



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



MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA 2006-2008

INFORME DE TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MASTER EN SALUD PÚBLICA

**CALIDAD DE ATENCIÓN EN LAS UNIDADES DE SALUD DEL SILAIS MASAYA
SEGÚN LA PERCEPCION DE LOS USUARIOS. PRIMER SEMESTRE DEL 2008.**

AUTORA: MARJORIE RAFAELA BARRERA ECHEGOYEN. M.D.

TUTORA: MSc. ALMA LILA PASTORA ZEULI.

DOCENTE CIES UNAN Managua

MANAGUA, DICIEMBRE 2008

INDICE

Dedicatoria.....	<i>i</i>
Agradecimiento.....	<i>ii</i>
Resumen.....	<i>iii</i>
I. INTRODUCCION.....	1
II. ANTECEDENTES.....	2
III. JUSTIFICACION.....	4
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
V. OBJETIVOS.....	6
VI. MARCO DE REFERENCIA.....	7
VII. DISEÑO METODOLOGICO.....	26
VIII. RESULTADOS.....	29
IX. ANALISIS DE RESULTADOS.....	32
X. CONCLUSIONES.....	35
XI. RECOMENDACIONES.....	36
XII. BIBLIOGRAFIA.....	37

ANEXOS

DEDICATORIA

A Dios, creador, maestro y guía de mi espíritu, quien todos los días me llena de bendiciones y bienestar, dándome fortalezas para seguir adelante.

A mis padres quienes me han formado con amor y sabiduría contribuyendo a mi desarrollo como persona y profesional.

A mis hermanos que siempre me brindan su cariño y apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a nuestro Creador, Dios, Padre celestial quien me ha concedido el don de la vida, me ha brindado salud y sabiduría.

A mi tutora y maestra Lic. Alma Lila Pastora quien dirigió este estudio con paciencia, entrega y profesionalismo, enseñándome que el arte del aprendizaje está en la disciplina, responsabilidad y el esfuerzo de cada uno de nosotros.

A todo el personal docente del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de la Salud (CIES) por el apoyo, dedicación y arte de enseñar.

A mi hermano Rafael Barrera Monterrosa y a la Dra. Tania Velásquez quienes contribuyeron a la realización y conclusión de este estudio.

RESUMEN

La satisfacción de los usuarios en la atención sanitaria depende en gran medida de la calidad de los servicios que se ofrecen y del trato personal que recibe el que demanda los servicios de salud tanto en forma individual como grupal.

El objetivo de este estudio es conocer la calidad de atención brindada en las unidades de salud del SILAIS Masaya según la percepción de los usuarios externos, de tal manera que esto contribuirá en gran medida a implementar estrategias para la resolución de problemas relacionados con la inconformidad de las y los usuarios externos que acuden a consulta.

El estudio es de tipo descriptivo, dirigido a 450 usuarios externos que buscaron atención durante los primeros seis meses del año 2008, en las diferentes unidades de salud del Sistema Local de Atención Integral de Salud del departamento de Masaya, se abordó la procedencia, siendo la mayoría de la zona urbana, el motivo de consulta, obteniendo que la consulta general fue el servicio que tuvo un alto porcentaje de demanda, el tiempo de espera para recibir atención en los diferentes servicios que fue de más de 2 horas, la mayor parte de los usuarios consideraron que recibieron un buen trato por parte del personal de salud en general y la mayoría negó cualquier tipo de cobro en los servicios recibidos.

Con este estudio se logró demostrar que la calidad de atención brindada en las unidades de salud del SILAIS Masaya ha mejorado en su eficacia pues se han logrado los objetivos del Ministerio de Salud y los pacientes percibieron cambios positivos en la atención y el sistema de salud actual, pues se ha garantizado en gran medida la entrega gratuita y generalizada de los servicios de salud a un grupo de población predominantemente de los sectores populares.

Consideramos que es necesario fortalecer a las unidades de salud con recursos humanos, sensibilizar al personal mediante capacitaciones en la relación médico paciente y continuar con el seguimiento y monitoreo del cumplimiento de las políticas de salud actuales en cada establecimiento de salud a fin de mejorar la calidad de atención y aumentar el nivel de satisfacción por parte de los usuarios.

I. INTRODUCCION

Con el presente estudio se abordó la función esencial de la salud pública y como instrumento fundamental para evaluar el impacto de las políticas públicas, mejorar el diseño y la implementación de políticas, estrategias y programas que los gobiernos y la sociedad en su conjunto implementan para alcanzar la equidad en salud y el desarrollo humano sostenible.

La calidad de la atención médica tiene que ver con preguntas básicas inherentes a la naturaleza misma de la medicina. Así, diversas interrogantes constituyen un tema central de esta área científica: ¿en que grado la atención en materia de salud es útil para la población que la recibe? ¿En que medida la atención médica en su conjunto hace más bien que mal?, ¿Cuál es el grado de calidad que prestan los servicios de salud?

Cabe señalar que la relación entre los determinantes sociales de la salud, especialmente las desigualdades socioeconómicas de la población en general se demuestra como los problemas de salud se distribuyen de manera desigual e injusta, afectando principalmente a los más pobres y a quienes por razones geográficas se encuentran excluidos del desarrollo. Además el impacto de los determinantes sociales en el estado de salud actual de la población nicaragüense refleja los cambios demográficos y el cambio en el comportamiento de las enfermedades infecciosas y transmisibles van cediendo lugar a enfermedades crónicas relacionadas con los estilos de vida; a los riesgos ambientales tradicionales vinculados con el déficit de agua y saneamiento básico.

Es por ello que con este estudio se trata de valorar la calidad de atención en las unidades de salud del SILAIS Masaya, durante el primer Semestre del 2008, incluyendo el menor tiempo de espera, buen trato por parte del personal y a su vez el cumplimiento de la política de gratuidad y seguridad en los servicios.

II. ANTECEDENTES

Berry, Leonard PhD et al en el artículo “Patient’s Commitment to their Primary Care Physician and why it Matters” de la revista *Annals of Family Medicine* del 2008, Texas, Estados Unidos establece que después de evaluar a 1008 pacientes se encontró que existe una relación positiva entre la adherencia a los consejos médicos y el compromiso del paciente así como la confianza y el compromiso del paciente al brindar calidad de atención. ⁴

Chereybi, Sutch BSC et al en su estudio “What Patients want from Primary Care Consultations: A Discrete Choice to Identify Patient’s Priorities” de la revista *Annals of Family Medicine* de Mayo del 2008, Manchester, Reino Unido determino que al evaluar a 6 grupos de atención primaria con los ítems accesibilidad, opción, continuidad, calidad técnica y los aspectos relacionados a la percepción del paciente, estableció que la principal prioridad de los pacientes es la calidad técnica y el seguimiento continuo de éstos. ⁵

Custodio, Leon, encontró en su estudio “Medición del Nivel de Satisfacción de Usuarios que Asisten al Centro de Salud Acatenango Guatemala” de la revista *Chilena de Salud Pública* del 2003 determinó que los pacientes del área rural esperan más tiempo para ser atendidos que los del área urbana y que un menor número de pacientes pertenecientes a la etnia indígena reciben medicamento en comparación con los pacientes pertenecientes a la etnia latina. ⁶

Esparllagues, M et al en la investigación “Provision of Feedback on Perceived Health Status to Health Care Professionals, a Systematic Review of its Impact”, en Barcelona, España, de la Cochrane del 2000 realizo un metanálisis de 21 estudios demostrando que hay un impacto positivo en el proceso de la atención medica cuando se evalúa la percepción del estado de salud del paciente. ⁹

Estudios de Nicaragua realizados por Wong, Yudi et al, “Percepción de la Calidad de la Atención en los Servicios de Salud: Perspectiva de los Usuarios”. Matagalpa, Nicaragua, de la tesis del 2003 para optar al título de Master en Salud Pública concluyó que los principales problemas identificados por los usuarios y que ocasiona insatisfacción en la atención recibida son: falta de medicamentos, tiempo de espera prolongados y corta duración de la consulta.²¹

Ponce, Jovita en su estudio: “Calidad de Atención a Partir de la Percepción de Usuarios y los Prestadores de Servicios de Salud en la Unidad José María Ochoa” Comayagua, Honduras, de la tesis del 2004 para optar al título de maestra en epidemiología encontró que al evaluar distintos aspectos como dimensión técnica, interacción social, infraestructura según la percepción del paciente permite mejorar la calidad de atención en los pacientes.¹⁷

López, Gerald en la tesis del 2005 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 del Municipio de Santa María de Enero del 2005 a Marzo del 2006 en Nueva Segovia, Nicaragua estableció que una de las principales quejas de la población era el tiempo de espera así como insatisfacción del usuario al ser atendido por un determinado motivo de consulta. ¹¹

Puentes, Esteban et al, establece en “Trato a los Usuarios en los Servicios Públicos de Salud en México” de la revista Panamericana de la Salud (OPS) del 2006, donde evaluó a 18,000 usuarios en cuanto a autonomía, confidencialidad, comunicación, trato respetuoso, condiciones e instalaciones básicas, acceso a redes de apoyo y capacidad de elección; encontrando que los proveedores de las instituciones de seguridad social tenían mayor deficiencia en la calidad de atención. ¹⁸

III. JUSTIFICACION

Existe una relación estrecha entre salud y calidad de vida, sin embargo esta última es una percepción subjetiva, multidimensional, incluye sentimientos positivos y negativos, es variable en el tiempo e influenciada por el estado de salud actual de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.

El medir el impacto que ha tenido el mejoramiento en la calidad de atención por parte de los servicios de salud y cómo la gratuidad de estos ha impactado en la población, es un gran avance en la calidad de vida de la población y principalmente para los grupos más vulnerables y empobrecidos ya que éstos pueden utilizar libremente cualquier servicio de salud que necesiten y que exista en el Ministerio de Salud.

Es por eso que el presente estudio pretende valorar la calidad en los servicios de salud que ofrece actualmente el Ministerio de Salud a través de encuestas a los y las usuarias para conocer el grado de satisfacción de la población y según los resultados implementar en todas las unidades de salud estrategias para la resolución de problemas relacionados con la inconformidad de las y los usuarios.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cual es la calidad de atención brindada en las unidades de salud del SILAIS Masaya según la percepción de los usuarios durante el primer semestre del 2008?

¿Cuales son las características sociodemográficas de la población en estudio?

¿Como fue el trato por parte del personal de salud según la percepción del paciente?

¿Fue eficaz la calidad de atención brindada en los diferentes servicios de la unidad de salud según el paciente?

¿Existió gratuidad en los servicios de salud, como política del Ministerio de Salud?

V. OBJETIVOS

V. a) OBJETIVO GENERAL

Conocer la calidad de atención brindada en las unidades de salud del SILAIS Masaya según la percepción de los usuarios durante el primer semestre del 2008.

V. b) OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Valorar el trato por parte del personal de salud según la percepción del paciente.
3. Determinar la eficacia en la calidad atención actual brindada en los diferentes servicios de la unidad de salud según el paciente
4. Evaluar la gratuidad en los servicios de salud, como política del ministerio de salud.

VI. MARCO DE REFERENCIA

VI.a) Conceptos y Definiciones:

Percepción es “una sensación física interpretada a la luz de la experiencia, una cognición rápida, aguda e intuitiva”. En el ámbito del servicio al usuario, la percepción es dominante, Cómo se sienten los usuarios acerca del servicio que se les proporciona es muy importante, es la base para establecer la credibilidad en toda su organización.²¹

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 forma en que sus clientes evalúan la calidad de sus servicios y su atención.¹⁷

La oferta de servicios en salud en los países debería ser el producto de un análisis en el que confluyan el conocimiento y la opinión del nivel técnico, las características demográficas y epidemiológicas de la población y las necesidades percibidas por ésta. Incorporarlas en el proceso de elaboración de políticas en salud, implica buscar estrategias adecuadas para conocerlas y estudiar su impacto en los costos en atención de salud y en la reducción de las desigualdades en salud entre comunidades.

Partiendo de la definición de Salud como el nivel de bienestar biofísico, psíquico y social de las personas, familias y comunidad al que aspiran alcanzar y participan en su construcción los miembros de una sociedad (OMS), es importante abordar las determinantes de la salud y salud pública necesarias para crear condiciones de generar, recuperar y mantener la buena salud en términos equitativos para la población, las que deberían estar dirigidas a¹⁴:

- Promover el desarrollo económico sostenible estimulando el desarrollo turístico saludable.
- Elevar el nivel educativo de la población incluyendo la alfabetización y recuperación del retraso educativo en los excluidos
- Promover espacios saludables y seguros
- Promover una vida laboral saludable
- Incrementar la actividad física de la población
- Garantizar la seguridad alimentaria y nutricional
- Reducir el uso de tabaco, alcohol, drogas ilícitas y juegos al azar
- Promover condiciones seguras y favorables durante la infancia y adolescencia
- Mejorar las condiciones del medio ambiente con énfasis en agua potable, saneamiento básico y manejo adecuado de residuos tóxicos e industriales
- Impulsar programas de viviendas saludables
- Mejorar la coordinación intersectorial para la prevención de desastres

Estos determinantes influyen directa e indirectamente en el alcance de la salud. Es por ello que la gratuidad de los servicios de salud resulta difícil de adquirirla completamente y llevarla a cabo de forma inmediata, puesto que implica garantizar el acceso a todo lo antes mencionado lo cual a su vez depende del incremento en el presupuesto nacional ya que se requiere mayor utilización de recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura, sin dejar atrás el mejoramiento de los estándares de calidad en la consulta médica.

Evaluar la calidad de atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. A partir de ello es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociadas en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficie a las organizaciones que otorgan los servicios de salud a los prestadores directos y a los usuarios en sus necesidades y expectativas.

La calidad es un concepto polifacético. Un problema de calidad puede tener más de una dimensión, éstas proporcionan un marco útil porque le sirven al equipo de salud para realizar y definir sus problemas y calcular la medida en que cumplen con sus propias normas del programa¹².

1. Competencia profesional: o Calidad Científico – Técnica de la Atención. Hace referencia a la capacidad de los proveedores de utilizar el más avanzado nivel de conocimientos existentes para abordar los problemas de salud y satisfacción de los usuarios. La competencia profesional se relaciona con la ejecución de pautas y normas para el ejercicio de la profesión y la realización en términos de fiabilidad, precisión, confiabilidad y uniformidad. La competencia administrativa profesional exige idoneidad en supervisión, capacitación y solución de problemas.
2. Acceso de los Servicios: Se puede decir que la atención es accesible cuando es fácil de iniciarse y mantenerse. La calidad está influida por la cantidad y el tipo de los servicios recomendados por los profesionales y aceptados por el paciente. La calidad también está influida por la distribución social de los servicios y sus beneficios. El costo de la atención, en la medida en que está sufragada por el paciente, es un factor que influye sobre la accesibilidad y es también parte de la definición de la calidad.
3. Efectividad: Es la medida en que una determinada práctica o atención sanitaria mejora el estado de salud de la población concreta que la recibe.
4. Eficacia: Se refiere a producir el efecto deseado en tiempo y forma, se mide mediante los resultados obtenidos.
5. Satisfacción del cliente: Se refiere a la relación entre proveedores y clientes; entre administradores y proveedores de servicios de salud y entre el equipo de servicios de salud y la comunidad.

6. Eficiencia: La eficiencia de los servicios de salud es una dimensión importante de la calidad dado que los recursos de atención son generalmente limitados. Los servicios eficientes son los que suministran atención más óptima al paciente y la comunidad: es decir, suministran el mayor beneficio dentro de los recursos con los que se cuenta.
7. Continuidad: La continuidad puede verse como el proceso mediante el cual los elementos y relaciones de la atención médica, durante cualquier secuencia de atención, se acoplan entre sí dentro de un propósito general. Un rasgo fundamental de la continuidad es la preservación de la información acerca de los hallazgos, las evaluaciones y las decisiones pasadas, y el empleo de estos datos para el manejo presente de una manera que indique estabilidad de los objetivos y métodos del tratamiento, o su evolución ordenada y razonable.

La continuidad, una de las características de la Atención Primaria es también, con toda probabilidad la dimensión de la calidad de la atención más compleja de conceptualizar y medir. La conceptualización más prevalente y atractiva, parece ser que es la que propuso Shortell: la medida en que la atención necesaria se provee de una forma ininterrumpida y coordinada.

Para Rógers y Curtis la continuidad en Atención Primaria es una actitud y tiene carácter multidimensional en la que se incluyen dimensiones:

- Cronológica: longitudinalidad de la atención médica por períodos vitales y crisis de salud.
- Geográfica: en relación con los diversos lugares donde puede prestarse la atención interdisciplinaria (capacidad de gestionar de forma integrada los diversos aspectos de los problemas de salud)
- De relación: referida a la continuidad de la relación médico - enfermo, que incluye un sentido de la responsabilidad del profesional sobre los cuidados de su paciente y su comunidad.

- De información: la medida en que los sistemas de información favorecen la continuidad de cuidados y aportan los necesarios elementos de conocimiento sobre acciones anteriores dentro y fuera del centro de salud.
 - De accesibilidad: básicamente en relación con barreras organizativas.
 - De estabilidad: tanto de la comunidad atendida como de los profesionales:
8. Seguridad: La seguridad medio ambiental hace referencia a los riesgos ambientales del entorno y del edificio en que se presta la atención.

La seguridad, como dimensión de la calidad, implica la reducción de riesgos, de infecciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de los servicios.

9. Comodidades: Se refiere a las características de los servicios de salud que no están directamente relacionadas con la eficacia clínica, pero que acrecientan la satisfacción del cliente y su deseo de volver al establecimiento para recibir atención médica en un futuro. Las comodidades son también importantes porque pueden influir en las expectativas que tiene el paciente y la confianza que siente con relación a otros aspectos del servicio o producto.

Resumiendo, existe un triple enfoque que puede permitir la evaluación de la calidad y existe una relación funcional fundamental entre los tres elementos, que pueden mostrarse esquemáticamente:

Estructura -----> Proceso -----> Resultado

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

Estos 3 conjuntos de información son más útiles para evaluar la calidad cuando son vinculados por casualidad. La estructura lleva al proceso, que a su vez lleva a los resultados identificados para un programa de mejoramiento de la calidad.

A nivel Regional esto significa:

- ✓ Re-ordenamiento macroeconómico
- ✓ Redefinición de las funciones del Estado
- ✓ Democratización
- ✓ Gobernabilidad amenazada por el insuficiente desarrollo social
- ✓ Re-orientación del Gasto Público
- ✓ Modernización de la Gestión Pública

Las razones para reformar el sector salud son muchas, entre ellas tenemos:

- ✓ Oportunidades para mejorar el estado de salud
- ✓ Cambios demográficos y epidemiológicos
- ✓ Inequidad de acceso a servicios básicos de salud
- ✓ Segmentación de los sistemas de salud
- ✓ Insuficiente gasto en salud sumado a ineficiencias en la distribución
- ✓ Pobre sostenibilidad económica

Componentes de la Reforma:

- ✓ Rectoría
- ✓ Separación de funciones
- ✓ Descentralización
- ✓ Extensión de cobertura y focalización
- ✓ Redefinición de modelos de atención
- ✓ Nuevas modalidades de financiamiento
- ✓ Nuevas formas de pago a proveedores
- ✓ Racionalización del Gasto en Salud

Limitaciones:

- ✓ Motivación inicial centrada en factores económicos (Salud de las monedas)
- ✓ La búsqueda de la equidad y la preocupación por la Salud Pública relegadas a segundo plano
- ✓ Avances muy marginales en materia de Calidad de los servicios y redefinición de los modelos de atención
- ✓ El problema de la exclusión social en salud no ha sido atendida de forma seria.

La OPS plantea que entre las funciones de la salud pública están:

- ✓ Desarrollar políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en material de salud pública
- ✓ Desarrollo de recursos humanos
- ✓ Garantía y mejoramiento de los servicios de salud individuales y colectivos

Es por eso que en el transcurso de la historia se han incorporado diferentes aspectos en la definición de la calidad de atención.

Lee y Jones definieron la buena atención médica como *aquella que se reduce a la práctica de la medicina racional basada en las ciencias médicas y que se caracteriza por subrayar la prevención, requerir la colaboración entre los usuarios y los proveedores que practican la medicina científica, tratar al individuo como un todo, mantener una estrecha y continua relación entre médico y paciente, coordinarse con el trabajo de bienestar social, coordinar todos los tipos de servicios médicos y aplicar todos los servicios necesarios según la medicina científica moderna.*

Otras definiciones han ido añadiendo otros aspectos hasta configurar la propuesta del Instituto de Medicina (IOM) en 1972, quizás la más completa entre las clásicas, asistencia médica de calidad es *aquella que es efectiva en la mejora del nivel de salud y grado de satisfacción de la población, con los recursos que la sociedad y los individuos han elegido destinar a ello.*

Hay que perfilar el concepto de calidad que más se acomode a la misión y circunstancias del entorno en que va a ser aplicado, se pueden analizar dos definiciones: una del campo sanitario y otra del campo industrial.

Por el campo sanitario, tenemos la adaptada para el Programa Ibérico de Evaluación y Puesta en Marcha de Actividades de Evaluación y Mejora de la Calidad de Servicios en Atención Primaria a partir de las propuestas de Palmer, para quien, la calidad es *La provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.*

La accesibilidad se cuestiona como componente del concepto de calidad en definiciones como la de Donabedian y la más reciente del Instituto de Medicina de EEUU (IOM). Donabedian define calidad de la atención como *el tipo de atención que se espera va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención* y reconoce la accesibilidad como algo que puede relacionarse o influir en la calidad, pero que constituye un concepto aparte.

Argumenta que la accesibilidad no depende sólo de los que proveen la atención sino también de la capacidad de los clientes potenciales para superar los obstáculos financieros, espaciales, sociales y psicológicos, además de que una mayor accesibilidad pudiera llevar a unos cuidados redundantes, dañinos o innecesariamente costosos, en vez de una mayor calidad.

El IOM define la calidad como el grado en que los servicios de salud incrementan la probabilidad de resultados deseados para los individuos y las poblaciones y son consistentes con el conocimiento profesional actual; al argumentar su definición excluyen de forma explícita la accesibilidad como un componente a considerar porque, a pesar que la facilidad y la igualdad de acceso son dimensiones importantes, accesibilidad no significa lo mismo para todo el mundo y su significado debe ser aclarado en la definición.

Donabedian para definir la calidad empieza por lo que es quizás el módulo más simple y complejo de la atención: *el tratamiento* que proporciona un médico, o cualquier otro profesional individual, a un episodio de enfermedad claramente definido en un paciente dado. Es posible dividir este tratamiento en dos aspectos: *el técnico y el personal*. La atención técnica es la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud al manejo de un problema personal de salud. Va acompañado de la interacción social y económica entre el cliente y el facultativo. La primera de estas modalidades ha sido llamada la ciencia de la medicina, y la segunda, su arte. Por otra parte, el manejo de las relaciones interpersonales es un arte, principalmente por defecto, porque sus fundamentos científicos son relativamente débiles y porque aún lo que de ciencia se sabe, rara vez se enseña. La atención técnica a menudo está muy lejos de ser curativa y no necesariamente implica menos cuidado que el manejo del proceso interpersonal.

Puede haber un tercer elemento de la atención, que podríamos llamar sus *amenidades*; término que pudiera describir características tales como una sala de espera agradable y cómoda, un cuarto de exploración a buena temperatura, sábanas limpias, etc. En cierto modo, las amenidades son parte de los aspectos más íntimos de los lugares en que se presta la atención y demuestran interés por la satisfacción del paciente.

Como mínimo, la calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de una manera que rinda el máximo beneficio para la salud, sin aumentar con ello sus riesgos. El grado de calidad es por lo tanto la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios.

El manejo de la relación interpersonal debe llenar valores y normas socialmente definidas que gobiernan la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares. Estas normas están reforzadas, en parte, por los dictados éticos de las profesiones relacionadas con salud y por las expectativas de los pacientes individuales.

La garantía de calidad tradicional se centra en la calidad científico técnica de la asistencia. Sin embargo, sólo un aspecto de la calidad interesa, en principio, a un único grupo de autores, los profesionales de la salud. La definición de calidad utilizada por la industria está, por lo tanto, ganando posiciones también en la atención sanitaria: *Calidad es la capacidad de un producto o servicio para satisfacer las necesidades del consumidor, producida al mínimo costo posible.*

Esta definición destaca:

- La calidad depende de la situación y sus criterios varían.
- Las necesidades y deseos de los consumidores son una parte importante de la calidad.
- El costo es una parte esencial de la calidad.
- El objetivo es optimizar, no maximizar la calidad.

VI.b) Estructura para la Evaluación de la Calidad en Salud en Nicaragua:

La estructura refiere a la disponibilidad, organización y financiamiento de los programas de salud así como las características de la población que los utilizará.¹

El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias. El fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de su equidad son estrategias fundamentales para luchar contra la pobreza y fomentar el desarrollo.

La actual Política Nacional de Salud está encaminada a armonizar la actuación de las instituciones y organizaciones públicas y privadas que inciden en la salud, creando mecanismos efectivos de articulación para el desarrollo de acciones que resuelvan los problemas más sentidos de salud más sentidos de la población, bajo el liderazgo y rectoría del Ministerio de Salud (MINSAL) ¹⁵.

El Ministerio de Salud en Nicaragua, realiza acuerdo ministerial de gratuidad (resolución ministerial No. 06,07 y 08-2007) el cual se firma a finales del mes de Enero del año 2007, para posteriormente implementarse en todas las unidades de salud públicas existentes.

En este sentido, el objetivo de la política de salud es aumentar la calidad y cobertura de los servicios públicos prestados en todo el territorio nacional. El Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional ha iniciado su programa garantizando la gratuidad de los servicios en el sistema público de salud, que conlleva la eliminación del sistema de atención privada y los cobros a la población que demanda la prestación de estos servicios.

La Política Nacional de Salud está dirigida a mejorar la salud del pueblo nicaragüense, con atención preferencial a los pobres, enfocando sus principales lineamientos a:

- 1) Lograr que las personas no se enfermen, un pueblo sano es feliz.
- 2) Atención en salud de calidad y medicinas gratuitas.
- 3) Disminución de las listas de espera quirúrgica y de lista de espera para consulta externa especializada.
- 4) Llevar los servicios de salud a las poblaciones pobres o en extrema pobreza, así como las que tienen mayor dificultad de acceso.
- 5) Implementación de estrategias innovadoras en salud en las Regiones Autónomas de la Costa Caribe.
- 6) Rescate de la medicina popular y tradicional y otras formas de medicina no occidental.
- 7) Gobernabilidad ciudadana y participación activa y consciente de la ciudadanía en el que hacer del sector salud.
- 8) Desarrollo integral de los Recursos Humanos del sector salud.
- 9) Alineamiento, armonización y apropiación de la cooperación externa en el sector salud.

Los lineamientos generales de la política de salud están dirigidos a lograr el cambio de la situación de salud de las personas, familias, comunidad y su entorno económico y social, equilibrando los cuidados preventivos, curativos y de rehabilitación así como el trato respetuoso y humano que reciben en los servicios de salud en condiciones de equidad, solidaridad, participación social y acceso a la atención en salud.

Igualmente se orienta al fortalecimiento de un nuevo modelo de atención que parte de una concepción integral y moderna de la atención en salud. En este contexto se presenta a la gratuidad de los servicios de salud como política principal:

- ✓ La atención directa a la población que se brinde en los establecimientos del Ministerio de Salud debe ser entregada con calidad y de manera gratuita, lo que debe incluir: medicamentos esenciales, estudios de laboratorio, insumos para los cuidados hospitalarios así como otros medios terapéuticos que se utilicen en los servicios quirúrgicos y que están complementados en la lista básica del MINSA.

- ✓ Todas las prácticas de cobro que se han desarrollado institucionalmente en los establecimientos del Ministerio de Salud serán erradicadas, se establecerá un marco normativo que asegure que se elimine todo cobro ilícito que atenta contra el bolsillo de la población. Para atender las demandas del sector privado en lo que respecta a servicios de atención directa del sector público se establecerán los mecanismos y canales correspondientes en el ámbito institucional de tal forma que no exista vinculación directa entre los servicios de atención y el sector privado.

La ley general de salud, **ley general de salud ley no. 423**, aprobada el 14 de Marzo del 2002 establece: **Artículo 8.- Derechos de los Usuarios**¹⁰:

Los usuarios del Sector Salud, público y privado gozarán de los siguientes derechos:

- 1.- Acceso a los servicios garantizados conforme se establece en la presente Ley.
- 2.- Trato equitativo en las prestaciones y en especial la gratuidad de los servicios de salud públicos a la población vulnerable. Para efectos de la presente Ley, son vulnerables todas aquellas personas que no disponen de recursos para satisfacer las necesidades mínimas para su desarrollo humano.

También son vulnerables grupos especiales de personas de acuerdo a factores biopsicosociales, entre otros el binomio madre-niño, personas de la tercera edad y personas con discapacidad.

3.- Gratuidad a los servicios en el sector público, cuando el usuario forme parte de la población vulnerable, con prioridad en las áreas materno-infantil, de acuerdo a programas de los servicios integrales de emergencias, de hospitalización y en los servicios ambulatorios, medios de diagnósticos, medicamentos y biológicos, disponibles en el territorio nacional conforme las listas básicas definidas por el Ministerio de Salud.

VI. c) Proceso para la Evaluación de la Calidad en Salud en Nicaragua:

El Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, ha iniciado un proceso de transformación del sistema dando prioridad a la salud pública preventiva, al desarrollo de un modelo de atención familiar, a la equidad del sistema en términos regionales, a la atención preferencial de grupos vulnerables (niños, mujeres y ancianos), a la implementación de intervenciones diferenciadas a personas que viven en condiciones de pobreza, en áreas rurales de difícil acceso y en zonas urbano-marginales y a la adaptación de las intervenciones de salud adaptadas a las características geográficas, políticas, culturales y étnicas.⁸

Así mismo, ha destinado mayores recursos para financiar un programa de abastecimiento de medicamentos, de material médico de reposición, de recursos humanos e insumos no médicos necesarios para satisfacer la demanda de atención ambulatoria y hospitalaria. Además el gobierno está renovando convenios de cooperación externa en línea con su política de salud.

Ha iniciado la implementación de un modelo de atención preventiva familiar, el cual iniciará un proceso de desconcentración hacia los 17 Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) y se impulsarán las medidas necesarias para acelerar el proceso de autonomía en las Regiones de la Costa Caribe.

El Ministerio de Salud como ente rector del sector salud, en cumplimiento con lo establecido en la Constitución Política de la República de Nicaragua, facultado por la Ley General de Salud, en Enero del año 2007 inicia la aplicación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC), el cual recopila la experiencia de muchos años de trabajo en salud al servicio del pueblo nicaragüense.

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario constituye una ruta para lograr La Equidad en el sector, un reto que obliga a garantizar el acceso a los servicios de salud y reducir las brechas de atención a los grupos mas excluidos socialmente. Este Modelo debe responder a las necesidades y expectativas de la población a fin de que obtengan una atención de salud integral con calidad, calidez y respeto, donde se garantiza el derecho a la salud, pilar fundamental de las Políticas del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, caracterizada por los principios de gratuidad, universalidad, solidaridad. Este Modelo de Salud esta enfocado a la atención en salud a la comunidad, donde se privilegia a cada familia nicaragüense, principalmente las más vulnerables.

Asimismo, aborda a las personas en todos los ciclos de vida como un proceso continuo, con momentos interrelacionados de promoción y prevención de su salud, atención al daño y rehabilitación con un enfoque preventivo amplio y con acciones dirigidas al control del medio ambiente.

El MOSAFC tiene como objetivos:

1. Mejorar las condiciones de salud de la población, generando actividades oportunas, eficaces, de calidad y con calidez, capaces de generar cambios personales, familiares y comunales, con énfasis en la prevención y la promoción de la salud.
2. Satisfacer las necesidades de servicios de salud de la población.
3. Proteger de epidemias a la población.

4. Mejorar la calidad de los servicios, respondiendo a las expectativas de la población en recibir servicios de salud de calidad, con calidez humana.
5. Fortalecer la articulación entre los diferentes integrantes del sector salud, así como la coordinación interinstitucional e intersectorial.

Este Modelo, se sustenta en la Estrategia de Atención Primaria en Salud, que consiste en establecer el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, mediante su plena participación, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, constituyéndose en primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria, función central del desarrollo social y económico global de la comunidad. Así mismo, orienta la organización de los establecimientos de salud en redes articuladas para brindar los servicios integralmente.

El modelo de gestión está dirigido a descentralizar la atención de Salud. El Modelo de Salud Familiar y Comunitario tiene un enfoque logístico que trasciende la Atención a la familia hasta la comunidad cuya base de actuaciones es el sector.

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario contribuirá, sin duda alguna, a profundizar la Reforma del Sector orientada principalmente a la consecución de una mejor salud de nuestra población con equidad, accesibilidad, universalidad, calidad técnica y atención humanizada en cada uno de los servicios de salud.

A la par del MOSAFC, se realiza el seguimiento en el cumplimiento de las Políticas de salud 2008, y es por ello que se retoman indicadores sanitarios para evaluar el comportamiento de las tendencias de cada semestre del año.

Todas las acciones desarrolladas en el SILAIS Masaya se enfocan en la Prevención de la salud, informando, educando y comunicando a la población sobre factores de riesgo de las enfermedades para lograr cambios de comportamiento en estilos de vida saludable y como resultado de ello mejorar los indicadores básicos de salud.

En relación a los servicios de salud que brinda la seguridad social, el gobierno impulsa un modelo de atención en los servicios médicos previsionales, que contiene nuevas regulaciones para las empresas médicas que han asumido esta responsabilidad y una participación activa del sistema público de salud en la prestación de estos servicios. Se contempla además la ampliación de los beneficios médicos a los asegurados mediante la total utilización de las contribuciones realizadas por este concepto.

Según la observación general # 14 del comité de derechos económicos, sociales y culturales el derecho a la salud abarca cuatro elementos:

- **Disponibilidad.** Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
- **Accesibilidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos dentro de la jurisdicción del Estado parte.
 - no discriminación
 - accesibilidad física
 - accesibilidad económica (asequibilidad)
 - acceso a la información
- **Aceptabilidad.** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida
- **Calidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

VI.d) Características de la Población para la Evaluación de la Calidad en Salud en el SILAIS Masaya⁷:

El departamento de Masaya cuenta con una población total de 326,454 habitantes, esta dividido en 9 municipios (Masaya, Nindiri, Tisma, Catarina, San Juan de Oriente, Nandasmo, Niquinohomo, Masatepe y la Concepción), el 37% de la población es menor de 15 años, el 70% pertenece al grupo en edad activa (15-64) y solo el 5% pertenecen a la tercera edad.

El 50.7% de la población del departamento de Masaya son mujeres lo que indica mayor presencia femenina. Únicamente el 5% de la población se autoidentificó como pueblo indígena. El 57% de la población de este departamento es principalmente urbana.

El 26.8 % de la población esta por unión de hecho (juntados), el 29.4% declaro tener vínculos maritales y el 32.5% son solteros.

El departamento de Masaya posee una tasa de analfabetismo del 14.2%, El 49.8% de la población es económicamente activa, el 64.8% tiene trabajo permanente y el 56.7% de la población cuenta con vivienda propia.

Los principales problemas de salud a nivel de SILAIS de Masaya son:

- 1- Mortalidad Materna Perinatal e Infantil.
- 2- Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Diarreicas Agudas.
- 3- Enfermedades de transmisión sexual y VIH SIDA.
- 4- Enfermedades de trasmisión vectorial: Dengue y Leptospirosis
- 5- Enfermedades crónicas degenerativas (Diabetes e Hipertensión).

El primer nivel de atención del SILAIS Masaya está conformado por 10 centros de salud cabecera los que a su vez cuentan con las siguientes áreas o ambientes para la prestación de servicios, como son:

a. Admisión: donde se reciben pacientes ambulatorios con la finalidad de ser clasificados y puestos a disposición del área correspondiente en donde se le brindará la atención.

b. Área de espera: es un espacio físico dotado de condiciones básicas en donde el paciente (según sea el caso) deberá esperar turno para recibir la atención médica necesaria.

c. Ambientes: Espacio conocido como consultorios y es donde se da el proceso de atención de los pacientes que acuden por consulta.

d. Área de laboratorio: es el sitio donde el paciente se realiza exámenes de laboratorio (de rutina o emergencia) ordenados por el medico tratante.

e. Área de Farmacia: lugar donde el paciente entrega las recetas prescritas por el medico y recibe los medicamentos.

VII. DISEÑO METODOLOGICO

a) Tipo de Estudio

El presente estudio es descriptivo, de corte transversal, predominantemente cualitativo.

b) Área de Estudio

Unidades de salud de atención primaria de los 9 municipios del departamento de Masaya durante el primer semestre del 2008.

c) Universo

Todos los pacientes que asisten a consulta médica en las unidades de Atención Primaria, en el período de estudio. (231,567 pacientes).

d) Muestra

El tipo de Muestreo se realizó utilizando el paquete estadístico EPI-INFO a través de la *Stat Calc*.

- Tamaño de la población del cual la muestra fue seleccionada: 231,567pacientes
- Frecuencia esperada: 50%
- Error Admisible: 5%
- Intervalo de confianza del 95%

La muestra fue de 384 pacientes, sin embargo se elevo a 450 para mayor seguridad, previniendo posibles pérdidas o rechazos.

e) Unidad de Análisis

La unidad de análisis estuvo conformada por los pacientes que acudieron a consulta a las distintas unidades de salud del SILAIS Masaya, durante el período establecido.

f) Criterios de Inclusión

- Pacientes que aceptaron participar en el estudio
- Pacientes que acudieron a consulta médica en APS durante el primer semestre del 2008.

g) Variables del estudio

- Edad
- Sexo
- Procedencia
- Clasificación del motivo de consulta
- Trato por admisión
- Trato del médico
- Trato de enfermería
- Trato de laboratorio
- Trato de farmacia
- Cambio en la atención
- Cambios específicos en la calidad de atención
- Razón o motivo de ningún cambio
- Recomendaciones por parte del paciente
- Tiempo de espera
- Percepción del tiempo de espera
- Duración de la consulta
- Recetas entregadas

- Número de recetas
- Número de recetas atendidas en Farmacia
- Laboratorio al que el paciente fue enviado
- Cobros por servicios
- Persona que cobra
- Cantidad cobrada

i) Fuentes de información

Para medir los componentes de calidad en salud se hizo necesario recolectar la información a través de las entrevistas a los pacientes atendidos en la unidad de salud estudiada (Fuente de información primaria).

j) Técnicas de Recolección

Las técnicas de recolección de la información fueron mediante una serie de entrevistas a los pacientes atendidos en dicha unidad para lo cual se diseñó un instrumento válido únicamente para el presente estudio. Dicha entrevista contaba de una serie de preguntas que permitió recolectar la información directa por parte de los pacientes. (Ver Capítulo de Anexos, Instrumento No.1)

k) Procesamiento de la información

Para el procesamiento de la información se utilizó el paquete estadístico EPI INFO 2006 el cual permitió el análisis de la información. Una vez procesada la información se construyeron tablas y gráficos en el programa Excel 2003 en donde se presentan frecuencias simples y porcentajes de los resultados.

VIII. RESULTADOS

De las 450 personas encuestadas el 51.8% (233) pertenecen al rango de edad comprendido entre los 20-29^a, seguido por los de 15-19^a con 16.2% (73). El grupo comprendido entre los 40-59 años fue de 15.8% (71). El resto de la población se encontraba en las edades menores de 15^a con un 8.2% (37) y el 8.0% (36) restante eran mayores de 60^a. (Ver Capitulo de Anexos, Tabla No.1).

Del total de pacientes encuestados el 82.2% (330) eran del sexo femenino y un 17.8% (80) pertenecían al sexo masculino. (Ver Capitulo de Anexos, Tabla No.2).

El 72.9% (328) de la población provenía del área urbana mientras que el 27.1% (122) era del área rural. (Ver Capitulo de Anexos, Tabla No.3).

El principal motivo de consulta de la población estudiada fue la consulta general con un 65.1%, (293) seguido por la atención prenatal y el VPCD con un 8.2% (37) respectivamente. El programa de Dispenzarizados obtuvo una puntuación del 7.8% (35) seguido del programa de planificación familiar con un 6.9% (31), otros motivos obtuvieron el 3.8% (17). (Ver Capitulo de Anexos, Tabla No.4).

La mayoría de las personas catalogaron el trato por parte del personal de admisión como bueno con un 84.4% (379), seguido de regular con un 10.2% (46), muy bueno 2.9% (14) y malo con un 2.4% (11). (Ver Capitulo de Anexos, Tabla No.5).

En relación al trato por parte del personal médico que atendió el motivo de consulta el 83.1% (374) de la población la determinó como buena, un 11.1% (50) muy bueno, el 4.9% (22), fue regular y el 0.9% (4) la catalogaron como malo. (Ver Capitulo de Anexos, Tabla No.6).

La mayoría de la población estudiada catalogó el trato por parte del personal de enfermería como bueno con un 90.6% (184). (Ver Capitulo de Anexos, Tabla No.7).

El trato por parte del personal de laboratorio fue bueno con un 82.5% (75). El 11% (10) lo catalogó como regular. (Ver Capitulo de Anexos, Tabla No.8).

Con respecto al trato por parte del personal de farmacia el 92% (372) lo refirió como bueno y un 4.7% (19) lo catalogó como regular. (Ver Capitulo de Anexos, Tabla No.9).

Las personas que acudieron a consulta médica tuvieron un tiempo de espera de más de 2 horas con un 42.8%, (192) seguida del tiempo de 1-2 horas con un 29.8% (134) menos de 30 minutos 14% (63) y de 30-60 minutos 13.4%(60). (Ver Capitulo de Anexos, Tabla No.10).

El 54.4% (245) de la población consideró que el tiempo de espera fue aceptable, mientras que el 45.6% (105) respondió que dicha espera no fue aceptable. (Ver Capitulo de Anexos, Tabla No.11).

En cuanto a la duración de la consulta el 56.3% (253) de la población respondió que ésta duró menos de quince minutos, seguido por un 28.7% (129) la cual fue de 15-20 minutos, el 13.8% (62) respondió que fue atendido durante 21-30 minutos y más de 30 minutos solo fue el 1.1% (5), el 92.2% (415). (Ver Capitulo de Anexos, Tabla No.12 y Tabla No.13).

De todos los pacientes evaluados el 89.1% (401) recibió recetas médicas; de éstos el 31.8% (128) se les atendieron en promedio 3 recetas en la farmacia, seguido por el 30.8% (124) que le atendieron 2 y el 21.1% (85) recibió solo una, el 9.2% (37) restante recibió más de cuatro medicamentos. Del total de recetas entregadas el 65% (260) fueron atendidas en su totalidad, al 33% (132) se le atendieron algunas, y solo a un 2% (9) no se les atendió ninguna receta. (Ver Capitulo de Anexos, Tabla No.14, Tabla No.15 y Tabla No.16).

El 98.9% (445) de la población respondió que no tuvo ninguna especie de cobro al acudir a los servicios de salud. (Ver Capitulo de Anexos, Tabla No.17).

Con respecto al cambio en la atención médica al ser comparada con el año anterior el 69.3% (312) respondió que no hubo ningún cambio mientras que el 30.7% (138) respondió que si hubo algún cambio. (Ver Capitulo de Anexos, Tabla No.18).

IX. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

La mayoría de la población estudiada se encuentra en el grupo de edad activa coincidiendo con la última encuesta de los datos del departamento de Masaya ENDESA 2005 donde la mayoría de la población es joven teniendo las características demográficas de una pirámide con base ancha y cúspide delgada.

El sexo de mayor predominancia fue el femenino; confirmando los datos encontrados en la encuesta de los datos del departamento de Masaya ENDESA 2005 donde el sexo predominante en Masaya es el femenino, dicho hecho concuerda con el presente estudio ya que la gran mayoría de las personas encuestadas pertenecían a este sexo. Esto también se debe a que la proporción de hombres que acuden a las unidades de salud es mínima por la influencia cultural.

La gran mayoría de la población estudiada procede del área urbana, coincidiendo igualmente con los datos del departamento de Masaya de ENDESA 2005 la cual establece una predominancia de la población urbana, así mismo esto está relacionado a que las unidades de salud cabeceras municipales están localizadas en áreas urbanas .

Los principales motivos de consulta fueron catalogados dentro de la consulta general, esto se asocia a la implementación del nuevo modelo de atención pues con este se ha logrado dar una atención completa aprovechando oportunidades para evaluar al paciente de forma integral, relacionando la salud mental y la salud física del individuo con el ambiente, la familia y la comunidad, por lo que la población atendida en las distintas unidades de salud reciben todos los servicios de salud ofertados en cada establecimiento de salud.

Debido a las nuevas políticas que ha implementado el nuevo gobierno donde se exige la calidad desde el punto de vista de la buena atención por parte de todos los miembros del equipo de salud de las distintas unidades la mayoría de los usuarios catalogaron como buena la atención recibida por parte del personal de salud (médicos, enfermeras, laboratoristas, farmacéuticas, portero, admisión, etc.), lo cual obliga al sistema de salud continuar mejorando la calidad humana en la atención.

A pesar de los esfuerzos realizados en relación a la descentralización de recursos médicos por parte del nuevo gobierno, teniendo como objetivo la reducción en el tiempo de espera, este no se ha logrado disminuir, sin embargo mas de la mitad de la población consideró que el tiempo de espera era aceptable.

Dado que en cierta medida la satisfacción del paciente depende de la percepción que éste tenga acerca de la competencia técnica del médico, la duración del tiempo de la consulta se encuentra dentro del rango promedio según lo establecido por las normas medicas, por lo que la mayoría de los encuestados consideró que el tiempo fue suficiente.

La mayoría de la población después de habersele entregado recetas pudo obtener los medicamentos necesarios para su debido tratamiento demostrando que ha habido un incremento en los insumos médicos relacionados con el tratamiento de los pacientes. Esto indica que las políticas se han cumplido en cuanto al abastecimiento de medicamentos por parte del Ministerio de Salud.

Se puede observar que la voluntad política del nuevo gobierno en relación a la equidad y la gratuidad de los servicios de salud se está llevando a cabo, sin embargo no se esta cumpliendo en su totalidad debido a que en ciertas unidades existe un comité interno de pacientes quienes realizan recolectas mínimas de dinero para colaborar con el centro, en el cual el personal de salud propiamente dicho no participa directa ni indirectamente.

Un tercio de la población manifestó algún tipo de cambio en cuanto a la atención médica en comparación con los años anteriores, lo cual es significativo pues la opinión positiva de los pacientes atendidos en las unidades de salud del SILAIS Masaya continua en incremento, logrando de esta manera el propósito y uno de los principales desafíos del Ministerio de Salud, la completa satisfacción de los usuarios.

X. CONCLUSIONES

- 1) Los pacientes atendidos en las unidades de salud del SILAIS Masaya son pacientes en edad joven con predominio del sexo femenino procedentes del área urbana.

- 2) El trato brindado según la percepción de los pacientes por parte del personal de salud de las unidades del SILAIS Masaya fue valorado como bueno, interpretando esto como el inicio de un nuevo modelo de atención, teniendo una tendencia hacia la mejoría.

- 3) La calidad de atención brindada en las unidades de salud del SILAIS Masaya ha mejorado en su eficacia pues se han logrado los objetivos del Ministerio de Salud y los pacientes percibieron cambios positivos en la atención.

- 4) En las unidades de salud del SILAIS Masaya está implementada la política de gratuidad en los servicios de salud ya que se demostró a través de la entrega gratuita y generalizada de los servicios de salud.

XI. RECOMENDACIONES

Dirigidas a las Autoridades del SILAIS de Masaya

- 1) Mantener en las unidades de salud la promoción relacionada con la gratuidad de los servicios y las políticas de salud.
- 2) Reforzar con los suficientes recursos humanos las unidades de salud con mayor demanda a través de la implementación de horarios nocturnos.
- 3) Realizar capacitaciones continuas de sensibilización al personal de salud vinculada a la relación médico paciente para incrementar la percepción positiva de los usuarios externos.
- 4) Garantizar que en las unidades de salud no se realice ninguna contribución o colaboración monetaria en el establecimiento.
- 5) Designar a un responsable de atención al usuario en cada unidad de salud para dar respuesta a las inquietudes o inconformidades de los pacientes, tomando en cuenta sus sugerencias.
- 6) Brindar mayor seguimiento y monitoreo por parte del SILAIS de Masaya para garantizar el cumplimiento de políticas de salud y los desafíos del gobierno.

XII. BIBLIOGRAFIA

- 1) Altamirano, Laura et all: "Epidemiología Clínica" 2a edicion, McGraw-Hill 1994.
- 2) Adday, Luann: "Evaluating the Medical Care System, Effectiveness, Efficiency and Equity" American College of Health 1983.
- 3) Adday, Luann: "Health Status of Vulnerable Populations" Behavioral Sciences and Management, University of Texas School of Public Health, 1994.
- 4) Berry, Leonard: "*Patient's Commitment to their Primary Care Physician and why it Matters*" Annals of Family Medicine 2008.
- 5) Cherebi, Jutch: "*What Patients want from Primary Care Consultations. A Discrete Choice to Identify Patient's Priorities*" Annals of Family Medicine 2008.
- 6) Custodio, Leon: "*Medición del Nivel de Satisfacción de Usuarios que Asisten al Centro de Salud Acatenango de Guatemala*" Revista Chilena de Salud Publica 2003.
- 7) Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Nicaragua, ENDESA 2005
- 8) El Gobierno de Unidad y Reconciliación Nacional: "Plan Nacional de Desarrollo Humano 2008-2012.
- 9) Esparllagues, M: "*Provision of Feedback on Perceived Health Status to Health Care Professionals, a Systematic Review of its Impact*" Cochrane 2000.
- 10) Ley General de Salud y Reglamento, 2003
- 11) López, Gerald: "*Satisfacción de la Población Acerca de la Calidad en la Atención en los Servicios de salud del Municipio de Santa Maria, Nueva Segovia de Enero del 2005 a Marzo del 2006*" Monografía para optar al Título de Master en Salud Publica.

- 12) Nuñez, Oscar: "Consejería con Calidad" Quality Assesment, USAID 2006.
- 13) Organización Mundial de la Salud OMS: Centro de Prensa "*El derecho a la salud*", Agosto 2007.
- 14) Organización Panamericana de la Salud OPS: "*Análisis de Situación de Salud y Recomendaciones para el Desarrollo Sanitario de Nicaragua*", Diciembre 2006.
- 15) Política Nacional de Salud 2007-2011
- 16) Políticas del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional Proceso en construcción permanente, Agosto del 2007.
- 17) Ponce, Jovita "*Calidad de atención a partir de la Percepción de usuarios y los Prestadores de Servicios de Salud en la Unidad José Maria Ochoa*" Tesis para optar al título de Maestro en Epidemiología 2004.
- 18) Puentes, Esteban "*Trato de los Usuarios en los Servicios Públicos de México*" Revista Panamericana de la Salud OPS 2006.
- 19) SILAIS Masaya: "Encuestas de Satisfacción de Usuarios del 2007".
- 20) SILAIS Masaya: "Análisis de Situación de Salud Del SILAIS Masaya Primer Semestre Comparativo del Año 2007-2008".
- 21) Wong, Yudi et al "*Percepción de la Calidad de la Atención en los Servicios de Salud: Perspectiva de los Usuarios*". *Matagalpa, Nicaragua*" Tesis para optar al título de Master en Salud Publica 2003.

A NEVOS
ANEVOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN-MANAGUA
CENTRO DE ESTUDIOS E INVESTIGACIONES EN SALUD (CIES)
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA 2006-2008

**CALIDAD DE ATENCIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE SALUD EN
LAS UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL DEPARTAMENTO DE
MASAYA DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2008**
ENCUESTA DE SATISFACCION DE USUARIOS EXTERNOS

INSTRUMENTO No 1

- 1- Unidad de salud: _____ Fecha: _____
- 2- Sexo: Masculino Femenino
- 3- Edad: Menor de 15 años 15 - 19 años 20 - 39 años
40 - 59 años 60 y más años
- 4- Procedencia: Urbano Rural
- 5- ¿Cuál fue el motivo de su visita el día de hoy?:
VPCD Dispensarizados Consulta
Atención Prenatal (APN) Planificación Familiar
Otro Especificar: _____
- 6- ¿Cómo fue el trato por el personal de admisión?
Muy bueno Bueno Regular Malo
- 7- ¿Cuánto tiempo esperó para que lo atendieran?:
Menos de 30 min. 30-60 min. 1- 2 hrs. Más de 2 hrs.
- 8- ¿Cómo le pareció el tiempo de espera?:
Aceptable No aceptable
- 9- ¿cuánto tiempo duró la consulta?:
Menos de 15 min. 15- 20 min. 21-30 min. Más de 30 min.
- 10- ¿Ese tiempo fue suficiente para usted?: Si No
- 11- ¿Cómo fue el trato del personal que le atendió el motivo de su consulta?:
Muy bueno Bueno Regular Malo
- 12- ¿Cómo fue el trato de enfermería?:
Excelente Bueno Regular Malo N/A
- 13- ¿Cómo fue el trato en el laboratorio?:

Excelente Bueno Regular Malo N/A

14- ¿A qué laboratorio lo mandaron?

C/S HHAV Otro Cuál? _____

15- ¿Cómo fue el trato en farmacia?:

Excelente Bueno Regular Malo N/A

16- ¿Le dieron recetas?: Si No

17- De las recetas entregadas, fueron atendidas en farmacia: #

Todas Algunas Ninguna

18- ¿Le cobraron por algún servicio hoy?: Si No

19- ¿Quién le cobró? _____

20- ¿Cuánto le cobraron? _____

21- Observó algún cambio en la atención que se le brindó hoy en comparación al año pasado?:

Si

Cuál(es) _____

No

Por qué? _____

22- ¿Qué nos recomienda usted para mejorar la atención?:

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES:

Objetivo Numero 1: Características Demográficas de la Población				
Variable	Definición	Escala	Valores	Unidad Medida
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento referido por el paciente.	Edad en años (nominal)	0-14 ^a 15-69 ^a 60 ^a a mas	Años
Sexo	Características fenotípicas observadas por el entrevistador.	Cualitativo (nominal)	-Masculino -Femenino	-
Procedencia	Origen o residencia referida por el paciente.	Cualitativo (nominal)	-Urbano -Rural	-

Objetivo Número 2: Trato por el Personal de Salud				
Componentes	Descriptor	Fuente	Técnica	Instrumento
Clasificación del Motivo de Consulta	Motivo o razón por el cual el paciente acude a la consulta medica.	Paciente	Ítems: -APN -Consulta -Dispensarizado -Planificación Familiar -VPCD	Entrevista realizada a los pacientes de las diferentes unidades de salud.
Admisión	Personal que se encarga de clasificar el lugar del paciente según el servicio que este solicite.	Paciente	Ítems: -Muy bueno -Bueno -Regular -Malo	Entrevista realizada a los pacientes de las diferentes unidades de salud.
Medico	Personal que se encarga de efectuar la resolución del problema por el cual el paciente acude.	Paciente	Ítems: -Muy bueno -Bueno -Regular -Malo	Entrevista realizada a los pacientes de las diferentes unidades de salud.
Enfermería	Personal aledaño que participa en la atención del paciente	Paciente	Ítems: -Muy bueno -Bueno -Regular -Malo	Entrevista realizada a los pacientes de las diferentes unidades de salud.
Laboratorio	Personal aledaño que participa en la atención del paciente	Paciente	Ítems: -Muy bueno -Bueno -Regular -Malo	Entrevista realizada a los pacientes de las diferentes unidades de salud.
Farmacia	Personal aledaño que participa en la atención del paciente	Paciente	Ítems: -Muy bueno -Bueno -Regular -Malo	Entrevista realizada a los pacientes de las diferentes unidades de salud.

Continuación:

Objetivo Número 3: Eficacia en los de Servicios de Salud de la Unidad				
Componentes	Descriptor	Fuente	Técnica	Instrumento
Cambio en la Atención	Percepción del paciente acerca de los cambios en la calidad de atención	Paciente	Ítems: -Si -No	Entrevista realizada a los pacientes de las diferentes unidades de salud.
Cambios Específicos en la Calidad de Atención	Cambios específicos según el paciente acerca de la calidad de atención	Paciente	Ítems: -Mejor Servicio -Gratuidad de los servicios -Mejoría en el tiempo de espera	Entrevista realizada a los pacientes de las diferentes unidades de salud.
Razón o Motivo de ningún Cambio	Razón del paciente por la cual no ha habido ningún cambio en la calidad de atención	Paciente	Ítems: -Todo sigue Igual -Puntualidad	Entrevista realizada a los pacientes de las diferentes unidades de salud.
Recomendaciones por parte del Paciente	Recomendaciones realizadas por los pacientes en cuanto a mejorar la calidad de atención en salud.	Paciente	-Mejor Servicio -Gratuidad de los servicios -Mejoría en el tiempo de espera	Entrevista realizada a los pacientes de las diferentes unidades de salud
Tiempo de espera	Tiempo promedio que el paciente espera para ser atendido	Paciente	Promedio	Entrevista realizada a los pacientes de las diferentes unidades de salud.
Percepción del tiempo de espera	Percepción del paciente acerca de la justificación por la cual espera ser atendido	Paciente	Ítem: -Aceptable -No Aceptable	Entrevista realizada a los pacientes de las diferentes unidades de salud.
Duración de la consulta	Tiempo promedio de duración de la consulta medica	Paciente	Promedio	Entrevista realizada a los pacientes de las diferentes unidades de salud.
Recetas Entregadas		Paciente	Escala: -Si -No	Entrevista realizada a los pacientes de las diferentes unidades de salud.
Numero de Recetas	Cantidad de recetas entregadas al paciente por parte del personal medico.	Paciente	Promedio de recetas entregadas	Entrevista realizada a los pacientes de las diferentes unidades de salud.
Numero de Recetas atendidas en Farmacia	Cantidad de recetas atendidas en la farmacia de la unidad de salud		Promedio de recetas atendidas	Entrevista realizada a los pacientes de las diferentes unidades de salud.
Laboratorio al que el paciente fue enviado	Laboratorio al cual el paciente es enviado para la obtención de los diferentes tipos de exámenes.	Paciente	Escala: -Centro de Salud -Hospital -Otro -Ninguno	Entrevista realizada a los pacientes de las diferentes unidades de salud.

Continuación:

Objetivo Número 4: Gratuidad de los Servicios de Salud				
Componentes	Descriptor	Fuente	Técnica	Instrumento
Cobros por Servicios	Cantidad monetaria entregada por el paciente hacia la persona que le brinda un servicio	Paciente	Ítems: -Si -No	Entrevista realizada a los pacientes de las diferentes unidades de salud.
Persona que Cobra	Personal de salud que realiza la acción de cobrar.	Paciente	Ítems: -Medico -Enfermera -Laboratorista -Farmacéutica -Otros	Entrevista realizada a los pacientes de las diferentes unidades de salud.
Cantidad Cobrada	Cantidad de dinero cobrada por el personal de salud	Paciente	Promedio del cobro de servicios.	Entrevista realizada a los pacientes de las diferentes unidades de salud.

Tabla No. 1

Edad de los pacientes quienes tuvieron atención medica en las unidades de salud del SILAIS Masaya. Primer Semestre del 2008.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15-19 años	73	16.20%
20- 39 años	233	51.80%
40- 59 años	71	15.80%
60 y más años	36	8.00%
Menor de 15 años	37	8.20%
Total	450	100.00%

Fuente: Entrevistas a los Pacientes

Tabla No. 2

Sexo de los pacientes quienes tuvieron atención medica en las unidades de salud del SILAIS Masaya. Primer Semestre del 2008.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	370	82.20%
Masculino	80	17.80%
Total	450	100%

Fuente: Entrevistas a los Pacientes

Tabla No. 3

Procedencia de los pacientes quienes tuvieron atención medica en las unidades de salud del SILAIS Masaya. Primer Semestre del 2008.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	122	27.10%
Urbano	328	72.90%
Total	450	100.00%

Fuente: Entrevistas a los Pacientes

Tabla No. 4

Principal motivo de consulta de los pacientes quienes tuvieron atención medica en las unidades de salud del SILAIS Masaya. Primer Semestre del 2008.

Motivo de Consulta	Frecuencia	Porcentaje
APN	37	8.20%
Consulta	293	65.10%
Dispensarizados	35	7.80%
Otro	17	3.80%
Planificación Familiar	31	6.90%
VPCD	37	8.20%
Total	450	100.00%

Fuente: Entrevistas a los Pacientes

Tabla No. 5

Trato del personal de admisión según los pacientes quienes tuvieron atención medica en las unidades de salud del SILAIS Masaya. Primer Semestre del 2008.

Trato de Admisión	Frecuencia	Porcentaje
Buena	379	84.40%
Malo	11	2.40%
Muy buena	14	2.90%
Regular	46	10.20%
Total	450	100.00%

Fuente: Entrevistas a los Pacientes

Tabla No. 6

Trato del personal medico que atendió el motivo de consulta de pacientes que tuvieron atención médica. Unidades de salud del SILAIS Masaya. Primer Semestre del 2008.

Trato de Medico	Frecuencia	Porcentaje
Buena	374	83.10%
Malo	4	0.90%
Muy buena	50	11.10%
Regular	22	4.90%
Total	450	100.00%

Fuente: Entrevistas a los Pacientes

Tabla No. 7

Trato de enfermería según los pacientes quienes asistieron a consulta en las unidades de salud del SILAIS Masaya. Primer Semestre del 2008.

Trato de Enfermería	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	184	90.60%
Excelente	5	2.50%
Malo	1	0.50%
Regular	13	6.4%
Total	203	100.00%

Fuente: Entrevistas a los Pacientes

Tabla No. 8

Trato de Laboratorio según los pacientes quienes tuvieron atención médica en las unidades de salud del SILAIS Masaya. Primer Semestre del 2008.

Trato de Laboratorio	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	75	82.5%
Malo	6	6.5%.
Regular	10	11%
Total	91	100.00%

Fuente: Entrevistas a los Pacientes

Tabla No.9

Trato de Farmacia según los pacientes quienes tuvieron atención médica en las unidades de salud del SILAIS Masaya. Primer Semestre del 2008.

Trato de Farmacia	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	372	92%
Excelente	6	1.5%
Malo	7	1.73%
Regular	19	4.70%
Total	404	100.00%

Fuente: Entrevistas a los Pacientes

Tabla No. 10

Tiempo de espera según los pacientes quienes tuvieron atención médica en las unidades de salud del SILAIS Masaya. Primer Semestre del 2008.

Tiempo de Espera	Frecuencia	Porcentaje
1- 2 hrs	134	29.80%
30- 60 min.	61	13.40%
Más de 2 hrs.	192	42.80%
Menos de 30 min.	63	14.00%
Total	450	100.00%

Fuente: Entrevistas a los Pacientes

Tabla No. 11

Percepción del tiempo de espera para ser atendidos según los pacientes quienes tuvieron atención médica en las unidades de salud del SILAIS Masaya. Primer Semestre del 2008.

¿Cómo le pareció el tiempo de espera?	Frecuencia	Porcentaje
Aceptable	245	54.40%
No aceptable	205	45.60%
Total	450	100.00%

Fuente: Entrevistas a los Pacientes

Tabla No. 12

Tiempo de duración de la consulta quienes tuvieron atención médica en las unidades de salud del SILAIS Masaya. Primer Semestre del 2008.

Duración de la Consulta	Frecuencia	Porcentaje
15 – 20 min	130	28.70%
21- 30 min.	62	13.80%
Más de 30 min	5	1.10%
Menos de 15 min.	253	56.00%
Total	450	100.00%

Fuente: Entrevistas a los Pacientes

Tabla No. 13
Percepción del tiempo de duración de la consulta según los pacientes quienes
tuvieron atención médica en las unidades de salud del SILAIS Masaya.
Primer Semestre del 2008.

¿Ese tiempo fue suficiente para usted?	Frecuencia	Porcentaje
No	35	7.80%
Si	415	92.20%
Total	450	100.00%

Fuente: Entrevistas a los Pacientes

Tabla No. 14
Entrega de recetas según los pacientes quienes tuvieron atención médica en las
unidades de salud del SILAIS Masaya. Primer Semestre del 2008.

Entrega de Recetas	Frecuencia	Porcentaje
No	49	10.90%
Si	401	89.10%
Total	450	100.00%

Fuente: Entrevistas a los Pacientes

Tabla No. 15
Recetas entregadas según los pacientes quienes tuvieron atención médica en las
unidades de salud del SILAIS Masaya. Primer Semestre del 2008.

No. de Recetas Entregadas	Frecuencia	Porcentaje
1	85	21.10%
2	128	31.80%
3	124	30.80%
4	37	9.20%
5	21	5.20%
6	5	1.10%
7	1	0.5
Total	401	100.00%

Fuente: Entrevistas a los Pacientes

Tabla No. 16
Recetas atendidas según los pacientes quienes tuvieron atención médica en las unidades de salud del SILAIS Masaya. Primer Semestre del 2008.

Recetas Atendidas	Frecuencia	Porcentaje
Todas	260	65%
Algunas	132	33%
Ninguna	9	2%
Total	401	100.00%

Tabla No. 17
Cobro de servicios según los pacientes quienes tuvieron atención médica en las unidades de salud del SILAIS Masaya. Primer Semestre del 2008.

Cobro de Servicios	Frecuencia	Porcentaje
No	445	98.90%
Si	5	1.10%
Total	450	100.00%

Fuente: Entrevistas a los Pacientes

Tabla No. 18
Cambio en la atención brindada en comparación al año pasado según los pacientes quienes tuvieron atención médica en las unidades de salud del SILAIS Masaya. Primer Semestre del 2008.

Cambio en la Atención	Frecuencia	Porcentaje
No	312	69.30%
Si	138	30.70%
Total	450	100.00%

Fuente: Entrevistas a los Pacientes