) que está fuera del área metropolitana (ver en anexos, grafico No. 1).

Del total de mujeres embarazadas entrevistadas fueron referidas 13 mujeres, de las diferentes Unidades de Salud de la Región metropolitana y 1 de la comunidad por personal voluntario; de las 14 mujeres embarazadas 11 están comprendidas en los grupos de edad de menores de 20 años y mayores de 35 años, ambos están comprendidas en los grupos de riesgo, según las normas de atención integral de la mujer (ver en anexos, graficos No. 2 y No. 3).

2. El flujo de atención que se determinó en las embarazadas que acudieron a la Unidad de Salud con el seguimiento de 30 mujeres que constituyen el 50% de las entrevistadas en el estudio.

Los resultados obtenidos son:

30 (100%) acudieron a: Archivo, Preclínica, Farmacia y Clínica Médica.

29 (97%) asistieron a odontología.

3 (10%) fueron a laboratorio.

10 (33%) asistieron a Consejería.

11 (37%) fueron a inmunizaciones.

Según las normas de atención integral a la mujer, toda mujer embarazada en su primer control debe tener contacto en los servicios arriba mencionados.

La hora de llegada y la hora de salida de la mujer embarazada a la unidad, es el tiempo que transcurre desde que ingresa y sale de recibir atención, fue de 201 minutos promedio, es decir 3.35 horas.

Los minutos de espera es el tiempo que permanece la usuaria esperando su atención y fue de 65 minutos promedio.

Los minutos utilizados en la atención de la usuaria que es el tiempo que permanece en consulta con el médico fueron 15 minutos tal y como lo indica la norma de atención.

### 3. Satisfacción de usuarias.

De las 60 mujeres embarazadas entrevistadas, 40 acuden por primera vez a la Unidad de Salud, lo que corresponde a un 67% y 20 (33%) mujeres habían recibido una o más atenciones en los diferentes servicios que ofrece la Unidad de Salud.

El primer control prenatal brindado por los profesionales de la Unidad de Salud a las 60 mujeres embarazadas, se encontró que 42 mujeres (70%) recibieron atención prenatal por el médico especialista (Ginecobstetra) y 18 mujeres embarazadas (30%) por el médico general.

El tiempo que duró la atención médica en las 60 mujeres embarazadas, de estas 52 usuarias (87%) opinaron que el tiempo de atención médica fue adecuado.

Observamos una proporción similar en los 3 grupos de edad: en el grupo menor de 20 años 18 mujeres opinaron que el tiempo fue adecuado, en el de 20-35 años 18 y en mayores de 35, 16 mujeres, 7 mujeres (12%) opinaron que el tiempo fue muy poco y 1 mujer (1%) opinó que fue mucho el tiempo

de atención médica, probablemente se dio tal situación por ser una mujer embarazada de riesgo por su edad.

En relación a la percepción de la atención recibida por las mujeres embarazadas del total de 60 mujeres, 38 (63%) de ellas opinaron que recibieron una atención excelente; 19 mujeres (32%) opinaron que fue buena y solamente 3 mujeres (5%) refirieron trato regular, pues la tendencia es positiva en el grado de satisfacción en la atención recibida (ver en anexos, grafico No. 5).

Las mujeres embarazadas se les dio cita para control prenatal, de las 60 mujeres embarazadas se citaron 59 mujeres (97%) y a dos mujeres embarazadas no se les dio cita para su próximo control prenatal (3%).

Las 60 mujeres embarazadas entrevistadas fueron referidas en un 100% a los diferentes servicios de salud, farmacia, postclínica, vacunas, cirugía, laboratorio, odontología.

En relación al trato recibido por el médico por las 60 mujeres embarazadas entrevistadas, 44 (73%) opinaron que fue excelente, 13 (22%) mujeres opinaron que es bueno y 3% (50) mujeres refieren que fue regular. Según grupos de edad en las menores de 20 años 17 opinaron que excelente; 2 opinaron que fue buena y 1 opinó que fue regular.

En el grupo de edad de 20-35 años de edad las 20 consideraron que fue excelente y en las mayores de 35 años 7 opinaron que fue excelente; 11 que fue bueno y 2 que fue regular, concluimos que la tendencia es hacia un trato de excelencia.

En el servicio de archivo la percepción del trato recibido en las 60 mujeres embarazadas, 25 de ellas opinaron que fue excelente (42%); 25 mujeres opinaron que fue bueno (42%) y 10 mujeres dijeron que fue regular (16%).



Según grupo de edad en las menores de 20 años de edad, 8 opinaron que fue excelente (40%) 11 mujeres que fue bueno (55%) y 1 mujer que fue regular (5%).

En el grupo de 20-35 años, opinaron 14 mujeres que el trato recibido fue excelente (70%) 5 opinaron que fue bueno (25%) y 1 opinó que fue regular (5%).

En el grupo de edad mayor de 35 años opinaron 3 que fue excelente (15%), 9 que bueno (45%) y 8 que el trato fue regular (40%). (ver en anexos, grafico No.6).

En el servicio de preclínica el trato recibido por las mujeres embarazadas entrevistadas lo describieron de la siguiente manera: De las 60 mujeres 27 opinaron que el trato fue excelente (45%), 28 opinaron que fue bueno (45%) y 6 que fue regular (10%).

En el grupo de menores de 20 años 8 consideraron que fue excelente (40%) y 12 opinaron que fue bueno (60%).

En el grupo de 20 a 35 años 17 opinaron que fue excelente (85%), 2 que fue bueno (10%) y 1 que fue regular (5%) y en las mayores de 35 años de edad opinaron 1 excelente (5%), 14 bueno (70%) y 5 regular (25%).

En el servicio de farmacia de las 60 mujeres embarazadas opinaron 27 que el trato recibido fue excelente (45%) y 26 (23%) opinaron que fue bueno, 7 opinaron que fue regular (12%). Según grupos de edad en las menores de 20 años, 9 opinaron que es excelente (15%), 11 opinaron que es bueno (18%), ninguna opinó que fue regular o malo; en el grupo de edad de 20 a 35 años, 15 opinaron que el trato recibido fue excelente (75%), 3 bueno (15%) y 2 regular (10%), y en las mayores de 35 años 3 consideran que el

trato fue excelente (15%), 12 bueno (20%) y 5 opinaron que fue regular (25%).

En el servicio de vacunas de las 60 mujeres embarazadas, 12 consideraron el trato recibido como excelente, 22 lo consideraron bueno y el resto no paso por el servicio de vacunas.

En las menores de 20 años solo pasaron 14 usuarias y de estas 6 opinaron que el trato fue excelente y 8 que el trato fue bueno. En el grupo de edad de 20 a 35 años pasaron por el servicio 10 y de esta 6 lo consideraron excelente y 4 lo encontraron bueno, y en las mayores de 35 años 11 usaron el servicio, de estas 10 consideraron que el trato recibido fue bueno y 1 opinó que fue regular.

En el servicio de consejería de las 60 mujeres embarazadas 26 de ellas consideraron trato excelente, 19 bueno y no todos pasaron por el servicio de consejería.

En el grupo de menores de 20 años solo 18 pasaron por el servicio de consejería, de estos 14 consideraron el trato recibido como excelente y 4 como bueno, en el de 20 a 35 años, 6 consideraron el trato como excelente y 3 como bueno, en las mayores de 35 años, 6 lo consideraron excelente y 12 usuarias opinaron que fue bueno.

En el laboratorio de las 60 mujeres embarazadas solo usaron el servicio el día de su control prenatal 27 mujeres, el resto asiste otro día y de estas, 10 opinaron que el trato recibido fue excelente, 11 como bueno y 6 opinaron que fue regular; en las menores de 20 años 7 mujeres consideraron que el trato fue excelente y 7 opinaron que fue bueno; en el grupo de 20 a 35 años, 3 opinaron que es bueno y 6 lo consideraron regular.

En el servicio de odontología de las 60 mujeres embarazadas solo 29 mujeres pasaron por el servicio de las cuales 10 opinaron que el trato recibido fue excelente, 17 lo consideraron bueno y 2 que fue regular. Según grupos de edad, en las menores de 20 años, 4 opinaron que fue excelente y 7 que es bueno, en los de 20 a 35 años 6 lo consideraron como excelente y 1 usuaria opinó que fue bueno; en las mayores de 3 años 7 opinaron que el trato fue bueno y 2 que el trato recibido fue regular.

De las 60 mujeres embarazadas 33 recomendaron los servicios de la Unidad de Salud, por lo que observamos que el 55% de las usuarias quedaron satisfechas con el servicio y por lo tanto lo recomendarían.

Las usuarias respondieron de la siguiente manera:

“Buena Atención Médica”, 15

“Centro de Salud Accesible”: 1

“Porque tienen medicamentos necesarios”: 3

“Hay buenos Ginecólogos”: 2

“Suficiente capacidad del personal”: 2

“Atención inmediata”: 2

“Amabilidad, paciencia”: 2

“Hay suficientes médicos”: 1

“Aceptaron mi referencia”: 1

“Siempre encuentro cupo”: 2

“Porqué tienen un buen Laboratorio y Ultrasonido”: 2

De las 60 mujeres embarazadas, 33 (55%) recomendaron el servicio de control prenatal y 27 (45%) de las usuarias no respondieron.

#### 4. Percepción del personal:

Los proveedores del servicio del control prenatal de la Unidad de Salud Dr. Alonso Suazo, opinaron de la siguiente manera: De los proveedores solo uno

opinó que el servicio no está equipado para brindar el “Servicio”, por lo que el 99% opinó que sí, lo que refleja una tendencia de la percepción de satisfacción del cliente interno.

De los 11 proveedores del servicio, el 81% opinaron que sí cuentan con los insumos necesarios para brindar la atención y el 19% opinaron que no.

De los 11 proveedores, 7 (64%) opinaron que el espacio es inadecuado y 4 (36%) responden que es adecuado para brindar la atención prenatal (ver en anexos, gráfico No.7).

En cuanto a que si el personal posee las normas de atención integral a la mujer, 9 (82%) contestaron que sí y 2 (18%) respondieron que no, cabe decir que quienes no la poseen son las auxiliares de enfermería, que son solo personal de apoyo para la atención del control prenatal y no está normado que ellos tengan las normas.

En cuanto a la satisfacción en la atención que brindan los proveedores de servicio de atención prenatal de los 11 proveedores: 8 (73%) están muy satisfechos con la atención y 3 (27%) están poco satisfechos con el servicio que brindan (ver en anexos, gráfico No.8).

## IX. ANALISIS DE RESULTADOS

En Honduras, según las políticas establecidas a nivel nacional para mejorar los servicios a la población materno infantil, se creó el Programa Nacional de Atención Integral a la mujer el 17 de noviembre de 1983 y en abril 1995 se aprueba el Manual de Normas y Procedimientos de Atención integral a la Mujer con la finalidad de establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer y garantizar mediante la calidad, mediante su cumplimiento dicha atención.

Conociendo que las normas de atención integral tienen como fin último, la calidad en la atención en los servicios se realizó el estudio sobre algunas dimensiones de la calidad de atención prenatal en las embarazadas que acuden por primera vez a su control en la Unidad de Salud “Dr. Alonso Suazo” en el mes de junio del 2004.

Para obtener los resultados del estudio se enunciaron cuatro objetivos:

- I. Describir las características biológicas y sociales de las embarazadas que acuden a la Unidad de Salud Dr. Alonso Suazo.

Las mujeres embarazadas que acuden a la Unidad de Salud en su mayoría solicitan atención por demanda espontánea; y las que son referidas provienen de otras Unidades de Salud de la Región Sanitaria Metropolitana considerando que la Unidad de Salud Dr. Alonso Suazo es la más compleja de todas las unidades de salud en la región ya que cuenta con especialistas en ginecoobstetricia, tecnología en servicios de ultrasonido pélvico y laboratorio computarizado y ha sido designado como Unidad de referencia; probablemente esta sea la razón de las referencias y demanda espontánea y/o predilección de las pacientes.

Estas pacientes en su mayoría son alfabetas o saben leer y escribir, es de hacer notar que las analfabetas son mayores de 35 años de edad, lo que nos refiere que las más jóvenes han tenido oportunidad o acceso a la educación; provienen del

área urbana y muy pocas del área rural; ambas áreas pertenecen al área geográfica de influencia de la Región Sanitaria Metropolitana.

Estas características biológicas y sociales encontradas en el estudio son similares a las que se reportan en la Encuesta nacional de Salud Familiar, 2001.

## 2. Flujo de Atención Prenatal en la Embarazada que acude a su primer control a la Unidad de Salud “Dr. Alonso Suazo”.

Es importante enunciar que la atención prenatal se desarrolla en el tiempo que está establecido (15 minutos) en las Normas de Atención Integral de la Mujer; el flujo que sigue la usuaria es de acuerdo a lo establecido, inicia su atención en archivo, preclínica, clínica médica, post clínica y farmacia, pero los servicios de odontología, consejería, vacunas y laboratorio no fueron visitados por todas las embarazadas en el tiempo de espera por una atención prenatal.

Se estableció un tiempo promedio de espera de atención de tres y media horas, si consideramos que la opinión sobre la atención fue considerada como excelente y buena por la mayoría de las usuarias, se puede decir que éstas consideran este tiempo como aceptable.

Las usuarias enuncian que algunas de las razones para acudir a esta Unidad son:

“Buena Atención Médica”,

“Hay atención especializada”

“Siempre encuentro cupo”

Estas opiniones reflejan que el tiempo de espera para ser atendidas es adecuada; también que la embarazada valora que la institución tiene otro nivel de resolución de su problemática.

## 3. Identificar la percepción de la satisfacción de las usuarias del servicio de control prenatal que se brinda en la unidad de salud.

Es interesante poder observar en el estudio que la satisfacción de las usuarias tiene tendencia positiva; lo definen entre excelente y bueno, independientemente de los servicios utilizados dentro de la Unidad de Salud, esto incluye haber recibido una próxima cita y la atención brindada por especialistas en ginecoobstetricia y/o médico general.

La percepción del trato recibido por las usuarias es igualmente positivo; así como el tiempo de espera de la atención es considerado adecuado.

Para la Comisión de Acreditación de Cuidado Médico (JCAHO) la aceptabilidad incluye la satisfacción del paciente y puede referirse como mínimo a tres aspectos diferentes aspectos organizativos (espacio físico, tiempos de espera), efecto de la atención en el estado de salud y la manera o trato recibido durante el proceso de atención por parte del personal involucrado.

Esto coincide con la teoría sobre la calidad de los servicios, tanto del marco de Bruce, donde uno de los componentes es la relación interpersonal entre clientes y prestadores de salud, en el marco conceptual de la OMS en donde el componente enmarca un nivel adecuado de los prestadores de salud; y el marco conceptual PRAIM (proyecto Atención Integral a la Mujer, desarrollado en algunas unidades de la Región Sanitaria Metropolitana) que es holístico, basado en nueve pasos, que incluyen la satisfacción del cliente en los servicios y satisfacción del personal en su trabajo.

Por otro lado, Vuori incluye la satisfacción de usuarias y personal como parte de la calidad científico técnica; Donavedian y otros autores la excluyen explícitamente y la consideran como un factor de la organización que puede condicionar o influenciar en la calidad de la atención que se presta.

4. Conocer la percepción de satisfacción del cliente interno sobre la atención prenatal que se brinda en la unidad de salud.

La percepción del personal que brinda la atención prenatal (médicos generales, especialistas en gineco-obstetricia, enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería) está expresada como satisfactoria en el ámbito personal y profesional; igualmente es satisfactorio respecto a insumos y equipo médico para brindar la misma.

Es importante enunciar que a pesar de lo anteriormente expuesto; el espacio físico no se considera adecuado para ofertar una apropiada atención por algunos prestadores de servicios.

Donavedian no incluye en su teoría la satisfacción de los profesionales en concepto de calidad, sino que, junto a otros autores la consideran como un factor de la organización que puede condicionar o influir en la calidad de la atención que se presta.

Considerando los diferentes componentes de la calidad analizados en este estudio (percepción de la usuaria, análisis de flujo de atención y percepción de los prestadores de servicios), puede verse que los aspectos de la calidad de los servicios son un conjunto de aspectos y actores que se cruzan y complementan; y en vez de constituir un recorte preciso de la realidad representan direcciones en las cuales mirar.



## X. CONCLUSIONES

1. Como resultado del estudio encontramos que las usuarias en su mayoría provienen del área urbana, son alfabetas y acuden a la Unidad de Salud por demanda espontánea, y también por referencia de otras Unidades.
2. El flujo de atención en el estudio reveló que la ruta crítica que inicia en archivo, preclínica, atención médica, post clínica y farmacia fue cumplido en su totalidad por la mayoría de las usuarias; no así, los otros servicios como laboratorio, odontología, vacunas y consejería, donde la visita fue obviada por las pacientes; al no cumplirse esta ruta crítica según lo establecido, denota insatisfacción y/o que el tiempo de permanencia en la Unidad de Salud fue tan largo que no le permitió cumplirla en su totalidad.

Es interesante observar que el tiempo utilizado en la atención médica fue de 15 minutos y concuerda con lo establecido en las Normas de Atención Integral a la Mujer vigentes, en relación al tiempo de espera que fue de 65 minutos en promedio y el tiempo que transcurre entre la hora de llegada y la hora de salida, de la Unidad de Salud fue de 3:30 horas.

3. Conociendo que la satisfacción del cliente no solo depende de la calidad de los servicios, sino también, de las expectativas del cliente, en el estudio, observamos que las embarazadas en el grupo de edad de mayores de 35 años la satisfacción no fue del 100%, sino más bien entre bueno y regular, probablemente porque tienen mayor experiencia en el contacto con otras Unidades de Salud y/o tienen mayores expectativas del servicio al que están solicitando atención.

Las embarazadas menores de 35 años el 100% consideraron que la atención fue excelente, conociendo este resultado no podemos decir que el servicio de atención prenatal es excelente, sino más bien preguntarnos o cuestionarnos si las expectativas de las pacientes son bajas o si expresaron satisfacción solo por complacer al encuestador.

4. En el caso del personal o cliente interno, la satisfacción respecto a insumos y equipo el estudio demostró cierto grado de insatisfacción, al no contar con éstos, sumado a la infraestructura inadecuada de las clínicas de atención.

La percepción de satisfacción personal y profesional de los prestadores de atención quedó evidenciada en el estudio.

## XI. RECOMENDACIONES

### ❖ A la Unidad de Salud:

Conocer y compartir con el equipo multidisciplinario los resultados de este estudio para tomar decisiones informadas, fidedignas y oportunas.

Demostrar liderazgo al comprometerse a obtener la satisfacción tanto del cliente interno como externo.

Motivar al personal de salud para realizar un trabajo en equipo en los diferentes servicios de la Unidad de Salud, para garantizar servicios de calidad; así como resolver problemas de la organización.

Reorganizar la Unidad de Salud de manera que la ruta crítica pueda cumplirse por parte de las usuarias.

Elevar las expectativas del personal a mejorar el flujo del paciente, trabajando en equipo.

Realizar encuestas de satisfacción regularmente que permitan valorar el progreso de las intervenciones.

### ❖ Al Personal que brinda la atención:

Proveer suficiente información a las embarazadas sobre la importancia y los beneficios de cumplir con la totalidad de la ruta crítica.

Orientar e informar a las embarazadas con respecto a lo que constituye la atención apropiada en la prestación de los servicios prenatales en la unidad.

### ❖ Programa Atención Integral a la Mujer:

Motivar las Unidades de Salud para realizar estudios que permitan de una u otra manera valorar la calidad de atención ofertada por las mismas.

Crear programas radiales, de televisión, de prensa, etc., que divulguen los servicios ofertados e incluyan la información sobre la atención apropiada en los servicios.

## XII. BIBLIOGRAFÍA

1. AVSC internacional. Cliente Orientado proveedor Eficiente (COPE). Servicios eficientes para satisfacer las necesidades del usuario. 1996
2. Castellanos, M.J. Ochoa, J.C., et al, Investigación sobre mortalidad de mujeres en edad reproductiva, con énfasis en mortalidad materna Honduras 1990. UNAH, MSP, OPS, UNFNA, MSH. Tegucigalpa 1990.
3. De Canales, Francisca H., et al; metodología de la Investigación, Manual para el Desarrollo de Personal de Salud, 2da. Ed., 1989.
4. DIPRETE, Brown Lori y Cols. Garantía de Calidad de la atención de Salud en los países en Desarrollo en serie de Perfeccionamiento de la metodología de Garantía de Calidad. USA, 1991. pp 1-30.
5. Donvedian, Avedis. La Calidad De La Atención Médica: definición y métodos de la Evaluación. México, D.F. La prensa Médica mexicana. 1984. Cap. 1. pp: 3-39.
6. Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer. Ministerio de Salud Pública, Honduras, C.A. 1995.
7. MSP/ASHONPLAFA, Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar. Honduras, 2001.
8. Organización Mundial de la Salud, Evaluación de las Actividades de Planificación de la Familia en los Servicios de Salud. Ginebra. Informes Técnicos No. 569, 1975. pp 7-17
9. Organización Mundial de la Salud. Evaluación de Programas de Higiene del Medio. Ginebra. Informes Técnicos. No. 528. 1973. pp. 29-31.

10. Otera Puime, A; Saturno Hernández P.J. y Marquet Palomar R. Mejoras de la Calidad en Atención Primaria. Pp: 399-417. En: Martín Zurro, A. y Cano Pérez, J.F. Atención Primaria: Conceptos, Organización y Práctica Clínica, 4ta. Ed. Madrid, España. Harcour Brace. 1994.
11. Pavón Lazo, Hipólito. Evaluación de servicios de Salud, 1985.
12. Plan de Gobierno para el Sector Salud. Secretaría de Salud. 2002.
13. Políticas de Gobierno para el sector Salud. Secretaría de Salud. 2002.
14. Reyes; Hiloa y Cols. Programa de Garantía de Calidad en el Primer Nivel de Atención en Revista Internacional de Desarrollo Sanitario OMS. Volumen 14, No. 4, 1993.
15. Salazar Mariano, Calidad de Atención: Conceptos, Estrategias Prioridades. 1995.
16. Secretaría de Salud y Asistencia Pública de México. Cuadernos Técnicos de Planeación. Volumen 1. No. 7. pp. 57
17. Soberón A., Guillermo. La Calidad de la Atención Médica. Revista de Salud Pública de México. Mayo-Junio 1986. Volumen 29. Número 3. pp 315-317.
18. Unicef. Headquarters. Programación para una Maternidad sin Riesgo. Marzo 1999. p. 11-12
19. Varo Jaime. Gestión Estratégica de la Calidad de Los Servicios Sanitarios: Un Modelo de Gestión Hospitalaria. Madrid, Díaz de Santos 1994. Cap. 3 pp: 71-84.

## OTRAS BIBLIOGRAFÍAS CONSULTADAS

1. Bruce, Judith: "Fundamental Elements of The Quality of Care: A Simple Framework", en *Studies in Family Planning*, Volume 21, Number 2, march/April 1990.
2. Castro, Roberto. *En busca del Significado: Supuestos Alcances y Limitaciones del Análisis Cualitativo*. En: *Para comprender la Subjetividad. Investigación Cualitativa en Salud Reproductiva y Sexualidad*. El Colegio de México. 1996.
3. Clarke, Allan: *Evaluation Research. An Introduction to Principles, Methods and Practice*. Sage Publications. London, 1999.
4. *Calidad de Atención en Servicios de Salud*. Licda. Enf. Sol Marquez, Lic Enf. Marcelino Auccasi Rojas, Ex Docente Facultad de Enfermería, Universidad San Martín de Porres.
5. Declaración de Helsinki, CIEB. 2002
6. Fuinger, William R. y Hardee, Karen: "Que es Calidad de la Atención", en *Network en español, Family Health Internacional*, Volumen 8, Número 4, Octubre, 1993.
7. Gómez, Elsa: "Equidad, Género y Salud. Mitos y Realidades. En revista *Mujer Salud*, publicado por la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. 3/2000, julio-septiembre.
8. Jonna Apaïen. *Calidad y Enfoque de Género en los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva*. Diciembre 2001.

9. Kru Esp Salud Publica 20CQ74; 263-274 No. 3, Mayo-Junio 2000. Características de las Personas que Acuden a las Consultas de Demanda del Centro de Salud sin citación Previa. Carlos Isanta Pomar, Pilas Rivera Torres, Marta Pedraja Iglesias y Natalia Jiménez.
10. Ley de igualdad de oportunidades para la Mujer. Editorial Guaymuras, Tegucigalpa, 2000.
11. Matamala, Berlagosky, Salazar y Núñez. Calidad de la Atención, Género, Salud Reproductiva de las Mujeres. COMUSAMS/ACHNU, Chile.
12. PRAIM. Abordaje de Calidad. Proceso de Mejora Continua y Garantía de Calidad de los Servicios de Salud. 2001.
13. Population Information Program, Center los Communication Programs, The John Hopkins University School of Public Health, III Market Place Suite 310, Baltimore, Maryland, Vol. XXVII, Number 3, Nov. 1998, Serie J., Number 47.
14. Secretaría de Salud. Sub Secretaría de Redes de Servicios. Unidad de Garantía de Calidad. Diseño del Modelo y Programa nacional de Garantía de Calidad en Salud. Abril. 2001
15. Secretaría de Estado en el Despacho de Salud. Políticas de Gobierno del Sector Salud, Honduras 2002-2006.
16. Secretaría de Salud de Honduras. Subsecretaría de Redes y Servicios. Dirección General de Sistemas y Servicios de Salud. Unidad Nacional de Garantía de Calidad. Presentación de Resultados y Análisis de la

Línea Basal de Programas de Calidad a Nivel de Las Regiones  
Sanitarias de Honduras. Julio 2003.



# **ANEXOS**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
(CIES)**

**CUESTIONARIO No. 1**

**PERCEPCION DE LA CALIDAD DE LAS EMBARAZADAS EN LA  
UNIDAD DE SALUD "Dr. ALONSO SUAZO"**

**Tegucigalpa, M.D.C., 2004**

**FLUJO DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE DEMANDAN  
ATENCIÓN PRENATAL.**

OBJETIVO: Determinar el flujo de usuarios del control prenatal que demandan el servicio en el Centro de Salud.

FECHA \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

**I. DATOS GENERALES DE LA PACIENTE**

A. EDAD \_\_\_\_\_ PROCEDENCIA: RURAL  URBANA

B. REFERIDA: SI  NO  DE CENTRO DE SALUD  DE HOSPITAL

COMUNITARIA: SI  NO

C. ESCOLARIDAD: ALFABETA  ANALFABETA

**II. DESCRIPCIÓN DE LOS SITIOS Y TIEMPOS REQUERIDOS PARA LA  
ATENCIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA.**

HORA DE INICIO	HORA QUE FINALIZA EL TRAMITE
----------------	------------------------------

HORA MINUT.

A. HORA DE LLEGADA DE LA MUJER EMBARAZADA A LA UNIDAD DE SERVICIO

--	--	--	--

B. TIEMPO DE ESPERA EN LA FILA

--	--	--	--

C. LLEGA A LA VENTANILLA DE ARCHIVO

--	--	--	--

D.	<b>TIEMPO DE ESPERA PARA RECIBIR ATENCIÓN EN LA PRECLÍNICA</b> (INCLUYE DESDE LA LLEGADA HASTA EL MOMENTO DE SER ATENDIDA)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E.	<b>TIEMPO UTILIZADO DURANTE LA ATENCIÓN EN PRECLÍNICA</b> (INCLUYE DESDE EL MOMENTO QUE LA USUARIA ES LLAMADA O INGRESA A LA CLÍNICA PARA LA TOMA DE DATOS O SIGNOS).	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F.	<b>TIEMPO DE ESPERA PARA RECIBIR ATENCIÓN MEDICA.</b> (INCLUYE DESDE EL MOMENTO QUE SE UBICA EN ESTA HASTA EL MOMENTO EN EL CUAL INGRESA A LA CONSULTA) SI LA PACIENTE SE MOVILIZARA Y NO ESTUVIERA AL MOMENTO DE SER LLAMADA FAVOR ANOTE EN OBSERVACIÓN	<input type="text"/>	<input type="text"/>
G.	<b>TIEMPO UTILIZADO DURANTE LA ATENCIÓN MEDICA</b> INCLUYE DESDE EL MOMENTO EN QUE LA MUJER INGRESA A LA CLINICA HASTA EL MOMENTO DE SALIDA DE LA MISMA..	<input type="text"/>	<input type="text"/>
H.	<b>INTERRUPCION DURANTE LA ATENCIÓN MEDICA</b> SI CUALQUIER PERSONA ENTRARA A LA CLINICA O EL O LA RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN SALIERA DE LA CLINICA DEBERA CONSIDERAR ESE TIEMPO (DE NO SER ASI ESCRIBA NO APLICA: N/A).	<input type="text"/>	<input type="text"/>
I.	<b>TIEMPO DE ESPERA PARA RECIBIR ATENCIÓN EN LA POST-CLINICA.</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
J.	<b>TIEMPO UTILIZADO DURANTE ATENCION EN LA POST-CLINICA.</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
K.	<b>TIEMPO DE ESPERA PARA RECIBIR ATENCIÓN DE LABORATORIO.</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
L.	<b>TIEMPO UTILIZADO DURANTE LA ATENCIÓN DE LABORATORIO.</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
M.	<b>TIEMPO DE ESPERA PARA RECIBIR EN INMUNIZACIONES.</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N.	<b>TIEMPO UTILIZADO DURANTE LA ATENCIÓN EN INMUNIZACIONES.</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

O. TIEMPO DE ESPERA PARA RECIBIR ATENCIÓN EN CONSEJERIA

P. TIEMPO UTILIZADO DURANTE LA ATENCION EN CONSEJERIA.

--	--

--	--

Q. TIEMPO DE ESPERA PARA RECIBIR ATENCION EN FARMACIA

--	--

--	--

R. TIEMPO UTILIZADO DURANTE LA ATENCION EN FARMACIA.

--	--

--	--

S. HORA DE SALIDA DE LA UNIDAD DE ATENCION.

--	--

--	--

### III. SATISFACCION DE USUARIAS

1. Es la primera vez que busca atención en esta unidad de servicio?

SI

NO

2. Quién le brindó la consulta?

Médico (a):

General

Especialista

Enfermera Profesional

Auxiliar de Enfermería

H

M

3. Usted considera que el tiempo que duró su atención fué?

Poco

Mucho

Adecuado

4. Cómo le pareció la atención que acaba de recibir en la clínica?

a. Excelente

b. Buena

c. Regular

d. Mala

5. Le dieron fecha para su próxima cita?

SI

NO

6. Le indicaron que asistiera a otros servicios (Laboratorio, consejería, odontología, vacunas, etc.) al salir de su consulta?

SI

NO

7. Fue el trato recibido por:

SERVICIO / TRATO RECIBIDO	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
MEDICO				
ARCHIVO				
PRECLINICA Y POSTCLINICA				
FARMACIA				
VACUNAS				
CONSEJERIA				
LABORATORIO				
ODONTOLOGIA				

8. Recomendaría usted este Centro de Salud a alguna amiga o familiar?

SI

NO

Porqué? \_\_\_\_\_

9. Sugerencias?

---

---

---

---

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR:

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
(CIES)**

**CUESTIONARIO No. 2**

**PERCEPCION DE LA CALIDAD DE LAS EMBARAZADAS EN LA  
UNIDAD DE SALUD "Dr. ALONSO SUAZO"**

**Tegucigalpa, M.D.C., 2004**

**CUESTIONARIO DIRIGIDO AL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE LA  
UNIDAD DE ATENCIÓN PRENATAL DEL CENTRO DE SALUD  
"Dr. ALONSO SUAZO"**

Esta encuesta está dirigida al personal Médico, Enfermera Profesional y Auxiliar de Enfermería que están vinculados directamente con la atención de las mujeres embarazadas.

No. Encuesta \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. El servicio que usted atiende está equipado conforme la necesidad para brindar atención prenatal?

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

Porqué? \_\_\_\_\_

2. Su área de atención cuenta con los insumos necesarios para una atención de calidad?

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

Porqué? \_\_\_\_\_

3. Usted considera adecuado el espacio donde brinda atención?

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

Porqué? \_\_\_\_\_

4. Posee usted las normas de atención del programa?

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

Porqué? \_\_\_\_\_

5. Está usted satisfecho (a) con la atención que brinda a sus pacientes?

Muy Satisfecho \_\_\_\_\_

Poco Satisfecho \_\_\_\_\_

Nada \_\_\_\_\_

Porqué? \_\_\_\_\_

**MUCHAS GRACIAS.**

**NOMBRE DEL ENTREVISTADOR:**

TABLA No. 1

**PROCEDENCIA SEGUN GRUPOS DE EDAD EN MUJERES EMBARAZADAS  
QUE ASISTEN A SU PRIMER CONTROL PRENATAL EN  
LA UNIDAD DE SALUD Dr. ALONSO SUAZO  
Junio del 2004**

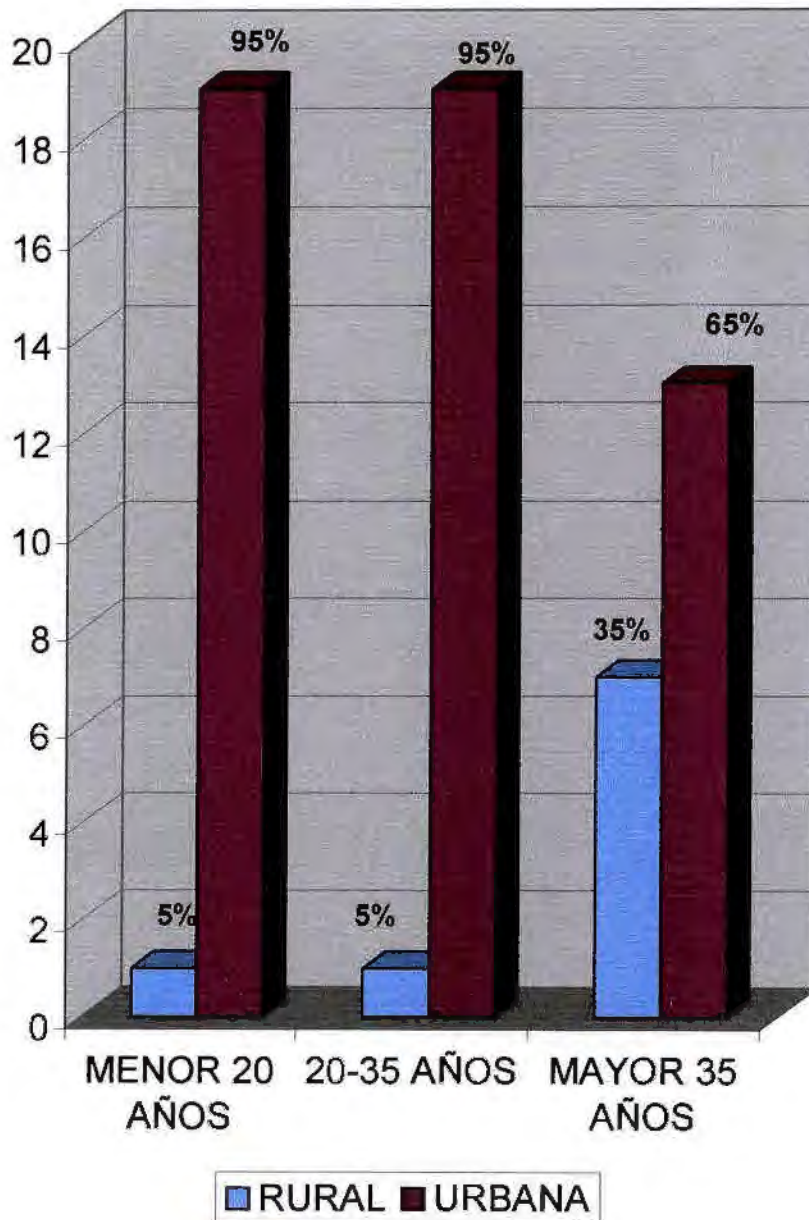
**PROCEDENCIA**

<b>RANGO</b>	<b>RURAL</b>	<b>%</b>	<b>URBANA</b>	<b>%</b>
<b>MENOR 20 AÑOS</b>	<b>1</b>	<b>5%</b>	<b>19</b>	<b>95%</b>
<b>20-35 AÑOS</b>	<b>1</b>	<b>5%</b>	<b>19</b>	<b>95%</b>
<b>MAYOR 35 AÑOS</b>	<b>7</b>	<b>35%</b>	<b>13</b>	<b>65%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>15%</b>	<b>51</b>	<b>85%</b>

FUENTE: Cuestionario No. 1

GRAFICO No. 1

**PROCEDENCIA SEGUN GRUPOS DE EDAD EN MUJERES EMBARAZADAS  
QUE ASISTEN A SU PRIMER CONTROL PRENATAL EN  
LA UNIDAD DE SALUD Dr. ALONSO SUAZO  
Junio del 2004**



FUENTE:

TABLA No. 1



**TABLA No. 2**

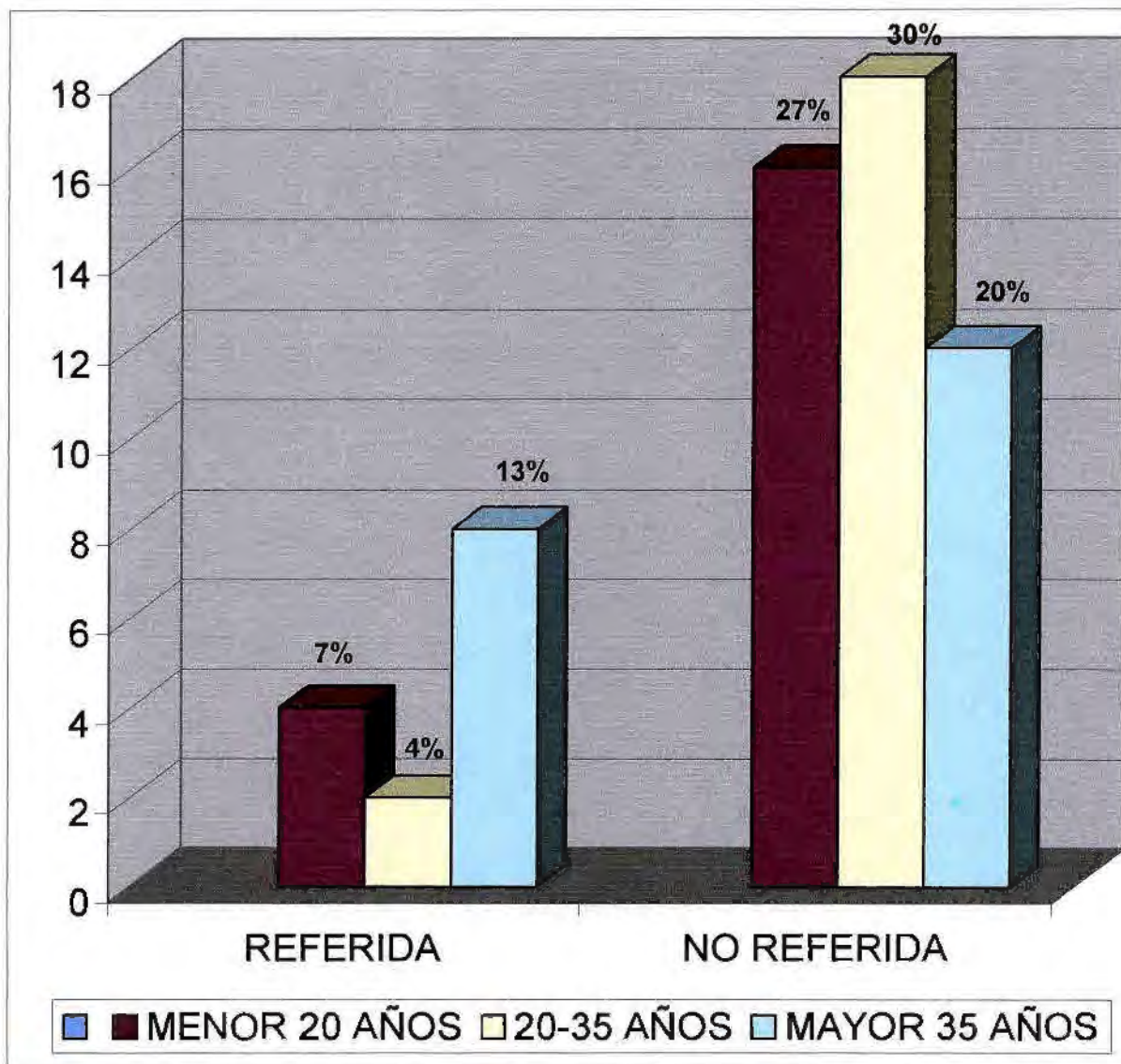
**CONDICION DE REFERENCIA SEGÚN GRUPOS DE EDAD  
EN MUJERES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A SU PRIMER  
CONTROL PRE NATAL EN  
LA UNIDAD DE SALUD Dr. ALONSO SUAZO  
Junio del 2004**

<b>RANGO</b>	<b>REFERIDA</b>	<b>%</b>	<b>NO REFERIDA</b>	<b>%</b>
MENOR 20 AÑOS	4	7%	16	27%
20-35 AÑOS	2	4%	18	30%
MAYOR 35 AÑOS	8	13%	12	20%

FUENTE: Cuestionario No. 1

GRAFICO No. 2

**CONDICION DE REFERENCIA SEGÚN GRUPOS DE EDAD  
EN MUJERES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A SU PRIMER  
CONTROL PRE NATAL EN  
LA UNIDAD DE SALUD Dr. ALONSO SUAZO  
Junio del 2004**



FUENTE: TABLA No. 2

**TABLA No. 3**

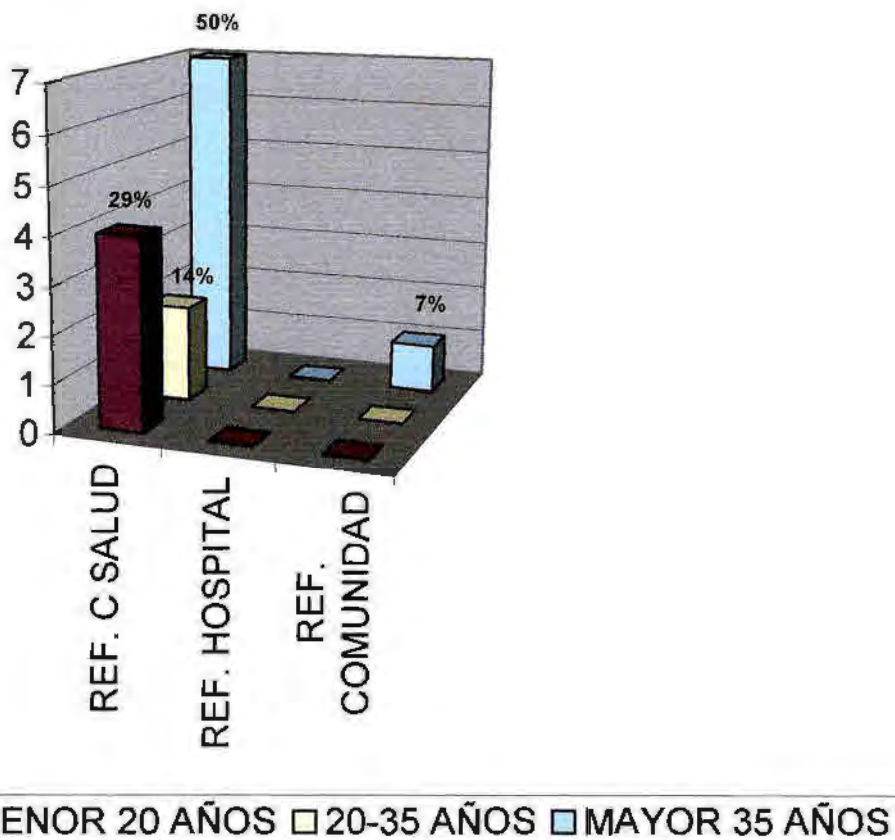
**REFERENCIA SEGÚN GRUPOS DE EDAD  
EN MUJERES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A SU PRIMER  
CONTROL PRE NATAL EN  
LA UNIDAD DE SALUD Dr. ALONSO SUAZO  
Junio del 2004**

<b>RANGO</b>	<b>REF. C SALUD</b>	<b>%</b>	<b>REF. HOSPITAL</b>	<b>%</b>	<b>REF. COMUNIDA</b>	<b>%</b>	<b>NO REFERIDA</b>	<b>%</b>
MENOR 20 AÑOS	4	29%	0	0%	0	0%	16	
20-35 AÑOS	2	14%	0	0%	0	0%	18	
MAYOR 35 AÑOS	7	50%	0	0%	1	7%	12	

FUENTE: Cuestionario No. 1

GRAFICO No. 3

REFERENCIA SEGÚN GRUPOS DE EDAD  
EN MUJERES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A SU PRIMER  
CONTROL PRE NATAL EN  
LA UNIDAD DE SALUD Dr. ALONSO SUAZO  
Junio del 2004



FUENTE: TABLA No. 3

**GRAFICO No. 4**

**ESCOLARIDAD POR GRUPOS DE EDAD EN MUJERES EMBARAZADAS  
QUE ASISTEN A SU PRIMER CONTROL PRENATAL EN  
LA UNIDAD DE SALUD Dr. ALONSO SUAZO  
Junio del 2004**

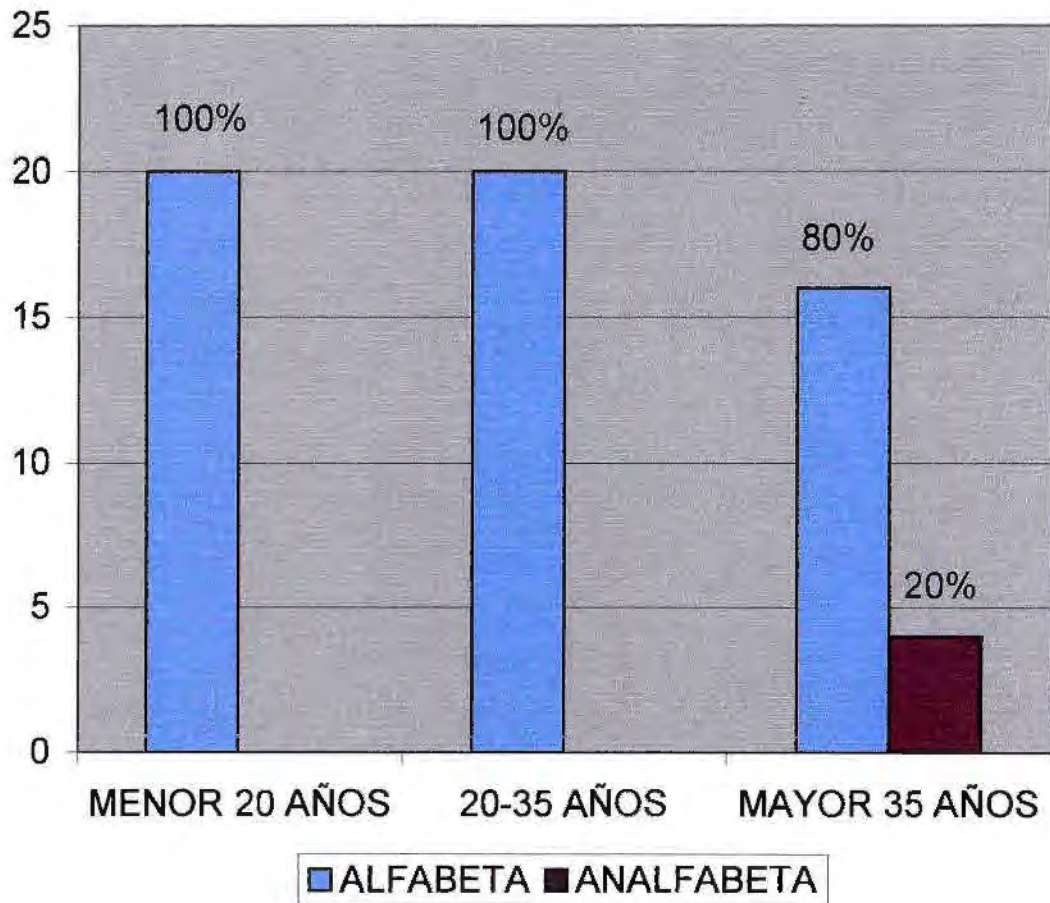
**ESCOLARIDAD**

<b>RANGO</b>	<b>ALFABETA</b>	<b>%</b>	<b>ANALFABETA</b>	<b>%</b>
MENOR 20 AÑOS	20	100%	0	0%
20-35 AÑOS	20	100%	0	0%
MAYOR 35 AÑOS	16	80%	4	20%

FUENTE: Cuestionario No. 1

GRAFICO No. 4

ESCOLARIDAD POR GRUPOS DE EDAD EN MUJERES EMBARAZADAS  
QUE ASISTEN A SU PRIMER CONTROL PRENATAL EN  
LA UNIDAD DE SALUD Dr. ALONSO SUAZO  
Junio del 2004



FUENTE: TABLA No. 4

### GRAFICO No. 5

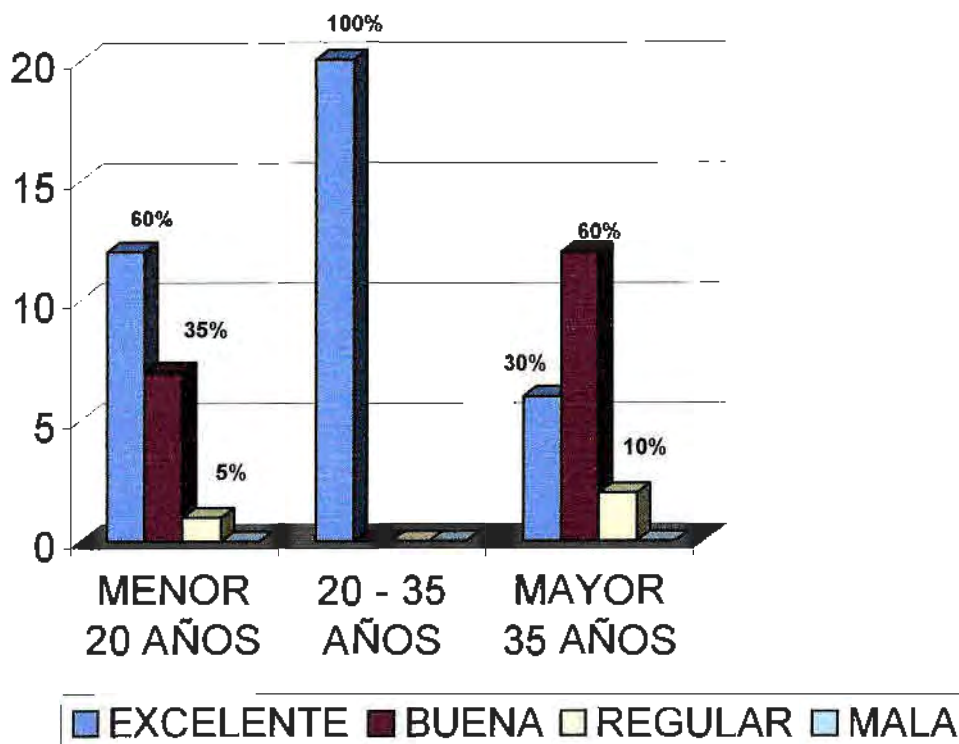
**PERCEPCION DE LA ATENCION RECIBIDA POR LA EMBARAZADA  
SEGÚN GRUPO DE EDAD EN  
LA UNIDAD DE SALUD Dr. ALONSO SUAZO  
Junio del 2004**

ATENCION	EDAD EN AÑOS					
	MENOR 20 AÑOS	%	20 - 35 AÑOS	%	MAYOR 35 AÑOS	%
EXCELENTE	12	60%	20	100%	6	30%
BUENA	7	35%	-		12	60%
REGULAR	1	5%	-		2	10%
MALA	-		-		-	
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Cuestionario No. 1

GRAFICO No. 5

PERCEPCION DE LA ATENCION RECIBIDA POR LA EMBARAZADA  
SEGÚN GRUPO DE EDAD EN  
LA UNIDAD DE SALUD Dr. ALONSO SUAZO  
Junio del 2004



FUENTE: TABLA No. 5



**TABLA No. 6**

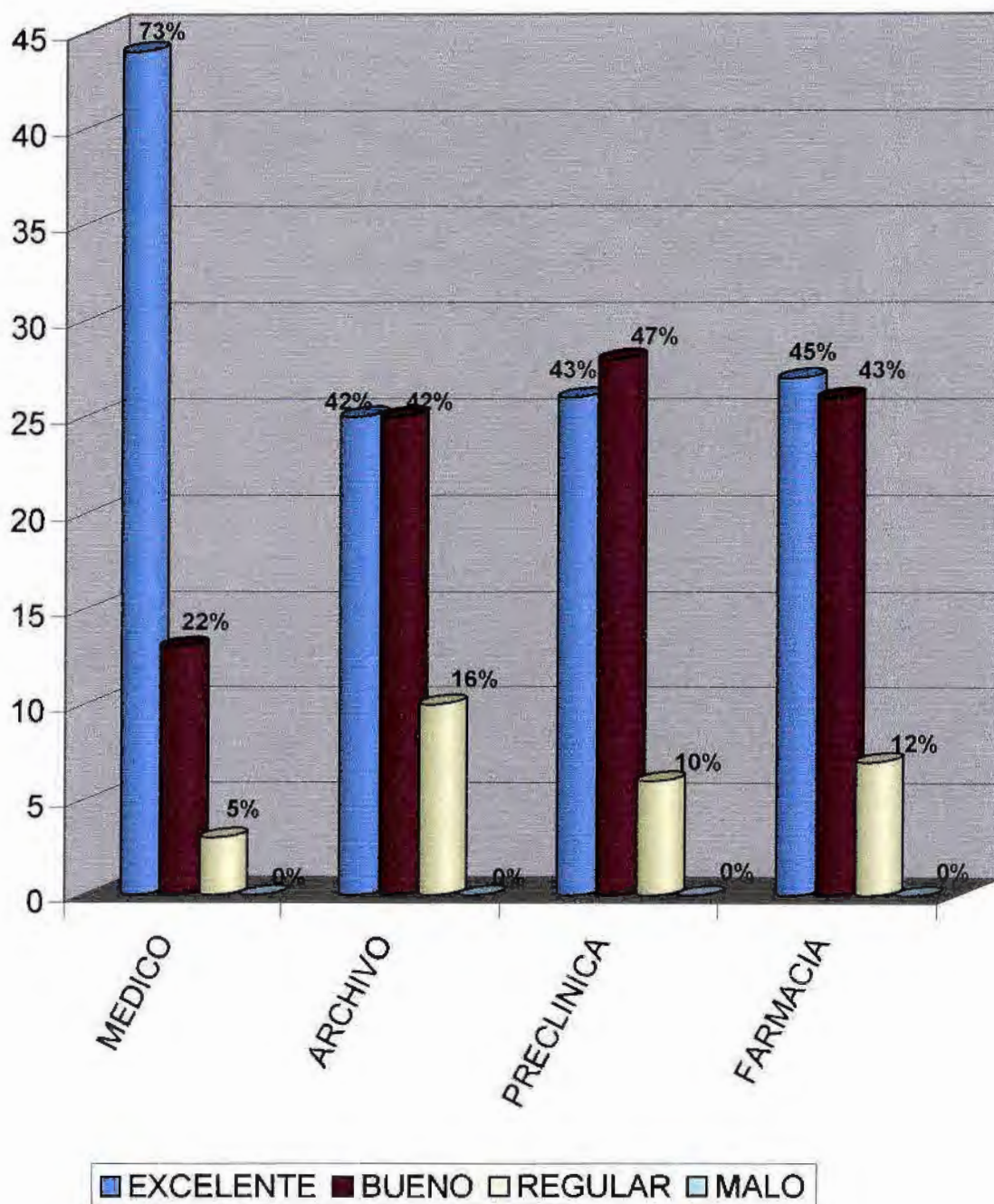
**PERCEPCION DEL TRATO RECIBIDO POR LAS EMBARAZADAS QUE  
ASISTEN A SU PRIMER CONTROL PRENATAL EN CADA SERVICIO  
DEL FLUJO DE ATENCION EN LA UNIDAD DE SALUD Dr. ALONSO SUAZO  
Junio del 2004**

<b>SERVICIO</b>	<b>EXCELENTE</b>	<b>%</b>	<b>BUENO</b>	<b>%</b>	<b>REGULAR</b>	<b>%</b>	<b>MALO</b>	<b>TOTAL %</b>
MEDICO	44	73%	13	22%	3	5%	0	100%
ARCHIVO	25	42%	25	42%	10	16%	0	100%
PRECLINICA	26	43%	28	47%	6	10%	0	100%
FARMACIA	27	45%	26	43%	7	12%	0	100%
VACUNA	12		22		1		0	
CONSEJERIA	26		19		0		0	
LABORATORIO	10		14		6		0	
ODONTOLOGIA	10		17		2		0	

FUENTE: Cuestionario No. 1

GRAFICO No. 6

PERCEPCION DEL TRATO RECIBIDO POR LAS EMBARAZADAS QUE ASISTEN A SU PRIMER CONTROL PRENATAL EN CADA SERVICIO DEL FLUJO DE ATENCION EN LA UNIDAD DE SALUD Dr. ALONSO SUAZO Junio del 2004



FUENTE: TABLA No. 6

**TABLA No. 7**

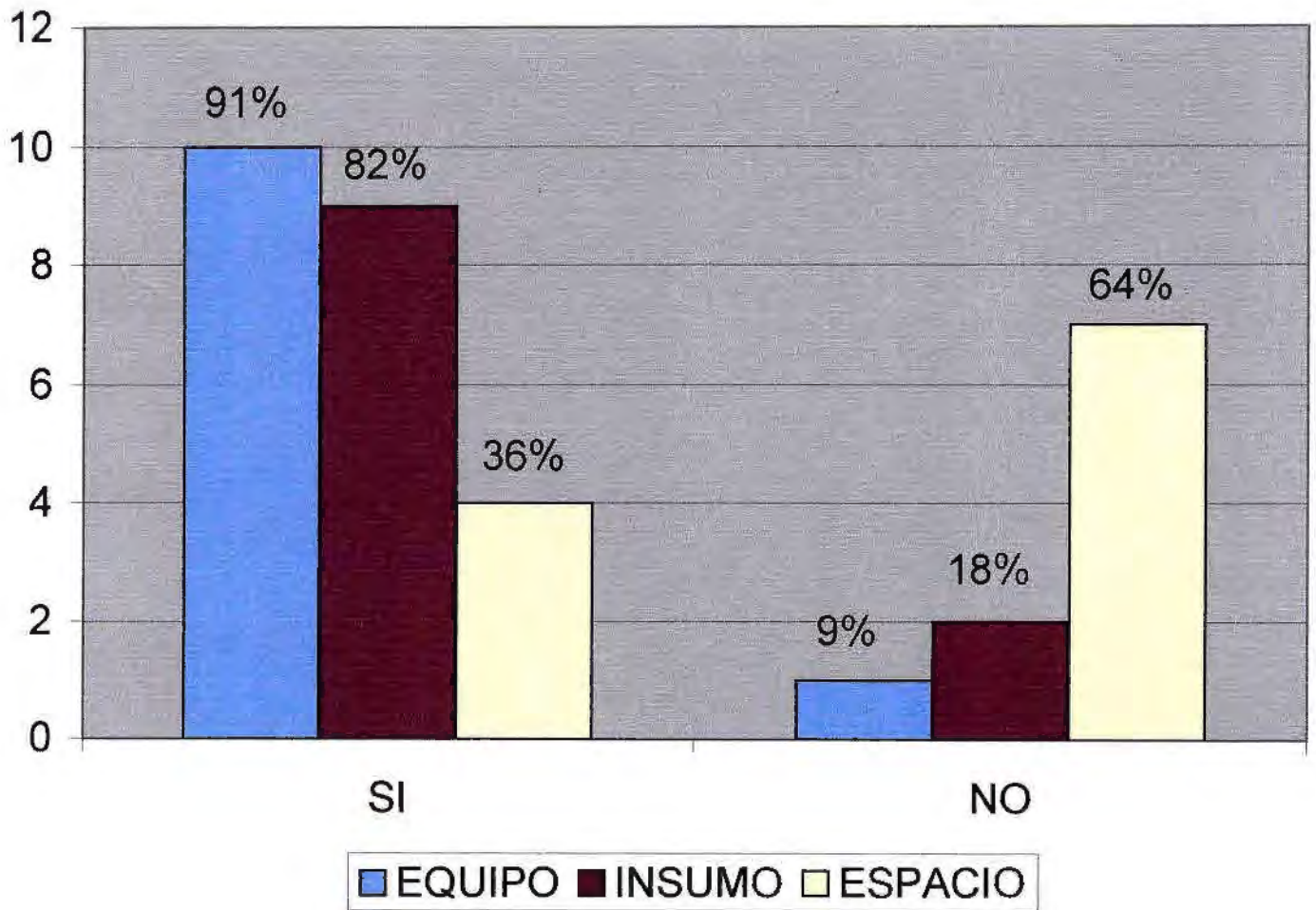
**PERCEPCION DEL PRESTADOR DE SERVICIOS QUE ATIENDE A  
MUJERES EMBARAZADAS EN SU PRIMER CONTROL PRENATAL EN  
LA UNIDAD DE SALUD Dr. ALONSO SUAZO  
Junio del 2004**

	SI	%	NO	%	TOTAL %
EQUIPO	10	91%	1	9%	100%
INSUMO	9	82%	2	18%	100%
ESPACIO	4	36%	7	64%	100%

FUENTE: Cuestionario No. 2

GRAFICO No. 7

PERCEPCION DEL PRESTADOR DE SERVICIOS QUE ATIENDE A MUJERES EMBARAZADAS EN SU PRIMER CONTROL PRENATAL EN LA UNIDAD DE SALUD Dr. ALONSO SUAZO  
Junio del 2004



FUENTE:

Tabla No. 7

**TABLA No. 8**

**SATISFACCION DEL PRESTADOR DE SERVICIOS SOBRE LA CALIDAD  
DE ATENCION PRENATAL QUE BRINDA A LAS MUJERES EMBARAZADAS  
EN SU PRIMER CONTROL EN LA UNIDAD DE SALUD**

**Dr. ALONSO SUAZO**

**Junio del 2004**

	<b>MUY SATISFECHO</b>	<b>%</b>	<b>POCO SATISFECHO</b>	<b>%</b>	<b>NADA</b>	<b>%</b>
Medico Especialista	2	18.3%	1	9%	0	0%
Medico General	2	18.3%	1	9%	0	0%
Enfermera Profesional	3	27.3%	0	0%	0	0%
Auxiliar de Enfermería	1	9%	1	9%	0	0%

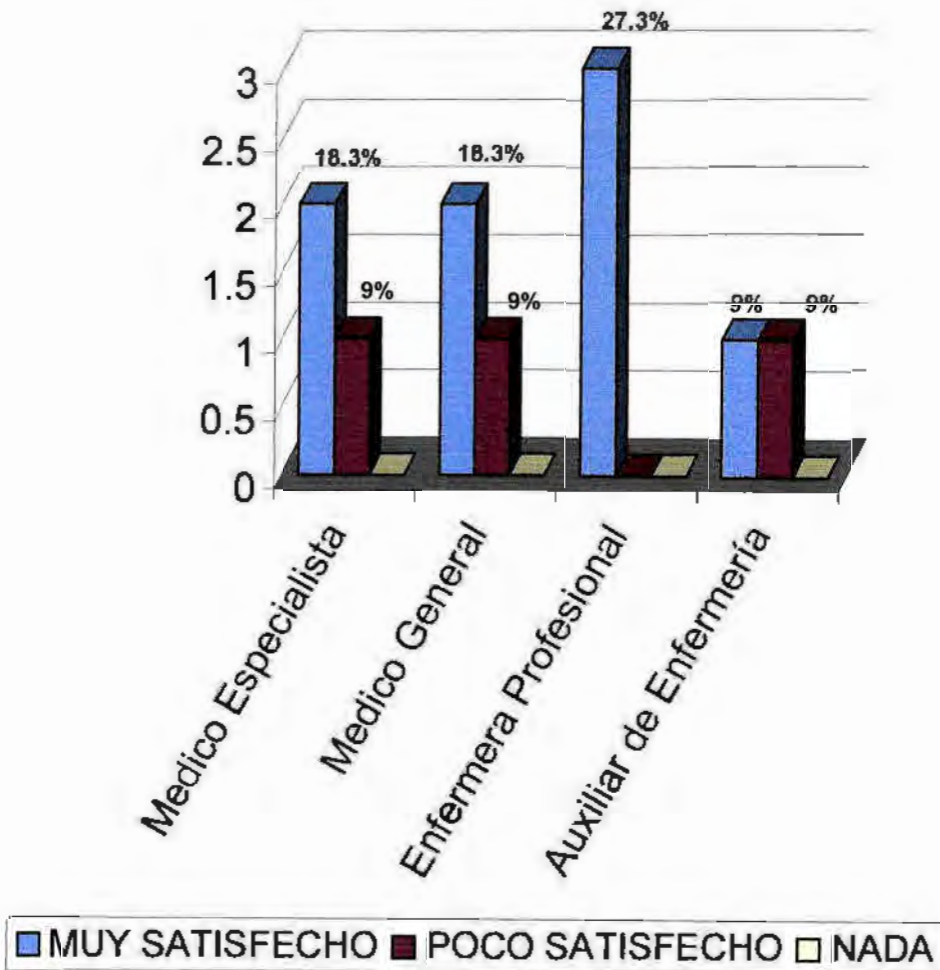
FUENTE: Cuestionario No. 2

GRAFICO No. 8

SATISFACCION DEL PRESTADOR DE SERVICIOS SOBRE LA CALIDAD DE ATENCION PRENATAL QUE BRINDA A LAS MUJERES EMBARAZADAS EN SU PRIMER CONTROL EN LA UNIDAD DE SALUD

Dr. ALONSO SUAZO

Junio del 2004



FUENTE:

TABLA No. 8