

USUARIOS EXTERNOS Y EL SERVICIO RECIBIDO EN EL CENTRO DE SALUD INTEGRAL SANTIAGO DE PRESTO. 2014.

External users and the service received at the integral health center Santiago de Presto. 2014.

1 Cabezas Torrico L
2 Loredo Mendoza K.
3 Zarate Llave R.
4 Torrejón X.

1,2,3 Médico General.
Hospital de San
Pablo de Huacareta.
Internado Rotatorio
de Salud Pública.
Universidad Mayor
Real y Pontificia San
Francisco Xavier de
Chuquisaca.
4 Tutor

Recepción: 30 de Enero 2015
Aceptado: 20 de Febrero de 2015

RESUMEN:

Introducción: En Bolivia no se ha encontrado estudios con relación a la satisfacción del paciente, los mismos que pudieran servir como punto de partida del análisis de esta problemática. Si se han podido encontrar estudios basados en experiencias de Estados Unidos, Inglaterra y Japón entre otros países. El Estado Boliviano ha comenzado a introducir de manera más insistente en tener servicios con calidad de atención y sobre todo en uno de los elementos que son bastante importantes como la Satisfacción del usuario externo. El propósito de este estudio es el de conocer el grado de satisfacción del paciente con el servicio de salud prestado en la localidad de Presto.

Material y Métodos: De esta manera se propone, un estudio observacional, descriptivo, transversal a fin de conocer la satisfacción del paciente evaluado se toma una muestra de 70 pacientes elegidos con diferentes criterios de rigurosidad científica. Y se utiliza un formulario tipo cuestionario validado por el Ministerio de Salud y Deportes de nuestro país.

Resultados: La percepción, la accesibilidad, la oportunidad y la infraestructura son elementos valorados ya aceptados de manera satisfactoria con más de un 87%.

Discusión: Los elementos del idioma, el respeto a sus costumbres, la identificación del personal de salud, debe ser trabajado estratégicamente de acuerdo a la Ley de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural. Esto permitirá también la integración de una manera más sólida del equipo de salud y de las relaciones con cada una de las comunidades.

PALABRAS CLAVE:

Calidad, Atención al usuario externo, satisfacción, información.

SUMMARY:

Introduction: In Bolivia, no studies have been found regarding patient satisfaction, which could serve as a starting point for the analysis of this problem. If you have been able to find studies based on experiences of the United States, England and Japan among other countries.

The Bolivian State has begun to introduce more insistently to have services with quality of care and especially in one of the elements that are quite important as the satisfaction of the external user. The purpose of this study is to know the degree of patient satisfaction with the health service provided in the town of Presto.

Material and Methods: In this way, an observational, descriptive, cross - sectional study was carried out in order to know the satisfaction of the evaluated patient. A sample of 70 patients selected with different criteria of scientific rigor was used. And a questionnaire type form validated by the Ministry of Health and Sports of our country is used.

Results: Perception, accessibility, timeliness and infrastructure are valued elements already satisfactorily accepted with more than 87%.

Discussion: Language elements, respect for their customs, identification of health personnel, must be worked strategically according to the Community and Intercultural Family Health Law. This will also allow the integration of a more solid way of the health team and the relationships with each of the communities.

KEYWORDS:

Quality, attention to the external user,

INTRODUCCIÓN

La satisfacción del usuario es uno de los aspectos que en términos de evaluación de los servicios de salud y de la calidad en la atención, ha venido cobrando mayor importancia en salud pública, siendo considerada desde hace poco más de una década uno de los ejes de evaluación de los servicios de salud, aspecto que es de suma importancia al delinear horarios, tiempos de atención y mecanismos que posibiliten atender con calidad a la población usuaria de los diferentes servicios.

Esta investigación resulta pertinente desde el punto de vista educativo, médico y administrativo porque los resultados obtenidos al medir el grado de satisfacción del paciente con la atención médica pueden proveer información de gran utilidad para poder entender o a predecir el comportamiento del paciente, esto permitirá no solo desarrollar una relación más estrecha con el paciente sino que también contribuirá a identificar, analizar y a evaluar los problemas o situaciones que generen insatisfacción del proceso de atención médica y a definir y promover las medidas preventivas y/o correctivas necesarias a fin de mejorar la calidad y eficacia con que se prestan los servicios.

Con esto se logrará incrementar además del mejoramiento de las condiciones de salud, la satisfacción del paciente y el reconocimiento y prestigio de la institución de salud, lo cual generará como resultado final que la mayor parte de los pobladores de la localidad de Presto recurran al servicio obteniendo con ello mayor éxito en la atención de su salud integral.

La mayoría de los estudios sobre satisfacción en los servicios de salud en diferentes países desde 1980 se han centrado en explicar la percepción de los pacientes sobre algunas características de los servicios y su relación con el profesional, sin embargo, un trabajo reciente sugiere que la satisfacción es el resultado de un complejo proceso en el que primero se deben observar los atributos de los servicios de salud, pero en segundo lugar es necesario estudiar cómo los diferentes grupos reaccionan frente a esos atributos. Así, el hecho de que se encuentren altas tasas de satisfacción, aún en grupos de pacientes que han tenido malas experiencias, puede explicarse porque los pacientes responden de acuerdo a lo que ellos piensan que los servicios “deberían” y “no deberían” cumplir (deber ser) y lo que puede o no ser responsabilidad de ellos (culpa), de manera que sus expectativas se modifican de acuerdo con una escala de valores que puede atenuar su visión crítica ante la atención recibida.

En el caso de la atención médica, se destaca el estudio clásico llevado a cabo en 1977 por la Universidad de Londres, mediante un cuestionario aplicado a las personas que recibieron tratamiento, en un programa, en el lapso de ese año y en el cual se exploraba la satisfacción con la duración de las citas, el tiempo de espera, la confianza en los operadores, así como sus conocimientos y opinión sobre en que momento conviene visitar al médico y porqué, además de indagar factores de riesgo percibidos por los mismos pacientes. Así como el realizado en 1980 en la Universidad de Massachussets donde encontraron que los pacientes estaban altamente satisfechos con el ambiente de la clínica; 90% reportaron un trato con cortesía, y 94% pensó que el esfuerzo fue hecho para que ellos sintieran menos ansiedad y más confortables. El 97% estuvo satisfecho con la explicación del examen y del tratamiento, 51% percibió la calidad del tratamiento como excelente, y 57% expreso estar muy satisfechos con el servicio, 33% satisfecho y 4% insatisfecho. Los pacientes manifestaron específicos aspectos negativos de la clínica como: el tiempo de espera para obtener una cita (36%), ser atendido una vez por semana (30%).

La evaluación de la satisfacción del usuario implica una forma diferente de observar la calidad asistencial no sólo en una forma cuantitativa y cualitativa, sino además expresa vivencias de hechos genuinos aquellas necesidades que se expresan y las que no se expresan pero se sienten y se obtiene de parte de los usuarios y de acuerdo a un cuestionario basado en el llamado paradigma de la desconfirmación escrito preestablecido, con el máximo de datos informativos referidos a la atención prestada por el equipo del laboratorio en las cuatro dimensiones de la calidad, con el fin de evaluar aspectos importantes como ser el bienestar del paciente, el trato percibido por el paciente, la organización del servicio, la información adecuada al paciente y la capacitación adecuada del personal para realizar su trabajo.

Los Estados Unidos tienen una tradición muy antigua de subrayar la calidad en la atención médica mediante intervenciones que, en algunas ocasiones, fueron sumamente drásticas.

En 1916, E.A. Codman, médico del Estado de Massachussets, estableció los principios sobre la importancia de la certificación del médico, acreditación de las instituciones y, lo que se convirtió en una realidad ya en 1918, el establecimiento del Programa Nacional de Normatización Hospitalaria de acuerdo con el cual, de un total de 692 hospitales solo fueron aprobados 90. (Graham, 1990).

En 1951, se creó la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales, de índole privada, que trataba en esa ocasión de introducir y subrayar en la cultura médico hospitalaria nacional conceptos sobre análisis retrospectivos de casos a través de las famosas auditorías médicas (1955).

En 1986, La comisión Conjunta lanza un nuevo proyecto denominado “Agenda forchange”, o “agenda para el cambio”, cuya meta fue desarrollar, hasta el año 2000, un proceso de monitoreo y evaluación de la calidad orientado a los resultados clínicos, con hincapié en el desempeño institucional y del equipo de salud, utilizando indicadores específicos, identificados por sociedades científicas o grupos de expertos.

Subrayan en la evaluación de eventos clínicos más comunes y en la evaluación clínica inicial, el uso inapropiado de exámenes diagnósticos con modalidades inadecuadas de tratamiento y de orientación después de darse de alta al paciente. Para que estos hospitales sean acreditados es indispensable monitorear continuamente estos compromisos para poder contribuir en la mejora de la calidad total de la atención médica.

Es evidente que los países latinoamericanos tienen un largo camino que recorrer en este sentido. Tal vez por una tradición que se remonta a la época colonial, nuestra cultura se forjó admitiendo que la legislación autoritaria de arriba abajo, puede ser un sustituto de una larga etapa de práctica social que debería preceder a las reglamentaciones gubernamentales.

En los Estados Unidos de América, al menos en una buena mayoría de sus hospitales, ya se superaron estas etapas de evaluación de la estructura (física, organizacional, cuadro de personal) y de proceso (evaluación de los historiales clínicos, manuales de rutinas operacionales, normas y procedimientos) y se concentran hoy en la identificación más exacta de los resultados, mediante los indicadores clínicos o gerenciales.

En La Paz, en 1999, el Ministerio de Salud conjuntamente con el Colegio Departamental de Bioquímica, elaboraron un documento que intentó identificar problemas de organización y evaluar la calidad del servicio. Sin embargo esta iniciativa carecía de elementos de proceso y resultado y no-tuvo mayores repercusiones.

En el 2002, el departamento de planificación de la Caja Nacional de Salud envía a los diferentes servicios un proyecto de manual de funciones con la finalidad de superar problemas en la organización del personal, este modelo de manual no fue aceptado en la mayoría de los prestadores de servicio debido a que su diseño estaba dirigido más a la organización en los servicios de medicina. De esta manera intentando fortalecer la calidad de los servicios en especial los del área rural se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál la calidad de la atención percibida por los usuarios externos en el Centro de salud Santiago de Presto en consulta externa de Octubre a Diciembre de la gestión 2014?

Esta pregunta intentara llenar los vacíos de conocimiento acerca de la satisfacción de los usuarios relacionado con las diferentes prestaciones que presenta el Centro de salud Santiago de Presto.

Gerencial y administrativamente se muestra escasa importancia que se brinda al proceso de identificación de debilidades y amenazas que actualmente poseen los diferentes servicios con la finalidad de mejorar las mismas dentro de un proceso de acreditación.

Si se considera una insatisfacción máxima o nivel de satisfacción mínimo, el usuario efectúa, una valoración negativa del servicio que puede dar lugar a un reclamo, que se debe considerar como una actitud positiva hacia el centro y, si puede no repetirá la experiencia.

Si nos referimos a los sistemas de información, se entiende por satisfacción de usuarios la medida en la que estos creen que el sistema de información cumple con sus requisitos informativos. La satisfacción es un resultado que el sistema desea alcanzar, y busca que dependa tanto del servicio prestado, como de los valores y expectativas del propio usuario, además de contemplarse otros factores, tales como el tiempo invertido, el dinero, si fuera el caso, el esfuerzo o sacrificio.

El presente trabajo se justifica por el aporte teórico práctico al análisis de la situación de salud de la localidad en aspectos referidos a la satisfacción siendo necesario que las jefaturas dispongan de información de la estructura, proceso y resultado para poder analizar aspectos referidos a los procedimientos administrativos, diagnósticos (en la fase pre-analítica, fase analítica y post-analítica), de procesos, uso de recursos y a la satisfacción del usuario interno y externo a través de encuestas que nos permita identificar

la adecuación de los servicios prestados a las expectativas que de ellos tengan los usuarios.

En razón que el desempeño sufre de múltiples limitaciones como ser: bajo nivel de calidad del servicio prestado, escasos recursos financieros lo que acarrea una creciente insatisfacción con los servicios recibidos.

Es necesario por lo anteriormente señalado y por la creciente competitividad tener un sistema de evaluación de estructura y procesos para garantizar una calidad óptima en la atención del servicio y para tener una herramienta útil en la búsqueda de soluciones más adecuadas a los problemas de salud dentro del Centro de salud Santiago de Presto.

Al igual que ocurre con otros elementos del sistema de calidad, el proceso de medición y mejoramiento de la satisfacción del cliente es cíclico y debe ser dinámico.

Debe establecer un sistema de comunicación con el cliente para poder interpretar sus señales sobre la calidad de los productos y servicios. El cliente habla con muchas voces (pueden ir desde gritos hasta susurros) y hay que saber interpretar estas manifestaciones.

El aumento de la satisfacción de nuestros usuarios mediante la mejora del servicio al cliente interno debe encararse como un proceso continuo y dinámico.

Con relación a la satisfacción del usuario interno, muchas veces la labor de los profesionales de la salud se ve recompensada cuando constatan directamente la curación o el alivio de un paciente. En los Hospitales o en los variados centros de salud pública esto no ocurre directamente; en numerosas ocasiones el personal desconoce si el fruto de su trabajo y el esfuerzo añadido que muchas veces ha puesto para que un ensayo urgente o un dato epidemiológico llegue a su destino, si lo ha hecho a tiempo, o si ha contribuido a la mejoría de la salud de un paciente concreto o de la población general en el caso de salud pública. Sería conveniente hacer un esfuerzo para implementar políticas que promovieran la retroalimentación de esta información.

La motivación del personal, como cliente interno, de todos los estamentos, es clave en las redes de salud pública. Un aliciente es el conocimiento de por qué y para qué se hacen las actuaciones, en qué contribuye su trabajo al bienestar de la población general, qué objetivos tienen determinadas políticas sanitarias. Y

ser conscientes de si una vez realizadas las tareas correspondientes de cada uno, esto ha llevado a conseguir los objetivos propuestos. En este sentido, sería altamente satisfactorio y causa de motivación que las Administraciones, en la esfera que corresponda, propongan mecanismos para mantener informado al personal de los objetivos trazados y del grado de cumplimiento de los mismos.

Además es muy importante la realización de las encuestas a los usuarios en el proceso de acreditación de los servicios de salud como parte de la calidad del servicio de salud

Satisfacción del Paciente

Al definir este término se puede mencionar que la satisfacción del usuario supone una valoración subjetiva del éxito alcanzado por el sistema de información, y puede servir como elemento sustitutivo de medidas más objetivas de eficacia que, a menudo, no están disponibles. Podemos considerar que la satisfacción es un indicador blando, con un marcado componente subjetivo, porque está enfocado más hacia las percepciones y actitudes que hacia criterios concretos y objetivos. En cierta manera, la satisfacción proporciona una valoración sobre la visión del sistema que tienen sus usuarios, más que sobre la calidad técnica de los mismos, y puede conducir a situaciones en las que, si un sistema de información es percibido por sus usuarios como malo, deficiente o insatisfactorio, constituirá para ellos un mal sistema de información. Por lo que la visión del usuario será determinante para el éxito o fracaso de un sistema de información.

Es indudable que el largo camino para la satisfacción de las necesidades humanas no es fácil, ya que no siempre se satisfacen, de hecho lo que se consigue la mayoría de las veces es la insatisfacción.

Asimismo, como sucede desde la prehistoria, la satisfacción de las necesidades ha puesto al hombre en el camino de su desarrollo como organismo viviente, ya que siempre se ha movido en busca de su satisfacción.

Una de esas necesidades ha evolucionado junto con el hombre hasta el presente: la necesidad de información que, aunque corresponde únicamente a uno de los tipos de necesidades que presenta el ser humano, se torna de vital importancia para la supervivencia y el desarrollo de la sociedad en el mundo actual.

De esta forma es, como Prasad menciona, que: "... el sujeto inicia el proceso de búsqueda de información para satisfacer sus necesidades, porque es a través del comportamiento informativo que el sujeto busca la satisfacción de sus necesidades de información...". Esta búsqueda es constante en nuestra sociedad y en las diversas comunidades de sujetos. Entonces el surgimiento de estas necesidades y su manifestación a través de un comportamiento informativo llevan al individuo a buscar satisfacción, esto constituye la tercera fase del fenómeno que se investiga.

Así es como la satisfacción de las necesidades de información puede ser la meta de los individuos que tienen esta necesidad. Con respecto al concepto de satisfacción, Verdugo señala que: "... es el hecho de dar solución a una duda o a una dificultad, aquietar y convencerse con una razón eficaz, la duda o la queja que se habían formulado...". En este contexto se entiende la satisfacción como la razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria. Nuestra sensación de estar satisfecho, la reducimos, por tanto, a lo que nos es grato, próspero o bien nos conduce a sentirnos complacidos o simplemente contentos. Sin embargo, esta concepción de satisfacción es muy limitada y carece del contexto teórico de las necesidades de información, ya que no se trata sólo de que el sujeto esté complacido o contento, sino de que responda a necesidades de información que se formaron a través de todo un proceso.

Aquí sería necesario tomar en cuenta lo que menciona el *Diccionario de psicología y psicoanálisis* acerca de la palabra satisfacción: "...Sensación de una persona que ha gratificado sus deseos...". Pero sobre todo la indicación respecto a que: "La palabra es difícil de definir sin incurrir en un círculo vicioso"¹

En el contexto bibliotecológico, y en concreto en el marco de la teoría de las necesidades de información, el término debe verse a partir de la explicación de lo que se entiende por necesidad de información.² De las carencias de conocimiento e información que tenía sobre un hecho, objeto o fenómeno y que fue lo que provocó una necesidad de información.

Para satisfacer las necesidades de información una persona debe presentar un comportamiento informa-

tivo, como por ejemplo: consultar a sus vecinos, ir a la biblioteca, dirigirse a un servicio de información o valerse de su experiencia.

Por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de información de la sociedad ha llevado a los sistemas nacionales de educación, archivos, museos, bibliotecas, radio, televisión y prensa, así como a los sistemas de comunicación especial, a brindar servicios para proveer de información a cada sector social que compone geográficamente una comunidad, estado o país.

Entonces, el sujeto espera sentirse satisfecho al tener cubiertas sus necesidades de información.

Esto lo logra obteniendo, por ejemplo, los documentos –satisfacción material– con la información que necesita; asimismo el individuo tendrá una satisfacción emocional que repercutirá en su comportamiento informativo posterior cuando presente otra nueva necesidad informativa al transcurrir el tiempo. De la misma manera, si no se obtiene satisfacción, lo emocional estará cargado de una serie de sentimientos en el sujeto, lo cual también afectará su comportamiento futuro con relación a las nuevas necesidades que tenga.

Visto así es posible establecer como fundamento que el sujeto es el único que puede determinar si está satisfecho en cuanto a sus necesidades de información.

En cuanto a las necesidades de información debe existir una satisfacción material, es decir, basada en los documentos que contengan la información que necesita el sujeto para que, posteriormente, el sujeto presente un estado de satisfacción emocional. Pero para alcanzar la satisfacción de las necesidades de información se tienen que tomar en cuenta varios factores que tienen un peso decisivo, en muchos de los casos, en diferentes comunidades de sujetos.

Son pocos los autores que han esbozado varios de estos factores entre los cuales se pueden mencionar algunos, como son:

- Con respecto a la información.

1. Disponibilidad.
2. Costo.
3. Calidad.
4. Accesibilidad.

¹ ", H.B. Englis y English A. Ch. *Diccionario de psicología y psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 977, p. 737

² Cfr. J. J. Calva G. *Las necesidades de información. Fundamentos teóricos y métodos*. México: UNAM, 2014

- Con respecto al usuario.

1. Madurez y experiencia del usuario en el uso de los recursos y fuentes informativos.
2. Especialización del usuario en el tema donde se enmarcan sus necesidades de información.
3. Conocimiento de las fuentes y recursos.
4. Idioma.
5. Impresiones subjetivas que posea el sujeto.

La satisfacción del paciente está considerada como un elemento deseable e importante de la actuación médica y, aunque intuitivamente el concepto es entendido por todos, no siempre existe acuerdo ni en lo que significa empíricamente ni en el significado de estas evaluaciones.

Inicialmente se identificó la satisfacción del paciente con la cantidad y calidad de la información que recibía del médico. Sin embargo, rápidamente se extendió la idea de que se trataba de un concepto multidimensional, proponiéndose diferentes dimensiones de la satisfacción.

Para Feletti, Firman y Sanson-Fisher serían 10 las dimensiones: competencia en el dominio físico, competencia en el dominio emocional, competencia en relaciones sociales, médico como modelo, cantidad de tiempo de consulta, continuidad de cuidados percibida, mutuo entendimiento en la relación médico-paciente, percepción del paciente de su individualidad, tipo y calidad de la información, y competencia en el examen físico del paciente. Estos tres autores llegaron empíricamente a la conclusión de que las dimensiones más importantes son: comunicación (claras explicaciones, confidencialidad en la conversación, que se escuche con interés); actitudes profesionales (no adoptar un rol dominante); competencia técnica (los conocimientos propios de su especialidad); clima de confianza (paciente capaz de discutir con el médico problemas personales); y percepción del paciente de su individualidad (respeto mutuo).

Desde otra perspectiva se ha intentado conceptualizar la satisfacción intentando explicar cómo realizan este tipo de evaluaciones los pacientes. Linder-Pelz revisó las principales teorías socio-psicológicas sobre satisfacción del consumidor para concluir que se trata de “una actitud positiva individual hacia las distintas dimensiones de los servicios de salud”. Esta autora recurriría a la teoría de la “desconfirmación de expectativas” como referente teórico para explicar cómo se produce la satisfacción, llegando a la conclusión de que la expectativa que el paciente posea sobre los

cuidados, personal o centro que le atiende es un elemento fundamental.

La satisfacción es un concepto multidimensional cuyos componentes varían en función del tipo de prestación de que se trate (hospital de agudos, consulta crónicos, urgencias, etc.), más directamente relacionada con el componente afectivo de la actitud hacia el sistema sanitario o cualquiera de sus unidades (consultas o profesionales) y que conceptualmente puede explicarse merced a la desconfirmación de expectativas, donde la diferencia entre expectativas y percepciones es el elemento clave.

Tradicionalmente se ha considerado que es más probable que un paciente satisfecho cumpla con las recomendaciones médicas, busque activamente ayuda médica y se ha considerado la comunicación con el paciente como el factor decisivo para asegurar la satisfacción. Del mismo modo, se ha considerado que la insatisfacción se relaciona con el coste de la atención sanitaria, la ineficacia del tratamiento, la ausencia de información comprensible, la falta de interés del profesional sobre el caso o la petición de un número excesivo de pruebas complementarias.

Las diferencias en la satisfacción se atribuyen a factores individuales en los pacientes, a sus diferentes actitudes hacia el sistema sanitario, a cómo se organiza el sistema sanitario y se proveen las atenciones médicas y a diferencias entre los proveedores. En tal sentido, se ha sugerido que, al menos en el caso de la atención que prestan los médicos de cabecera, más del 90% de la varianza de la medida de la satisfacción estriba en factores del propio paciente y el restante 10% en factores del médico.

Características del paciente

Los resultados cuando se ha intentado analizar si la edad, el nivel educativo o los ingresos económicos del paciente condicionan su nivel de satisfacción han sido contradictorios. Existe una ligera tendencia a encontrar una mayor satisfacción en pacientes de edad, y en personas de ingresos económicos medios y superiores, sin embargo resulta necesario ahondar más en estos aspectos.

En cambio, en lo que parece existir acuerdo es en que las mujeres suelen valorar en forma más positiva la atención médica que reciben, mostrándose sobre todo satisfechas con las características de entorno de los centros. La influencia de esta última variable, más centrada en las condiciones de hostelería y de restauración de los centros hospitalarios, merece una mayor atención por parte de los investigadores a fin

de determinar hasta qué punto influye en la valoración final del resultado de las intervenciones médicas.

En cuanto al propio estado de salud del paciente aunque la mayoría de los resultados de las investigaciones ponen el acento en que la percepción del paciente de su estatus de salud afecta directamente a su nivel de satisfacción, hay otros estudios que no han hallado esa relación con tanta claridad. De esta forma, se ha argumentado tanto que los pacientes crónicos podrían mostrarse insatisfechos con los cuidados recibidos dada su situación clínica como, también, que por sus particulares condiciones podrían apreciar mejor los cuidados que se le prestan. Lo que si parece suceder es que el nivel de satisfacción que relata el paciente se debe más a su estado de salud tras el tratamiento que a la mejoría que haya logrado con el mismo, y que la satisfacción previa del paciente es un buen predictor del nivel de calidad de vida que el paciente alcanza tras el tratamiento.

Cómo medir la Satisfacción del Paciente

Aunque estamos más familiarizados con las encuestas de satisfacción del paciente ésta evaluación se puede realizar de muy diferentes formas: buzón de sugerencias, o mediante el análisis de las reclamaciones; grupos focales, grupos nominales, u otras técnicas cualitativas; recurriendo a clientes “cebos” para identificar puntos conflictivos de la prestación; auditorías; o analizando las preferencias de los pacientes a la hora de elegir médico o centro sanitario.

En los últimos años se ha producido un incremento muy notable en el número de estudios que aplican técnicas de investigación cualitativa para analizar el punto de vista de los pacientes. Así, por ejemplo, se han realizado estudios para conocer el posible comportamiento de los pacientes ante diferentes decisiones; analizado los factores que provocan insatisfacción en el paciente con la Atención Primaria de salud; las opiniones de los pacientes sobre el trato y la competencia de los médicos; se han determinado prioridades asistenciales; se ha identificado la forma de hacer compatibles los procesos asistenciales con los deseos de los pacientes; o analizado la relación entre expectativas del paciente y su satisfacción.

La calidad en los servicios de salud

Uno de los modos de mejorar la calidad de los servicios de salud se da al atender las quejas o sugerencias expresadas por el usuario o su familia. El personal de salud debe considerar las circunstancias en que se produce la atención de los pacientes

comprendiendo la complejidad de muchas situaciones, lo que permitirá a las instituciones de salud y a su personal tener una actitud de mayor aceptación, ofrecer condiciones de accesibilidad, un ambiente cálido y saludable con una atención de mayor calidad técnica y humana favoreciendo al usuario.³

Sin embargo, la calidad depende tanto de las imprecisiones como del conocimiento de los usuarios ya que estos perciben cuales son los servicios que le brindan atención médica más favorable o más desfavorable aunque ellos tengan ciertos valores en cuanto al estado y el contenido de la comunicación con el medio y personal de salud.

Esto incluye también su percepción acerca del tiempo que se necesita para efectuar diagnóstico, administrar tratamiento y obtener un resultado favorable, influyendo además el nivel cultural, nivel de escolaridad entre otros, constituyéndose la calidad de la atención desde el punto de vista del paciente un componente necesario, aunque no es suficiente, ya que el paciente puede estar perfectamente satisfecho aunque no este recibiendo servicios de buena calidad, en relación con el diagnóstico y tratamiento.

La insatisfacción con la atención, la accesibilidad geográfica, el tiempo de espera, el coste de la atención, condiciones físicas del local, abastecimiento, calidad de personal, su experiencia y rotación del mismo, contribuye a la medición de la calidad de atención donde el grado de satisfacción del usuario es inversamente proporcional al tiempo de espera, tomando en cuenta que el tiempo va a estar en dependencia del problema presentado.

Se ha encontrado que los usuarios/as de servicios valoran la satisfacción basándose en criterios de tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuestas, seguridad y empatía. Para ello debe establecerse de manera sistematizadas estudios que evalúen la satisfacción del usuario y la prestación. Además garantizar el monitoreo de los factores carentes de insatisfacción en la población y aportar dentro de las políticas programas de mejora continua de la calidad.

Tomando en cuenta que la calidad de los servicios es una variable estratégica esencial y una fuente competitiva dentro del mercado ya sea privada o pública. El servicio en sí mismo es un valor y el personal surge como una herramienta primordial para lograr la satisfacción del usuario y obtener lealtad.

Se hace necesario conocer lo que piensa el usuario acerca del servicio prestado que permita a los admi-

3 www.Ub.es/biblio/bid/03rey2.htm 22/03/2002)

nistradores o gerentes de servicios tomar decisiones, que sostengan la calidad de los servicios para la elaboración de estrategias futuras y al mismo tiempo considerar las repercusiones de la mismas, en el bienestar de la salud del usuario en relación a las demandas de los servicios de salud²

Estudios en otros países reflejan que el gasto se relaciona con la satisfacción del usuario y que la decisión de buscar atención o no de un profesional de la salud se basa en diferentes factores: horario del servicio, tiempo o costo del viaje, tiempo de espera, disponibilidad de médicos, medicamento y trato personal.

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

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

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

Calidad en las instituciones de salud es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios con soluciones técnicamente óptimas.

El concepto de calidad es un término que se origina de la gerencia empresarial donde los productos son tangibles.

En el caso de las instituciones de salud su producto son servicios que tienen las características de ser intangibles y se pueden identificar dos tipos de calidad:

Calidad técnica: es la aplicación de la ciencia y tecnología médica de forma que maximice los beneficios de la salud, sin aumentar de forma proporcional los riesgos en la atención mediante el cual se espera poder proporcionar al usuario externo el máximo y más completo bienestar, logrando un equilibrio más favorable de riesgo y beneficio.⁴

4 Williams, Timothy et, al. Encuesta de satisfacción del cliente

La calidad sentida: es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios externos después de utilizar los servicios de calidad de la institución. Está en la subjetividad y debe ser explicada por ellos. Calidad es el cumplimiento de las normas técnicas y la satisfacción de las necesidades sentidas de los usuarios.

Relaciona la entrega amable y respetuosa de los servicios con un contenido técnico. Mejorar la calidad implica un proceso de búsqueda de los medios que modifiquen la calidad técnica sentidas de los usuarios.⁵

La OPS/OMS propone como definición de calidad de las instituciones:

- ▶ Alto grado de satisfacción por parte de los usuarios externos.
- ▶ Un mínimo de riesgo para los usuarios externos e internos.
- ▶ Alto nivel de excelencia profesional.
- ▶ Uso eficiente de los recursos de las instituciones.

La calidad: se define como el conjunto de propiedades y características de un producto apropiado para cumplir con la exigencia del mercado.

Políticas de calidad: Es el conjunto de directores y objetivos generales relativos a la calidad expresada formalmente, son principios generales que requieren la actuación de una organización.

La gestión de la calidad: es aquel aspecto de la función directiva que determina y aplica la política de calidad y comprende tres procesos: planificación, organización y control

- ▶ **La planificación de la calidad:** Constituye el proceso de definición de las políticas de la calidad, generación de los objetivos y establecimiento de estrategias para alcanzarlos.
- ▶ **La organización para la calidad:** Es el conjunto de estructura organizativa, procesos, recursos para gestionar la calidad y es la división de funciones, tareas y su coordinación.

para mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar. 2008

5 De Gortari. E. Calidad en los servicios de salud. ¿Qué hace el sector público y privado? Club mejora continua. México DF, México; 2010

- ▶ **Control de la calidad:** Abarca las técnicas y actividades de carácter operativo utilizado en la verificación del cumplimiento de los requisitos relativos a la calidad, es el proceso a través del cual se puede medir la calidad real, compararla con las normas y actuar sobre diferencia.

La mejora de la calidad: Supone la creación organizada de un cambio ventajoso, no sólo es eliminar los esporádicos de mala calidad de los objetos de control, sino un proceso planificado de búsqueda de perfeccionamiento.

Sistema de calidad: Es el conjunto de la estructuras de la organización, responsabilidad los procedimientos y los recursos disponible para llevar a cabo la gestión de calidad.⁶

La garantía de la calidad: Sistemas de aseguramiento de la calidad, un conjunto de acciones planificadas y sistematizadas por la empresa dirigidas a asegurar que la calidad producida satisfaga las necesidades del consumidor.

La calidad total: es el conjunto de principios de estrategias globales que intenta movilizar a todas las empresas con el fin de obtener una mejor satisfacción del usuario al menos costo posible. Evolución del ámbito de la función de la calidad:

La primera fase, es un principio que predomina el criterio de la calidad mínima, preocupados como estaban por producir lo máximo posible, no se practicaba el control de la calidad.

En una segunda fase se incorporó a la actividad industrial, el control de la calidad basado en las organizaciones científicas del trabajo, practicándose el control por la inspección al final del proceso productivo. Después se introdujo estadísticas del proceso y al mismo tiempo obtener datos de manera rigurosa, compararlos y analizarlos con el estándar establecido, estudiar diferencias halladas y establecer correcciones.

Posteriormente bajo el concepto de alta dirección se planteó el control de la calidad en todos los departamentos y no solo en la producción. Actualmente se habla de control de calidad en todas las empresas,

a este respecto la cuestión no solo es conseguir que todo los departamentos participen en el control, sino que todos en las empresas los realicen.⁷

Evolución del objeto de control de la calidad:

- ▶ Años 60, 100% del tiempo de los expertos en calidad se dedicaba a inspección y recepción y control del producto final.
- ▶ Años 70, se dedicó mayor atención al control de los procesos y garantizar los productos de la calidad “comenzó a ser preventivo”.
- ▶ Años 80, se aplica el control de calidad a sus orígenes, al diseño del producto como a la calidad en el diseño del proceso.
- ▶ Años 90, se presta atención a la calidad en las relaciones humanas, se presta atención al área de administración y de servicios y se propagan los círculos de calidad y la filosofía de la calidad total.

La calidad de un buen servicio se evalúa en dos dimensiones:

- ▶ Según los beneficios que aportan.
- ▶ Según los problemas que crea.

Calidad Total: se apoya en tres pilares

- ▶ Orientaciones al cliente externo.
- ▶ Liderazgo en costo de producción.
- ▶ Orientación al cliente interno.

M. Baint (1961), afirmaba que la relación establecida entre el profesional de la salud y el usuario es el fármaco más potente, precisamente por ello una relación disfuncional que puede actuar como un anti placebo tan poderoso que haga buscar la terapia más adecuada. “El análisis de la relación asistencial forma parte del abordaje integral del individuo”.

La evaluación de la satisfacción del cliente, como una medida de los resultados de la relación médico-paciente, depende siempre de la subjetividad de percepción, de los diferentes niveles educativos, sociales,

6 Pérez R. “Análisis de la satisfacción del usuario y de la productividad de un modelo de atención primaria con la participación de médicos y técnicos”. IN. Revista de Salud Pública México. México. DF. INSP. (Sept-Oct.1994), Vol. 36.No 5.

7 Ishikawa Kaoru Qué es el Control de la Calidad La Modalidad Japonesa La Habana, Cuba. Editorial Ciencias Sociales 2009

económica o lingüística que separan al profesional y a los propios centros de salud de sus usuarios.⁸

Algunas consideraciones a tomar en cuenta en la satisfacción del usuario son los siguientes:

Los derechos fundamentales del usuario

Los usuarios del sector salud, público y privado gozarán de los siguientes derechos:⁹

- ▶ Acceso a los servicios de salud garantizándolos conforme a la presente ley.
- ▶ Trato equitativo en las prestaciones y en especial la gratuidad de los servicios de salud públicos a la población vulnerable y son vulnerables todas aquellas personas que no dispone de recursos para satisfacer las necesidades mínimas para su desarrollo humano, y se incluyen los grupos especiales entre ellos el binomio madre – niño, personas de la tercera edad y discapacitados.
- ▶ Gratuidad de los servicios en el sector público, cuando el usuario forma parte de la población vulnerable, con prioridad en el área materno infantil.
- ▶ A ser informada de manera completa y continua, en términos razonables de comprensión y considerando el estado psíquico incluyendo el nombre facultativo, diagnóstico, pronóstico, y alternativa de tratamiento y ha recibir consejería por personal capacitado.
- ▶ Confidencialidad y sigilo de toda la información, su expediente y su instancia en la unidad de salud salvo en casos legales.
- ▶ Respeto a su persona, dignidad humana e intimidad sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, del sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical.
- ▶ A no ser objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o procedimientos diagnóstico, terapéutica y pronóstico.

- ▶ El usuario tiene derecho, frente a la obligación correspondiente del médico de asignar, que se le comunique todo aquello que sea necesario para el debido consentimiento.
- ▶ A efectuar reclamos y hacer sugerencias en los plazos previstos.
- ▶ A exigir que los servicios que se les prestan para la atención cumplan con los estándares de calidad tanto en los procedimientos como en la práctica.

Respeto y dignidad

Derecho a recibir un trato respetuoso en todo momento y bajo toda circunstancia como reconocimiento de su dignidad personal

Identidad

Derecho a saber la identidad y calificación personal de los individuos que les están ofreciendo servicios.

Seguridad personal

Derecho a esperar una seguridad razonable en las medidas que las intervenciones preventivas, curativas, de rehabilitación y las instalaciones del servicio lo permitan.

Comunicación

Derecho a que la comunicación en salud se realice en el idioma predominante de la comunidad.

Información

Derecho a obtener información completa y actualizada de las actividades de atención, promoción y prevención para así poder decidir sobre la participación voluntaria.

Consentimiento

Derecho a participar razonablemente informado en las decisiones relacionadas al cuidado de la salud

Ética médica, privacidad y confidencia en la atención:

Derecho a su privacidad personal y de información, tal como se manifiesta en los siguientes postulados:

- ▶ Derecho a rehusarse a hablar o a ver a alguien que no este oficialmente relacionado con la atención, aun personas que podrían

8 Gandhi M. Porque medir la calidad desde la perspectiva del cliente.2003;[4 páginas]. Disponible en: <http://www.icas.net/icasweb/paso2.1.html> Consultado mayo, 6 2004

9 Wayne, Daniel. Base para el análisis de las ciencias de la salud. 1,988, ed LIMUSA, pag 154 – 160

estar oficialmente relacionadas con la institución, pero no involucradas directamente en su examen y tratamiento, por ejemplo estudiantes de medicina.

- ▶ Derecho a esperar que toda atención o mención de su caso se realice discretamente, que sin su consentimiento no haya gente presente sino esta directamente involucrada en su atención.¹⁰
- ▶ Derecho a usar el vestido personal apropiado, objetos religiosos y simbólicos, sino interfieren con los procedimientos, pruebas diagnósticas o el tratamiento.
- ▶ Derecho a ser examinado en instalaciones diseñadas para asegurar el aislamiento visual y auditivo razonable. Incluye el derecho a pedir la presencia de una persona del mismo sexo, durante el examen, tratamiento o el procedimiento efectuado por un profesional del sexo opuesto; así como el derecho a permanecer desnudo solo el tiempo necesario para llevar a cabo el procedimiento.
- ▶ Derecho a que su expediente sea leído solo por aquellos directamente involucrados en su atención, o de supervisar la calidad de ésta. Otras personas podrán utilizarlo solo con su autorización por escrito, o la de su representante legal autorizado.
- ▶ Derecho a que toda comunicación y registros pertenecientes a su tratamiento, incluyendo facturas de pago, sean tratados confidencialmente.
- ▶ Derecho al acceso imparcial al tratamiento, sin considerar su edad, raza, creencia, sexo o identidad sexual y nacional.
- ▶ Derecho a rehusar tratamiento hasta donde se lo permita la ley. Cuando la denegación del tratamiento por el paciente, o su representante autorizado legalmente impida la prestación del tratamiento adecuado, se dará por concluida la relación con el paciente previo acuerdo.

La ausencia de la calidad origina un círculo vicioso del cual es muy difícil salir:

- ▶ Servicios de poca calidad causan insatisfacción de los usuarios.
- ▶ La insatisfacción de los usuarios ocasiona poca demanda de los servicios, que se expresa en bajo rendimiento institucional.
- ▶ El bajo rendimiento institucional significa baja cobertura y productividad de los programas.
- ▶ La baja cobertura y productividad de los programas inciden en el presupuesto de la institución. Si existe poca producción de servicios el presupuesto asignado también será reducido. En instituciones que tienen programas de recuperación de costos, la poca demanda ocasiona recuperación financiera insuficiente.
- ▶ La poca disponibilidad presupuestaria genera insuficientes suministros, problemas con el mantenimiento de los equipos y ausencia de un programa de estímulos a los trabajadores, causando desmotivación en el personal.
- ▶ Un personal desmotivado es poco cooperador, no se apropia de los objetivos de la institución, tiene problemas de actitud, no trabaja en equipo y todo se traduce en mala calidad de la atención.

La interrupción de este círculo se logra mejorando la capacidad gerencial y promoviendo un proceso de mejoría continua de calidad en la institución.

El hecho de que la población considere que la prestación de los servicios es de mala calidad y que no responde a sus necesidades, hace que cada vez menos personas recurran a los centros de salud o puestos de atención primaria.

Se debe promover la calidad de los servicios de salud para:

- ▶ Mejorar la eficiencia de los servicios en forma inmediata.
- ▶ Optimizar la utilización de los recursos existentes (costo – beneficio).
- ▶ Incrementar la eficiencia y efectividad de los servicios ofertados.

10 Otero JM. Avedis Donabidian y la calidad en la atención en salud.2003;[9 páginas]. Disponible en <http://www.gerenciassalud.com/art04.htm>

- ▶ Aumentar la utilización de los servicios.
- ▶ Satisfacer las necesidades sentidas de los usuarios internos y externos, asegurando que la organización proporcione al usuario lo que necesita y desea de la institución.
- ▶ Motivar al personal.
- ▶ Comités y círculos de calidad.
- ▶ Sistemas de monitorias.
- ▶ Aplicación de encuesta de opinión a proveedores y usuarios entre otros.
- ▶ Auditorias clínicas y legales.

Necesidades frente a la demanda.

- ▶ **Necesidad sentida:** Aparecen siempre que la persona desea asistencia sanitaria, responde a la percepción que la persona tiene sobre sus problemas de salud.
- ▶ **Necesidad expresada:** es la necesidad sentida convertida en demanda.
- ▶ **Necesidad comparativa:** es el caso que o un individuo con determinadas características de salud no recibe asistencia sanitaria, mientras que otros si la reciben.

Atributos determinantes de la calidad de la asistencia sanitaria

- ▶ Aspectos técnicos y científicos.
- ▶ Aspectos interpersonales el entorno.

Características específicas del diseño de los servicios
El tiempo se considera como una variable de la calidad de los servicios:

- ▶ Tiempo de acceso.
- ▶ Tiempo de espera.
- ▶ Tiempo de satisfacción.

Actualmente en instituciones públicas como privadas del sector salud, existe un creciente interés por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de atención para mejorarla, en los sistemas de salud se han desarrollado diversas acciones.¹¹

- ▶ Organizaciones de comités de mortalidad.
- ▶ Grupos de consensos encargados de evaluar la optimización de técnicas.

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.

Este método representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de calidad de los servicios y ofrece beneficios a costo relativamente bajos. Por ejemplos: es posible formular preguntas con el fin de llevar a cabo estudios de mercado acerca de innovaciones en los servicios de salud, identificar las quejas de los pacientes descontentos, minimizar los daños a la organización como es el caso de las demandas legales así como es posible documentar los diferentes niveles de desempeño laboral y facilitar la evaluación de tal forma que contribuya a la mejoría en la calidad de atención mediante establecimientos de estándares de desempeño, esto a pesar de existencias de dudas sobre los aspectos técnicos de la atención.

En las últimas décadas han involucionado los métodos para monitorizar, inspeccionar y evaluar la atención clínica. El enfoque cambió de la anatomía médica a la garantía de la calidad y de ahí al mejoramiento de calidad y la gerencia para la calidad total. El Doctor Donavedian dijo en su conferencia magistral para la garantía de la calidad "no implica recurrir a todos los elementos habidos para conseguirla, en el intento continuo para conseguir mejorar nuestro desempeño ya sea individual u organizacional". Considero que el mejoramiento del desempeño para mejorar la atención de la salud de los usuarios es algo por lo que se ha luchado durante mucho tiempo.¹²

La comisión conjunta para la acreditación de las organizaciones de atención a la salud (Joint Comisión on Accreditation of Health Care Organizations) lanzó

11 Varela A, García M .Gerencia en la calidad en el servicio de saluden: Manual de garantía de la calidad de atención primaria. Madrid, España; 1994.

12 Varela A, García M .Gerencia en la calidad en el servicio de saluden: Manual de garantía de la calidad de atención primaria. Madrid, España; 1994.

en 1,996 su agenda para el cambio, el esfuerzo de la comisión se centra en la transformación

Total del proceso de acreditación, en un sistema más actualizado y sofisticado orientado al desempeño. El Ministerio de Salud en el capítulo II de la ley general de salud en el artículo 125 habla sobre las habilitaciones a los establecimientos de salud, el cual es un proceso de evaluación único por medio del cual, el MINSA, autoriza el funcionamiento de un establecimiento de salud para iniciar o continuar una vez que cumplan con los estándares. En cuanto a las acreditaciones es un proceso voluntario de evaluación, válido por un período de tres años, por medio del cual se valora y reconoce que un establecimiento de salud cumplen con los estándares elaborados con la finalidad de garantizar la mejoría de la calidad de atención en salud.(21)

El problema de la calidad en la Salud.

Para los profesionales de la salud, el problema de la calidad se les plantea como una cuestión práctica. Desde este enfoque es necesario aclarar algunas implicancias teóricas, pero sólo lo necesario para ayudar a esa práctica.

Nuestras acciones de salud, sean de promoción, prevención o curación deben tener la más alta calidad. Esta exigencia es tan obvia en la labor cotidiana de los profesionales de la salud, que no requiere mayor argumentación. Cuando el profesional de la salud se dispone a aplicar la más alta calidad a sus acciones de salud, surgen ante él obstáculos inesperados entre ellos están:

- ▶ Necesidad de establecer que se puede entender por calidad
- ▶ Necesidad de delimitar el campo en el que estudiaremos la calidad, para no dispersarnos con problemas que no corresponden.
- ▶ ¿Cómo medir la calidad y así fijar estándares, apreciar tendencias y hacer comparaciones, etc.?
- ▶ ¿Cómo podremos controlarlo (control de la calidad), o asegurar que la calidad no decaiga (garantía de la calidad)?¹³.

Es importante mencionar que la mayoría de las veces que se realizan trabajos de calidad en salud, se presentan algunas dificultades debido a que no sean resueltos previamente las cuatros dificultades antes mencionadas. De hecho como SILAIS estamos interesados en que las unidades conozcan la importancia y necesidad de desarrollar un instrumento de medición de la calidad, que permita descubrir los puntos concretos de su trabajo donde la calidad sea mejorada. De la misma manera que la calidad global del centro y con el interés de sistematizarla mejorando cualitativamente el trabajo.

La calidad de un servicio se juzga como un todo, sin disociar sus componentes. Prevalece la impresión de un conjunto y no el éxito relativo de una u otra acción. En un servicio de salud, se consideran parámetros de calidad:

- ▶ Puntualidad
- ▶ Prontitud en la atención.
- ▶ Presentación del personal
- ▶ Cortesía, amabilidad, respeto.
- ▶ Trato humano.
- ▶ Agilidad para identificar el problema
- ▶ Efectividad en los procedimientos
- ▶ Comunicación con el usuario y la familia
- ▶ Interpretación adecuada del estado de ánimo de los usuarios
- ▶ Aceptación de sugerencias
- ▶ Capacidad profesional
- ▶ Ética
- ▶ Equidad
- ▶ Presentación física de las instalaciones
- ▶ Presentación adecuada de las instalaciones
- ▶ Presentación adecuada de los utensilios y elementos
- ▶ Educación continua a personal del servicio y a usuarios

Para mejorar y mantener la calidad de los productos o servicios, es necesario establecer un sistema de aseguramiento de calidad, como etapa fundamental en el avance hacia la calidad total. El mejoramiento de la calidad no depende exclusivamente de la voluntad y decisión de las personas, los recursos de todo orden juegan un papel fundamental. Esta mejoría se cons-

13 Varela A, García M .Gerencia en la calidad en el servicio de saluden: Manual de garantía de la calidad de atención primaria. Madrid, España; 2010

truye a base de la motivación y esfuerzo constante de todo el equipo humano. Para mejorar y mantener los productos o servicios es necesario establecer un sistema de aseguramiento de la calidad, como etapa inicial en el proceso de avances hacia la calidad total. Para llegar a la garantía de la calidad se necesita: Planeación de la calidad, Control de la calidad,

Aseguramiento de la calidad, Mejorar la calidad y Evaluación de la calidad.

El aseguramiento de la calidad, es el aval fundamentado en la aplicación del manual de integración de todas las normas, el esfuerzo coordinado del personal, cumplimiento de las políticas, utilización adecuada de todos los recursos y estrategias. Este depende de la participación de la gente, la única meta a largo plazo de una empresa es sobrevivir y para lograrlo el mecanismo posible es el mejoramiento continuo de la calidad.

La evaluación de la calidad mide no sólo el impacto si no el desenvolvimiento general del programa que comienza en la planeación.

Calidad abarca todas las cualidades con las que cuenta un producto y/o servicio para ser de utilidad a quien se sirva de él, es capacidad, es atender adecuadamente, es liderar el proceso, e interesarse por todo y por todos¹⁴.

Definición de Percepción.

De acuerdo al Diccionario Webster's la definición de 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 le proporciona es muy importante. Es la base para establecer la credibilidad en toda su organización.

Dimensiones de calidad

Atención de Calidad incluye diferentes dimensiones las cuales varían en importancia dependiendo del problema en estudio. La Garantía de Calidad puede mirar justo a cualquiera de las dimensiones o pueden mirar a todas ellas:

14 Donabedian A. Garantía y Monitoría de la calidad de la atención médica: un texto introductorio. Instituto nacional de salud pública. México. D.F. México;1999

Acceso a los servicios

Acceso Geográfico: Disponibilidad de transporte, distancia desde el hogar, tiempo de viaje a las instalaciones de salud. Acceso Económico: ¿Pueden los pacientes pagar por los servicios?

Acceso Organizacional: Horario de atención, tiempo de espera, recursos humanos. Acceso Lingüístico: ¿Puede el personal de salud comunicarse con la población indígena en sus idiomas? Acceso Físico: Instalaciones de salud apropiadas. 2. Aceptación Social (Sensibilidad). Respeto por los valores, creencias y actitudes de los usuarios. Ejemplo: Los servicios de planificación familiar pueden ser suministrados en forma antagónica con los patrones culturales. 3. Relacionado con necesidades. ¿Los servicios que se proveen reflejan las necesidades de los individuos y de la comunidad? 4. Efectividad. ¿Los servicios que se proveen (cuando se prestan correctamente) producen los resultados esperados? 5. Equidad. ¿Se proveen los servicios en forma equitativa y para aquellos que más lo necesitan? 6. Eficiencia. Logrando los mayores beneficios con los recursos disponibles y sin pérdida innecesaria de recursos.

Calidad vista desde diferentes perspectivas.

El significado de la atención de salud de Calidad depende de quienes están involucrados con el proceso: Las comunidades y pacientes, los profesionales que proveen los servicios y los administradores y gerentes que los supervisan. (Ovretveit J (1992)

El cliente

Es muy importante que los servicios de salud satisfagan las necesidades percibidas por los pacientes o por la población que potencialmente hará uso de los servicios. Satisfacer a los clientes además de completar el tratamiento y continuar usando los servicios. Aunque debe mencionarse que los pacientes no siempre conocen qué es lo mejor para ellos.

Calidad por parte del **cliente** = Qué esperan los clientes y la comunidad de los servicios de salud. El profesional de salud.

Profesionales como médicos, enfermeras, técnicos de laboratorio, farmacéuticos y otros esperan suministrar la mejor atención a través de sus habilidades y valores profesionales. Los servicios que ofrecen los profesionales pueden ser definidos mediante estándares profesionales. La Calidad profesional está basada en competencia técnica acerca de aspectos médicos en

los cuales los pacientes no están preparados o quizás demasiado enfermos para alcanzarlos. Es importante resaltar que algunas veces los profesionales no toman las mejores decisiones y pueden desperdiciar recursos que muchas veces podrían ser usados para tratar a otros pacientes.

Calidad **profesional** = Si los servicios satisfacen las necesidades que han sido definidas bajo estándares profesionales.

El gerente / administrador de salud.

Los gerentes deben proveer servicios que satisfacen las necesidades y demandas tanto de pacientes como de los profesionales. Ellos son responsables por la asignación de recursos, supervisión y la gerencia de recursos humanos, financieros y logísticos.

Calidad **gerencial** = el más eficiente y productivo uso de los recursos.

A través del trabajo en equipo los profesionales de salud pueden maximizar la calidad del servicio que se brinda a los clientes. La responsabilidad de la atención a los usuarios de los servicios depende de todos en el equipo.

Algunas escuelas prefieren hablar de clientes externos (los usuarios y la comunidad en general que puede utilizar los servicios) y de clientes internos (el equipo de salud técnico y gerencial). Aquí, utilizaremos el cliente para referirnos no sólo a los usuarios sino a la población que potencialmente puede llegar a recibir la atención en salud, pero en el futuro es muy importante considerar también clientes internos y sus necesidades.

Dimensiones de los sistemas de salud.

Atención de calidad está además relacionada con diferentes dimensiones de los sistemas de salud y puede ser medida en diferentes puntos del sistema. Este amplio y aceptado modelo de estructura, proceso y resultado ha guiado cuatro décadas de investigación internacional y de desarrollo de programas.

Medidas de estructura.

Son las características de los recursos en el sistema de salud. Ellas son esencialmente medidas de la capacidad que posee el proveedor para suministrar la atención de calidad. De este modo el sistema en el cual se brinda la atención, determina en gran medida los procesos para el personal de salud. Básicamente miden los bienes que se utilizan para producir y

proveer los servicios. Estos aspectos son bastante fáciles de medir pero no siempre dan información útil, solamente cuando se relacionan con el proceso y los resultados. La desventaja de usar la estructura como una medida de calidad es que la presencia de recursos en las instalaciones no garantiza necesariamente el acceso y el uso de los servicios. En este sentido esta es más una medida de "calidad potencial".

Medidas de estructura incluye el número de personal calificado, equipos de Rx en funcionamiento, instrumental, materiales.

Medidas de proceso.

La medición de los servicios que se dan es mucho más difícil de hacer, pero esta información es más útil pues nos dice que ha pasado con el cliente. Las medidas de proceso buscan información para identificar problemas que ocurran durante el suministro de la atención. Elementos en el suministro de la atención pueden ser evaluados contra criterios que reflejen estándares profesionales, y medidas orientados al paciente. La recolección de datos depende de contar con sistemas de monitoreo.

Medidas de resultado.

Esta es la parte final de la atención de salud, sus resultados y el nivel de salud. Incluye aspectos como rehabilitación de la parte estética y funcional, mortalidad, (exodoncia) satisfacción de los usuarios, cobertura, etc. Encontramos a este respecto, dos tipos de resultados: Inmediatos (sobre las personas que hacen uso de los servicios) y resultados en la comunidad (llamados también mediatos o de impacto). Es importante mencionar que además de la atención, muchos otros factores pueden influenciar los resultados, por lo tanto, si las medidas de resultados no se relacionan con el proceso, tiene poco significado.

De esta forma, medidas de estructura pueden ser definidas en términos de los recursos de la institución, las políticas y los sistemas gerenciales. Los procesos son medios por los cuales los recursos son convertidos en resultados inmediatos de la atención, y los resultados mediatos o de impacto son los resultados finales de la conjunción de varios procesos. Un aspecto importante para recordar es que debemos fijar la atención en las tres dimensiones y no solamente concentrarnos en un aspecto. Por ejemplo, si deseamos mejorar los resultados de salud, debemos entender el proceso y los recursos (estructura) que contribuyen a lograr los efectos.

De esta forma cuando se mira la calidad debemos recordar que:

- ▶ Calidad tiene diferentes dimensiones
- ▶ Calidad puede ser vista bajo diferentes perspectivas
- ▶ Podemos medir Calidad en diferentes puntos del sistema de salud

La tabla siguiente nos muestra cómo esas tres vías diferentes de enfocar la Calidad pueden ser combinadas.

Cuadro 1.

FORMAS DE CALIDAD DIMENSIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD			
DIMENSIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD (Ejemplo: Donabedian)	ESTRUCTURA <ul style="list-style-type: none"> • Políticas • Recursos • Organización • Sistemas Gerenciales 	PROCESO Suministro del servicio	RESULTADOS Efectos: Nivel de Salud
DIMENSIONES DE CALIDAD (Ejemplo: Maxwell)	<ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad • Disponibilidad • Buenas comodidades • Equidad • Sostenibilidad relacionada a necesidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Conveniencia • Aceptabilidad • Competencia técnica • Seguridad • Buenas relaciones interpersonales 	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura • Efectividad • Eficiencia • Impacto en Salud • Satisfacción de los usuarios
PERSPECTIVAS DE CALIDAD (Ejemplo: Ovretveit)	<ul style="list-style-type: none"> Calidad Calidad: del Cliente, del Profesional, del Gerente 		

El cuadro muestra en forma sinóptica el conjunto de factores y características necesarias para alcanzar la calidad en salud (los diferentes modelos). En otros términos, lo que deben tener los servicios de salud para obtener los resultados esperados por los proveedores y los clientes. De su análisis se desprende que el proceso de calidad es complejo y sujeto a decisiones no necesariamente objetivas y cuantificables.

Teoría jerárquica de necesidades.

Su creador fue **Abraham Maslow**. Este especialista formuló la hipótesis de que, dentro de todo ser humano existe una jerárquica de cinco necesidades. Que son:

- 1 **Necesidades fisiológicas:** alimentos, líquidos, refugio, satisfacción sexual, y otras exigencias corporales.
- 2 **Necesidades de seguridad:** seguridad y protección contra daños físicos y emocionales

- 3 **Necesidades sociales:** afecto, sensación de pertenecer, aceptación y amistad.
- 4 **Necesidades de estima:** factores internos de autoestima como, respeto propio, autonomía y logros, y factores externos de estimación, como status reconocimiento, y atención.
- 5 **Necesidades de autorrealización:** crecimiento, alcanzar el potencial de uno y la teoría dice, que, aunque ninguna necesidad queda satisfecha plenamente, una autosatisfacción; el impulso para llegar a ser lo que uno es capaz de ser, necesidad que se halla satisfecha en su mayor parte, ya no motiva. Si usted desea motivar a alguien, según Maslow, necesita comprender el punto en que se encuentra esa persona en la jerarquía, y enfocarse en la satisfacción de sus necesidades en ese nivel o en los superiores.

Maslow separó las cinco necesidades en niveles superiores e inferiores. Describió las necesidades **fisiológicas** y de **seguridad** como necesidades de **orden inferior**, y las necesidades **sociales**, de **aprecio** y **Autorrealización** como necesidades de **orden superior**. Se hizo la diferenciación entre los órdenes de acuerdo con la premisa de que las necesidades de orden superior quedan satisfechas en lo interno, mientras que las necesidades de orden inferior se satisfacen predominantemente desde el exterior.

De hecho a la conclusión a la que debe llegarse, según la clasificación de Maslow, es que, en tiempos de abundancia económica, casi todos los trabajadores con empleos permanentes tienen sus necesidades de orden inferior satisfechas en gran parte.

El nivel más bajo de esta jerarquía comprende las necesidades fisiológicas universales de alimentación, vestido y vivienda. El hombre tiende a concentrarse en la satisfacción de éstas antes de preocuparse de las de más alto nivel. Cuando las necesidades fisiológicas se hallan ampliamente satisfechas, las necesidades de seguridad empiezan a dominar la conducta del hombre y a motivarlo en esta dirección. Aunque al principio esta necesidad significó exención de daño físico, más recientemente los autores incluyen otras exenciones, como la de la pérdida del empleo o de ingresos, etc.

MATERIAL Y MÉTODOS

La investigación tiene un enfoque cuantitativo, **observacional, descriptivo, transversal**

La población está constituida por todos los usuarios externos del servicio de salud de la localidad de Presto en las consultas atendidas en consultorio externo en gestión 2014.

De acuerdo a los datos obtenidos del Centro de salud de Presto se toma en consideración a 70 pacientes que acuden al Centro de Salud Santiago de Presto de la localidad de Presto.

El tamaño de la muestra se refiere al número de elementos que se incluyen en el estudio, Siendo el total de 70 de acuerdo al número de atenciones promedio que alcanzaría 206 a 265 atendidos de acuerdo al número de encuestas que se indicó por el SEDES.

Se cuenta con una tabla dada por el Servicio Departamental de Salud Chuquisaca que ayudara a establecer la muestra, las cifras han sido calculadas en rangos tomando como referencia la muestra, el valor superior se sumaran todas las consultas externas realizadas en el Centro de Salud y esto se dividió entre 12 siendo el promedio 230 dando como muestra 70

Para aplicar la encuesta identificamos el nº de atenciones realizadas en 1 semana luego se dividió el nº de muestra identificada entre el número de usuarios que se espera recibir durante la semana

- ▶ Atenciones esperadas durante la semana 70
- ▶ Nº de muestra 70
- ▶ Dividida $70/70 = 1$

La técnica empleada para el proceso de selección de la muestra usando el muestreo simple aleatorio con fijación proporcional al tamaño de la muestra para garantizar la muestra representativa.

Para cuyo efecto se confeccionara un listado con todos los pacientes y al azar se realizará 70 encuestas que serán parte del estudio.

Los criterios de inclusión seleccionaron a usuarios de ambos sexos mayores de 15 años, residentes en el municipio de Presto en los dos últimos años y aquellos que deciden participar voluntariamente.

Para la recolección de la información para el presente estudio se empleará una fuente primaria, debido a que el investigador recogerá la información directamente de la persona que será encuesta.

El instrumento que se empleará para recoger la información corresponde a un Cuestionario, el mismo que

se estructura por temas y cuenta con pregunta en su mayoría cerradas y algunas semiabiertas.

Una vez recogida la información se revisara la misma a fin de excluir aquellos cuestionarios que no cuenten con información válida.

Posteriormente se elaborará una base de datos, en el programa Excel donde se vaciará los datos de cada encuesta

RESULTADOS

Este trabajo de investigación pudo encuestar a 70 usuarios de los consultorios externos del Centro de Salud Santiago de Presto teniendo una mayor participación de usuarios a partir de los 15 años hasta los 34 y en menor cantidad el resto de las edades.

Se observa que la población de usuarios del Centro de Salud Santiago de Presto en un 32,86% está comprendida entre 15 a 24 años de edad, mientras la población más baja es de 4,29% que corresponde a los usuarios de 55 a 64 años. Siendo los participantes más del sexo femenino (65,71%) que acuden a ese servicio de salud. Y más de las comunidades (92,86%).

El 15,71% de estos pacientes son analfabetos y el 32,88% alcanzó primaria y el 51,4% lograron cursar secundaria, ser bachiller, ser técnicos y llegar a la licenciatura.

La población de usuarios correspondiente al 77,14 % refiere asistir al Centro de Salud Santiago de Presto porque se encuentra más cerca de sus domicilios y solo 11 mencionaron que no hay otro servicio donde podrían ir.

Las consultas que se realizan son debidas a presentar enfermedades en su mayoría, y el control de su niño sano.

El estado de salud percibido por los usuarios va entre estar bien y tener un estado regular, solos 16 de ellos manifestaron haber acudido en malas condiciones al servicio.

De los 70 usuarios encuestados solo 27 estuvieron contentos con su atención porque les hablaron en su idioma.

PERCEPCION DEL USUARIO RESPECTO A LA ATENCION RECIBIDA

60 usuarios consideraron que su atención fue buena, 7 que fue excelente y 3 que estuvo regular. 61 de 70 usuarios le tienen confianza al personal médico.

Tabla 2. Concurrencia al establecimiento de salud por parte de los usuarios externos. Centro de salud Santiago de Presto en los meses de octubre a diciembre del 2014.

CONCURRENCIA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Nro.	%
Por primera vez	14	20
Siempre que se sienta mal	40	57
Para control médico	7	10
Por consejo familiares; amigos.	3	4.29
Por una emergencia	5	7.14
No sabe /no opina	1	1.43
TOTAL	70	100

Fuente: Cuestionario de Satisfacción del Usuario. MSD, Servicio de Salud Santiago de Presto. 2014.

El usuario externo indica que acude al establecimiento de salud "siempre que se siente mal o tenga alguna emergencia", lo hace en un 57%; el 20% tiene una asistencia al servicio por primer vez y solo un 10% para control médico.

B) CAPACIDAD DE RESPUESTA

Tabla 3. Revisión de salud completa al usuario externos. Centro de salud Santiago de Presto en los meses de octubre a diciembre del 2014.

REVISION DE SALUD COMPLETA LA PACIENTE	Nro.	%
Si	27	38,57%
No	5	7,14%
Parcialmente	25	35,71%
No sabe/no opina	13	18,57%
TOTAL	70	100%

Fuente: Cuestionario de Satisfacción del Usuario. Hospital de Presto. 2014.

Se observa que un 38,57% cumplió con sus expectativas durante el procedimiento recibido, sin embargo un 7,14% refiere no haber recibido una revisión completa.

Tabla 4. Explicación al usuario externo de forma sencilla sobre la atención de salud en el centro de salud Santiago de Presto en los meses de octubre a diciembre del 2014

EXPLICACION AL USUARIO EXTERNO DE FORMA SENCILLA	Nro	%
SI	61	87,14%
NO	0	0%
Parcialmente	2	2,86%
No sabe/no opina	7	10%
TOTAL	70	100%

Fuente: Fuente: Cuestionario de Satisfacción del Usuario. Hospital de Presto. 2014.

Como resultado tenemos que un 87.14% de los usuarios recibieron información acerca del procedimiento en forma sencilla.

Tabla 5. Comprensión de la receta médica por el usuario externo. Centro de salud Santiago de Presto en los meses de octubre a diciembre del 2014.

COMPRESION DE LA RECETA MEDICA POR PARTE DEL USUARIO	Nro.	%
Si	50	71,43%
No	1	1,43%
Parcialmente	6	8,57%
No le dieron receta	5	7,14%
No sabe/opina	8	11,43%
Total	70	100%

Fuente: Cuestionario de Satisfacción del Usuario. Hospital de Presto. 2014.

El 71,43% de los usuarios indican comprender la receta médica, sin embargo el 1,43% no comprenden lo que les recetaron.

Tabla 6. Orientación sobre el tratamiento y cuidados a seguir en casa por el usuario. Centro de salud Santiago de Presto en los meses de octubre a diciembre del 2014.

ORIENTACION SOBRE EL TRATAMIENTO Y CUIDADOS A SEGUIR	Nro.	%
Si	57	81,46%
No	1	1,43%
Parcialmente	4	5,71%
No sabe/no opina	8	11,43%
TOTAL	70	100%

Fuente: Cuestionario de Satisfacción del Usuario. Hospital de Presto. 2014.

Un 81,43% de los pacientes que acuden a recibir atención manifestaron que recibieron información sobre los cuidados que deben de tener en cuenta, mientras que un 1,43% indican lo contrario.

C) ACCESIBILIDAD

Tabla 7. Accesibilidad económica por parte del usuario en la atención de salud en el centro Santiago de Presto en los meses de octubre a diciembre del 2014.

ACCESIBILIDAD ECONOMIA A LA ATENCION DE SALUD	Nro.	%
Adecuado	70	100%
Excesivo	0	0%
Bajo	0	0%
Otros	0	0%
TOTAL	70	100%

Fuente: Cuestionario de Satisfacción del Usuario. Hospital de Presto. 2014.

Se muestra la adecuada accesibilidad económica a la atención en salud traducida en un 100% según respuestas de los usuarios.

Tabla 8. Respeto a las creencias con relación a la salud del usuario en la atención de salud. Centro santiago de presto en los meses de octubre a diciembre del 2014

RESPECTO A LAS CREECIAS CON RELACION A LA SALUD	Nro	%
Si	40	57,14%
No	0	0%
No sabe/no opina	30	42,86%
TOTAL	70	100%

Fuente: Cuestionario de Satisfacción del Usuario. Hospital de Presto. 2014.

Del total de encuestados el 57,14% respondió que si se respetó sus creencias, pero con un 42,86% no saben si se respeta sus creencias.

Tabla 9. Horario de atención al usuario externo en la atención de salud en el centro Santiago de Presto en los meses de octubre a diciembre del 2014

HORARIO DE ATENCION	Nro.	%
Si	62	88,57%
No	0	0%
No sabe/no opina	8	11,43%
TOTAL	70	100%

Fuente: Cuestionario de Satisfacción del Usuario. Hospital de Presto. 2014.

Del total de encuestados un 88,57% responden que el horario de atención es adecuado y un 11,43 % ignoran o no dan importancia al horario de atención.

Tabla 10. Indicación de retorno para control posterior a usuarios en la atención de salud en el centro Santiago de Presto en los meses de octubre a diciembre del 2014

INDICACION DE RETORNO PARA CONTROL A USUARIOS	Nro	%
Si	55	78,57%
No	7	10%
No sabe/no opina	8	11,43%
TOTAL	70	100%

Fuente: Cuestionario de Satisfacción del Usuario. Hospital de Presto. 2014.

El 78,57% de los usuarios mencionaron recibir indicación para retornar a su siguiente control, el 10% de la población menciona no haber recibido esta indicación y un 11,43% no recuerda.

D) OPORTUNIDAD

Tabla 11. Tiempo de espera de usuarios para la atención de salud en el centro Santiago de Presto en los meses de octubre a diciembre del 2014

TIEMPO DE ESPERA	Nro.	%
Muy largo	6	8,57%
Razonable	33	47,14%
Corto	23	32,86%
No sabe/no opina	8	11,43%
TOTAL	70	100%

Fuente: Cuestionario de Satisfacción del Usuario. Hospital de Presto. 2014.

El 47% de los pacientes encuestados mencionaron que el tiempo de espera era razonable, el 32,86% dijeron que era corto y solo un 8% se refirieron a que fue muy largo.

Tabla 12. Obtención de medicamentos en la farmacia por parte de usuarios. Centro Santiago de Presto de los meses de octubre a diciembre del 2014

OBTENCION DE MEDICAMENTOS	Nro.	%
Consigue medicamentos en la farmacia del establecimiento	60	85,71%
No hay medicamentos en la farmacia del establecimiento	0	0%
Consigue medicamentos en otra farmacia fuera del establecimiento.	3	4,29%
No sabe/no opina	7	10,00%
TOTAL	70	100%

Fuente: Cuestionario de Satisfacción del Usuario. Hospital de Presto. 2014.

El 85,71% de la población de usuarios indica que consigue los medicamentos en el establecimiento de salud, mientras que el 4,29 % indica hallarlos en otras farmacias.

Tabla 13. Aceptación del medicamento por parte del usuario en la atención de salud en el centro Santiago de Presto en los meses de octubre a diciembre del 2014.

ACEPTACION DEL MEDICAMENTO	Nro.	%
Si	47	67,14%
No	1	1,43%
No sabe /no opina	22	31,43%
TOTAL	70	100%

Fuente: Cuestionario de Satisfacción del Usuario. Hospital de Presto. 2014.

El 67,14 % se hallan satisfechos con la medicación otorgada, el 1,43% de los usuarios no se siente conforme.

E) TANGIBILIDAD

Tabla 14. Comodidad de los ambientes del establecimiento para el usuario en la atención de Salud en el centro Santiago de Presto en los meses de octubre a diciembre del 2014

COMODIDAD DE LOS AMBIENTES	Nro.	%
Si	61	87,14%
No	1	1,88%
No sabe/no opina	7	10,00%
TOTAL	70	100%

Fuente: Cuestionario de Satisfacción del Usuario. Hospital de Presto. 2014.

De los usuarios externos encuestados el 87,14 % se muestran satisfechos con los ambientes de la institución, mientras que el 1,43% muestran insatisfacción por los mismos.

Tabla 15. Higiene del establecimiento. Centro Santiago de Presto en los meses de octubre a diciembre del 2014

HIGIENE DEL ESTABLECIMIENTO	Nro.		TOTAL Nro.	%		TOTAL %
	LIMPIO	SUCIO		LIMPIO	SUCIO	
Sala de espera	65	1	66	98.48%	1.52%	100%
Baños	60	1	61	98.36%	1.64%	100%
Consultorios	66	0	66	100%	0%	100%
Enfermería	64	0	64	100%	0%	100%
Sala de internación	7	0	7	100%	0%	100%
Sala de partos	5	1	6	83.33%	16.67%	100%
Otros ambientes	3	0	3	100%	0%	100%

Fuente: Cuestionario de Satisfacción del Usuario. Hospital de Presto. 2014.

De un 98 a un 100% de los pacientes encuestados manifiestan conformidad con la limpieza de la institución.

F) SEGURIDAD

Tabla 16. Respeto por la privacidad de los usuarios en la atención de salud. Centro Santiago de Presto en los meses de octubre a diciembre del 2014

PRIVACIDAD DE LOS USUARIOS	Nro.	%
Si	61	87,14%
No	0	0%
No sabe/no opina	9	12.86%
TOTAL	70	100%

Fuente: Cuestionario de Satisfacción del Usuario. Hospital de Presto. 2014.

Del total de los usuarios externos encuestados el 87,14% respondió que si se respetó su privacidad, por lo que se hallan satisfechos.

Tabla 17. Identificación del personal de salud por parte de los usuarios. Centro santiago de presto en los meses de octubre a diciembre del 2014

CONOCE AL PERSONAL	Nro.	%
SI	13	18,57%
NO	45	64,29%
No sabe/no opina	12	17,14%
TOTAL	70	100

Fuente: Cuestionario de Satisfacción del Usuario. Hospital de Presto. 2014.

El 64,29 % de los usuarios indica no conocer al personal de salud de acuerdo al cargo que ocupa, mientras que esto no sucede con el restante 18,57 %

G) SATISFACCION GLOBAL

Tabla 18. Resolución del problema de salud de los usuarios en la atención de salud. Centro Santiago de Presto en los meses de octubre a diciembre del 2014

RESOLUCION DEL PROBLEMA DE SALUD	Nro.	%
SI	50	71,43%
NO	2	2,86%
No sabe/no opina	18	25,71%
TOTAL	70	100%

Fuente: Cuestionario de Satisfacción del Usuario. Hospital de Presto. 2014.

El 71,43% de los pacientes indican que se resolvió su problema de salud y un 2,86 % al contrario.

Tabla 19. Satisfacción del usuario por la atención recibida en la atención de salud. Centro Santiago de Presto en los meses de octubre a diciembre del 2014

SATISFACCION DEL USUARIO	Nro.	%
SI	61	87,14%
NO	0	0%
No sabe/no opina	9	12,86%
TOTAL	70	100%

Fuente: Cuestionario de Satisfacción del Usuario. Hospital de Presto. 2014.

Del total de pacientes que acuden al centro de salud el 87,14 % están satisfechos con la atención recibida.

Tabla 20. Retorno al establecimiento por parte del usuario para la atención de salud. Centro Santiago de Presto en los meses de octubre a diciembre del 2014

RETORNO AL ESTABLECIMIENTO	Nro.	%
SI	63	90%
NO	0	0%
No sabe/no opina	7	10,0%
TOTAL	70	100%

Fuente: Cuestionario de Satisfacción del Usuario. Hospital de Presto. 2014.

Los usuarios externos indican que retornaran al establecimiento de salud en un 90%, mientras el restante 10,0 % dice no saber si lo hará nuevamente.

H) SUGERENCIAS DE MEJORA

Tabla 21. Sugerencias del usuario para mejorar la atención de salud. Centro Santiago de Presto en los meses de octubre a diciembre del 2014

MEJORIAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Nro.	%
Dar mejor información a las personas	0	0 %
Mas interés por el paciente	1	1,43%
Mejorar el trato que brinda el personal	1	1,43%
Tener medicamentos en el establecimiento de salud.	5	7,14%
Menor tiempo de espera	2	2,86%
Horario de la atención	1	1,43%
Limpieza e higiene de las instalaciones	0	0 %
Ampliar la sala de espera	4	5,71%
Atención más rápida	3	4,29%
Mas médicos y enfermeras	4	5,71%
Más espacios en los consultorios	5	7,25%
Dar mejor información a la personas	0	0%
Todo debe mejorar	1	1,43%
Nada todo está bien	50	71,43%
Otros	1	1,43%
Total	70	100%

Fuente: Cuestionario de Satisfacción del Usuario. Hospital de Presto. 2014.

De los usuarios externos encuestados el 71,43 % indican que todo está bien en el hospital y se debe mantener así.

DISCUSIÓN

Los datos demográficos nos muestran que las mujeres son las que más acuden a los servicios de salud y en este municipio y servicio no es la excepción, son pacientes más jóvenes los que acuden, pero el nivel de educación recibido esta más en secundaria y primaria.

Estos pacientes manifiestan acudir al servicio de salud debido a que es el único que se encuentra cercano a sus comunidades y asisten solo cuando se encuentran en malas condiciones.

Una de las conclusiones que es de relevar es la referida a que solo 27 de los 70 están satisfechos porque su atención la recibieron en su idioma, y esto debe resaltar debido que los servicios de acuerdo a la Ley de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural ya debía haber sido trabajada de manera más precisa.

Percepción de la atención recibida por parte de los usuarios a este servicio de salud muestra porcentajes por encima de los 50% de satisfacción, pese a asistir en condiciones malas al servicio si se encuentran satisfechos por el trato.

La accesibilidad económica no ha tenido trascendencia, consideran los pacientes haber recibido respeto a sus creencias en más de la mitad de ellos, pero aquí debemos trabajar dándole funcionalidad a los servicios SAFCI de acuerdo a la ley para que todos los usuarios se encuentren satisfechos. Los horarios, la explicación de la importancia de los controles, también han sido asumidos de una manera adecuada por los pacientes.

El tiempo de espera de los pacientes en este servicio de salud ha sido considerado como razonable, aceptan mejor la utilización de los medicamentos debido a que también los servicios de farmacia han mejorado.

Se sienten más cómodos con la infraestructura y la limpieza de los servicios a los que acuden y solo recomiendan mantenerlos de esa manera, labor que no solo es de responsabilidad del personal de salud sino también de los pobladores y de los que acuden a los mismos.

Manifiestan en casi un 90% que se respetan sus derechos a la privacidad, pero lo que llama la atención es que el personal de salud no es conocido por su nombre y por sus cargos, siendo este un elemento indispensable en la confiabilidad del servicio.

La satisfacción del usuario frente a este servicio de salud se encuentra en un 87% de que si son aceptados, pero un 13% no debe ser dejado de lado se debe seguir indagando y complementando aquellos elementos que están haciendo falta, quizá la estrategia se deba a que se tiene que informar sobre todos los procedimientos a los pacientes en su idioma, profundizar en respetar sus creencias y costumbres, identificar mejor al personal de salud y haciendo que los servicios de los diferentes niveles de atención al-

cancen ser de acuerdo a la Ley de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural.

Cada vez más debemos trabajar en las encuestas de satisfacción pero haciéndolas más objetivas y mejorando los instrumentos apoyados en los diferentes autores que se preocupan por la problemática de los pacientes dentro de la Salud Pública.

Sera importante también desarrollar acciones para **mejora de la calidad** de la atención en salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de acciones como el trabajo en equipo en el Centro de Salud Santiago de Presto.

Se recomienda tener un proceso empático (ponerse en la situación del Otro) a fin de lograr la satisfacción del usuario, tomando en cuenta que todos los servicios debieran estar orientados a brindar confort, satisfacción, resolución oportuna de sus problemas e salud que es un proceso de fundamental importancia como una medida de la calidad de atención, porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Liu G, Franssen E, Fitch M, Warner E. La atención de pacientes clínico. *Journal of Clinical Oncology* 1997;15:110-115.
- 2 Candlish P, Watts P, Redman S, Whyte P, Lowe J. Pacientes de edad avanzada con insuficiencia cardíaca: un estudio sobre la satisfacción con la atención recibida y con la calidad de vida. *Revista de Calidad Asistencial* 1998;13:408-412.
- 3 Loeken K, Steine S, Sandvik, Laerum E. Instrumentos de Medición de la calidad . *Medical care* 1997;35:731-741.
- 4 McKinley RK, Manku-Scott T, Hastings AM, French DP, Baker R. Grado de satisfacción del paciente en el Reino. *BMJ* 1997;314:193-198.
- 5 Sáinz A, Martínez B, Quintana O, Fernández A, Ferreira A, Nartín D, Suárez T, Martín T. Consentimiento informado y satisfacción de los pacientes: resultados de una encuesta telefónica realizada a pacientes de 5 hospitales del Insalud. *Revista de Calidad Asistencial* 1997;12:100-106.
- 6 Rosenthal GE, Shannon SE. Evaluacion del Sistema de calidad de atención. *Medical care* 1997;35:NS58-68.
- 7 Saturno PJ, Sánchez JA. El informe del usuario. En: J Saturno, JJ Gascón, P Parra(Eds.)

- Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Tomo I. Du Pont Pharma, Madrid 1997.
- 8 Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS: uncuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva* 1998;IV;12-18.
- 9 Van Campen C, Sixma HJ, Kerssens JJ, Peters L, Rasker JJ. Accesibilidad en la atención de salud.
- 10 Plan de Desarrollo Municipal Presto 2012
- 11 Informes mensuales de la producción de Servicios, SNIS, Presto 2014