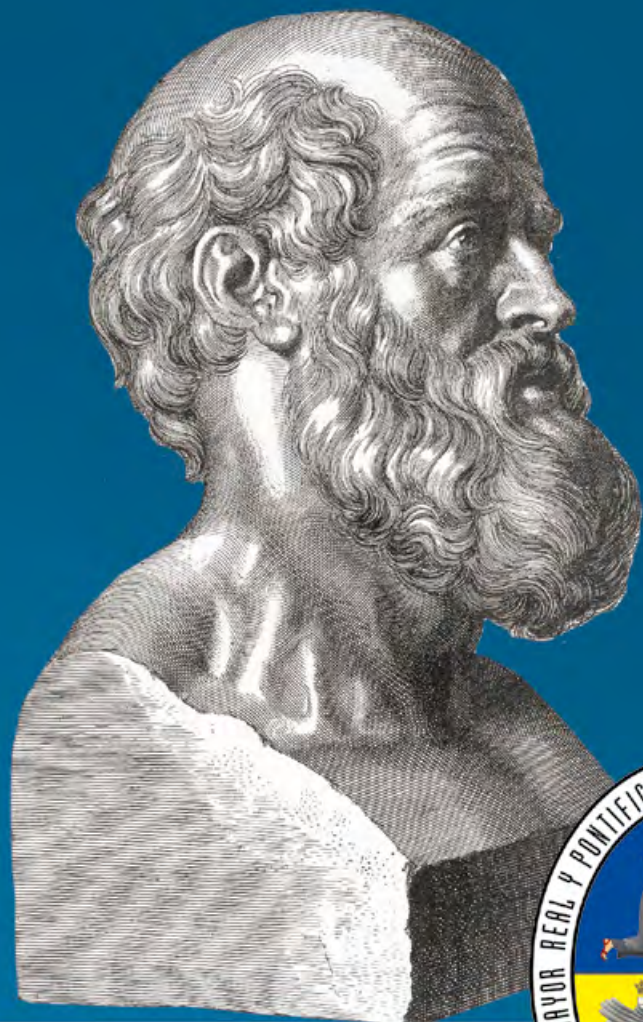


ISSN 0004 – 0525

Archivos Bolivianos de Medicina

Vol. 23 - Nº 91 - Enero - Junio, 2015
Semestral - Páginas Nº 84



Revista Oficial de la Facultad de Medicina de la
Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca



INFORMACIÓN PARA LOS LECTORES

“Archivos Bolivianos de Medicina” es una revista técnica formativa cuyo propósito es fomentar y difundir la investigación científica y la actividad académica actualizada en el área de la salud, a través de un marco teórico estructurado, con diseño práctico, siendo un nexo de comunicación, punto de intercambio de ideas, experiencias y vehículo de formación continua de la Facultad de Medicina y otras instituciones del área.

Se publica semestralmente como Revista Oficial de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca, ofertando a sus lectores artículos originales, reportes clínicos y/o contribuciones en cualquier especialidad médica, odontológicas, bioquímica-farmacéutica y otras áreas de la salud, nacionales o extranjeras.

La reproducción parcial o total y/o el uso no autorizado del contenido de la revista está prohibida sin previo escrito de autorización de los autores.

Los editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los trabajos científicos.

La correspondencia debe dirigirse a “Archivos Bolivianos de Medicina”. Centro de Información Bibliográfica. Facultad de Medicina. Calle Colón final. 1º Piso. Casilla 385. Sucre-Bolivia.

SISTEMA DE ARBITRAJE

El sistema de arbitraje, es un proceso que se realiza por dos árbitros y a doble ciego para su aprobación, a quienes se envían los artículos y posteriormente dictaminan de acuerdo al instrumento diseñado para la evaluación. Si el dictamen es de aprobación se procede a la publicación del artículo, en caso que uno de los dictámenes fuese negativo y no se aceptase su publicación se procederá a la elección de un tercer árbitro cuyo dictamen será de desempate.

Los árbitros son investigadores activos que colaboran de forma desinteresada en esta etapa esencial de evaluación y que hacen que la literatura especializada represente un real aporte al desarrollo de la ciencia, éstos son de elección directa y está a cargo del Director y Editores de la Revista “Archivos Bolivianos de Medicina”.

EVALUADORES EXTERNOS

Son investigadores de trayectoria nacional o internacional que colaboran de manera desinteresada en la evaluación específica de artículos y en general de la estructura de la revista que hacen que la literatura especializada represente un real aporte al desarrollo de la ciencia y verifiquen la calidad de la revista, éstos son de elección directa del Director y Editores de la revista “Archivos Bolivianos de Medicina”.

Desde la presente edición, la publicación de la revista “Archivos Bolivianos de Medicina” será semestral.

ARCHIVOS BOLIVIANOS DE MEDICINA

Vol. 23 · nº 91 · Enero – Junio 2015

ISSN 0004-0525

D.L.Ch Nº 24-86

Revista oficial de la Facultad de Medicina

Calle Colón final, casilla correo 385.

Sucre-Bolivia

Fundada en 1943.

DIRECTOR

Arteaga Vera Fulvio Antonio Máximo

Especialista en Salud Pública. MSc. Salud Pública.

Candidato PhD en Salud Pública.

Diplomado Educación Superior.

Experto en Auditoría Médica.

Consultor en Proyectos en Salud.

Docente Titular de Salud Pública.

Facultad de Medicina. Universidad San Francisco

Xavier de Chuquisaca.

EDITORES:

Beltrán Sánchez Enver Raúl.

Magister en Salud Pública. Diplomado en Educación

Superior. Diplomado en Fisiología. Diplomado en

Administración de Hospitales. Diplomado en Elaboración

de Proyectos en Salud. Docente Titular Fisiología.

Facultad de Medicina Universidad San Francisco Xavier de

Chuquisaca.

Mendivil Salgueiro Denahir Amir.

MD. Sociólogo. Magister en Salud Pública. Magister en

Educación Superior. Docente Titular Medicina Social.

Facultad de Medicina. Universidad San Francisco Xavier

de Chuquisaca.

COMITÉ EDITORIAL:

Araujo Ríos Raúl.

M.Sc. Educación Superior. MD. Cardiología. Docente

Titular Cardiología. Facultad Medicina. Universidad San

Francisco Xavier Chuquisaca.

Brun Candia Omar.

Ph.D. Salud Pública. Docente Titular de Medicina Social.

Facultad de Medicina. Universidad San Francisco Xavier

Chuquisaca.

Camargo Arízaga Fernando.

M.Sc. Educación Superior. Facultad Odontología.

Universidad San Francisco Xavier.



Chavarría Ruiz José Luis.

MD. Pediatría. Docente Titular Pediatría. Facultad

Medicina. Universidad San Francisco Xavier Chuquisaca.

Cortez Arancibia María Virginia

Especialista en Nefrología y Medio Interno. M. Sc

Educación Superior. Docente Titular Nefrología Facultad

de Medicina. Fundadora Unidad de Diálisis y Servicio de

Nefrología Hospital Santa Bárbara.

Cueto Acebedo Oscar.

M.Sc. Educación Superior. MD. Traumatología. Docente

Titular Traumatología y Anatomía. Facultad Medicina.

Universidad San Francisco Xavier Chuquisaca.

Durán Zaconeta Mariel.

MD. Legal. Docente Titular Medicina Legal. Facultad

Medicina. Universidad San Francisco Xavier Chuquisaca.

Guerra Paniagua Carmen.

MD. Ginecología-Obstetricia. Docente Titular Ginecología-

Obstetricia. Facultad Medicina. Universidad San Francisco

Xavier Chuquisaca.

Guerra Paniagua Freddy.

MD. Oftalmólogo. Docente Titular Oftalmología. Facultad

Medicina. Universidad San Francisco Xavier Chuquisaca.

Herrera Velasco Blanca

MD. Reumatóloga. Docente Titular Bacteriología. Facultad

Medicina. Universidad San Francisco Xavier Chuquisaca.

Ledezma Miranda Pedro.

M.Sc. Educación Superior. Facultad de Medicina. Docente

Titular Anatomía Humana. Universidad San Francisco

Xavier Chuquisaca.

López Paravicini María Eugenia.

MD. Psiquiatra. M.Sc. Educación Superior. M.Sc. Salud

Mental y Comunitaria. Aspirante PhD. en Salud Mental.

Docente Titular Salud Mental. Facultad Medicina.

Universidad San Francisco Xavier Chuquisaca.

Mezza Barahona Jhonny.
M.Sc. Educación Superior. Facultad Odontología.
Universidad San Francisco Xavier Chuquisaca.

Michel Espinoza Arturo.
MD. Internista. Docente Titular Fisiología. Facultad
Medicina. Universidad San Francisco Xavier Chuquisaca.

Mojica Sandi Marycruz.
M.Sc. Educación Superior. Carrera Bioquímica.
Universidad San Francisco Xavier Chuquisaca.

Paredes Avilés Julia Riosed.
M.Sc. Educación Superior. Carrera Enfermería.
Universidad San Francisco Xavier Chuquisaca.

Peredo Linares Gustavo.
MD. Hematólogo. Docente Titular Hematología. Facultad
Medicina. Universidad San Francisco Xavier Chuquisaca.

Ramallo Jadue Fabiola.
MD. Dermatología. Docente Titular Dermatología. Facultad
Medicina. Universidad San Francisco Xavier Chuquisaca.

Ramírez Muñoz Franz.
MD. Neurólogo. Neurocirujano. Docente Titular Neurología.
Facultad Medicina. Universidad San Francisco Xavier
Chuquisaca.

Rojas Cueto Benigno.
MD. Cirujano. Docente Titular Cirugía. Facultad Medicina.
Universidad San Francisco Xavier Chuquisaca.

Sandi Torres Marcelo.
MD. Otorrinolaringólogo. Docente Titular
Otorrinolaringología. Facultad Medicina. Universidad San
Francisco Xavier Chuquisaca.

Taborga Sandoval Carlos.
MD: Internista. Docente Titular Fisiología. Facultad
Medicina. Universidad San Francisco Xavier Chuquisaca.

Vargas Flores Víctor Hugo.
MD. Internista. Docente Titular Farmacología - Semiología.
Facultad Medicina. Universidad San Francisco Xavier
Chuquisaca.

Villafani Echazú Sandra.
Lic. Bioquímica; Docente Titular Bioquímica, Facultad
Medicina, Universidad San Francisco Xavier Chuquisaca.

Zelaya Acuña Bernardo.
MD. Internista. Docente Titular Cardiología. Facultad
Medicina. Universidad San Francisco Xavier Chuquisaca.

Ing. Juan Bautista Fernández.
Editor técnico. Scielo Bolivia. Revistas Bolivianas. Nodo
de informática. Facultad de Medicina, USFXCH.

REPRESENTACIONES:

Dr. Tomás Saucedo
Santa Cruz

Dr. Javier Vargas
España

Dr. Guido Villagómez
La Paz

Dr. José Luis Laserna
Cochabamba

ARCHIVOS BOLIVIANOS DE MEDICINA

CONTENIDO

EDITORIAL.....	5
----------------	---

ARTÍCULOS ORIGINALES

USUARIOS MAYORES DE 15 AÑOS Y SU SATISFACCIÓN CON EL SERVICIO RECIBIDO. CENTRO DE SALUD SAN PABLO DE HUACARETA. 2014. Zecco Calcina E. A.	7
USUARIOS EXTERNOS Y EL SERVICIO RECIBIDO EN EL CENTRO DE SALUD INTEGRAL SANTIAGO DE PRESTO. 2014. Cabezas Torrico L, Loredo Mendoza K., Zarate Llave R., Torrejón X.	17
SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO. CENTRO DE SALUD. MUNICIPIO SAN LUCAS. 2014 Vargas A. M., Estrada Alarcón R., Llanos Gallego F., Ponce Fuentes F.	40

CASOS CLÍNICOS

AMAUROSIS BILATERAL CORTICAL POR ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA Herrera Caballero M.A., Núñez A.	54
HEMATOMA EPIDURAL Mujíca C. M. Á., Villca Roso S., Ayala P.	58

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

PSICOPROFILÁXIS QUIRÚRGICA Burgos Torres P. A.	61
HIPOMELANOSIS DE ITO Prudencio Beltrán R., López Loayza F., Flores Leque A., Siles Arias I.	69
LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO DEL INSTITUTO PSICOPEDAGÓGICO: UN RETO A LA CALIDAD Nava Carpio F.	75
REGLAMENTO DE PUBLICACIONES PARA AUTORES.....	79

BOLIVIAN MEDICAL ARCHIVES

CONTENTS

EDITORIAL.....	5
----------------	---

ORIGINAL ARTICLES

USERS OVER 15 AND THEIR SATISFACTION WITH THE SERVICE RECEIVED. HEALTH CENTER SAN PABLO DE HUACARETA. 2014. Zecco Calcina E. A.	7
EXTERNAL USERS AND THE SERVICE RECEIVED AT THE INTEGRAL HEALTH CENTER SANTIAGO DE PRESTO. 2014. Cabezas Torrico L, Loredo Mendoza K., Zarate Llave R., Torrejón X.	17
EXTERNAL USER SATISFACTION. CLINIC. SAN LUCAS MUNICIPALITY. 2014 Vargas A. M., Estrada Alarcón R., Llanos Gallego F., Ponce Fuentes F.	40

CLINICS CASES

AMAUROSIS HYPERTENSIVE ENCEPHALOPATHY BY BILATERAL CORTICAL Herrera Caballero M.A., Núñez A.	54
EPIDURAL HEMATOMA Mujica C. M. Á., Villca Roso S., Ayala P.	58

REVIEW ARTICLES

SURGICAL PSYCHOPROPHYLAXIS Burgos Torres P. A.	61
ITO HYPOMELANOSIS Prudencio Beltrán R., López Loayza F., Flores Leque A., Siles Arias I.	69
THE EVALUATION OF SATISFACTION OF THE EXTERNAL USER OF THE PSYCHOPEDAGOGIC INSTITUTE: A CHALLENGE TO QUALITY Nava Carpio F.	75
PUBLICATIONS REGULATIONS FOR AUTHORS	79

EDITORIAL

Archivos Bolivianos de Medicina en esta oportunidad tiene el grato honor de editar artículos científicos referentes a la Calidad de Atención en los Servicios de Salud, punto principal, que permitirá crear un espacio de reflexión, previamente adentrarnos en los mencionados manuscritos, es menester tomar en cuenta y considerar que el círculo de la calidad gira en torno al inter- relacionamiento del paciente con el personal de salud, la infraestructura y el equipamiento, los cuales deben ser tomados en cuenta si queremos referirnos a hablar sobre calidad y satisfacción.

Para ello, entonces debemos tomar en cuenta el análisis jurídico del sistema de Salud y algunas otras definiciones:

El artículo 49, parágrafo II de la Constitución Política del Estado reconoce para el trabajador, igualdad de condiciones y no discriminación, tales como las relaciones laborales relativas a contratos y convenios colectivos; descansos remunerados y feriado; cómputo de antigüedad, jornada laboral, horas extra, recargo nocturno, dominicales; aguinaldos, bonos, primas u otros sistemas de participación en las utilidades de las empresas; indemnizaciones y desahucios; maternidad laboral; capacitación y formación profesional y otros derechos sociales.

EL artículo 37 de la Constitución Política del Estado establece que es función suprema y primera responsabilidad financiera del Estado la otorgación de derecho a la salud y la educación; el artículo 13 de la Constitución Política del Estado establece el derecho al trabajo. Estos artículos no establecen jerarquías en el caso a estos derechos, ya que existe una interdependencia entre los mismos (derecho a la salud-derecho al trabajo).

EL artículo 35 de la Constitución Política del Estado es decir el nivel central, debe proteger el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a: mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud. En este marco, se debe resaltar que cuando hablamos de mejorar la calidad de vida evidentemente debe ser para toda la población, pero el Estado debe prestar mayor atención a los grupos humanos más vulnerables los cuales no gozan del acceso a los servicios de salud y menos gratuitos. El derecho a la salud implica no solo el acceso a servicios, sino a medicamentos y a los recursos económicos necesarios para poder acceder a los mismos, dentro de las visiones, prácticas y costumbres de cada grupo social, tal como lo establece el artículo 30 parágrafo II numeral 13 de la Constitución Política del Estado, como forma de inclusión y acceso a la salud de todas las personas sin exclusión y discriminación de ninguna índole, de acuerdo a lo establecido por el artículo 14 parágrafo II y artículo 18 de la Constitución Política del Estado.

El artículo 37 de la Constitución Política del Estado, establece que es responsabilidad indeclinable del Estado (nivel central) garantizar y sostener el derecho a la salud como función suprema y como primera responsabilidad financiera.

De acuerdo a la distribución de competencias, es competencia privativa del gobierno central el sistema financiero de acuerdo a lo establecido

Ing. Eduardo Rivera Zurita
RECTOR
Ing. Walter Arizaga Cervantes
VICERECTOR

En la Facultad de Medicina:
Dr. Alex Tango Álvarez
DECANO
Dr. Freddy David Espada
Rivera
DIRECTOR DE CARRERA

Editado: Con la contribución
de Docentes de la Facultad de
Medicina.

por el artículo 298 párrafo I numeral de la Constitución Política del Estado; es competencia exclusiva del gobierno central elaborar las políticas del sistema de salud de acuerdo a lo establecido por el artículo 298 párrafo II numeral 17 de la Constitución Política del Estado y artículo 81 párrafo I numerales 1 y 4 de la Ley Marco de Autonomías y Descentralización, y es competencia concurrente del gobierno central y las entidades territoriales autónomas gestionar el sistema de salud de acuerdo a lo establecido por el artículo 299 párrafo II numeral 2 de la Constitución Política del Estado.

Entonces si volvemos a nombrar el Círculo de la Calidad que fue considerado en los primeros párrafos de esta Editorial, no solamente tiene que tomarse en cuenta la participación de los pacientes, el personal de salud, la infraestructura y equipamiento, sino también como un eslabón importante el gobierno central y los gobiernos locales con sus diagnósticos oportunos sobre el comportamiento del sistema de salud y el desarrollo constante de su personal de salud, la aplicación correcta y oportuna de los recursos, en respeto a un estado de derecho.

Los trabajos de investigación publicados en diferentes revistas, solo se han centrado en preguntar al paciente ¿cuál es su opinión sobre el servicio recibido en el establecimiento de salud?, esta pregunta no recuerda que solo se podría estar indagando sobre los derechos de los pacientes. Entonces, el análisis de su respuesta debería tomar en cuenta muchos más aspectos que los relacionados con el círculo de calidad. Deberá contemplar indagaciones más profundas tanto cuantitativas y mejor aún si son cualitativas o complementarias entre ambas.

Pero para esto, es muy importante la validación de instrumentos para monitorear y evaluar la calidad de atención, cuya estructura sea capaz de contemplar aspectos inherentes a cada una de las áreas que puedan estar contribuyendo a causar una fricción entre el sistema de salud y el paciente.

El análisis de contexto en cada lugar será una herramienta sólida sobre todo para entender si lo expresado en la Constitución Política del Estado está siendo cumplido y respetado.

Seguro que al final de la lectura de estos artículos originales y cumpliendo con la misión de la Revista Archivos Bolivianos de Medicina, de mantener informados en el quehacer científico, podremos tener una idea cabal de lo que está sucediendo, no solo en los servicios de salud de nuestra capital sino también en algunos de los municipios y la red de servicios de salud del Departamento de Chuquisaca.

Fulvio Antonio Máximo Arteaga Vera. MD.

Director Revista Archivos Bolivianos de Medicina

USUARIOS MAYORES DE 15 AÑOS Y SU SATISFACCIÓN CON EL SERVICIO RECIBIDO. CENTRO DE SALUD SAN PABLO DE HUACARETA. 2014.

Users over 15 and their satisfaction with the service received. Health Center San Pablo de Huacareta. 2014.

1 Zecco Calcina E. A.

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

Recepción: 24 de Enero 2015
Aceptado: 20 de Febrero de 2015

RESUMEN:

Introducción: Los servicios de salud en nuestro país han comenzado a enfatizar en poder alcanzar una buena calidad de atención en los servicios de salud, de esta manera el Estado boliviano ha priorizado desglosar el ajuste de cada uno de los procedimientos fortaleciendo de esta manera la Ley de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI) y tratar de empoderar a los pobladores y sus comunidades como actores principales dentro de los servicios de salud, por esta razón este trabajo intentara determinar la satisfacción del usuario externo a partir de los 15 años de edad sobre la calidad de atención que brinda el Centro de Salud San Pablo del Municipio de Huacareta.

Material y Métodos: Este trabajo de investigación tiene un enfoque cuantitativo, observacional, de tipo descriptivo y trasversal.

La población de estudio son los usuarios que tengan 15 años y más de edad que acuden al centro de salud San Pablo del municipio de Huacareta. Se encuesta a 90 usuarios cantidad que se obtuvo con un 95% de confiabilidad.

Resultados: Se pudo observar que los porcentajes alcanzados de satisfacción son altos por encima del 70% que mencionan que el servicio recibido es bastante adecuado.

Conclusiones: Los pobladores que asisten al servicio de salud de San pablo de Huacareta esta satisfecho con la atención, infraestructura y procedimientos realizados dentro de este Servicio.

PALABRAS CLAVE:

Satisfacción del usuario, calidad, prestación de servicios, trato digno.

SUMMARY:

Introduction: The health services in our country have begun to emphasize the possibility of achieving a good quality of care in health services, in this way the Bolivian State has prioritized to disaggregate the adjustment of each of the procedures, thus strengthening the Law Of Community and Intercultural Family Health (SAFCI) and to try to empower the inhabitants and their communities as main actors within the health services, for this reason this work tries to determine the satisfaction of the external user from the 15 years of age on The quality of care provided by the San Pablo Health Center of the Municipality of Huacareta. **Material and Methods:** This research work has a quantitative, observational, descriptive and cross - sectional approach.

The study population is users who are 15 years of age and older who attend the San Pablo health center in the municipality of Huacareta. It surveyed 90 users quantity that was obtained with a 95% reliability.

Results: It was observed that the percentages of satisfaction achieved are high above 70%, which mention that the service received is quite adequate.

Conclusions: The people who attend the health service of San pablo de Huacareta are satisfied with the care, infrastructure and procedures performed within this service.

KEYWORDS:

Satisfaction of the user, quality, provision of services, dignified treatment.

INTRODUCCIÓN

Todos los seres humanos a medida que se van desarrollando presentan necesidades de diferentes características sean estas: fisiológicas, primarias o básicas, como son el hambre, la sed, el sueño, etc., así como también necesidades de salud, de protección, de seguridad o de empleo. ⁽¹⁾

Es indudable que el largo camino para la satisfacción de las necesidades humanas no es fácil, ya que no siempre se las llegan a cumplir, de hecho la mayor parte de las veces lo que se obtiene es la insatisfacción. Solamente la satisfacción de las necesidades es la que tiende a llevar a un cambio positivo en los sujetos. ⁽¹⁾

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. ⁽¹⁾

El interés por la Calidad de atención ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. ⁽²⁾

La satisfacción del usuario es 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. Se ha visto que un sistema de calidad debe estar dirigido a cumplir con los requisitos y las necesidades del cliente o usuario. ⁽³⁾

El desafío para los líderes del sector sanitario es idear e instrumentar, de manera exitosa, sistemas que fomenten el deseo que tienen los profesionales de mejorar los servicios y al mismo tiempo, satisfacer las exigencias de los pacientes y demás usuarios por mayores informes sobre la calidad de la atención de salud.

Debido al gran esfuerzo realizado para mejorar el servicio que se brinda a pesar de las limitaciones existentes, se hace necesario conocer el nivel de satisfacción del cliente externo del Centro de Salud San Pablo, para mejorar aquellas situaciones que causen insatisfacción y fortalecer los aspectos positivos encontrados, fomentando un sistema de mejoramiento continuo del servicio, que deberá enfocarse no solo hacia la satisfacción de las necesidades básicas del usuario sino también al cumplimiento de sus más altas expectativas, para finalmente analizar los resultados

del estudio y de esta forma implementar estrategias que mejoren las falencias encontradas y fortalezcan las actividades que se detecten como favorables al servicio. ⁽⁴⁾

Uno de los derechos fundamentales de los pacientes que asisten a las unidades hospitalarias es el de recibir trato digno, acceso a los servicios de salud cuando lo requiera, decidir libremente como sujeto autónomo, siendo mejor informado sobre su enfermedad, diagnóstico y tratamiento, ser tratado con confidencialidad, pudor y privacidad. ⁽⁶⁾

La satisfacción del usuario/a depende no sólo de la calidad de los servicios sino también de sus expectativas. El usuario/a está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas. Si las expectativas del usuario/a son bajas o si el usuario/a tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes. ⁽⁷⁾

Cuando el usuario/a percibe la calidad de manera equivocada, sus expectativas pueden influir en el comportamiento de los prestadores de servicios y de hecho, reducir la calidad de atención. Los usuarios/as a veces solicitan pruebas, procedimientos o tratamientos inapropiados porque creen, erróneamente, que a mayor medicamento mayor beneficio de calidad. El orientar a los usuarios/as e informar al público con respecto a lo que constituye la atención apropiada son aspectos importantes en la prestación de servicios. ⁽⁷⁾

La satisfacción del usuario/a es uno de los indicadores importantes de la calidad de servicios, a fin de medir y analizar la satisfacción del usuario/a, se debe realizar entrevistas de salida, solicitando a los usuarios/as que relaten lo que sucedió durante la consulta, en vez de evaluarlo. ⁽⁷⁾

La calidad ha sido definida como el conjunto de características de un servicio o productos de consumo que satisfacen las necesidades del consumidor y los cuales hacen sentir seguro de poseer un producto o de recibir un buen servicio al más bajo costo posible. ⁽⁸⁾

Lufty Hunt define la calidad en salud como: "...el grado con el cual los procesos de la atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de los resultados no deseados, de acuerdo al estado de los conocimientos médicos...". ⁽⁹⁾

En 1980, Avis Donabedian, definió una atención de alta calidad como: "aquella que se espera maximice

una medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que concurren en el proceso de atención en todas sus partes". Pero este autor también consideraba que una sola definición de calidad que englobe los aspectos que la rodean no es posible, por lo que la resume como "el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos".⁽⁹⁾

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) incorporaron la satisfacción de los usuarios/as como uno de los atributos deseables de la atención en salud, a través de la identificación de 3 metas que se describen a continuación:

Respuesta integral: definida como el encuentro clínico y la organización del sistema. Supone la suma de 7 elementos: Dignidad, Autonomía, Confidencialidad, Confort, Atención sin espera excesiva, Acceso a Redes Sociales durante la hospitalización y la Posibilidad de elegir servicios y médicos.

- ▶ Salud
- ▶ Financiación equitativa

Desde un punto de vista general, la calidad va más allá de la cualidad del no tener defectos. Esta comienza con las necesidades del cliente (lo esperado) y finaliza con la satisfacción de este (valor percibido) (Kotler, et al. 2005).

En el caso de la salud, la calidad en los servicios es el grado de conformidad de los atributos y características de un servicio respecto a las expectativas del cliente o de la satisfacción de las expectativas del mismo (Grocock, 1986 y Reeves, Bednar 1994). Por ello, la calidad en servicios puede ser medida como la diferencia entre el valor esperado y el valor percibido por el cliente (Kotler et al., 2005).

En ese sentido la satisfacción es un concepto psicológico que implica el sentimiento de bienestar y placer resultante de obtener lo que uno desea y espera de un producto o servicio determinado (Sancho, 1998). Mientras que para Grönroos (1984, 1990) es el resultado de la evaluación realizada por el usuario/a mediante la comparación entre lo que los clientes perciben de la prestación del servicio y lo que éstos esperaban.⁽⁷⁾

Satisfacción del Usuario en el Mundo

"A nivel mundial, la organización que ha liderado todo lo referente al tema de la Salud, es la Organización Mundial de la Salud (OMS), para la cual calidad es:

Un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, un mínimo de riesgo para el paciente, impacto final en la salud y un alto grado de satisfacción por parte del paciente".⁽⁴⁾

Por otro lado, la definición de la calidad de Donabedian (1990) ha sido la más aceptada en el ámbito de la atención de la salud.⁽⁴⁾

Donabedian se refirió a que la calidad es un atributo de la atención médica que puede obtenerse en diversos grados. Se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Los mayores beneficios se definen a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes.⁽⁴⁾

Considera además, que la calidad es un concepto que abarca dos dimensiones íntimamente relacionadas e interdependientes: una técnica, representada por la aplicación de conocimientos y técnicas para la solución del problema del paciente y otra interpersonal, representada por la relación que se establece entre el paciente y el profesional de la salud.⁽⁴⁾

Se diferencia de la típica definición de calidad que se establece en el ámbito de la producción de bienes u otro tipo de servicios, en donde se declara como el grado de satisfacción del cliente o consumidor con el bien o servicio adquirido. En el caso de la atención a la salud, la calidad no puede expresarse solamente como satisfacción, aun cuando sí constituye un elemento indispensable para juzgarla, ya que aunque el paciente puede estar satisfecho con la atención recibida, no siempre puede juzgar la verdadera efectividad e incluso la ética del tratamiento a que fue sometido.⁽⁴⁾

Según la información acumulada, existen varios factores que influyen en la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud. Sistematizándolos podemos agruparlos en: a) factores individuales: demográficos (edad, sexo, raza), sociales (estado marital, grupo social, nivel educacional, dinámica organizacional de la comunidad, redes de participación social), económicos (nivel de ingresos, gastos), culturales (etnia,

expectativas, concepciones culturales sobre los servicios de salud y el proceso salud-riesgo-enfermedad),

Satisfacción del Usuario en América Latina

En los países de América Latina han tenido importantes transformaciones en la organización del Sistema Nacional de Salud, que han involucrado a la calidad como uno de los pilares fundamentales de la prestación de servicios de salud. De ello se deduce que la calidad es un requisito fundamental, orientado a otorgar seguridad a los usuarios, minimizando los riesgos en la prestación de servicios; lo cual conlleva a la necesidad de implementar un sistema de gestión de calidad en todas las instituciones prestadoras, que puede ser evaluado regularmente para lograr mejoras progresivas en cuanto a la calidad.⁽⁹⁾

El abordar las inquietudes del usuario externo es tan esencial para la atención de buena calidad como la competencia técnica. Para el usuario, la calidad depende principalmente de su interacción con el personal de salud, de atributos tales como el tiempo de espera, el buen trato, la privacidad, la accesibilidad de la atención y, sobre todo, de que obtenga el servicio que procura. Cuando los sistemas de salud y sus trabajadores ponen al usuario por encima de todo, ellos ofrecen servicios que no sólo cubren los estándares técnicos de la calidad, sino que también cubren sus necesidades con respecto a otros aspectos de la calidad, tales como respeto, información pertinente y equidad⁽¹⁰⁾. El objetivo de los servicios sanitarios es satisfacer las necesidades de sus usuarios, y el análisis de la satisfacción es un instrumento de medida de la calidad de la atención de salud.⁽⁹⁾

La importancia de conocer la perspectiva del cliente con respecto a los servicios se visibilizó recientemente durante la década de los ochenta. Cuando los sistemas de salud y sus trabajadores ponen al usuario por encima de todo, ellos ofrecen servicios que no sólo cubren los estándares técnicos de calidad, sino que también cubren sus necesidades con respecto a otras características de la calidad, tales como respeto, información pertinente y equidad.⁽¹⁰⁾

La satisfacción del cliente puede estar influenciada por:

- ▶ El hecho de que el usuario procure o no atención.
- ▶ El lugar al cual acuda para recibir atención.
- ▶ El hecho de que esté dispuesto a pagar por los servicios.

- ▶ El hecho de que el usuario siga o no siga las instrucciones del prestador de servicios.
- ▶ El hecho de que el usuario regrese o no regrese al prestador de servicios.
- ▶ El hecho de que el usuario recomiende o no recomiende los servicios a los demás.

La satisfacción del usuario depende no sólo de la calidad de los servicios sino también de sus expectativas. El usuario está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas. Si las expectativas del usuario son bajas o si el usuario tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes.⁽⁹⁾

Debido a las normas culturales en contra de las quejas, es posible que el usuario de los establecimientos de salud cuando participan en encuestas o entrevistas relacionadas con la calidad de la atención, responda positivamente a la palabra “satisfecho”.

Por lo tanto, los administradores no deben suponer que los servicios prestados son adecuados únicamente porque los usuarios no se quejan. Aun los niveles bajos de insatisfacción reportada, tan bajos como el 5%, deben tomarse en cuenta seriamente.

Cuando el usuario percibe la calidad de manera equivocada, sus expectativas pueden influir en el comportamiento de los prestadores de servicios y, de hecho, reducir la calidad de atención.⁽¹¹⁾

La satisfacción del usuario es el grado de concordancia entre sus expectativas de calidad en el servicio y la atención recibida. Frecuentemente se valora con encuestas de opinión que consideran como principales aspectos: el resultado clínico, el ambiente en que se desarrollan los cuidados y las relaciones interpersonales con los profesionales que brindan la atención, estando directamente relacionadas con las expectativas previas de los pacientes. De este modo, la satisfacción del usuario se consolida como una forma de evaluar la calidad de la atención médica.

La calidad de la atención médica se define como la atención que pueda proporcionarse al paciente máximo y completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan el proceso de la atención en todas sus partes. Con este proceso ha surgido la necesidad de controlar la calidad, la cual se ha consolidado como parte sustantiva del proceso de producción a fin de proteger y proporcionar satisfacción a los externos.⁽¹²⁾

La satisfacción incluye el medio o atmósfera en que se presta la atención y el desarrollo de una relación productiva entre proveedor y usuario en el desarrollo de estudios de satisfacción al usuario se han consultado estudios que marcan la pauta para medir y analizar actitudes que influyen en la satisfacción del usuario y no solo de este sino del personal que presta la atención o cliente interno tales como los de Hulka, Cassely Thomson. ⁽²⁾

Entonces a partir de este momento es importante definir algunos términos:

Calidad: El grado de excelencia o la capacidad para entregar el servicio propuesto. El concepto de calidad incluye los siguientes aspectos: logro de metas o estándares predeterminados; incluir los requerimientos del cliente en la determinación de las metas; considerar la disponibilidad de recursos en la fijación de las metas y reconocer que siempre hay aspectos por mejorar.

Satisfacción: Se refiere a la complacencia del usuario (en función de sus expectativas) por el servicio recibido y la del trabajador de salud por las condiciones en las cuales brinda el servicio. Se puede dividir en tres grados:

- a. **Satisfacción completa:** Cuando las expectativas del usuario son cubiertas en su totalidad.
- b. **Satisfacción intermedia:** Cuando las expectativas del usuario son cubiertas parcialmente.
- c. **Insatisfacción:** Cuando las expectativas del usuario no son cubiertas.

Los grados de satisfacción se hallaran asignando valores y rango de promedios a las respuestas de los usuarios, asignándose valores a las respuestas que estos daban de acuerdo a la escala de Likert.

Componente Interpersonal: Se refiere a las relaciones (interacción social y Psicológica) que se dan entre operadores y usuarios, así como a la circulación de la información de carácter logístico y sanitario.

Componente Confort: Se refiere a las condiciones de comodidad que ofrecemos en el establecimiento de salud para los usuarios y operadores de salud. Luego de estas conceptualizaciones nos plantemos la siguiente pregunta:

¿el usuario externo a partir de los 15 años de edad está satisfecho con la calidad de atención que brinda

el Centro de Salud San Pablo del Municipio de Huacareta en la gestión 2014?

Como bien se conoce la satisfacción es un factor muy importante en la prestación de un servicio, medir la percepción del cliente externo es un recurso útil para la mejora continua, impulsa el trabajo de equipo, la toma de decisiones sustentadas en información confiable y oportuna, priorizando sus necesidades y satisfacción.

Así mismo la forma con la que un trabajador desempeña sus labores ha sido considerada determinante en la calidad de la atención, pues no es factible conseguir que una persona realice su trabajo con calidad y eficiencia sino se encuentra satisfecha durante su realización, por esta razón es importante conocer la percepción sobre la calidad de atención ofrecida por los clientes internos, tomando en cuenta los instrumentos, equipos e instalaciones con que cuenta la institución y su punto de vista de cómo cree él, que su cliente externo queda satisfecho en el cumplimiento de sus expectativas esperadas y deseadas.⁽⁵⁾

Se ha demostrado mediante diferentes estudios que la satisfacción es un buen predictor del cumplimiento del tratamiento por parte de los usuarios, y es también un instrumento útil a la hora de evaluar las consultas y los modelos de comunicación.

Los resultados encontrados en el presente estudio, permitirán brindar información en relación a la satisfacción que existe entre los usuarios de los servicios de salud en el área de cobertura del centro de salud San Pablo, así mismo permitirá elaborar estrategias a futuro para mejorar la eficacia y la calidad de los servicios de salud y de esa manera cumplir de mejor manera con las necesidades y expectativas de la población. ⁽⁷⁾

Se intentará en esta investigación determinar la satisfacción del usuario externo a partir de los 15 años de edad sobre la calidad de atención que brinda el Centro de Salud San Pablo del Municipio de Huacareta.

MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo de investigación tiene un enfoque cuantitativo, observacional, de tipo descriptivo y transversal.

La población de estudio son los usuarios que tengan 15 años y más de edad que acuden al centro de salud San Pablo del municipio de Huacareta.

Según datos de los registros de consulta externa de los diferentes servicios del hospital, se tiene un promedio de atención trimestral de aproximadamente 1048 pacientes mayores de 15 años. Cifra considerada como Universo para el presente estudio.

Se calculó la muestra con un nivel de confianza del 95 %, error máximo aceptable 5 %, proporción esperada del 10 %, tamaño del universo 1048, dando una muestra de 90 pacientes, para este cálculo se utilizó el programa Stats.

Se aplicó la encuesta a personas de 15 años y más que acudieron al Centro de Salud San Pablo en los meses de octubre a diciembre, que colaboraron y **se encontraban en condiciones de proporcionar información.**

Se excluyó del estudio a todos los pacientes menores de 14 años que acudan al centro de Salud San Pablo entre los meses de octubre a diciembre, que presentó alguna deficiencia (discapacidad) mental, que dificultó la comprensión del cuestionario o no **estuvo en condiciones de proporcionar información.**

Se aplicó una encuesta de salida a los usuarios/as de los servicios, inmediatamente después de que se les brindó los servicios de salud (encuesta transversal). En el presente informe final de la investigación no se incluyó nombres de los encuestados, solo figura una numeración a fin de resguardar la integridad de la persona.

Una vez recogida la información se analizó la misma a fin de excluir los cuestionarios que no cuenten con información válida y los cuales fueron retirados.

Posteriormente se elaboró una base de datos donde se incluirán los datos de cada encuesta.

Los programas que se utilizaron para el procesamiento y el análisis de los datos y resultados para el presente trabajo fueron el programa Excel, v. 2010.

Como información secundaria se utilizó los trabajos de investigación obtenidos en las bibliotecas virtuales.

RESULTADOS

La encuesta aplicada a los 90 usuarios, en su mayoría eran del sexo femenino un 66%, con un promedio de edad de 40 años y una participación mayor entre las edades de 25 a 34 años, en un 60% de las comunidades y con un grado de instrucción primario 35,56%; acuden al servicio de salud del centro poblado porque no existen servicios de salud en las comunidades, y el motivo de consulta fue por control médico y en los casos de emergencia. (Tabla 1.)

Tabla 1. Resultados de la Encuesta aplicada a usuarios externos mayores de 15 años. Datos sociodemográficos. Centro de Salud San Pablo de Huacareta. 2014.

Edad (años)	Fi	Porcentaje
15 a 24	21	23,33
25 a 34	26	28,89
35 a 44	7	7,78
45 54	9	10
55 a 64	14	15,56
Mayor a 64 años	13	14,44
Sexo		
Hombre	31	34
Mujer	59	66
Procedencia		
Urbano	60	66,67
Rural	30	33,33
Grado de Instrucción		
Analfabeto/a	10	11,11
Primaria	32	35,56
Secundaria	21	23,33
Bachiller	17	18,89
Técnico	1	1,11
Licenciatura	9	10
No sabe/ No Responde	0	0
Motivo por el que acudieron al servicio de salud		
Está más cerca	26	28,89
No hay otro establecimiento	64	71,11
Motivo del Consulta		
Orientación, Anticoncepción y Planificación Familiar	3	3,33
Control Prenatal	1	1,11
Control Médico	37	35,56
Atención de Emergencias	5	5,56
Por enfermedad	32	41,11
Otro	1	1,11

Tabla 2. Resultados de la Encuesta Satisfacción del Usuarios externos mayores de 15 años. Centro de Salud San Pablo de Huacareta. 2014. Primera parte.

Condición de la Salud	fi	Porcentaje
Bien	43	47,78
Mal	7	7,78
Regular	40	44,44
No sabe/ No Responde	0	0
Lo atendieron en su idioma		
Si	43	47,78
No	7	7,78
No sabe/ No Responde	40	44,44
Trato que recibieron		
Excelente	11	12,22
Bueno	62	68,89
Malo	1	1,11
Expreso con confianza su problema		
Si	84	93,33
No	5	5,56
No sabe/ No Responde	1	1,11
Considera que le hicieron una revisión completa		
Si	54	60
No	11	12,22
Parcialmente	24	26,67
No sabe/ No Responde	1	1,11
Le explico con palabras sencillas su problema de salud		
Si	81	90
No	5	5,56
Parcialmente	4	4,44
Las indicaciones en la receta son claras y usted las entiende?		
Si	74	82,22
No	10	11,11
Parcialmente	6	6,67

La tabla 2, nos muestra que la condición de salud cuando fue encuestado en un 47,78% se encontraba bien y en similar proporción la atención que recibió fue en su idioma; el trata fue bueno en un 68,89%, por el cual pudo expresar su problema de salud con confianza en un 93% y que le realizaron una revisión completa y como resultado la explicación sobre su problema de salud fue con palabras sencillas en un 90% y en un 82,22% comprendieron claramente sus recetas.

Tabla 3. Resultados de la Encuesta Satisfacción del Usuarios externos mayores de 15 años. Centro de Salud San Pablo de Huacareta. 2014. Segunda parte.

Le orientaron sobre su tratamiento y cuidados a seguir?	fi	Porcentaje
Si	85	94,44
No	1	1,11
Parcialmente	4	4,44
Los precios del servicio, están a su alcance y puede pagarlos?		
Son adecuados	83	92,22
Son excesivos	7	7,78
Son Bajos	0	0
El personal respeta sus creencias en relación a su enfermedad?		
Si	79	87,78
No	4	4,44
No sabe/ No Responde	7	7,78
Es conveniente el horario del establecimiento?		
Si	78	86,67
No	12	13,33
Le mencionaron cuando debe retornar para su control?		
Si	82	91,11
No	8	8,89
EL tiempo de espera antes que lo atiendan fue:		
Muy largo	36	40
Razonable	52	57,78
Corto	2	2,22
Los medicamentos que le recetaron los consiguió en:		
La farmacia del servicio	73	81,11
No hay los medicamentos en farmacia	6	6,67
Otra farmacia fuera del servicio	9	10
No sabe / No opina	2	2,22
Está de acuerdo con el medicamento que le recetaron?		
Si	83	92,22
No	7	7,78

En la tabla 3 se puede observar que el 94% de los pacientes encuestados fue bien orientado; el 92% refirió que los precios son adecuados; dentro de los servicios que recibieron el 87% manifestó que se respetaron sus creencias; para casi el 87% de los pacientes el horario de atención del establecimiento es adecuado y un 91% mencionaron que retornarían para sus controles; a la consulta del tiempo de espera en un 57,78% mencionaron que se encontraba razonable. Las recetas que les fueron extendidas en los servicios en un 81,11% las adquirieron de la farmacia del hospital y estaban en un 92,22% de acuerdo con el medicamento que le recetaron.

Tabla 4. Resultados de la Encuesta Satisfacción del Usuarios externos mayores de 15 años. Centro de Salud San Pablo de Huacareta. 2014. Tercera parte.

Los ambientes del servicio son cómodos?	fi	Porcentaje
Si	76	84,44
No	14	15,56
Qué calificación le daría a los ambientes del Servicio de Salud?		
	Buena	%
Sala de espera	89	98,89
Baños	44	44,89
Consultorios	80	88,89
Enfermería	63	70
Sala de Internación	38	42,22
Sala de Partos	1	1,11
Otros ambientes	2	2,22
Durante la consulta se respetó su privacidad?		
Si	88	97,78
No	2	2,22
Sabe el nombre del personal que lo atendió?		
Si	57	64,04
No	32	35,96
Usted cree que le resolvieron su problema de salud?		
Si	77	86,52
No	9	10,11
No sabe / No opina	3	3,37
Usted esta satisfecho con la atención recibida?		
Si	79	88,76
No	6	6,74
No sabe / No responde	4	4,49
Usted retornaría a este servicio de salud?		
Si	87	97,75
No	0	0
No sabe / No responde	2	2,25

Los pacientes en un 84% mencionaron que los ambientes de los servicios son cómodos, destacando la sala de espera en 98,89%; los consultorios con un 88,89% y enfermería con un 70%, el resto de los servicios los calificaron con una proporción menor al 50%. En las consultas, mencionaron los pacientes que en un 97% se respetó su privacidad, el 64% sabía el nombre del personal que le atendió; mencionaron también un 86,52% si le resolvieron su problema de salud y un 88% están satisfechos con la atención; los pacientes en un 97,75% manifestaron que retornarían al servicio de salud.

Tabla 5. Resultados de la Encuesta Satisfacción del Usuarios externos mayores de 15 años. Centro de Salud San Pablo de Huacareta. 2014. Cuarta parte.

En su opinión, ¿que mejoraría en el establecimiento de salud?	Respuestas	%
Dar mejor información a las personas	25	27,78
Más interés por el paciente (personal de salud)	15	16,67
Mejorar el trato que brinda el personal	11	12,22
Tener medicamentos en el establecimiento de salud	20	22,22
Menor tiempo de espera	22	24,44
El horario de la atención	7	7,78
La limpieza e higiene de las instalaciones	6	6,67
Ampliar la sala de espera	12	13,33
Atención más rápida	11	12,22
Más médicos y enfermeras	27	30
Más espacio en los consultorios	3	0,0333
Todo debe mejorar	31	0,3444
Nada, todo está bien	0	0
Otros:	0	0

En la tabla 5 en un 27,78% sugirieron que se debe mejorar la información a las personas; en un 24,44% deben justar un poco más el tiempo de espera y en un 22,22% abastecerse con más medicamentos.

CONCLUSIÓN

El 28,89 % de los encuestados se encuentra entre 25 a 34 años de edad, siendo el sexo femenino el predominante representado por el 66% del total, en su mayoría de afluencia del área urbano con un 66,67% de los cuales el 41,11% el motivo de su consulta fue por enfermedad.

La fiabilidad del usuario hacia el centro de salud es alta ya que el 68,89 % de los encuestados respondió que el trato era bueno, el 17,78 % lo calificó como regular y 12,22% como excelente, el 93,33 % de los encuestados le tiene confianza al establecimiento lo que demuestra la fiabilidad del mismo, por lo cual el 70% de los encuestados acude al centro de salud siempre que se siente mal.

El 60% de los encuestados considera que durante la consulta le hicieron una revisión completa, el 82% de

los encuestados recibieron una receta producto de su consulta ya que el 11,11% respondió que no le dieron receta de los cuales el 90 % afirmaron saber cuál es su problema de salud o resultado de la consulta debido a que el personal que le atendió le explicó con palabras fáciles de entender sobre su patología; además el 94,44% recibió orientación sobre su tratamiento y los cuidados que debe seguir en casa lo que demuestra que la capacidad de respuesta en la atención del usuario por parte del servicio es buena.

El centro de salud San Pablo constituye un establecimiento de gran accesibilidad para la mayor parte de los usuarios ya que el 86,67% de los encuestados ve conveniente el horario de atención del establecimiento, además de que cuenta con precios al alcance de los pacientes en un 92,22%, cabe también recalcar que el 87,78 % afirmó que el personal del establecimiento respeta sus creencias en relación a la enfermedad y su curación, el 91,11% indica que si se le indicó cuando debe retornar para su control posterior, brindando así las condiciones para que la mayor parte de la población pueda hacer uso de sus servicios.

La mayor parte de los usuarios que acuden al centro de salud San Pablo se sienten cómodos en sus ambientes ya que el 84,44% de los encuestados encuentra cómodos los ambientes de este y al realizar la valoración de la limpieza de los ambientes del establecimiento, pudimos evidenciar que estos ambientes son limpios ya todos recibieron un porcentaje de aceptación del 100%% exceptuando el baño que recibió el menor porcentaje de aprobación con un 70,97%.

Estos datos demuestran que el usuario de los servicios del centro de salud San Pablo en un 88,76% está satisfecho con la calidad de los servicios que se brindan en este establecimiento, ya que el 86,52% de los encuestados afirma que le resolvieron su problema de salud, y por lo cual el 97,75% de los encuestados retornaría a este establecimiento de salud, debido a que se cubre de buena manera las expectativas y sobre todo las necesidades de los usuarios.

El servicio de Salud pese a tener un porcentaje alto de satisfacción, no debe dejar de trabajar en la calidad de atención debido a esos porcentajes que todavía tienen que satisfacer y que permitan acercar más al servicio de salud con cada una de sus comunidades.

RECOMENDACIONES

Se ha visto necesario realizar con más frecuencia charlas sobre el sistema integral de salud (SIS) en la población sobre todo en personas mayores de 60 años que gozan de este seguro, ya que este grupo re-

presenta uno de los más bajos en asistencia al centro de salud.

En cuanto a la procedencia de los encuestados que predominó fue el área urbano representado por un 66,67%, y el área rural con una bajo nivel de asistencia de un 33,33% ya que esta área no cuentan con medios de transporte constante y en algunos casos la ausencia de carreteras para el acceso a los servicios del establecimiento, por lo cual se requiere estrategias en cuanto a transporte en el área rural para así poder tener una mayor facilidad de acceso a los servicios de salud.

Si bien se pudo evidenciar un bajo porcentaje de procedencia del área rural se vio que un 5,56% que asistió al centro de salud no fue atendido en el idioma que habla, lo que demuestra que parte del personal de salud no sabe hablar el idioma nativo de la región dificultando un correcto diagnóstico y tratamiento de la patología del paciente, por lo cual el personal de salud debe tomar en cuenta este aspecto para poder colmar las expectativas del paciente y poder llegar a la satisfacción del usuario con una calidad de atención.

Se evidencio que el 40% de los usuarios afirmo que el tiempo de espera fue muy largo hecho que posiblemente se deba a la falta infraestructura, ya que el centro de salud cuenta con un consultorio externo y otro de control prenatal, por ese motivo es necesaria la ampliación del establecimiento.

Respecto a los aspectos que mejorarían del establecimiento los usuarios encuestados se decidieron en un 34 % por mejorar el servicio del establecimiento en todos sus aspectos, entre las cuales un 30% indica que mejoraría la calidad de atención con el contrato de más personal de salud y un 27,78% indica una de las más grandes preocupaciones del usuario externo, el de tener medicamentos en el establecimiento de salud a su disposición ya que sin estos no se llegaría a un buen tratamiento íntegro del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Calva González JJ. Satisfacción de usuarios: la investigación sobre las necesidades de información; México: UNAM, Centro Universitario de Investigaciones Bibliotecológicas, 2009. 52 pág.
- 2 Milina Garduza, LA; Rivera-Barragán, MR. Percepción del cliente interno y externo sobre la calidad de los servicios en el Hospital General de Cárdenas, Rev. Mex. (internet). 2012 (citado 26 Dic. 2013); Salud en Tabasco, vol. 18, núm.

- 2, mayo-agosto, 2012, pp. 56-63 disponible en: www.saludtab.gob.mx/revista
- 3 Dirección General de Salud de las Personas, Dirección General de Servicios de Salud, Dirección de Garantía de la Calidad y Acreditación. Ministerio de Salud del Perú. Encuesta de satisfacción de usuarios externos de servicios de salud. Lima, Perú. 2010.
 - 4 Asenjo R.R. et al. Análisis Situacional Integral de Salud del Área de Salud La Unión- CCSS. Cartago: se, 2004-2005.
 - 5 Mayela Castro A. Análisis de la satisfacción de los usuarios externos del servicio de farmacia del área de salud la unión durante agosto del 2007. Trabajo final de graduación. Universidad Estatal a distancia vicerrectoría académica sistema de estudios de posgrado escuela de ciencias exactas y naturales maestría en administración de servicios de salud sostenible. Costa Rica. 2009
 - 6 Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Semana de la calidad de la salud: "X Encuentro Nacional de Experiencias en Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud", "IX Conferencia Nacional e Internacional de Calidad en Salud", 2013(diapositivas); diap.35; Actualizado enero 2013; citado el 23 de diciembre de 2014. Disponible en <http://www.paho.org/>
 - 7 Organización Mundial de la Salud. Situación de Salud en las Américas: indicadores básicos, 2009 GOLDENBERG, R. The management of preterm labor. *Obstetric and Gynecology* (25):1020- 1037. Actualizado enero 2010; citado el 23 de marzo 2014. Disponible en <http://www.geosalud.com/>
 - 8 Ministerio de Desarrollo Social División de Evaluación Social de Inversiones Departamento de Estudios: Satisfacción de usuarios CESFAM. Informe Final. Evaluación de la satisfacción de usuarios internos y externos de proyectos de inversión en CESFAM de Atención Primaria, Sector Salud. Santiago-Chile. Abril 2013. Hrs: 21:00.
 - 9 Sánchez S., Naranjo A.M. "Estudio del clima laboral en los consultorios en la comuna de Arica". Trabajo presentado en conferencia nacional de la calidad de la Atención. Santiago de Chile, diciembre de 2007.
 - 10 Ministerio de Salud. Propuesta metodológica de medición de un índice de insatisfacción como indicador referencial de la calidad de los servicios de salud. Proyecto de decreto 1011 de 2006. Hrs: 13:00
 - 11 Instituto Nacional de Estadística. Censo de Población y Vivienda 2012. Población por departamentos, provincias, sesiones municipales, localidades y organizaciones comunitarias. (Base de datos en internet). (Actualizado 2013 Jul.). Disponible en: <http://www.ine.gob.bo.HTM>
 - 12 Organización Panamericana de la Salud: CURSO DE GESTIÓN DE CALIDAD Y BUENAS PRÁCTICAS DE LABORATORIO, II Edición: Modulo 10 la satisfacción del cliente- usuario. 2010. Actualizado enero 2011; citado el 24 de diciembre de 2014. Disponible en <http://www.paho.org/>
 - 13 Ministerio de Salud: Dirección de calidad en salud: Satisfacción del Usuario Externo 2009, (diapositivas); Diap.43. Lima-Perú. Citado 16 de diciembre de 2014 hrs 21:00.
 - 14 Plan de Desarrollo Municipal. PDM San Pablo de Huacareta.2013.

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 Donabidjan 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

SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO. CENTRO DE SALUD. MUNICIPIO SAN LUCAS. 2014

Satisfaction of the external user. Clinic. San Lucas municipality. 2014

1 Margoth Vargas A;
2 Estrada Alarcón R;
3 Llanos Gallego F.
4 Ponce Fuentes F.

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

4 Docente Tutor. Docente
de Histología. Facultad
de Medicina. Universidad
San Francisco Xavier de
Chuquisaca.

Recepción: 23 de enero de 2015
Aceptación: 20 de febrero de 2015

RESUMEN:

Introducción: La satisfacción del usuario es uno de los aspectos que, en términos de evaluación de los servicios de salud y calidad de atención, ha venido cobrando mayor atención en salud pública siendo considerada desde hace poco más de una década uno de los ejes de evaluación de servicios de salud.

El presente trabajo se realizó en el Centro de Salud San Lucas y tiene como finalidad saber, cuál es la satisfacción de los usuarios externos/as sobre la calidad de atención, debido a que es importante tener conocimiento si el usuario externo/a esta o no conforme con la atención de calidad recibida en su centro.

Material y Métodos: La metodología empleada en este tratado fue cuantitativa, de tipo observacional; el análisis fue descriptivo y la temporalidad transversal.

Resultados: Se muestra que los usuarios están satisfechos con el servicio recibido, y solo existen un pequeño porcentaje en el cual se debe todavía trabajar para ganar la confianza y tener una mejor opinión en relación a la imagen del servicio hacia su comunidad.

Discusión: Al tratarse de una disposición legal dentro de los servicios de salud es menester de cada uno de ellos trabajar en una parte de la calidad de atención como es la satisfacción del usuario y en este municipio los esfuerzos comienzan a notarse, pero deben continuar fortaleciendo su actividad de mejorar la confiabilidad de los servicios.

PALABRAS CLAVES:

Confiabilidad, retorno, servicio recibido, satisfacción.

SUMMARY:

Introduction: The satisfaction of the user is one of the aspects that in terms of evaluation of the health services and quality of care, has been receiving more attention in public health being considered for a little more than a decade one of the axes of evaluation of Health services.

The present work was carried out in the Health Center of San Lucas and aims to know, what is the satisfaction of external users about the quality of care, because it is important to have knowledge if the external user is or not In accordance with the quality care received at its center.

Material and Methods: The methodology used in this treaty was quantitative, of observational type; The analysis was descriptive and transverse temporality.

Results: It shows that the users are satisfied with the service received, and there is only a small percentage in which they must still work to gain trust and have a better opinion regarding the image of the service towards their community.

Discussion: Being a legal provision within the health services, each of them must work on a part of the quality of care, such as user satisfaction, and in this municipality, efforts are beginning to be noticed, but they must continue to strengthen its activity of improving the reliability of services.

KEYWORDS:

Reliability, return, service received, satisfaction.

INTRODUCCIÓN

La satisfacción del usuario es uno de los aspectos que, en términos de evaluación de los servicios de salud y calidad de atención, ha venido cobrando mayor atención en salud pública siendo considerada desde hace poco más de una década uno de los ejes de evaluación de servicios de salud. (1)

La satisfacción del usuario es el grado de concordancia entre sus expectativas de calidad en el servicio y la atención recibida. Frecuentemente se valora con encuestas de opinión que consideran como principales aspectos: el resultado clínico, el ambiente en que se desarrollan los cuidados y las relaciones interpersonales con los profesionales que brindan la atención, estando directamente relacionadas con las expectativas previas de los pacientes. De este modo, la satisfacción del usuario se consolida como una forma de evaluar la calidad de la atención médica (2)

Las reformas en salud, están constituidas por diversas expresiones y modalidades, que surgen como respuesta a los cambios sociales y económicos que vienen experimentando los países desde la década de los Ochenta.

Estas reformas tienen como finalidad transformar los sistemas de salud, para satisfacer las necesidades de toda la población mediante la búsqueda de la equidad, la eficiencia y la calidad. (3)

La problemática de Salud en Bolivia plantea a las instituciones de salud pública y la Seguridad Social, el reto de la competitividad en el que la organización de servicios es un factor determinante para el cumplimiento de objetivos en un sistema de salud, donde la satisfacción de los usuarios se constituye en el principal de todos estos objetivos. (3)

Hay investigaciones que demuestran que con el simple hecho de medir el desempeño se mejora la productividad y se puede mejorar la calidad y los niveles de satisfacción de los usuarios. (2)

La Seguridad Social integral en Bolivia se define como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos del que dispone la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, en especial las que afectan la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el

bienestar individual y la integración de la comunidad. Para lograrlo, se ha incluido dentro de los principios de la seguridad social la eficacia y la eficiencia, tomadas éstas como la mejor utilización social y económica de los recursos humanos, administrativos, técnicos y financieros en un sistema de organización de salud. (3)

En los últimos años, en Bolivia se ha tenido importantes transformaciones en la organización del Sistema Nacional de Salud e implementación de nuevos seguros de salud, que han involucrado a la calidad como uno de los pilares fundamentales de la prestación de servicios de salud. Siendo la calidad un requisito fundamental, orientado a otorgar seguridad a los usuarios, minimizando los riesgos en la prestación de servicios; con lo cual todas las instituciones prestadoras cuentan con un sistema de gestión de calidad, que puede ser evaluado regularmente para lograr mejoras progresivas en cuanto a la calidad (3).

La mayor parte de los estudios que se realizan en medicina y en este caso en salud pública, están orientados a indagar o averiguar sobre los condicionantes o determinantes de una situación negativa (enfermedades, insatisfacción, subutilización de servicios y otros). (3)

En el presente estudio nuestra inquietud está orientada a conocer el grado de satisfacción de los usuarios externos e internos y la calidad de atención en el Centro de Salud San Lucas. Motivo por el cual nos inquieta el poder formular el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es la satisfacción de los usuarios externos sobre la calidad de atención en el Centro de Salud San Lucas de octubre a diciembre en la gestión 2014?

El desafío para los líderes del sector sanitario es idear e instrumentar, de manera exitosa, sistemas que fomenten el deseo que tienen los profesionales de mejorar los servicios y al mismo tiempo, satisfacer las exigencias de los pacientes y demás usuarios por mayores informes sobre la calidad de la atención de salud. Uno de los problemas con la palabra calidad, es que todavía no queda del todo claro dado que calidad significa algo distinto para cada persona. Cuando se utiliza la palabra calidad, en realidad, el usuario por lo general considera características típicas de la atención de salud, como eficiencia, cuidados y eficacia. (3)

La calidad en la prestación de los servicios de salud es sin duda una preocupación medular en la gestión

del sector, no sólo por la aspiración a la mejora de las capacidades institucionales en los organismos y dependencias sectoriales, sino sobre todo porque en el eje de todos los procesos se encuentra la vida de las personas, cuya salud debe ser promovida y protegida como obligación insoslayable del Estado. La calidad en la prestación es condición de eficacia de los esfuerzos e intervenciones desplegadas y garantía de seguridad y trato humano para todos y cada uno de los usuarios. (4)

El presente estudio de investigación tiene la finalidad de contribuir en mejorar la calidad de atención hacia los usuarios externos contribuyendo de esta manera a una mejor relación del personal de salud con el paciente para así lograr una adecuada satisfacción y percepción de la calidad de atención.

Para lo cual emplearemos encuestas que determinarán si la calidad de atención es satisfactoria a los usuarios externos del Centro de Salud San Lucas.

La satisfacción del usuario es 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.

Los resultados obtenidos deben desencadenar tanto programas o proyectos de mejora continua de los procesos, que incorporen acciones de los monitoreo y seguimiento, así como proyectos de investigación como aportes al conocimiento y mejora de la calidad.

La abundante literatura de los últimos años sobre el tema de calidad puede hacer pensar que se trata de un concepto nuevo. Sin embargo, desde sus orígenes el ser humano ha tratado de corregir y mejorar todas las actividades que lleva a cabo, ya sean deportivas, económicas, sociales, otros. El espíritu de la superación, unido a la satisfacción que reporta, conduce a comportamientos que tienden a evitar los errores y a perfeccionar lo que previamente se encontraba establecido. (4)

Uno de los principios básicos de cualquier estrategia para el mejoramiento continuo de los servicios de la salud es el cumplimiento de metas de calidad. Así mismo el movimiento de calidad en los servicios de salud se alimenta de las raíces de los campos de la medicina y la industria. (4)

De tal manera que la satisfacción del usuario de un bien o servicio data de la industria donde al cliente

siempre se le daba la razón e interesaba la satisfacción que el mismo manifestaba para que el producto se vendiera con mayor énfasis por lo que la calidad del bien o servicio influía en la satisfacción que el usuario manifestaba. (4)

Los esfuerzos para evaluar la calidad datan desde Antes de Cristo (A.C.) en China e India donde existieron estándares que determinan quien puede practicar la medicina. En Europa partir de 1140, surgieron esfuerzos en Italia para licenciar a todos los médicos. (4)

En este sentido los estudios que evalúan la calidad se inician en los Estados Unidos de Norteamérica (USA) el movimiento moderno de garantía de calidad en el campo de la salud se inició en 1917, cuando el American Collage of Súrgenos (Colegio Estadounidense de Cirujanos) reunió el primer conjunto de estándares mínimos para que los hospitales estadounidenses identificaran y eliminaran los servicios de salud deficientes. Esta estrategia sentó las bases para un proceso de acreditación, actualmente administrado por el Joint Comission on the Accreditation of Healthcare Organizations (Comisión Conjunta de Acreditación para las Organizaciones de Prestación de Salud). (4)

Podemos considerar que el interés por la gestión de la calidad, comienza con Taylor, con lo que se denominaba dirección científica taylorista, sistema que promulgaba la realización de tareas específicas, observando los procedimientos de los trabajadores y midiendo la salida del producto. (4)

Shewhart en 1939 escribió *Statistical Method from the Viewpoint of Quality Control*, método estadístico desde un enfoque del Control de Calidad, uno de los estudios más importantes fue el memorándum del 16 de mayo de 1924, mediante el cual proponía el uso de graficas de control a sus superiores, en su honor se creó la medalla Shewhart y se le considera como el padre del control estadístico de la calidad. (4)

Otro de los autores de gran interés fue Deming que inició su carrera con el control estadístico de la calidad, pero la entrada de los Estados Unidos en la Segunda Guerra Mundial y la demanda excesiva de productos por parte de los aliados provocó que las empresas americanas se orientaran a la producción de masa, satisfaciendo dicha demanda en un mercado muy estandarizado y muy cerrado, dejando de lado las ideas de Shewhart, Deming y otros precursores de la calidad. (4)

Philip B Crosby inicio con Trabajos relacionados con

la calidad en 1952 en una escuela médica. En 1979 fundo Philip Crosby Associates (PCA), en 1997 estableció Philip Crosby Associates II, actualmente es uno de los principales institutos de Calidad, para el proceso de mejora de la calidad. (4)

Juran sistematizó los conceptos y técnicas desarrolladas hasta entonces, eligiéndose además en lo que podríamos denominar el movimiento de la calidad. En 1954 convierte el Control de la Calidad en instrumento de la dirección de la empresa conocida como Gestión Sistemática del Control de la Calidad y describe la calidad como la adecuación de los Productos y Servicios al uso para el cual han sido concebidos y desarrollo una trilogía de calidad: Establecer un Plan de Calidad, efectuar el Control de la Calidad e implantar la Mejora de la Calidad. Su fundamento básico de la calidad, es que solo puede tener efecto en una empresa cuando esta aprende a gestionar la calidad. Para impartir sus conocimientos, crea el Instituto Juran de la Calidad, desarrolló un interesante cuerpo doctrinal que en parte sigue estando vigente en la actualidad a través de la Gestión de la Calidad Total. (4)

En los ochenta, las fallas en el proceso de inspección, la persistencia de la calidad deficiente y la creación de nuevas técnicas gerenciales en la industria, así como el aumento en costos, llevo a los profesionales de salud en los países desarrollados a empezar a reevaluar la garantía de calidad basada en acreditación y estándares. (4)

Las organizaciones de salud en USA comenzaron a poner a prueba las filosofías industriales del Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMC) y de la Administración Total de la Calidad (TQM). En el Reino Unido, el Servicio Nacional de Salud adoptó una política formal de calidad en 1991 y reconoció al PMC como la manera más rentable de ponerle en práctica. (4)

Un estudio de Thomas y cols., demuestra que existe una elevada correlación entre las expectativas de los pacientes y su grado de satisfacción, es por eso que uno de los instrumentos más generalizados para la valoración y la gestión del funcionamiento de la calidad de los servicios de salud consiste en averiguar cuál es el grado de satisfacción de los usuarios. (4)

Hall y Dornan refieren que la satisfacción se relaciona con un elevado número de variables, tales como la calidad afectiva del proveedor de salud, la calidad de información que utiliza el proveedor, la habilidad técnica del proveedor de los servicios de salud, el tiem-

po de espera y variables de tipo sociodemográficas como edad y sexo entre otras. (4)

Los métodos de medición más generalizados utilizan encuestas como medio para analizar el grado de satisfacción, y la opinión respecto de su estado actual. El principal método utilizado para ello es el SERVQUAL, instrumento desarrollado por Parasuraman cuyo objetivo es la medición de la calidad del servicio, donde se incluyen las dimensiones de fiabilidad interés garantía y empatía. (4)

Algunos instrumentos de medida de la satisfacción fueron desarrollados por Blendon, quien para 10 países trato de establecer una medida de satisfacción partiendo de un cuestionario en el que contaban un número de preguntas estandarizadas y consensuadas para, a partir del mismo, establecer la opinión de la población hacia la calidad de los servicios de salud. (4)

Es importante para entender la escuela europea, diferenciar entre calidad de técnica y funcional, Gronroos propone que el contenido de lo evaluado en la calidad de los servicios, se puede componer básicamente de las siguientes dimensiones La calidad técnica o resultado del proceso del servicio, es lo que los clientes reciben, que se ofrece en el servicio. La calidad del producto ofrecido, tiene mayor criterio objetivo, por lo tanto, menor dificultad de evaluación por los clientes. La calidad funcional o aspectos relacionados con el proceso, (calidad de prestación del servicio) experiencia del cliente con el proceso de producción y consumo, se refiere a la forma de cómo se presta el servicio. Está relacionada directamente con la interacción del cliente con el personal de servicio, es la relación médico –paciente y acciones de revisión y diagnóstico. (4)

Uno de los modelos que mejor resume el nivel de calidad alcanzado por una organización desde el punto de vista de sus clientes, es el Parasuraman, Zeithaml y Berry se distinguen dos partes claramente diferenciadas entre sí: la primera hace referencia a la manera en que los clientes se forman una opinión sobre la calidad de los servicios recibidos y la segunda refleja las deficiencias que pueden producirse dentro de las organizaciones, lo que provoca una falta de calidad en el suministro a los clientes.(4)

A través de la gerencia moderna surgió la necesidad de crear culturas cooperativas participativas de responsabilidad colectiva e individual centradas en la satisfacción de los demandantes de servicios por

ese motivo las instituciones de salud retoman las experiencias previas a la Satisfacción empresarial y la adoptan como indicadores objetivos de la evaluación de la calidad percibida por el usuario de los servicios de salud. (4)

De tal manera que la década de los 90s, surge un nuevo concepto denominado calidad total en el cual se lleva a la práctica la búsqueda diaria de mejores estándares, con adopción de objetivos y conocimientos explícitos por todos los miembros de la institución, además del monitoreo constante de la satisfacción del usuario. (4)

Las investigaciones de la calidad de servicio relacionadas con el procesamiento cognitivo de la información, han tenido un sesgo, incluso más acentuado que con lo relacionado a la satisfacción, de hecho, la gran mayoría de estudios sobre el tema ni siquiera se plantean la posibilidad de tener en cuenta aspectos emocionales de la calidad y asocian su definición y medida exclusivamente a lo cognitivo. (4)

Desde esta perspectiva se considera la calidad como un servicio instrumental, es decir, utilitaria, existirá calidad cuando el servicio cumpla, desde la perspectiva del cliente, su función. No obstante, no hay acuerdo a la hora de entender cuál es el proceso cognitivo que lleva a los individuos a valorar que un servicio cumple o no con su función. (4)

La literatura tradicional mantiene que la satisfacción está relacionada con el tamaño y las expectativas iniciales con respecto a la experiencia con un producto o servicio. Por otro lado, la definición más aceptada de calidad del servicio se basa en el concepto de calidad percibida, que considera al cliente como el único juez de la calidad, que permite emitir opiniones relacionadas en su satisfacción. (4)

El debate se centra en si la calidad es un antecedente de la satisfacción o viceversa. Algunos autores sugieren, a partir de sus trabajos empíricos, que la calidad percibida es un precursor de la satisfacción mientras que otros mantienen que la satisfacción es un antecedente de la calidad. (4)

En un principio la calidad se asociaba con las secciones de inspección y control, donde a través de un análisis estadístico se trataba de determinar si la producción cumplía con los estándares de calidad previamente establecidos. (4)

El marco conceptual de Bruce incluye seis elementos de calidad de atención en la prestación de servicios: selección de métodos, información proporcionada al cliente, competencia técnica, relaciones interpersonales, mecanismos para motivar la continuidad y una constelación apropiada de servicios que concluyan con la satisfacción del usuario. (4)

Históricamente, para los profesionales de la salud la calidad ha significado calidad de atención clínica, es decir, prestar atención competente, eficaz y segura que contribuya al bienestar del individuo. Para los elaboradores de políticas y los financiadores, entre los elementos clave con respecto a la calidad figuran el costo, la eficacia y los resultados para las poblaciones en su totalidad. (4)

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio adopta el enfoque cuantitativo, de tipo observacional, es transversal, y descriptivo.

Participaron en el estudio 423 usuarios externos teniendo en cuenta que durante la gestión 2013 acudieron a consultorio externo 5075 pacientes mayores de 15 años, y se estima por mes asistir al servicio 423 pacientes.

La población de estudio fue: Usuarios de consulta externa del hospital mayores de 15 años y que acudieron a recibir atención en el periodo de estudio.

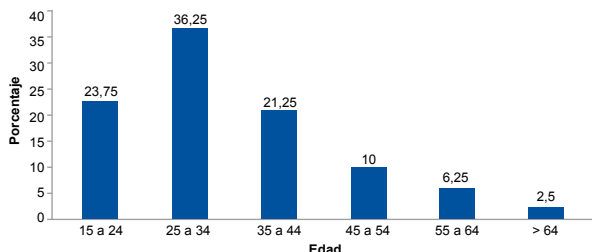
El instrumento a utilizado fue la encuesta proporcionada por el Servicio Departamental de Salud Chuquisaca. Se aplicó la técnica de la entrevista en el momento del salud del usuario después de haber recibido la atención. Se vació la información en una base de datos del Microsoft Window v. 10 y se realizó el análisis estadístico en el mismo paquete. La recolección de la información tiene las características de ser primaria y la secundaria nos permitió obtener información de Bibliotecas Virtuales y el acceso a instituciones con información estadística y epidemiológica. Además, se consultaron los informes de los servicios de salud del municipio de San Lucas.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos de la encuesta, nos han permitido alcanzar los objetivos trazados, solo con el fin de contribuir a conocer los vacíos y debilidades de nuestro Servicio de Salud como es el Hospital del Municipio de San Lucas y son los que se detallan a continuación:

GRAFICO 1

Población encuestada según edad Municipio de San Lucas. 2014

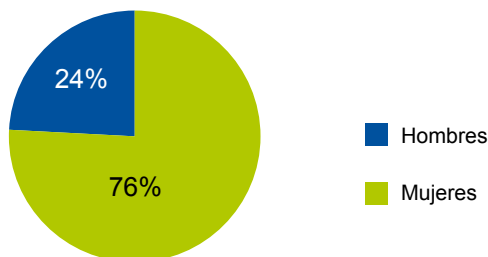


FUENTE. ENCUESTA PROPORCIONADA POR SEDES 2014

De la población encuestada el porcentaje más alto corresponde al grupo etario de 25 a 34 años, le sigue el de 15 a 24 años y con porcentaje mínimo los mayores de 64 años, verificando de esta manera que la población que acude con mayor frecuencia al establecimiento de salud son adultos jóvenes.

GRÁFICO 2

Población encuestada según sexo Municipio de San Lucas. 2014

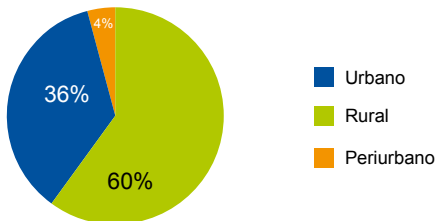


FUENTE. ENCUESTA PROPORCIONADA POR SEDES 2014

Se puede verificar que en más de 2/3 de la población encuestada que asiste por atención al centro de salud San Lucas es del sexo femenino.

GRÁFICO N°3

Población encuestada según procedencia y que acuden al estblecimiento de salud. Municipio de San Lucas. 2014

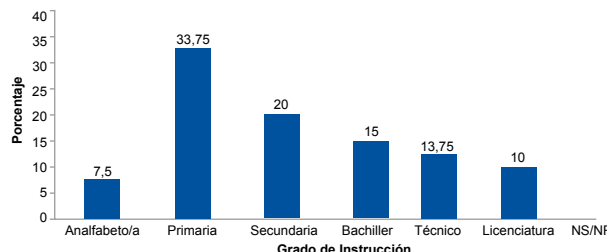


FUENTE. ENCUESTA PROPORCIONADA POR SEDES 2014

Los usuarios que acuden al Hospital más de 2/3 corresponde a la población rural y con un 36% la población urbana y 4% periurbana respectivamente, de tal manera se evidencia que la población rural es la que acude con mayor frecuencia al establecimiento.

GRÁFICO 4

Población encuestada según grado de instrucción. Municipio de San Lucas. 2014

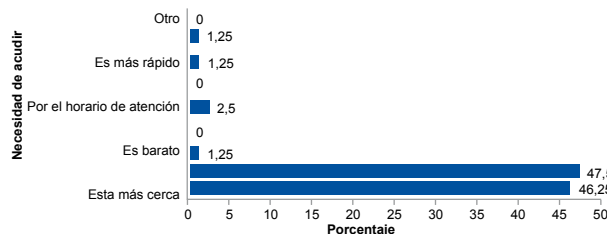


FUENTE. ENCUESTA PROPORCIONADA POR SEDES 2014

El grado de instrucción de la población encuestada que acude al establecimiento de salud en su mayoría corresponde al nivel primario con relación a un porcentaje menor que no tiene grado de instrucción alguno, demostrándose que la mayoría de la población es alfabeto.

GRÁFICO 5

Población encuestada según la necesidad de acudir establecimiento de salud. Municipio de San Lucas. 2014

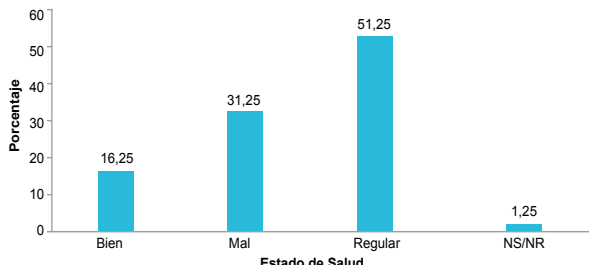


FUENTE. ENCUESTA PROPORCIONADA POR SEDES 2014

Casi la mitad de los encuestados mencionaron que acuden al establecimiento de salud porque no hay otro servicio cerca, y otra cantidad similar acude porque es el más cercano a su domicilio, siendo un porcentaje pequeño de esta población la que acude porque la atención es barata y es buena. Dándonos un enfoque negativo acerca de la necesidad de asistir al centro de salud San Lucas.

GRÁFICO N° 6

**Actualmente cómo esta su salud
Municipio de San Lucas. 2014**

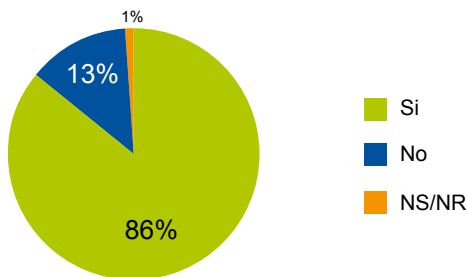


FUENTE. ENCUESTA PROPORCIONADA POR SEDES 2014

Un poco más de la mitad de las personas encuestadas mencionó que su estado de salud es regular, seguida por los pacientes que indican que tienen un mal estado de salud, demostrándose que la población asiste en su mayor parte cuando su estado de salud está en condiciones deterioradas.

GRÁFICO 7

El usuario fue atendido en su idioma nativo en el servicio de salud. Municipio de San Lucas. 2014

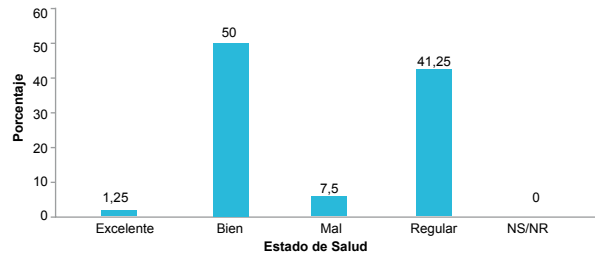


FUENTE. ENCUESTA PROPORCIONADA POR SEDES 2014

Más de 2/3 de los usuarios indican que, si fueron atendidos en su idioma nativo, mientras que un pequeño porcentaje indica que no, verificándonos que la mayor parte del personal de salud habla más de 1 idioma, lo que es correcto para tener una buena comunicación.

GRÁFICO 8

Durante su permanencia en el establecimiento de salud el personal ¿Cómo lo trató? Municipio de San Lucas. 2014

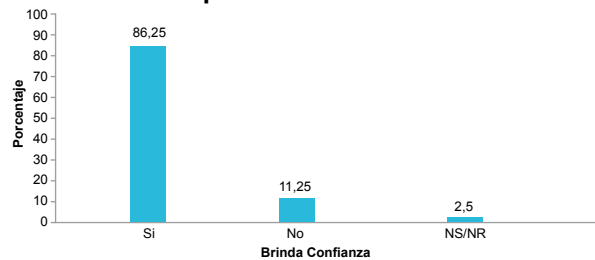


FUENTE. ENCUESTA PROPORCIONADA POR SEDES 2014

De toda la población encuestada la mayoría opina que recibió un buen trato por parte del personal que le atendió, opinando un pequeño porcentaje que recibió un mal trato, dándonos a saber que aún hay pequeñas falencias en el trato que debe brindar el personal de salud hacia los pacientes.

GRÁFICO 9

El personal de salud le brindó confianza para expresar su problema. Municipio de San Lucas. 2014

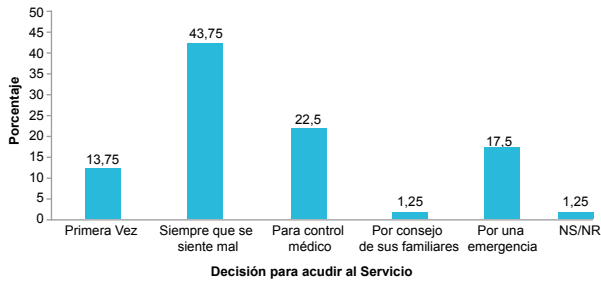


FUENTE. ENCUESTA PROPORCIONADA POR SEDES 2014

La gran mayoría indicó que el personal de salud que le atendió le brindó confianza necesaria para expresar su problema, mientras que un pequeño porcentaje indicó que no, dándonos una perspectiva de que aún hay algún fallo en la relación médico-paciente, que debe ser corregida.

GRÁFICO 10

¿Por qué decide acudir a este servicio de Salud?. Municipio de San Lucas. 2014

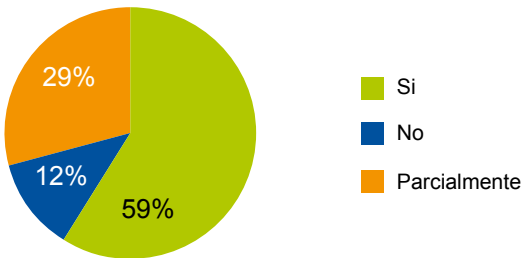


FUENTE. ENCUESTA PROPORCIONADA POR SEDES 2014

En su mayor parte la población encuestada acude al centro de salud siempre que se siente mal, seguido por población que acude para control médico y una pequeña parte por consejo de sus familiares o amigos.

GRÁFICO 11

Durante la consulta le hicieron una revisión de salud completa. Municipio de San Lucas. 2014

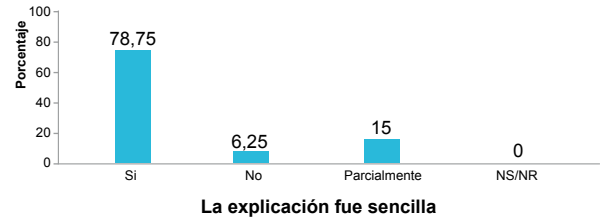


FUENTE. ENCUESTA PROPORCIONADA POR SEDES 2014

Un poco más de la mitad opina que durante la consulta médica si les realizaron una revisión de salud completa en comparación a un pequeño porcentaje que indica que no le hicieron una revisión completa. Según estos resultados el personal de salud tiene aún pequeñas falencias en cuanto se refiere a la verificación del estado de salud de los pacientes que debe ser corregida.

GRÁFICO 12

Le explicaron con palabras fáciles de entender su problema de salud o los resultados de la consulta. Municipio de San Lucas 2014.

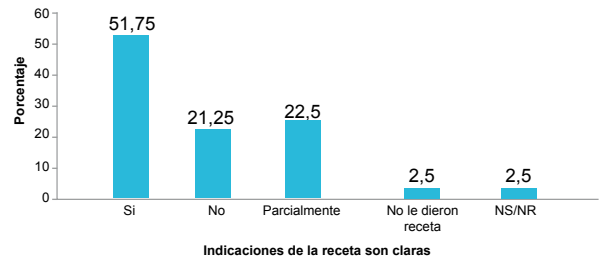


FUENTE. ENCUESTA PROPORCIONADA POR SEDES 2014

En cuanto a la explicación, por parte del personal de salud, en forma clara y fácil de entender el problema de salud que aquejan los pacientes, un poco más de 2/3 de los pacientes encuestados opinan que sí entendieron el problema de salud que conllevan, mientras que un pequeño porcentaje indicó que no entendieron las explicaciones de personal de salud que los atendió. Esto nos lleva a pensar que aún hay falencias en la comunicación del personal hacia el paciente.

GRÁFICO 13

Las indicaciones de la receta fueron claras y las comprende. Municipio de San Lucas 2014.

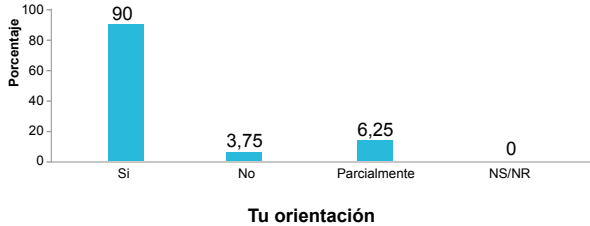


FUENTE. ENCUESTA PROPORCIONADA POR SEDES 2014

La mitad de la población indicaron que, si entendieron la letra e indicaciones escritas en la receta, seguido por un porcentaje menor que indicó que entiende solo un poco, otro porcentaje similar que indicó que no entiende absolutamente nada la escritura del médico que lo atendió llamándonos esto la atención ya que puede llevar esto a un fracaso en el tratamiento o poner en riesgo la salud de los pacientes.

GRÁFICO 14

El personal que le atendió le orientó sobre su tratamiento y cuidados a seguir en su casa. Municipio de San Lucas 2014.

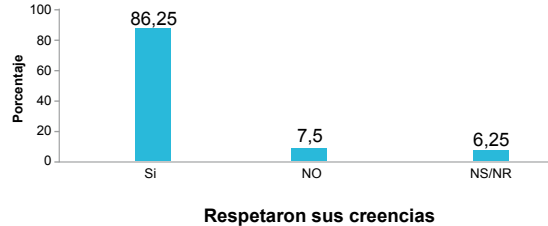


FUENTE. ENCUESTA PROPORCIONADA POR SEDES 2014

Casi la totalidad de la población encuestada indicaron que recibieron y entendieron las recomendaciones dadas por el personal de salud, mientras que un pequeño porcentaje no recibió la orientación respectiva o no la entendió, dándonos una perspectiva de que el personal de salud si cumple con los protocolos de tratamiento, pero que aún hay pequeños problemas en la comunicación.

GRÁFICO 16

Se respeta sus creencias en relación a su enfermedad y su curación. Municipio de San Lucas 2014.

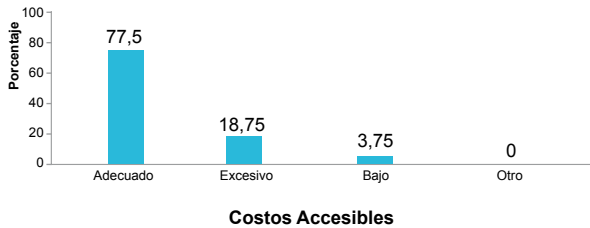


FUENTE. ENCUESTA PROPORCIONADA POR SEDES 2014

La mayor parte opina que el personal de salud que le atendió respetó sus creencias y costumbres en cuanto se refiere a su enfermedad y al tratamiento tradicional, por lo cual nos da un enfoque de que el personal de salud si respeta las creencias tradicionales de la población de San Lucas.

GRÁFICO 15

Los precios establecidos para la atención puede pagarlos. Municipio de San Lucas 2014.

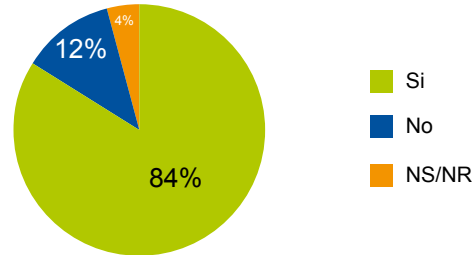


FUENTE. ENCUESTA PROPORCIONADA POR SEDES 2014

En cuanto a si los precios establecidos para la atención en el establecimiento son accesibles, más de 2/3 de la población encuestada piensa que, si son accesibles, mientras que un porcentaje menor opinó que eran excesivos, dándonos una idea de que los precios establecidos son accesibles para la mayor parte de la población, siendo muchos los beneficiados.

GRÁFICO 17

El horario del establecimiento de salud es conveniente para que pueda acudir. Municipio de San Lucas. 2014

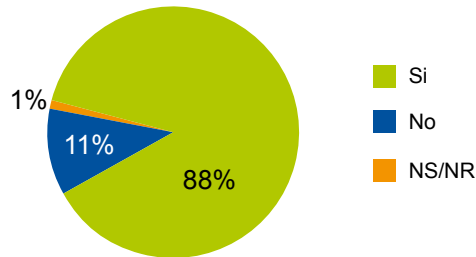


FUENTE. ENCUESTA PROPORCIONADA POR SEDES 2014

En cuanto al horario de atención la gran mayoría de la población encuestada opina que el horario de atención es conveniente, mientras que una minoría opina que el horario de atención debe ser modificado sugiriendo la mayoría de ellos que debería atenderse 1 hora antes o una hora después del horario establecido en el establecimiento de salud.

GRÁFICO 18

El horario del establecimiento de salud es conveniente para que pueda acudir. Municipio de San Lucas. 2014

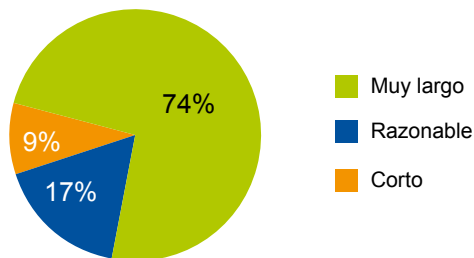


FUENTE. ENCUESTA PROPORCIONADA POR SEDES 2014

De toda la población encuestada la mayoría respondió que el personal de salud que le atendió sí le indicó cuando debe volver para su control, mientras que una minoría mencionó que no se les informó cuando deben retornar, indicándonos estos resultados que en su mayor parte si se hace seguimiento a los pacientes.

GRÁFICO 19

El horario del establecimiento de salud es conveniente para que pueda acudir. Municipio de San Lucas. 2014

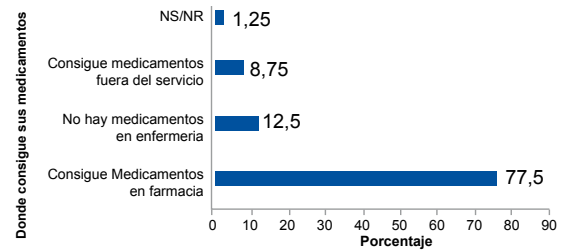


FUENTE. ENCUESTA PROPORCIONADA POR SEDES 2014

En lo que respecta al tiempo de espera para la atención en el establecimiento de salud, 2/3 indicó que el tiempo de espera es muy largo, mientras que una minoría indicó que el tiempo de espera les pareció corto, dándonos a entender con estos resultados que el tiempo de atención por paciente supera el tiempo estándar establecido, siendo este muy largo.

GRÁFICO 20

Dónde consigue los medicamentos cuando los recetan. Municipio de San Lucas. 2014

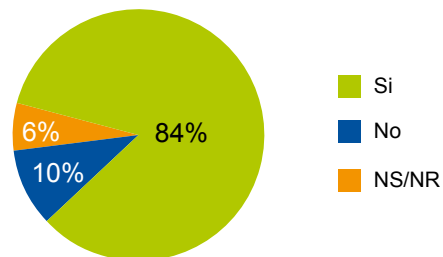


FUENTE. ENCUESTA PROPORCIONADA POR SEDES 2014

De toda la población encuestada más de 2/3 consigue los medicamentos recetados en la farmacia del establecimiento de salud, seguido por un porcentaje menor que indica que no hay los medicamentos recetados en tal farmacia y un porcentaje aún menor los consigue en otra farmacia, dándonos una visión en lo que respecta a los insumos farmacéuticos, siendo estos suficientes en su mayor parte.

GRÁFICO 21

Esta de acuerdo con el medicamento que le recetaron. Municipio de San Lucas. 2014

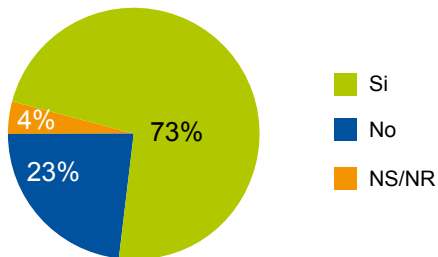


FUENTE. ENCUESTA PROPORCIONADA POR SEDES 2014

Según la población encuestada, la mayoría está conforme con la medicación recetada por el personal de salud, mientras que una pequeña parte no lo está.

GRÁFICO 22

Los ambientes del establecimiento de salud le parecieron cómodos. Municipio de San Lucas. 2014

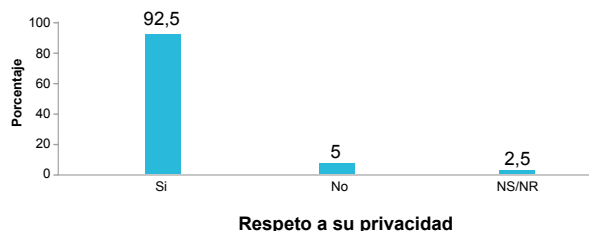


FUENTE. ENCUESTA PROPORCIONADA POR SEDES 2014

Cerca de 2/3 de la población encuestada opinó que los ambientes del establecimiento de salud son cómodos, mientras que 1/3 indicó que no lo son, dándonos una visión de que el establecimiento de salud y sus ambientes son cómodos para la mayor parte de la población.

GRÁFICO 24

Durante la consulta se respetó su privacidad. Municipio de San Lucas 2014.

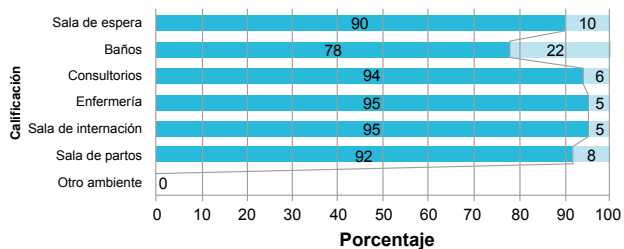


FUENTE. ENCUESTA PROPORCIONADA POR SEDES 2014

Casi la totalidad de la población encuestada indica que, si se respetó su privacidad durante la consulta médica, reflejándonos que el personal de salud si cumple con el estándar de buscar conservar la privacidad del paciente.

GRÁFICA 23

Calificación de la limpieza - higiene de los lugares que hoy ha visitado del establecimiento de salud. Municipio de San Lucas. 2014

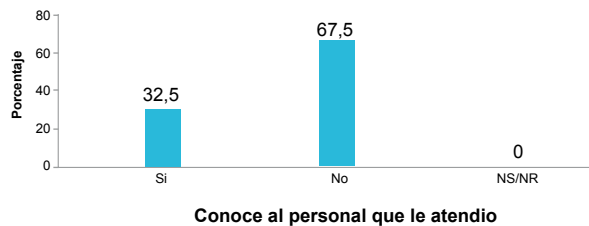


FUENTE. ENCUESTA PROPORCIONADA POR SEDES 2014

De todos los pacientes encuestados, más de 2/3 opina que los ambientes del establecimiento de salud son higiénicos y limpios y una minoría representada por casi 1/3 opina que el ambiente más sucio es el baño, dándonos la perspectiva de que por lo general el establecimiento de salud está en condiciones de limpieza.

GRÁFICO 25

Conoce al personal de salud que lo atendió por su nombre/ y apellido y especialidad. Municipio de San Lucas 2014.

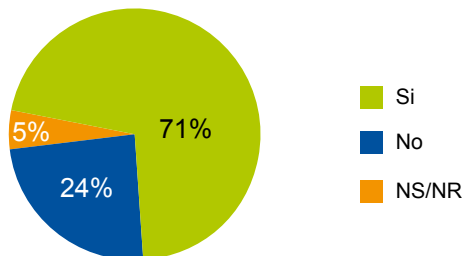


FUENTE. ENCUESTA PROPORCIONADA POR SEDES 2014

Más de la mitad de la población encuestada indicó que no conoce el nombre y la especialidad del personal de salud que le atendió, mientras que un porcentaje menor refirió que sí conoce al personal de salud que le atendió, dándonos una perspectiva del interés de la población por conocer al personal de salud que los atiende y que el personal sí se presenta antes de realizar sus atenciones.

GRÁFICO 26

**Resolvieron su problema de salud.
Municipio de San Lucas. 2014**

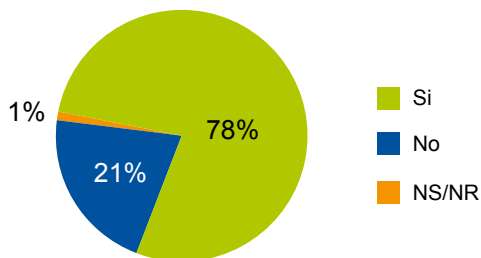


FUENTE. ENCUESTA PROPORCIONADA POR SEDES 2014

De toda la población encuestada, 2/3 indicó que, si se resolvió el problema de salud por el cual asistió al establecimiento de salud, mientras que un porcentaje menor indicó que no, dándonos un enfoque de la capacidad del personal de salud para resolver los problemas de salud de la población de San Lucas.

GRÁFICO 27

**Se siente satisfecho con la atención recibida.
Municipio de San Lucas. 2014**

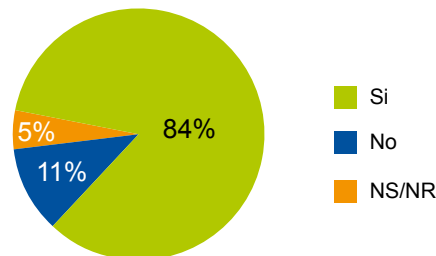


FUENTE. ENCUESTA PROPORCIONADA POR SEDES 2014

De toda la población encuestada un poco más de 2/3 de ella indicó que, si se sienten satisfechos con la atención que brindó el personal de salud al momento de su consulta, mientras que el restante de la población indicó que no está conforme.

GRAFICO 28

**Usted retornaría a este establecimiento de salud.
Municipio de San Lucas. 2014**



FUENTE. ENCUESTA PROPORCIONADA POR SEDES 2014

Una gran mayoría de la población encuestada indicó que sí retornaría al establecimiento de salud cuando así se requiera, mientras que un pequeño porcentaje indicó que no retornaría, dándonos un pequeño enfoque sobre el tipo de atención que recibe la población de San Lucas, siendo este en su mayor parte adecuado y fortalecido por los aspectos interculturales.

GRÁFICO 29

**¿Qué debería mejorar en el establecimiento
de salud?.
Municipio de San Lucas. 2014**



FUENTE. ENCUESTA PROPORCIONADA POR SEDES 2014

En el siguiente grafico se puede apreciar que la gran mayoría de las personas sugieren una atención más rápida conjuntamente menor tiempo de espera y más interés por el paciente por parte del personal de salud. No menos importante sugieren tener medicamentos en el establecimiento mejor trato por el personal de salud y dar mejor información a las personas.

DISCUSIÓN

La mayoría de los pacientes recibieron un buen trato por parte del personal que le atendió, y un pequeño porcentaje recibió un mal trato, dándonos a saber que aún hay pequeñas falencias en el trato que brinda el personal de salud hacia los pacientes.

A la mayoría se le brindó la confianza necesaria además de respetar su privacidad y que también se le realizó revisión completa con referente a su problema de salud, opinaron también que se sienten satisfechos con la atención recibida y que retornarían al establecimiento de salud de San Lucas.

La mayor parte de los pacientes son de un grado de instrucción de nivel primario con un leve porcentaje que no tiene grado de instrucción alguna, así como la mayor parte fueron atendidos en su idioma nativo, verificando que el personal de salud habla más de 1 idioma, lo que es correcto para tener una buena comunicación más con las personas analfabetas y que hablan un solo idioma materno que es el quechua, en este caso se les explica de forma clara como y cuando tiene que cumplir el tratamiento y retornar a su control médico en su idioma y respetando sus creencias con buena aceptación en la mayoría de los pacientes a diferencia de menor porcentaje que aun así no entendieron que tenían que hacer.

De la población encuestada la gran mayoría acude porque no hay otro establecimiento de salud cercano o porque es el más cercano a su domicilio y no así porque la calidad de atención sea buena, de estos más de la mitad acude solo por enfermedad muy pocos para control médico o planificación familiar, dándonos una visión de que la población de San Lucas acude al centro de salud principalmente cuando tiene problemas de salud ya que la una gran parte prefiere hacer tratamiento en casa sin saber de su problema y llegando solo cuando está avanzada la enfermedad. Aunque también existe insatisfacción en lo referente al tiempo de espera para su atención siendo esta para los usuarios demasiado larga.

Considerando las conclusiones de este trabajo y las opiniones de la población encuestada impresa en las encuestas, se presentan a continuación las siguientes recomendaciones:

A través de la Facultad de Medicina se debe hacer llegar este trabajo al municipio de San Lucas para tener bibliografía en lo referente a la calidad de atención.

Aplicar estas recomendaciones para una mejor calidad en atención hacia los usuarios externos del establecimiento de salud de San Lucas

Capacitar al personal para que tenga una buena comunicación con el usuario y obtener una mayor satisfacción del mismo.

Que se priorice y fortalezca la atención de salud desarrollando acciones de promoción, prevención, control de las enfermedades en beneficio de los usuarios que acuden al establecimiento.

Motivar al personal del establecimiento de salud para que se considere la opinión de los usuarios y se capacite al personal obteniendo resultados favorables en la atención de salud.

Proponer a las autoridades de la Facultad de Medicina que siga motivando a los futuros Internos de Medicina en las prácticas que viene realizando y poder alcanzar un bien común.

Lograr el compromiso y participación de las autoridades de la institución y de todos los integrantes de la unidad (médicos, administrativos, enfermeras y otros) en una cruzada interna de mejora de la calidad, enfatizando la comunicación interpersonal, es decir el trato brindado a los usuarios, el consentimiento informado y el cumplimiento de los tiempos programados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Seclén-Palacin J. Darras Ch. Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. 2000 volumen 66(2) pagina 15.
2. Chávez de Paz P. Ramos W. Galarza C. Nivel de satisfacción del usuario en los consultorios externos de dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo. Diciembre 2006.volumen 19(1) pagina 10.
3. Kipes Chávez AME. García Vallejo LE. Satisfacción de los usuario del servicio de fisioterapia y kinesiología Hospital obrero nº 2 CNS 2010 (enero). Página 56.
4. Sanchez Islas AL. Satisfacción de los servicios de Salud y su relación con la calidad en los hospitales públicos de Ixmiquilpan HGO. 2005 (noviembre). Páginas 106.
5. FORSIMA. Estudio satisfacción de usuarios unidades de salud / silais managuaa Enero 2005. Página 40.

6. Díaz Oropeza G. Albis Vice P. Gobierno Municipal de San Lucas - PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL (PDM) 2012. Páginas 3,4,7,11,70, 91,99,112,113,117,131,150.
7. Diagnostico comunal del municipio de San Lucas.
8. Acosta L, Burrone M.S. Lucchese M, ET AL. Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba, Argentina. Rev. Elect. Trim. Enf. 2011
9. Anuario Estadístico 2012 (en línea) Bolivia: Instituto Nacional de Estadística; 2012
10. Chirinos J.L. Validación - aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. Rev Med Hered.2012
11. Hidalgo R.L. Encuesta de Satisfacción del personal de salud. Rev. Dir. Sal. Pers.
12. Lobos A. Cardemil F. Loézar C. ET AL Satisfacción con la atención médica de pacientes hospitalizados en un servicio clínico docente y en uno no docente Rev Chil Salud Pública2012.
13. Oliva C. Hidalgo C.G Satisfacción Usuaría: Un Indicador de Calidad del Modelo de Salud Familiar, Evaluada en un Programa de Atención de Familias en Riesgo Biopsicosocial, en la Atención Primaria. Univ. Cat. Chile 2009
14. Pérez C. Guillén G. Brugos A. satisfacción laboral y factores de mejora en profesionales de atención primaria An. Sist. Sanit. Navar.2013,
15. Ruiz I, Zenteno J, Funes P. ET AL Grado de Satisfacción de los médicos, que son usuarios del Dpto. de Análisis Clínicos del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (UNA) durante el año 2010 Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud 2013,
16. Shimabuku R. Huicho L. Fernández D. ET AL. Niveles de insatisfacción del usuario externo en el instituto nacional de salud del niño de Lima, Perú Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública 2010

AMAUROSIS BILATERAL CORTICAL POR ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA

Amaurosis hypertensive encephalopathy by bilateral cortical

1 Herrera Caballero M. A.
2 Núñez A.

1 Neurocirujano. Docente Neurología. Facultad de Medicina: Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier.
2 Residente de Medicina Familiar.

Recepción: 26 de enero, 2015
Aceptación: 3 de marzo, 2015

RESUMEN:

Los estados de hipertensión en el embarazo son una de las principales complicaciones y de mayor repercusión en la salud materna infantil. Suponen uno de los motivos de consulta más importantes en las unidades de alto riesgo, siendo la primera causa de morbilidad y mortalidad materno fetal con una incidencia mundial del 1 al 10%

Se describe el caso clínico de una mujer gestante con Encefalopatía Hipertensiva secundaria a eclampsia complicada con amaurosis bilateral, una complicación poco frecuente y que en el caso de la paciente ha sido el motivo de consulta.

PALABRAS CLAVE:

Encefalopatía Hipertensiva, Amaurosis cortical bilateral. Eclampsia. Resonancia Magnética.

SUMMARY:

The states of hypertension in pregnancy are one of the major complications and greater impact on maternal and child health. Are one of the most important reasons for consultation in high-risk units, the first cause of morbidity and fetal and maternal mortality with a global incidence of 1 to 10%

The clinical case of a pregnant woman with hypertensive encephalopathy secondary to eclampsia complicated with bilateral amaurosis, a rare complication and if the patient has been the subject of consultation described.

KEYWORDS:

Hypertensive encephalopathy, bilateral cortical Amaurosis. Eclampsia. Magnetic resonance.

INTRODUCCIÓN

La eclampsia se define como la aparición de convulsiones en el contexto de hipertensión en el embarazo con o sin proteinuria en ausencia de otras causas conocidas de convulsiones. La incidencia de la eclampsia depende de la severidad de la preeclampsia y del manejo del cuadro pero se estima inferior al 1% (OMS) ¹.

Las complicaciones asociadas a la eclampsia incluyen: edema pulmonar, insuficiencia cardíaca, desprendimiento de placenta, coagulación intravascular diseminada, Síndrome de HELLP y alteraciones neurológicas.

En el caso de las alteraciones neurológicas, estas se producen como consecuencia del vasoespasmo cerebral y la alteración de la regulación del tono vascular. El área más sensible es la occipital ya que es una zona intermedia entre dos territorios vasculares. Todo esto se traduce en aparición de cefalea, fotopsias, escotomas y amaurosis.

La hipertensión que desarrollan estas pacientes es consecuencia del vasoespasmo generalizado que resulta en una compresión del espacio intravascular y un volumen plasmático reducido.

La hipertensión, después de una fase inicial de mejoría, puede presentar un empeoramiento entre el 3 a 6 día. Para su control se utilizarán los mismos fármacos utilizados anteparto ya sea por vía endovenosa u oral dependiendo de la respuesta y el estado de la paciente. En esta fase no están contraindicados otro tipo de fármacos que no estaban indicados durante el embarazo.

La presión arterial progresivamente más alta puede provocar encefalopatía hipertensiva, independientemente de que estén presentes o no los defectos estructurales de la hipertensión crónica ².

En el caso de las mujeres con eclampsia que han desarrollado encefalopatía hipertensiva el aumento brusco de la presión arterial ejerce en los vasos que irrigan los lóbulos occipitales un daño que se traduce en amaurosis cortical.

CASO CLÍNICO

Primigesta de 22 años, que cursa con un embarazo de 31 semanas de amenorrea. Sin antecedentes morbidos de importancia. El control prenatal registra cifras tensionales normales. El día previo a su ingreso, acusa visión borrosa que progresa hasta amaurosis bilateral, síndrome convulsivo, cefalea, náuseas, vómito y vértigo. Motivo por el cual es transferida desde su comunidad a un centro de mayor complejidad. Se decide su internación, ingresa hipertensa, con alteración del estado de consciencia, taquicardia, sudorosa, con amaurosis bilateral. El examen obstétrico revela tono aumentado, altura uterina 24 con óbito. Se produce parto por vía vaginal y se maneja de acuerdo a protocolo para síndrome hipertensivo del embarazo, por inestabilidad hemodinámica se transfiere a Unidad de Cuidados Intensivos.

Se realiza Tomografía Axial Computada de cerebro simple, en la que no se evidencia ninguna alteración. Durante el puerperio evoluciona con cifras tensionales elevadas, hasta 175/100, se realiza terapia antihipertensiva, al inicio con losartán más hidroclorotiazida con los que no se obtiene una respuesta favorable. Examen oftalmoscópico normal. Se realiza Resonancia Magnética de cerebro en periodo subagudo, imagen hiperintensa cortical unilateral (fig. 1), imagen hiperintensa en sustancia blanca unilateral, compatible con edema vaso génico (Fig. 2), ambas imágenes corresponderían a encefalopatía hipertensiva. Se decide rotar a metildopa logrando disminuir la presión a parámetros normales.

Después de 2 semanas va recuperando la visión de manera progresiva.

DISCUSIÓN

La eclampsia, síndrome clínico definido clásicamente por la aparición de convulsiones y/o coma en gestantes con hipertensión y proteinuria, se presenta frecuentemente como un síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES), entidad clínico radiológica caracterizada por cefalea, alteraciones visuales, convulsiones y/o alteración de consciencia, junto a un patrón radiológico de edema cerebral vasogénico reversible localizado en territorio posterior.^{4 y 5}

La eclampsia es una forma de encefalopatía hipertensiva, demostrable por estudios por imágenes de cerebro. Las convulsiones que implican eclampsia suelen ser precedidas de las manifestaciones de la preeclampsia.

La hipertensión puede ser severa, aunque en algunos casos los aumentos de la presión son mínimos. Con frecuencia, hay proteinuria marcada. El edema es variable y en ocasiones masivo. Siempre se observa oliguria y puede sobrevenir anuria si no se mantiene una adecuada ingesta de líquidos. En raras ocasiones hay ceguera, causada por edema retiniano, desprendimiento de retina o por alteraciones en la corteza occipital⁶

Alrededor del 25% de las pacientes con preeclampsia severa desarrollan alteraciones visuales, pero la amaurosis cortical es poco frecuente. La incidencia en pacientes preeclámpicas es de 1-3% y en eclámpicas entre 3 a 14%. Estas complicaciones pueden ocurrir por desprendimientos de retina o lesiones en el lóbulo occipital siendo en su mayoría reversible.

La amaurosis bilateral, se presenta como una pérdida completa de la visión o con percepción sólo del brillo de la luz enfocada directamente en los ojos. Esta forma de presentación fue muy similar a la descrita en esta paciente. La amaurosis puede ser el primer síntoma de una preeclampsia, asociada o no a alteraciones de la consciencia, pudiendo preceder a las convulsiones de la preeclampsia por varias horas. Antiguamente, la mayoría de los casos de amaurosis eran atribuidos a alteraciones retinianas, tales como edema y cambios vasculares⁷. Sin embargo, en la actualidad, se ha dado mayor importancia a la amaurosis cortical, cuyo diagnóstico debiera ser considerado en el caso de pérdida de la visión con un examen oftalmoscópico que descarta patología de retina y con reflejo pupilar normal frente a la luz. A esta paciente se le realizó una evaluación oftalmológica que descartó alteraciones retinianas como se describe en la literatura.

La distribución típica que podría explicar zonas más vulnerables a edema o isquemia sería resultado de la diferencia entre la inervación de la circulación cerebral anterior y posterior, debido a que el sistema carotideo interno tiene una mayor inervación simpática que el sistema vertebro basilar, lo que resultaría en la pérdida de la autorregulación y la dilatación arterial forzada predominantemente en el lóbulo occipital. La forma más grave de esta vasculopatía causaría la necrosis fibrinoide de la pared vascular, produciéndose la extravasación y la hemorragia perivascular petequeal, característica de los casos avanzados de preeclampsia-eclampsia y encefalopatía hipertensiva. Existe evidencia de que estas lesiones son inducidas por cambios vasculares, observándose con velocimetría Doppler un aumento de la velocidad del flujo ce-

rebral en pacientes con hipertensión inducida por el embarazo, sugiriendo un aumento de la resistencia al flujo, aumentando aún más la velocidad en el puerperio inmediato ^{7y8}.

En la Tomografía Axial Computada distintos trabajos describen la presencia de alteraciones en neuroimágenes de pacientes con eclampsia y con ceguera cortical, describiéndose imágenes hipodensas predominantemente en los lóbulos occipitales y parietales, observándose una resolución parcial a los 3 a 5 días, con una resolución completa dentro de 14 días. Céspedes y cols. informan que la TAC cerebral en 11 pacientes eclámpticas mostró alteraciones en 7 de ellas; uno de esos casos presentaba amaurosis bilateral con imagen isquémica occipital acompañada de desprendimiento bilateral de retina ⁹.

En la Resonancia Magnética se pueden observar lesiones hiperintensas en T2, siendo compatibles ambas imágenes con edema focal, reflejado por un aumento del contenido de agua. Este edema, se observa principalmente en los hemisferios posteriores, de manera particular en las áreas cercanas a las “zonas arteriales límites” o puede ser más difuso, involucrando regiones de la materia blanca anterior profunda y los ganglios basales ⁹.

En estado subagudo la susceptibilidad magnética genera hiperintensidad en T1 e hipointensidad en T2 ¹⁰. La fisiopatología del edema vasogénico subcortical, común al PRES y a la eclampsia, no está completamente dilucidada. La autorregulación de la perfusión cerebral mantiene constante el flujo sanguíneo cerebral frente a las fluctuaciones normales de la presión arterial sistémica. El incremento sostenido de la presión arterial sistémica sobrepasa la capacidad de respuesta del sistema vascular cerebral, produciendo una sobredistensión vascular pasiva que, junto a la disfunción endotelial propia de la preeclampsia, rompe la barrera hematoencefálica a nivel de la *zónula ocludens* ^{11y12}. El resultado directo es la extravasación de líquido al espacio perivascular y el edema vasogénico. La predilección por el territorio cerebral posterior se explica por la escasa inervación simpática de la circulación vertebrobasilar, en relación con la fosa anterior, haciéndolo más susceptible al edema vasogénico ¹³.

El caso presentado curso con encefalopatía hipertensiva y amaurosis bilateral, coincidente con la literatura no había lesiones retinianas, raras como la amaurosis cortical. La Tomografía axial computada no evidencia imágenes hipodensas occipitales o parietales, patológicas. En relación a la Resonancia Magnética las imágenes observadas en T1 son cortico subcorticales

hiperintensas occipital unilateral, corresponderían a hemorragia, haciendo notar que la tomografía no evidencio patología hemorrágica. Evolucionando, a las dos semanas con recuperación paulatina de la visión.

CONCLUSIONES

1. La Amaurosis bilateral en la eclampsia podría ser causada por lesión cerebral occipital.
2. La Tomografía Axial Computarizada sin contraste puede ser normal.
3. La Resonancia Magnética Nuclear evidencia imágenes hiperintensas que indicarían edema vasogénico como causa de encefalopatía hipertensiva en el embarazo como diagnostico guía de tratamiento y pronóstico de encefalopatía reversible.

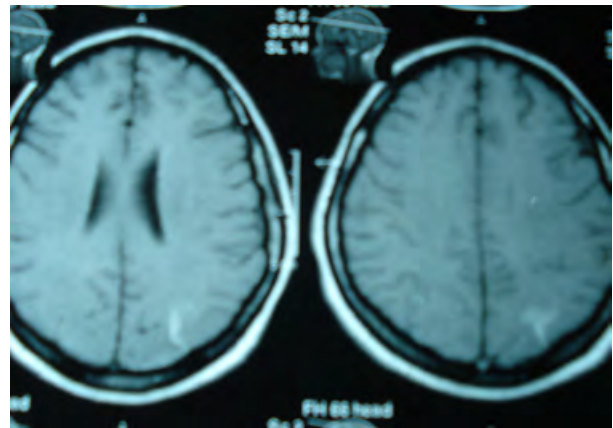


Fig. 1



Fig. 2

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez-Iglesias JL, Izquierdo Gonzáles F, Llurba E. Estados hipertensivos del embarazo. Conceptos clasificación estudio de las diversas formas. En: Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de Obstetricia. Madrid: Grupo ENE; 2007. p. 521- 533.
2. Norman M. Kaplan. Crisis Hipertensiva. En: Norman M. Kaplan. Hipertensión Clínica. Barcelona: Editorial Medica Springer; 1997. p. 313 – 329.
3. Nakagawa K, Sorond FA, Ropper A. Ultra-early magnetic resonance imaging findings of eclampsia. Arch Neurol. 2008; 65:974-6.
4. Fugate JE, Claassen DO, Cloft HJ, Kallmes DF, Kozak OS, Rabinstein AA. Posterior reversible encephalopathy syndrome: associated clinical and radiologic findings. Mayo Clin Proc. 2010; 85:427-32.
5. Carol Kotliar. Las Crisis hipertensivas. En: Branco Mautner. Cardiología, basada en la evidencia y experiencia de la Fundación Favalaro. Argentina:
6. Arlette Aday E. Enrique Valdés R. Hugo Salinas P. Pamela Rojas M. Cristian Miranda M. Amaurosis bilateral cortical en pre-eclampsia severa. Rev.Chil.Obstet.Ginecol (Chile) 2004. Vol 68 n.6.
7. Port JD, Beauchamp NJ Jr. Patología Intracerebral reversible mediada por disfunción en la autorregulación vascular. Radiographics; 1998; 18: 353-362.
8. Apollon KM, Robinson JN, Schwartz RB, Norwitz ER. Ceguera cortical in preeclampsia severa: hallazgos en la tomografía computarizada, resonancia magnética y tomografía computarizada por emisión de fotones. Obstet Gynecol; 2000; 95: 1017 – 19.
9. Mauricio Castillo . Neuroradiología. 1, ed.- Buenos Aires : Journal 2004.
10. Belfort MA, Varner MW, Dizon-Townson DS, Grunewald C, Nisell H. Cerebral perfusion pressure, and not cerebral blood flow, may be the critical determinant of intracranial injury in preeclampsia: a new hypothesis. Am J Obstet Gynecol. 2002; 187:626-34.
11. Bartynski WS. Posterior reversible encephalopathy syndrome, part 2: controversies surrounding pathophysiology of vasogenic edema. AJNR Am J Neuroradiol. 2008;
11. Haubrich C, Wendt A, Diehl RR, Klotzsch C. Dynamic autoregulation testing in the posterior cerebral artery. Stroke. 2004; 35:848-52.

IMAGENES

Fig. 1. RM ponderación T1 imagen hiperintensa cortical unilateral que correspondería a edema vasogénico (DSCO 2234).

Fig. 2. RM Ponderación T1 evidencia imágenes hiperintensas en sustancia blanca unilateral, que correspondería edema vasogénico . (DSCO 2236)

HEMATOMA EPIDURAL

Epidural Hematoma

1 Mujica C. M. Á.
 2 Villca Roso S.
 3 Ayala P.

1 Neonatólogo-Pediatra
 – Jefe de Unidad de
 Terapia Intensiva
 Pediatría HSB – Sucre
 2 Pediatra HSB – Sucre
 3 Residente de 3 año de
 Pediatría HSB – Sucre

Recepción: 20 de febrero, 2015
 Aceptación: 15 de marzo, 2015

RESUMEN:

Presentamos un caso clínico de un niño de 2 años 6 meses de edad que fue atendido en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Santa Bárbara con Hematoma epidural en la que se realiza una actuación rápida, multidisciplinaria, tratamiento agresivo: neuroquirúrgico con evolución favorable.

PALABRAS CLAVE:

Hematoma epidural, traumatismo encefalocraneano, empiema epidural.

SUMMARY

We report a case of a 2 years 6 months who was treated at the Intensive Care Unit of the Hospital Santa Bárbara with epidural hematoma in a quick, multidisciplinary action, aggressive treatment is performed: neurosurgical with favorable evolution.

KEYWORDS:

Epidural hematoma, encephalocranial trauma, epidural empyema.

INTRODUCCIÓN

El hematoma epidural (HED) es la colección de sangre que ocurre entre la tabla interna del cráneo y la duramadre cerebral. Entre un 30 % a un 91 % está asociado a fractura de la bóveda craneana.¹ El origen de la hemorragia suele localizarse en la arteria meníngea media o alguna de sus ramas, en un seno de la duramadre o en un vaso diploico. El HED ocurre aproximadamente en el 31 % de los pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE).²

Clásicamente el HED ha sido considerado como una complicación infrecuente del TCE y siempre se ha conceptualizado como una de las urgencias neuroquirúrgicas más emblemáticas por su clásica semiología (depresión del sensorio en dos tiempos, intervalo

libre; desviación conjugada de la mirada y focalidad motora contralateral), por su gravedad y por su tratamiento quirúrgico resolutivo. Esta patología fue una de las más beneficiadas por la introducción de la TAC, al detectar la hemorragia sin tener que esperar a la clínica o la arteriografía, y por tanto ofreciendo un tratamiento precoz y un mejor pronóstico; actualmente la generalización de esta técnica ante gran parte de los pacientes con TCE, además de favorecer el tratamiento neuroquirúrgico³ y ser secuencialmente un documento imprescindible, ha demostrado que la aparente infrecuencia del HED no era cierta, y que aislado o acompañando a otras lesiones endocraneales lo podemos ver en muchos de estos pacientes (0,2-6%).^{4,5}

CASO CLÍNICO

Preescolar de sexo masculino, 2 años 6 meses de edad, peso 13,200 Kg, superficie corporal 0,57 m², natural de Sucre. Cuadro clínico de 10 hrs de evolución caracterizado por caída de su propia altura (Resbala en piso mojado) impactando región fronto orbitaria derecha contra superficie dura (Piso de cemento), sin pérdida de conocimiento, llanto intenso, a las 3 hrs irritabilidad, vómitos explosivos, alimenticios (Aprox. 8 veces); ingresa en regular estado general, afebril, hemodinamia estable, FC 120 lpm, FR 30 rpm, PA 94/62 mmHg, PAM 73 mmHg, buena mecánica ventilatoria, neurológico Consciente, vigil, ubicado en las tres esferas, pupilas isocóricas fotoreactivas sin foco motor ni sensitivo, pares craneales conservados, reflejos abdominocutáneo y osteotendinosos conservados, Babinsky bilateral negativo, signos meníngeos ausentes, Glasgow 15/15. activo-reactivo, irritable a momentos, al examen físico equimosis y edema bipalpebral derecho y presencia de hematoma subgaleal 5x5 cm frontoparietal derecho.

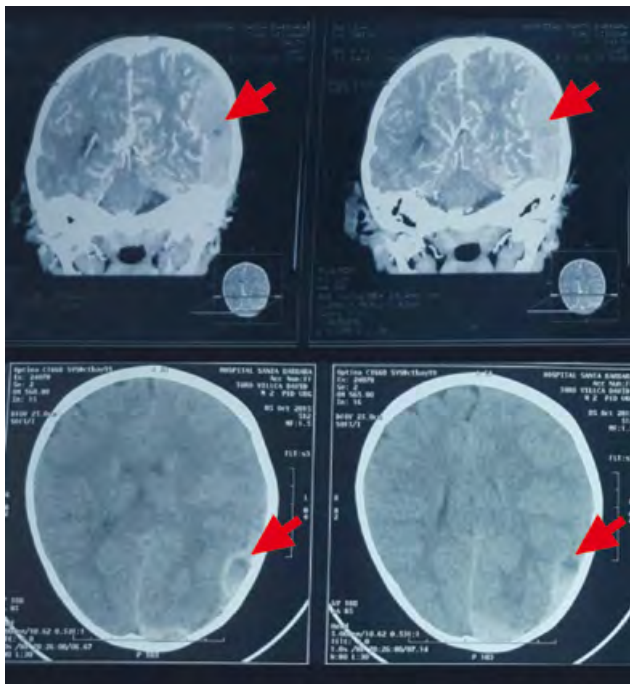


Fig. 1: Hematoma epidural occipital izquierdo: arriba corte sagital; abajo corte axial.

Se completan estudios y se realiza tomografía simple de cráneo (Fig. 1) donde se evidencia: Hematoma epidural vs empiema subdural y malformación arteriovenosa occipital izquierda?, Marshal-III, valorado por neurólogo, cursa con mala evolución con signos de hipertensión intracraneal (prograsa cefalea, vómitos explosivos, sensorio alternante, descenso de Glasgow) a las 72 hrs, es intervenido quirúrgicamente rea-

lizando craneotomía occipital, se evidencia coagulo bien delimitado con presencia de membrana(Fig. 2), no se evidencia sangrado activo, se evacua hematoma subdural y se repone el hueso.

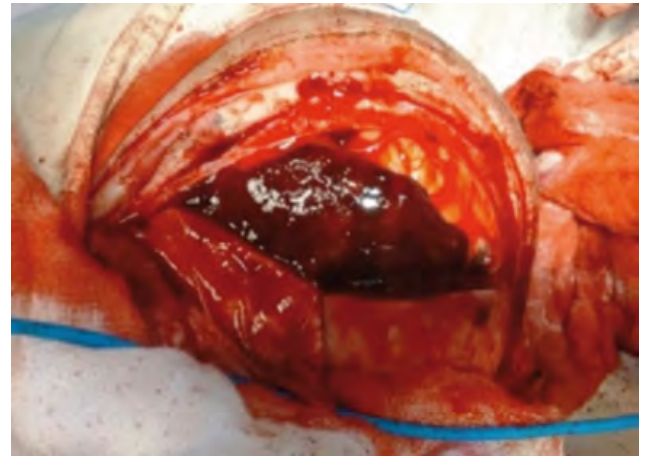


Fig. 2: Hematoma subdural

Entre los antecedentes patológicos internado en 07/2015 en el Hospital del Niño “Sor Teresa Huarte Tama”; durante 1 mes por presentar masa tumoral región malar derecha.

ESTUDIOS REALIZADOS:

HEMOGRAMA	06.10.15	08.10.15	12.10.15
GB	7000	15.500	12.100
Neutrofilos	79,6	84,7	67,8
Linfocitos	13,9	7,3	23,2
Eosinofilos	0	0	1
Monocitos	6,5	8	9
Hb	5,9	9,1	9,3
Hcto	19,7	28	29
MCV	59,6	71,2	73,3
MVH	17,8	23,2	25
Plaquetas	265000	234000	124000
VSG	57	40	28
PCR mg/dl	2,4	4,8	1,2

Grupo y factor RH : “0” (+)

Coagulograma	06.10.15	13.03.15	11.03.15
TC	6'	6'	5' 30"
TS	1' 30"	1' 30"	1' 30"
TP	14 seg	14 seg	14 seg

Ionograma dentro de parámetros normales.

Permanece internado por 17 días, recibe soluciones hipertónicas al 3% a 5 ml/kp. transfusión de paquete globular 10ml/kp. en 3 ocasiones por anemia grave y sangrado intraoperatorio, hidratación según requerimientos, evolución favorable con control postquirúrgico de TAC simple de cráneo evidenciándose hematoma en resolución (Fig. 3) es dado de alta con pautas de alarma.

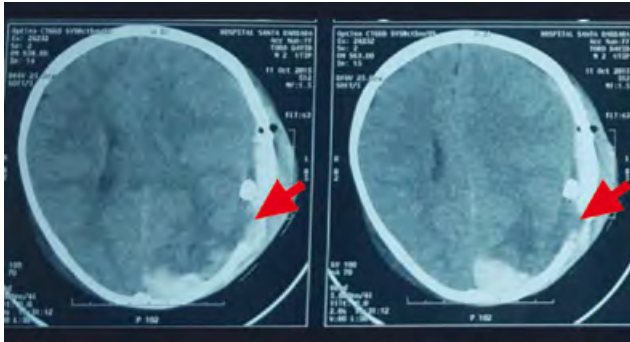


Fig. 3: Control TAC simple de cráneo postquirúrgico

COMENTARIOS

El hematoma epidural representa una urgencia neuroquirúrgica, continua siendo una de las primeras causas de internación en las Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica, de etiología traumática, con evolución y pronóstico favorable si se resuelve de forma oportuna, adecuada y con manejo multidisciplinario desde su atención primaria. Cuando se habla de un hematoma subdural agudo (HSDA) la magnitud del daño por el impacto, es usualmente mayor que en los hematomas epidurales, lo que generalmente vuelve a esta lesión mucho más letal. Usualmente se asocia a una lesión del cerebro subyacente, lo cual es menos común en el HED. Los síntomas pueden ser ocasionados debido a la compresión del cerebro subyacente con desplazamiento de la línea media, además de una lesión del parénquima cerebral y posible edema cerebral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baycaner K, Alp H, Ceviker N. Observation of 95 patients with extradural hematoma and review of literature. *Surg Neurol*. 1988;30:339.
2. Gallagher JP, Browder J. Extradural hematoma: Experience with 167 cases. *J. Neurosurg*. 1968;29:1.
3. Baykaner K, Alp H, Ceviker N, Keskil S, Seckin Z. Observation of 95 patients with extradural hematoma and review of the literature. *Surg Neurol* 1988; 30:339-341.
4. Jamjoom A, Cummins B, Jamjoom ZA. Clinical

characteristics of traumatic extradural hematoma: a comparison between children and adults. *Neurosurg Rev* 1994; 17:277-281.

5. Mohanty A, Sastry VR, Subbakrishna DK, Sathish S, Chandra Mouli BA, Das BS. Prognosis of extradural haematomas in children. *Pediatric Neurosurg* 1995; 23:57-63.

PSICOPROFILÁXIS QUIRÚRGICA

Surgical Psychoprophylaxis

1 Burgos Torres P. A.

1 Psicóloga, Seguro Social Universitario Estudiantil Diplomado en Educación Superior UNIVALLE. Sucre – Bolivia, Diplomado en Psicología de la Salud – Instituto Salamanca, Bogotá – Colombia.

Recepción: 17 de febrero, 2015
Aceptación: 20 de marzo, 2015

RESUMEN

Se realiza una investigación y revisión bibliográfica acerca de cómo el estrés afecta no solo las funciones psicológicas como la capacidad de relacionamiento en diferentes áreas, incrementa la agresividad etc., sino también repercute en aspectos fisiológicos, obstruyendo la recuperación ante cualquier patología en tratamiento.

Se considera la implementación de un programa psicoprofiláctico para coadyuvar no solamente la recuperación del paciente, sino también obtener el apoyo de la familia del mismo y de esta manera facilitar el trabajo del equipo tratante.

La finalidad de la aplicación de la psicoprofiláxis, es brindar al paciente la información, la contención y el asesoramiento necesario para que de esta manera logre enfrentar la situación quirúrgica con la menor cantidad de secuelas físicas y psicológicas posibles, dotándolo de mecanismos de confrontación adecuados que lo lleven a superar la cirugía exitosamente.

PALABRAS CLAVE:

Psicoprofiláxis quirúrgica, estrés, cicatrización, sistema inmune

SUMMARY

Is a research and review of the literature about how stress affects not only the psychological functions as the capacity of relations in different areas, increases aggressiveness etc., but also affects physiological aspects, obstructing the recovery before any pathology in treatment.

The implementation of a psychoprophylactic program is considered to assist not only the recovery of the patient, but also to obtain the support of the family of the same and this facilitate the work of the team treating. The application of the psychoprophylaxis, aims to provide patient information, containment, and the necessary advice in this way achieve cope with the fewest possible physical and psychological sequelae of surgical, endowing it with appropriate confrontation mechanisms that lead to overcome the surgery successfully.

KEYWORDS:

Surgical Psychoprophylaxis, stress, healing, immune system

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años, tanto dentro de la medicina como en otras especialidades, la psicología ha tenido una gran acogida por los efectos positivos que brinda desde las diferentes áreas de intervención.

De esta manera, es que surge la elaboración y aplicación de diferentes proyectos en el ámbito de la psicología de la salud desde hace varias décadas, y en nuestro medio, se ve la necesidad y urgencia de formar un equipo multidisciplinario que incluya un profesional psicólogo para obtener mejores resultados en todas las especialidades médicas priorizando siempre la salud y calidad de vida de las personas.

Desde hace varios años, se han realizado diferentes estudios de como las emociones, los pensamientos, y estados anímicos tienden a afectar diferentes funciones físicas como la cicatrización, nivel de tolerancia al dolor, predisposición a infecciones, uso de grandes cantidades de medicamentos para subsanar dichas alteraciones y adhesión al tratamiento médico entre otras.(1)

Posiblemente, dos de las experiencias trascendentales en la vida del ser humano, es estar hospitalizado y/o ser operado.

Si bien es cierto que estas condiciones en sí mismas provocan estrés tanto físico como emocional, tanto en el paciente como en su familia, también lo es el hecho que bajo estas circunstancias hay más posibilidades que tanto la familia, como el paciente lleguen al hospital preparados emocionalmente para el evento, favoreciendo de esta manera el tratamiento requerido.(2)

No ocurre lo mismo cuando la enfermedad que lleva al paciente a la hospitalización o a la necesidad de una cirugía, pone en riesgo su vida, entonces la ansiedad es mucho más intensa y difícil de manejar, llegando a obstaculizar el trabajo del equipo médico y surgiendo complicaciones físicas.

En 1936 Beverly describió los posibles efectos de una enfermedad sobre el desarrollo emocional, en la década de los cuarenta, Levy, Jassner y Kaplan describieron el trauma psíquico que puede acompañar a una hospitalización y una cirugía en los niños; pero recién en la década de los años setenta Mellish sustentó el uso de una preparación psicológica para la hospitalización y cirugía de pacientes pediátricos, tomando en cuenta las características individuales de los niños, de sus padres, el tipo de enfermedad y el trabajo médico.(3)

Por todo esto, es que nace la psicoprofilaxis quirúrgica, que es un conjunto de técnicas psicoterapéuticas que se ocupa, dentro de un marco multi e interdisciplinario, de preparar emocionalmente al paciente y a su familia para afrontar una intervención quirúrgica, con la menor cantidad de secuelas físicas y psicológicas posibles.(4)

Esta estrategia se ocupa exclusivamente de lo relacionado con la operación. La tarea comprende la información, contención, esclarecimiento y manejo de todos aquellos sentimientos y emociones que surgen ante una cirugía, promoviendo el funcionamiento afectivo, cognitivo, interaccional y comportamental del enfermo, recursos que lo orienten a:

- a) Afrontar la operación
- b) Reducir efectos, eventualmente, adversos para el psiquismo
- c) Facilitar la recuperación biopsicosocial.

OBJETIVOS

Los objetivos principales de la psicoprofilaxis quirúrgica son:

Figura 1: Objetivos Psicoprofilacticos



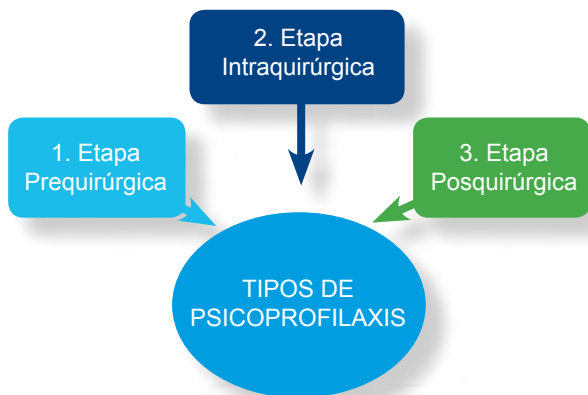
Fuente: <http://t2.gstatic.com/images>

- 1 **Aliviar ansiedades.** Mediante el uso de técnicas específicas que reducen la sintomatología ansiosa tanto en el Paciente como en la familia,

favoreciendo de esta manera la colaboración de ambas partes durante el proceso quirúrgico y facilitando la rehabilitación post-operatoria.

- 2 **Ayudar a superar el impacto de la cirugía** otorgando al paciente elementos para un mejor manejo de recursos propios identificados con anterioridad y por ende, lograr una estabilidad emocional, que repercute en funciones fisiológicas.
- 3 **Favorecer una mejor recuperación** en el postquirúrgico y disminuir la posibilidad de que se presenten complicaciones emocionales (terrores nocturnos, insomnio, agresividad, etc.) y fisiológicas (infecciones, baja tolerancia al dolor, retraso en la cicatrización, etc.). (5)

Cuadro 1: ETAPAS PSICOPROFILÁCTICAS



Fuente: Elaboración propia

La psicoprofilaxis quirúrgica se realiza en tres etapas, y es llevada a cabo por el profesional psicólogo(a), miembro del equipo quirúrgico.

Etapa Pre-quirúrgica.

Se centra en las dificultades emocionales que se experimentan para hacerle frente a la operación, apunta a disminuir los temores a la anestesia, a la muerte, al sufrimiento, a la soledad, o a quedar dañado, bajando los niveles de ansiedad y favoreciendo la recuperación, todo esto, debido a que un elevado nivel de estrés, ocasiona la depresión del sistema inmunológico, vulnerando fisiológicamente tanto en el pre como en el postoperatorio.

Etapa Intra-quirúrgica.

Sucede durante el acto quirúrgico, proporcionando al paciente el acompañamiento adecuado, por medio

de la aplicación de algunas técnicas trabajadas en el pre-quirúrgico, de esta manera y por medio de este acompañamiento, se logra generar en el paciente un estado de calma y confianza en el equipo quirúrgico a cargo, evitando complicaciones intra-operatorias.

Etapa Post-quirúrgica

Que se viene preparando desde la pre-quirúrgica centrándose en la disminución de las percepciones de dolor y de molestias post quirúrgicas, ayudando a mantener una actitud positiva acerca de la cirugía, resaltando los aspectos beneficiosos de la misma, focalizándose en la rehabilitación y cuidado de la salud luego del alta médica.(6)

ESTRÉS Y PROCESO DE CICATRIZACION. Métodos experimentales, efectos y Mecanismos.

La piel constituye una defensa inmunitaria primaria, al ser el órgano más grande del cuerpo humano, limitando también los cambios en el agua corporal. Por lo tanto, es esencial para la salud en general, la capacidad que ésta tenga para cicatrizar las heridas de manera rápida y eficaz.

El estrés puede demorar el proceso de cicatrización, ocasionando consecuencias significativas en el ámbito quirúrgico.

Las fases de cicatrización en individuos sanos, ocurre de manera secuencial, iniciando por la fase inflamatoria, proliferativa y de remodelación respectivamente. La fase inflamatoria requiere el reclutamiento de plaquetas, neutrófilos y macrófagos desde la circulación. En este reclutamiento intervienen quimoquinas y citoquinas liberadas por las células dañadas y por los coágulos sanguíneos. Entre otras funciones, estas células fagocitan y remueven bacterias de la herida. Además, los monocitos reclutados se diferencian en macrófagos una vez que ingresan en el tejido, lo que inicia el proceso de reparación. Además de preparar la matriz extracelular para el crecimiento tisular, los macrófagos sintetizan factores de crecimiento fundamentales para la coordinación de la síntesis del tejido nuevo.

Una vez que este tejido ocupa el espacio generado por la herida, comienza el estadio final de la cicatrización, que involucra procesos de contracción y remodelación y es importante para la recuperación de la estructura y función original del tejido. Mientras que los 2 primeros estadios de la cicatrización se completan en un período de 12 a 14 días, el último puede continuar durante semanas, meses o años.

El estrés, afecta el proceso de cicatrización mediante diversas vías inmunológicas y neuroendocrinas que incluyen, por ejemplo, a las citoquinas pro-inflamatorias y a los glucocorticoides.

Los niveles de glucocorticoides aumentan en respuesta al estrés, lo cual puede inhibir transitoriamente la síntesis de interleuquina (IL)-1, factor de necrosis tumoral (TNF [*tumour necrosis factor*]) y la reparación tisular.

De acuerdo con los resultados del primer estudio efectuado en seres humanos acerca de la asociación entre el estrés y la cicatrización, ésta demora 24% más en individuos significativamente estresados en comparación con aquellos no estresados. Además, los leucocitos circulantes de los sujetos estresados expresaron menos ARN mensajero de IL-1beta en respuesta a la estimulación en comparación con los controles. La IL-1beta es una citoquina clave que se sintetiza en respuesta al daño tisular, cuyo aumento favorece la cicatrización. También se observó un efecto negativo para el estrés leve, con una velocidad aproximadamente 40% inferior de cicatrización en comparación con lo observado en ausencia de estrés. (7)

Asimismo, la síntesis de IL-1beta de los leucocitos también se redujo en presencia de estrés leve. Glaser y colaboradores investigaron la síntesis local de citoquinas en presencia de estrés y demostraron una asociación entre esta síntesis de citoquinas en el sitio de la herida y el nivel de estrés.

En un estudio reciente, Kiecolt-Glaser y colaboradores observaron que una discusión marital de media hora puede afectar la cicatrización. Se verificó una disminución de la síntesis de 3 citoquinas clave en el lugar de la cicatrización: IL-6, IL-1beta y TNF-alfa. Esta reducción se correlacionó con la disminución de la velocidad de cicatrización. Además, en las parejas que presentaron conductas con niveles de hostilidad sistemáticamente elevados, las heridas cicatrizaron un 60% más lento. Es decir, tanto los factores generadores de estrés agudo como los patrones conductuales afectan la cicatrización de heridas. Los resultados coinciden con lo hallado en estudios previos acerca del efecto de los conflictos maritales sobre la función inmunológica.(8)

El reclutamiento celular es una función clave de la fase inflamatoria de la cicatrización, dado que permite la remoción de bacterias y otros detritos del sitio de la herida. En ausencia de un reclutamiento adecuado de neutrófilos, la proliferación bacteriana se ve favorecida.

Asimismo, la ausencia de monocitos/macrófagos impide la síntesis de enzimas y factores de crecimiento esenciales para el agregado de tejido nuevo; en consecuencia, la cicatrización será más lenta y aumentará la posibilidad de contaminación.

También se verificó el incremento de los niveles de corticosterona sérica, ésta elevación ocasiona la demora de la cicatrización y aumenta la incidencia de infecciones.

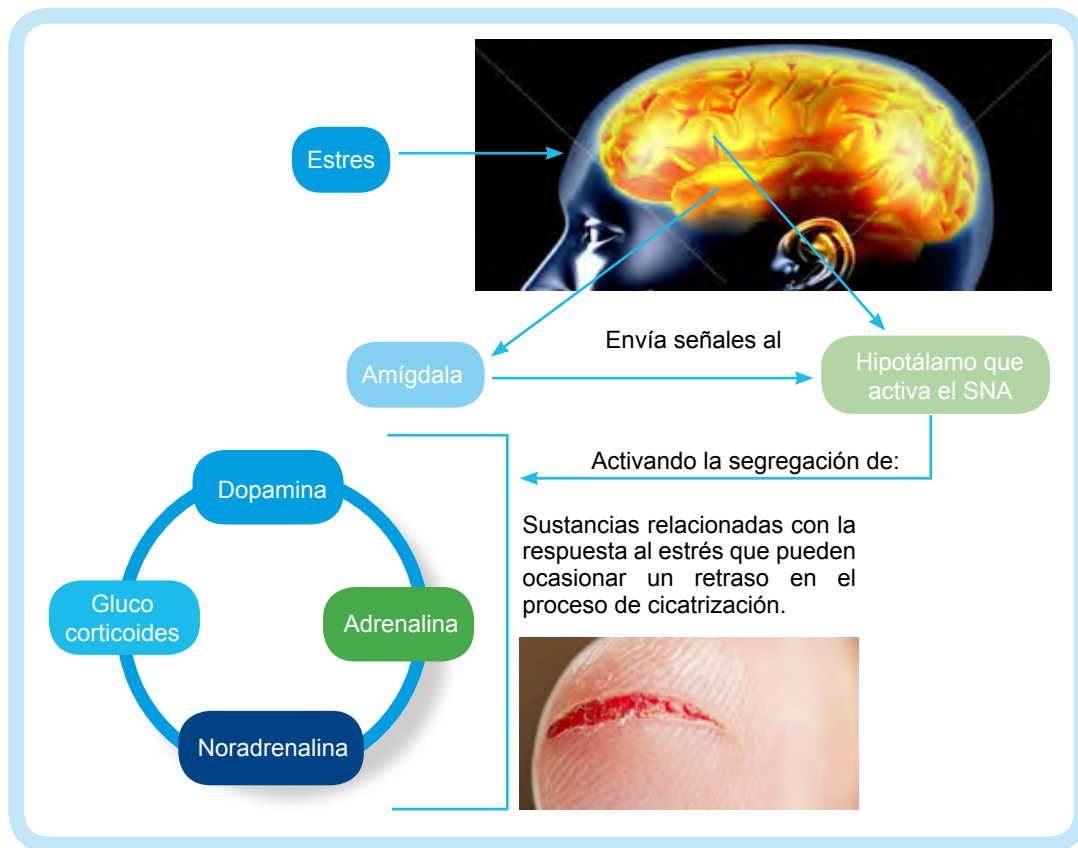
Es decir, el efecto supresor de los glucocorticoides sobre la actividad inflamatoria en el sitio de la herida sería un factor clave respecto de la relación entre el estrés y la cicatrización.

Los datos disponibles permiten concluir que los factores de estrés de diferente magnitud y duración pueden disminuir significativamente la velocidad de cicatrización, que se asocia con el aumento de la susceptibilidad ante microorganismos oportunistas y de la probabilidad de aparición de cicatrices.

En conclusión, el aumento del nivel de glucocorticoides inducido por el estrés afecta la fase inflamatoria de la cicatrización al disminuir el reclutamiento de células inflamatorias, afectando la función antibacteriana y demorando la curación de la herida.

El efecto del estrés sobre la cicatrización y la recuperación de los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos involucraría el efecto del dolor físico que en general circunda las heridas. Se halló que los pacientes que refieren niveles más elevados de dolor posquirúrgico tardan más en completar el proceso de cicatrización.

Cuadro 3: Proceso de Cicatrización



Fuente: Elaboración propia

Es, para prevenir todo lo anteriormente expuesto, que la psicoprofilaxis quirúrgica se convierte en un arma indispensable dentro del procedimiento quirúrgico, ya que realizando una adecuada aplicación de técnicas específicas utilizadas en las diferentes etapas psicoprofilácticas, lograremos reducir los miedos y el estrés, favoreciendo la aceleración de las fases de cicatrización, previniendo el incremento de glucocorticoides y favoreciendo no solo la cicatrización, sino también el nivel de tolerancia al dolor, lo que a su vez implica menor uso de medicamentos, logrando de esta manera que la experiencia quirúrgica no se convierta en un episodio traumático y coadyuvar en la salud integral del paciente.

ESTRÉS Y SISTEMA INMUNOLÓGICO

Desde hace mucho tiempo, se ha pensado que los factores psicológicos desempeñan un papel contribuyente en la predisposición, el comienzo o el curso de varias enfermedades físicas. Estudios recientes demuestran claramente la existencia de una cercana relación entre el estrés, el desarrollo y el curso de muchas enfermedades.

Se realiza una actualización acerca de las influencias del estrés psicológico en aquellas enfermedades que están conectadas directamente con los mecanismos inmunológicos tales como las infecciones, las enfermedades autoinmunes y las neoplasias, así como también su efecto sobre las enfermedades cardiovasculares.

La amígdala, la cual forma parte del lóbulo temporal del cerebro, es el área más importante para percibir los eventos estresantes, ya que ésta posee un grado considerable de aprendizaje, y memoria, logrando monitorear la entrada de información sensorial ante cualquier signo de daño potencial.

El estrés crónico aumenta la irritabilidad, que es una condición seriamente dañina y está unida a un incremento en la reactividad, lo cual activa a la amígdala y el eje Hipotálamo Hipófisis y Adrenal (HHA), factor liberador de corticotropina. Esta es una hormona peptídica que constituye uno de los neurotransmisores más influyentes en el cerebro y el mediador central en la respuesta al estrés, que coordina el comportamiento, la activación autonómica y la neuroendocrina.

El cerebro responde con noradrenalina (NA) y la liberación incrementada de hormonas de estrés. La irritabilidad está estrechamente asociada con muchas formas de enfermedad, que van desde la depresión y la adicción a drogas hasta la diabetes y la enfermedad del corazón.

Existen varias evidencias de que el estrés conduce a una capacidad disminuida para combatir la infección. La actividad incrementada del eje HPA estimula la secreción de corticosteroides (tales como el cortisol) procedentes de la corteza adrenal, los cuales incre-

mentan los niveles de glucosa en sangre e inhiben la liberación de interleucinas (ILs) e interferones (IFNs), por lo que los linfocitos disminuyen la respuesta a los agentes invasores y el organismo está más propenso a contraer la infección.

Se señala que, intervenciones psicológicas oportunas pueden contribuir a modular la respuesta al estrés y por lo tanto mejorar la salud, enseñando a los individuos métodos más adaptativos para interpretar los desafíos de la vida con respuestas más efectivas.(9)

Cuadro 4 Efectos del Estrés en el Sistema Inmune



Fuente: Elaboración propia

La depresión de la respuesta inmune celular, altera la respuesta inflamatoria en el sitio de la replicación del virus y suprime la respuesta de IL-2 en el bazo y ganglios linfáticos drenantes.

El estrés ha sido relacionado con una retención incrementada de virus en los tejidos, con disminución del número de linfocitos circulantes y de la respuesta mitogénica *in vitro*. Además disminuye la actividad de las células NK, un mecanismo potente para la eliminación de células tumorales y la producción de IFN. En pacientes sometidos a estrés quirúrgico, se ha encontrado disminución de la IMC y de la actividad de

las células NK. Es posible que la sepsis con liberación de endotoxina disminuya la actividad de estas células. También se ha encontrado una reducción del número de las células NK después de cirugía abdominal.

Si se reduce el trauma quirúrgico, por medio de un adecuado proceso psicoprofiláctico, consecuentemente se reduce la respuesta al estrés y la supresión inmune responsable de las complicaciones infecciosas posoperatorias también se ven disminuidas, generando un menor porcentaje de riesgo séptico post operatorio.

Se ha observado además en pacientes sometidos a cirugía, cambios medibles en el número de células dendríticas. Estas células son rápidamente movilizadas a la circulación en respuesta al estrés quirúrgico, lo cual puede servir para preparar las defensas inmunes del huésped contra el trauma, siempre y cuando, se logre reducir los niveles de estrés trabajando desde la epata pre quirúrgica.(10)

CONCLUSIONES

Cuadro 4 Beneficios de la psicoprofilaxis



Fuente: Elaboración propia

La Psicoprofilaxis quirúrgica, conlleva múltiples beneficios no solo para el paciente, sino también para la familia del mismo y para el equipo médico tratante. Reducción de los tiempos de internación.

- ▶ Menor ingesta de medicamentos (calmantes, anestésicos, etc.)
- ▶ Minimización de complicaciones post operatorias.
- ▶ Menor riesgo intra y post quirúrgico.
- ▶ Menor utilización de recursos humanos (enfermeros y personal hospitalario)
- ▶ Disminución de síntomas psicológicos colaterales (insomnio, fobias, irritabilidad, depresión, etc.)
- ▶ Niveles aceptables de dolor con menor uso de psicofármacos.
- ▶ Mejora en la recuperación quirúrgica.
- ▶ Potencialización del sistema inmunológico.
- ▶ Disminuye los síntomas negativos en la sala de terapia como ser alteraciones del ritmo cardíaco, estados febriles, cefaleas, etc.
- ▶ Reduce el tiempo de cicatrización.
- ▶ Mejora la evolución del cuadro una vez que se le dio de alta al paciente.
- ▶ Aumento de la calidad de vida del paciente.

Se hace necesario que las ciencias psicológicas, biológicas y sociales estrechen de forma muy cerrada sus investigaciones, relacionadas directamente con los eventos estresantes a que están sometidos los individuos en los tiempos modernos y el estilo de enfrentamiento de estos. Los estudios sobre el estrés y su repercusión sobre la salud son necesarios para incrementar nuestros conocimientos y para comprender

los mecanismos responsables que producen cambios de la FI inducidos por el sistema neuroendocrino, tanto en la salud como en la enfermedad.

La psicoprofilaxis quirúrgica disminuye los niveles de ansiedad de los pacientes y con ella se ha logrado una mayor cooperación en el tratamiento médico.

Después de esto lo más importante es enseñar a los padres y a los pacientes una adecuada gestión emocional que tiene como objetivo a corto plazo, ver al paciente nuevamente sonreír.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Maricela Osorio, Luis A. Oblitas Guadalupe. Psicología de la salud infantil. 1ra ed. Colombia: PSICOEDITORES. 2006.
- 2.- Luis A. Oblitas Guadalupe y Cols. Atlas de psicología de la Salud. 1ra ed. Colombia: PSICOMEDITORES. 2006.
- 3.- Luis A. Oblitas Guadalupe. Manual de psicología Clínica y de la Salud Hospitalaria. 2da ed. Colombia: PSICOMEDITORES. 2011.
- 4.- Mucci, María "Psicoprofilaxis quirúrgica. Una práctica en convergencia interdisciplinaria", 1ra ed. Buenos Aires, Paidós, 2004
- 5.- *Dr. Atilio Ferraro. Beneficios de la psicoprofilaxis quirúrgica. Revista Crecimiento Interior (Internet)2007. (citado el 15 mayo 2015) 66, Disponible en:*
<http://www.evangelinaaronne.com.ar/2011/10/beneficios-de-la-psicoprofilaxis-quirurgica.html>
- 6.- De Marea, *Psicoprofilaxis quirúrgica en niños. Técnica y proceso clínico. 1ra ed. Colombia.* PSICOM Editores. 2000.
- 7.- García A. El problema del estrés en la Medicina. Aspectos teóricos, experimentales y clínicos. 1ra ed. La Habana. Científico Técnica 1988.
- 8.- Christian LM, Graham JE, Kiecolt-Glaser JK y colaboradores. El Estrés Afecta la Cicatrización de Heridas Mediante Diversos Mecanismos. Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC). (internet). 2002. (Citado 15 junio 2015). 3. Disponible en:
<http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/clmedweb629.htm>
- 9.- De Manolete. De la mente a la célula: Impacto del estrés en la psiconeuroinmunoloendocrinología. Liberabit (internet). 2013. (citado el 27 mayo 2015); 15: 1-10. Disponible en:
<http://es.youscribe.com/catalogue/tous/otros/de-la-mente-a-la-celula-impacto-del-estres-en-2009325>
- 10.- Dra. Miriam Sánchez Segura, Lic. René Marcos González García, Dra. Vianed Marsán Suárez y Dra. Consuelo Macías Abraham. Asociación entre el estrés y las enfermedades infecciosas, autoinmunes, neoplásicas y cardiovasculares. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter (internet). 2006. (citado 4 junio 2015); 22. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0864-02892006000300002

HIPOMELANOSIS DE ITO

Hipomelanosis de Ito

1 Prudencio Beltrán R.
2 López Loayza F.
3 Flores Leque A.
4 Siles Arias I.

1 Neurólogo – Pediatra del Hospital Jaime Mendoza CNS Sucre.
2 Médico Cirujano
3 Médico Familiar
4 Residente Medicina Familiar HJM Sucre

Recepción: 17 de febrero, 2015
Aceptación: 20 de marzo, 2015

RESUMEN

La Hipomelanosis de Ito o antiguamente denominada Incontinentia Pigmenti Achromians es un síndrome neurocutáneo, que cursa con alteración cutánea en forma de hipopigmentación que sigue los patrones lineales de las líneas de Blaschko, y con anomalías extracutáneas como la disfunción del sistema nervioso central y alteraciones cognitivas, las cuales señalan la existencia de un mosaicismo cutáneo.

Describimos el caso de un paciente de 4 años y 3 meses que fue transferido al Servicio de Neuropediatría del Hospital "Jaime Mendoza" por presentar manchas hipopigmentadas en todo el cuerpo después de los 7 a 8 meses de nacido, no refiere antecedentes hereditarios y aún no presenta alteraciones del sistema nervioso central.

PALABRAS CLAVE:

Hipomelanosis de Ito, Incontinentia Pigmenti Achromians, Líneas de Blaschko, mosaicismo cutáneo.

SUMMARY

The Hypomelanosis of Ito, formerly called Incontinentia Pigmenti Achromians, is a neurocutaneous syndrome, the skin disorder consist of hypopigmented zones with linear patterns Blaschko lines type, and extracutaneous abnormalities such as central nervous system dysfunction and cognitive impairments, which indicate the existence of a mosaicism.

We describe a patient of 4 years and 3 months was transferred to pediatric neurology service of Jaime Mendoza Hospital to present hypopigmented spots all over the body after 7-8 months of age, does not refer heredity and not yet it presents disorders of the central nervous system.

KEYWORDS:

Hypomelanosis of Ito, Incontinentia Pigmenti Achromians, Blaschko lines, cutaneous mosaicism.

INTRODUCCIÓN

Originalmente denominada *Incontinentia pigmenti achromians*, al considerar que se trataba de una variedad de la incontinencia pigmenta. Actualmente se le clasifica como un síndrome neurocutáneo aparte. Esta entidad fue descrita por Ito en 1952 y ocupa el tercer lugar entre las Neuroectodermosis luego de la NF1 y el complejo esclerosis tuberosa.

En España fue reportado 1 caso por cada 8,000 a 10,000 niños.

Su presencia es más frecuente en mujeres, presentándose en 5 mujeres por cada 2 hombres.

La alteración de la piel forma parte de los diferentes síndromes genéticos y de enfermedades con afectación multiorgánica.

Muchas de estas entidades cursan con alteración del neurodesarrollo y la piel constituye una importante pista para el diagnóstico de estas entidades nosológicas, además de las características de la alteración cutánea, la distribución de esta puede aportar una importante información adicional necesaria para establecer la sospecha diagnóstica.¹

Ciertas distribuciones señalan la existencia de un mosaicismos cutáneo. Estos cursan con un fenotipo heterogéneo que asocia con frecuencia anomalías extracutáneas, como la disfunción del sistema nervioso central y alteraciones cognoscitivas. Los mosaicismos cutáneos tienen generalmente presentación esporádica y pueden ser debidos a mosaicismosepigénéticos (inactivación X) y a mosaicismos genómicos que resultan de una mutación autosómica letal que sobrevive por mosaicismo, las alteraciones de la piel en los mosaicismos cutáneos se manifiestan siguiendo patrones de distribución.¹⁻²

Las líneas de Blaschko resultan de la proliferación transversal desde la línea primitiva de células precursoras de la epidermis y su migración durante la embriogénesis temprana de la piel siguiendo patrones específicos. Varios trastornos de la piel, entre los que se encuentra la Hipomelanosis de Ito, siguen estos patrones lineales, en los cuales las bandas de piel anormal, hipopigmentadas, representan la proliferación clonal de una población de células funcionalmente diferentes, que portan la alteración en un gen expresado en la epidermis. Las bandas lineales muestran un patrón variable y pueden ser estrechas o anchas, su expresión en el neonato puede ser bastante tenue y pasar desapercibidas, la pigmentación de la piel, del pelo y de los ojos depende de la pro-

ducción, transporte y distribución de la melanina. Las alteraciones cutáneas que se distribuyen siguiendo las líneas de Blaschko se observan en entidades muy heterogéneas.¹⁻³

Resulta importante diferenciar la Hipomelanosis de Ito de lo que se considera su “negativo fotográfico” o incontinencia *pigmenti*, lo cual se logra teniendo en cuenta las características específicas de la enfermedad, basadas fundamentalmente en lesiones cutáneas que atraviesan 4 estadios (vesicular, verrugoso, hiperpigmentado e hipopigmentado) y su condición de letalidad en el varón.⁹

Se considera que el término Hipomelanosis de Ito es especialmente desafortunado, no solo porque es falso intrínsecamente. En 1994, Sybert demostró que la denominada Hipomelanosis de Ito no era mas que el reflejo de un mosaicismo, que además no era característico de un único tipo de mutación, aunque la mayor parte de estas mutaciones constituían trastornos cromosómicos complejos que solamente pueden sobrevivir en forma de mosaico (aneuploidias complejas, duplicaciones, trisomías o traslocaciones).

El concepto actual es considerar la mal llamada Hipomelanosis de Ito como un signo no específico de mosaicismo y no como una entidad en si misma. Se han propuesto los términos “mosaicismo pigmentario”, “hipopigmentación a lo largo de las líneas de Blaschko” y “displasia pigmentaria” entre otros para facilitar la comprensión de estos trastornos pigmentarios.¹¹

La mayoría de los casos publicados son esporádicos, lo cual es lógico ya que la mal llamada hipomelanosis de Ito se debe a una mutación postzigótica, y por tanto, no transmisible. Aunque existen casos familiares aislados que han sugerido herencia de un gen único, pero este hecho nunca se ha demostrado.¹¹

Tomando en consideración cuan interesantes resultan los síndromes neurocutáneos, por los mecanismos patogénicos que intervienen en su producción, se decide describir las características de un niño atendido en la consulta.

DESCRIPCION DEL CASO

Paciente de 4 años y 3 meses, es transferido al Servicio de Neuropediatría con el Diagnóstico de Melanosis, es atendido en este servicio.

Paciente es traído por su madre por presentar manchas en todo el cuerpo; la madre refiere que al nacimiento presenta piel normal, posteriormente a los 7 –

8 meses menciona aparición de manchas que fueron aumentando en número y extensión.

No refiere antecedentes hereditarios familiares.

Al examen físico: Se observan manchas horizontales color blanco y café con leche, distribuidas en todo el cuerpo (fig.1 y 2)

Figura 1.



Figura 2.



Al examen de fondo de ojo: retina en sal y pimienta.

Se solicitan exámenes complementarios los mismos reportan:

Hemograma: dentro de parámetros normales.

Química sanguínea: Glicemia (88mg/dl) urea (24mg/dl) Creatinina (0.6mg/dl) colesterol (154mg/dl) triglicéridos (76mg/dl) TGO (30mg/dl) TGP (24mg/dl) calcio (10mg/dl)

PCR: negativo, ASTO (menor a 200)
Examen de orina: parámetros normales.

Radiografía: serie ósea normal.

TAC de cráneo normal.

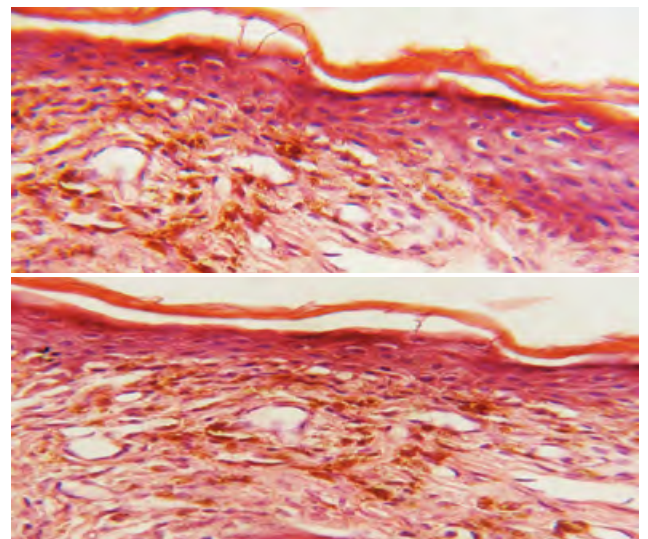
Paciente es transferido al servicio de Oftalmología; el mismo reporta: examen de fondo de ojo en límites de normalidad, no cambios ni alteraciones pigmentarias.

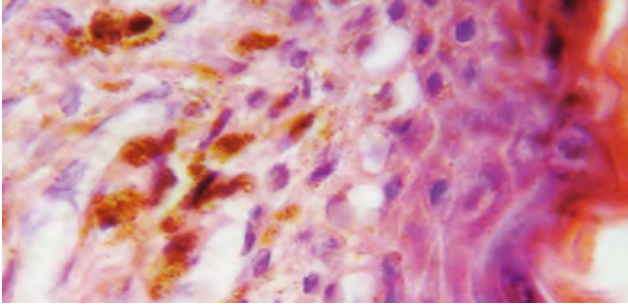
Medicina reparadora que realiza biopsia de piel.

Anatomía patológica reporta; al examen macroscópico: se recibe un fragmento de tejido irregular, de color parduzco que mide 0.5 x 0.5 cm; al examen microscópico los cortes muestran segmento de piel, con epidermis conservada, a nivel de la dermis, se observa haces de melanocitos dendríticos alargados y distribuidos en forma focal, cargados de abundante pigmento melánico.

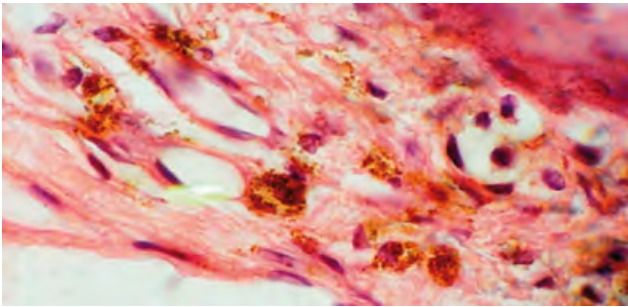
Diagnóstico: Nevo de Ito.

Se observa una leve espongirosis epidérmica Escasos eosinófilos epidérmicos

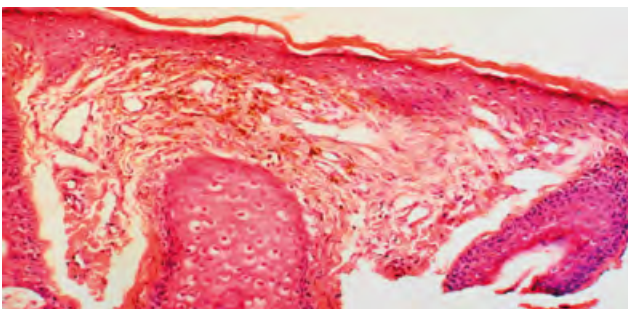
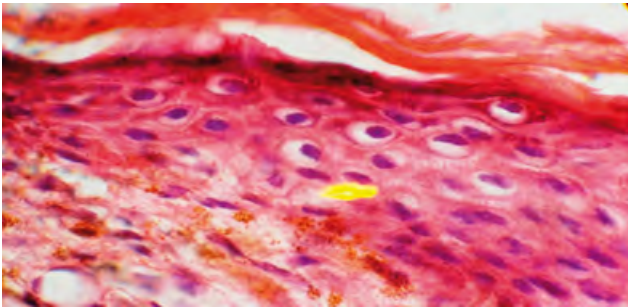




(A mayor aumento) Llama la atención la presencia de grupos de células disqueratósicas en la epidermis, melanó-fagos cargados de pigmento melánico.



Vista panorámica de piel.



CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA LA HIPOMELANOSIS DE ITO

INTRODUCCION CRITERIOS	HALLAZGOS
1. SINE QUA NON	Hipopigmentación congénita o adquirida precozmente, no heredada, en venitas o parches lineales, que involucra mas de 2 segmentos corporales.
2. MAYORES	1 o mas alteraciones del sistema nervioso 1 o mas alteraciones músculo-esqueléticas
3. MENORES	2 o mas malformaciones congénitas, además de la del sistema nervioso y de las músculo-esqueléticas
DIAGNOSTICO DEFINITIVO	Criterio 1 mas 1 o mas criterios Mayores, o mas 2 o mas criterios Menores
DIAGNOSTICO PRESUNTIVO	Criterio 1 solo o en asociación con 1 criterio Menor.

Fuente Ruiz-Maldonado et al. Hypomelanosis of the diagnostic criteria and report of 41 cases. *Pediat. Dermat.* 1992;9(1): 1-10

En vista de las numerosas y complejas alteraciones que se asocian con esta entidad, parece prudente utilizar como guía los criterios diagnósticos publicados por Ruiz-Maldonado et al. (Ver tabla) en 1992; las alteraciones genéticas fueron colocados por el grupo de Ruiz-Maldonado como un criterio menor, debido a la baja frecuencia con que se presentaron en su serie.

Los hallazgos histopatológicos se consideran muy inespecíficos para utilizarlos como criterio diagnóstico. En los casos en los que no aparezcan lesiones extracutáneas de importancia es indispensable mantener un seguimiento multidisciplinario, que incluya valoraciones pediátricas, neurológicas, traumatológicas, ortopédicas, oftalmológicas, psicológicas, genéticas, etc., con la finalidad de detectar precozmente.

DISCUSIÓN

El denominador común de todos los pacientes con hipopigmentación lineal a lo largo de las líneas de Blaschko es la presencia de lesiones maculosas hipopigmentadas, que nunca están precedidas de inflamación o lesión cutánea previa; las lesiones pueden afectar a una o mas áreas de la piel, todo lo anterior coincide con la historia y el cuadro clínico de este paciente.¹⁻² El grado de despigmentación es variable, y varia desde manchas casi acrómicas hasta muy le-

vemente hipopigmentadas y pueden ser difíciles de reconocer en las personas con color de piel claro, esta es la razón mas probable por la que parece ser mas frecuente en personas de raza negra y asiática, las lesiones se localizan habitualmente en el tronco y extremidades y con menos frecuencia pueden afectar la cabeza, las palmas, plantas y mucosas suelen quedar respetadas, como sucede en este paciente, además de la hipopigmentación, se puede encontrar o no, alteraciones en la sudoración y del pelo como hipertrichosis localizada o generalizada; algunos pacientes presentan alopecia focal y difusa, y no son raras las variaciones en el color y la textura del pelo.¹⁻⁴

El diagnostico de esta entidad es clínico y no tiene criterios diagnósticos establecidos, sino que un paciente con una clínica cutánea consistente en hipopigmentación a lo largo de las líneas de Blaschko debe ser considerado bajo esta entidad.⁴⁻⁵

La afectación cutánea esta presente en el 100% de los pacientes, sin embargo, la frecuencia y la expresión de las manifestaciones extracutáneas asociadas es muy variable; se plantea en algunos estudios que éstas están presentes en un 33%, entre las manifestaciones extracutáneas que se han asociado destacan las del SNC y las oculares, las cuales no se presentan aun en este paciente. Se pueden encontrar otras anomalías en menor frecuencia que pueden ser asociadas casuales, como alteraciones del comportamiento, del lenguaje, hipotonía muscular, ataxia, epilepsia, alteraciones craneofacial y dental como macrocefalia, braquicefalia, hipertelorismo, alteraciones de los miembros y del esqueleto así como alteraciones cardiacas y genitourinarias; estas alteraciones no se reportan en este niño. Hay casos de Hipomelanosis de Ito asociada a teratoma quístico, leucemia, neuroblastoma, es posible que la asociación entre esta entidad y algunos tumores sea debida a alteraciones cromosómicas.⁵⁻⁶

Manejo clínico: En la practica diaria, lo mas importante es decidir que estudios se indican en estos pacientes. En primer lugar, se debe explorar cuidadosamente a todos los pacientes con hipopigmentación a lo largo de las líneas de Blaschko para detectar las manifestaciones extracutáneas. Probablemente una exploración neurológica y oftalmológica sean suficientes para despistar las anomalías descritas con mayor frecuencia, que habitualmente son de comienzo precoz, habitualmente severas y se manifiestan clínicamente sin necesidad de excesivas pruebas complementarias.⁷

La extensión o severidad de las lesiones cutáneas no predice la existencia de alteraciones a otros niveles.

En estos pacientes se deben realizar revisiones anuales o con mayor frecuencia en función de los signos o síntomas y se debe tranquilizar a los padres e insistir en que cuando existe afectación severa extracutánea, suele ponerse de manifiesto clínicamente en la infancia temprana.¹

En cuanto al estudio genético, se puede realizar un cariotipo de sangre periférica inicialmente, con el propósito de descartar otras enfermedades genéticas que cursan con hipopigmentación cutánea, se podría realizar un estudio sobre biopsias de piel a la búsqueda del mosaicismo en queratinocitos o melanocitos.⁶⁻⁸ Al parecer se obtiene un porcentaje mayor de positividad si se cultivan queratinocitos en lugar de fibroblastos de piel.¹⁰

No esta indicado ningún tratamiento para las lesiones cutáneas, puesto que solo representan un signo, se aconseja evitar la sobreexposición solar para evitar quemaduras solares en zonas de la piel mas desprotegidas a la agresión solar. En cuanto a las manifestaciones extracutáneas, el tratamiento esta dirigido por las anomalías existentes y se debe remitir en cada caso al especialista correspondiente, el retraso mental severo o la epilepsia, no tienen en algunos casos tratamiento optimo.¹⁻⁴

Es necesario tranquilizar a los padres respecto a la muy baja probabilidad de transmisión de la Hipomelanosis de Ito a la descendencia. En general, se debe informar de que el defecto no es hereditario, puede aparecer por azar, en uno o mas miembros de una misma familia. Los eventuales casos familiares deben ser evaluados con cautela ya que también se describen formas de herencia autosómica dominante y formas no clásicas de herencia como el mosaicismo germinal.¹⁻⁶

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez A, Laguna R, Jiménez J. La piel como expresión de alteraciones neurológicas en el recién nacido.
http://www.elsevier.es/revista/ctl_servlet
2. Diaz AR, Ortega KV, Olivo A, Soto ML. Analisis neuropsicologico de la hipomelanosis de Ito. Estudio de caso.
<http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos>
3. Virendra N, Sehgal MD, Govind MD. Hereditary hypo/de-pigmented dermatoses:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/>

4. Torrelo A. Avances en Dermatología Pediátrica. Hipopigmentaciones cutáneas.
<http://www.sepeap.org/archivos/libros/avancesdermatologia/unidad11.pdf>
5. Gupta S, Shah S, MCGaw A, Mercado T, Zaslav A, Tegay D, et al. Trisomy 2 mosaicism in hypomelanosis of Ito. American Journal of Medical Genetics Part A.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/>
6. Pinheiro MD, Thomas MD, Jacob M, Srivastava MD. The Clinical Profile of Children in India with Pigmentary Anomalies along the Lines of Blaschko and Central Nervous System Manifestations. Pediatric Dermatology
<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid>.
7. Sanchez MB, Leon ME. Hipertrichosis localizada y mosaicismo pigmentario tipo Ito (hipomelanosis de Ito) Anales de Pediatría.
<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid>.
8. Llamas PA, Llamas PA, Casamajor CM. Hipomelanosis de Ito. MEDISAN;
http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6_4_02/san
9. Yoshida H, Kunisada T, Kusukabe M. Distinct stages melanocyte differentiation revealed by analysis of nonuniform pigmentation ulterns. Development 1996;122:1207-14. http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol7_4_02/san12402.htm
10. Sybert V. Hypomelanosis of Ito: a description, not a diagnosis. J. Investig Dermatol. 1994; 13: 141 S-1435. <http://svdcd.org.ve/revista/1996/03/DV-2-1996-%20Hipomelanosis.pdf>
11. Ruggieri M, Pavone L. Hypomelanosis of Ito: clinical syndrome or just phenotype? J Child Neurol 2000; 15:635-44. <http://www.sepeap.org/archivos/libros/avancesdermatologia/unidad11.pdf>

LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO DEL INSTITUTO PSICOPEDAGÓGICO: UN RETO A LA CALIDAD

Evaluation of external user satisfaction psicopedagógico institute: a challenge to the quality

1 Nava Carpio F.

1 Magister en Salud Pública.
Docente Asignatura
Administración Sanitaria
Carrera de Medicina
UMRPSFXCH, Alumnos
5to curso T – 3 Gestión
2014 Carrera de Medicina,
Responsable Servicio de
Atención al adolescente,
Instituto Psicopedagógico,
Presidente Comité Docente
– Asistencial e Investigación,
Presidente Comité de Gestión
de la Calidad, Instituto
Psicopedagógico.

Recepción: 14 de marzo, 2015
Aceptación: 1 de abril, 2015

RESUMEN

Con el desarrollo de la sociedad, y en particular con los avances en el terreno de la medicina, es necesario hacer un llamado para humanizar la asistencia en salud y ofrecer servicios de mayor calidad. La calidad en la atención médica debe estar basada en actividades encaminadas a garantizar los servicios de salud accesibles y equitativos con profesionales óptimos y teniendo en cuenta los recursos disponibles, logrando la satisfacción del usuario con la atención recibida. El presente trabajo tiene como objetivos reflexionar sobre la necesidad de integración de elementos de carácter técnico y también de procesos, objetivos y subjetivos, involucrados en el fenómeno de la calidad y enfatizar en su elemento subjetivo: la satisfacción, que representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo. Evaluar la satisfacción no sólo permite obtener un indicador de excelencia, es más aún, un instrumento de la excelencia.

PALABRAS CLAVE:

Evaluación, calidad, satisfacción, expectativas.

SUMMARY

With the development of society and in particular, the advances in the medical field, it is required to make an appeal to humanize health care and to render higher quality services. Medical care quality must be based on activities that assure accessible and equitable health services offered by skilled professionals, considering the available resources, and make the user be satisfied with the medical care provided. The present paper was aimed at reflecting on the need of integration of technical elements and objective and subjective processes involved in quality and at putting emphasis on its subjective element, that is, the satisfaction that represents the subjective experience derived from the met or unmet expectations of an individual. The evaluation of satisfaction does not only allow obtaining an excellence indicator but also an excellence tool.

KEY WORDS:

Evaluation, quality, satisfaction, expectations.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas del siglo xx las transformaciones sociales y económicas han producido cambios en la salud de la población y, por tanto, en las políticas de prestación de salud a escala nacional y mundial. En tales condiciones en el Instituto Psicopedagógico Ciudad Joven “San Juan de Dios” se promueve una atención de alta calidad centrada en el usuario o cliente. La satisfacción del usuario depende no solo de la calidad de los servicios sino también de sus expectativas. El usuario está satisfecho cuando el servicio cubre o exceden sus expectativas. Si las expectativas del usuario son bajas o si el usuario tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que este satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes.

Cuando el usuario percibe la calidad de manera equivocada, sus expectativas pueden influir en el comportamiento de los prestadores de servicio y de hecho, reducir la calidad de atención. Los usuarios a veces solicitan pruebas, procedimientos o tratamientos inapropiados porque creen, erróneamente, que a mayor medicamento mayor beneficio de calidad. El orientar a los usuarios e informar al público con respecto a lo que constituye la atención apropiada son aspectos importantes en la prestación de servicios.

La satisfacción del usuario es un indicador importante de la calidad de servicios, a fin de medir y analizar la satisfacción del usuario se debe realizar entrevistas o encuestas a la salida, solicitando a los usuarios que relaten lo que sucedió durante la consulta para hacer una evaluación.

METODOLOGIA

Para lograr este objetivo, se desarrolló un estudio exploratorio-descriptivo, para ello se aplicó una encuesta de salida a los usuarios del Instituto mayores de 16 años, inmediatamente después de la atención recibida, en caso de un menor de edad se entrevistó a la persona adulta que llevo al menor a la consulta. El modelo y diseño de la encuesta aplicada ha sido propuesta por el Ministerio de Salud para establecimientos de salud tomando en cuenta los derechos de los usuarios, en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) y las políticas de salud en el país.

El cuestionario desarrollado contiene preguntas muy sencillas, de fácil comprensión y aplicación dirigidas a la captura de los datos más relevantes sobre la percepción de los usuarios con énfasis en los as-

pectos de calidad humana y del entorno implicados en la atención de salud.

El estudio de satisfacción al usuario se ha desarrollado con una encuesta que tiene tres partes:

Parte I: Aspectos Generales

Parte II: Percepción del Usuarios respecto a la atención recibida

Aborda las dimensiones de la calidad con perspectiva del usuario externo como ser:

- ▶ Fiabilidad
- ▶ Capacidad de respuesta del servicio
- ▶ Accesibilidad
- ▶ Oportunidad
- ▶ Tangibilidad
- ▶ Seguridad
- ▶ Satisfacción global

Parte III: Opinión y sugerencias respecto a la atención recibida

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

Existen diferentes enfoques para abordar la evaluación de la calidad.

Según *Donabedian* «el grado de calidad es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre peligros y bondades” e incluye estructura, procesos y resultados como los tres componentes de una armazón conceptual para evaluar la atención sanitaria y, bajo esta teoría, existe una relación funcional fundamental entre estos tres elementos tal que uno le sigue al otro.

Dentro de los indicadores de la calidad que miden resultados, y al cual se le otorga cada vez mayor importancia, se incluye la **satisfacción del usuario** con la atención recibida, mediante la prestación de un servicio.

La satisfacción del usuario puede definirse como **“la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario.”**

Al analizar los resultados sobre el estudios de **satisfacción del usuario externo**, en el Instituto psicopedagógico, se encontraron respuestas a las preguntas, observaciones y sugerencias formulada por los usuarios, las cuales han constituido un sistema de detec-

ción de problemas muy útil, que debe considerarse factor importante en la evaluación de la satisfacción del usuario externo con la atención.

Los resultados obtenidos de la Encuesta de Satisfacción al Usuario Externo, del Instituto Psicopedagógico Ciudad Joven “San Juan de Dios” en la **Parte I: Aspectos Generales**: arrojaron que aproximadamente el 57% de los usuarios encuestados, tiene una edad comprendida entre los 15 a 34 años, el 67% son del sexo femenino, y el 73% en referente a la procedencia son del área urbana.

En cuanto a la **Parte II: Percepción del usuario respecto a la satisfacción** por la atención recibida, referente a la **Fiabilidad**: el 87% está satisfecho, en cuanto a la **Capacidad de Respuesta** el 70%, muestra su satisfacción, en cuanto a la **Accesibilidad** el 91% está satisfecho, referente a la **Oportunidad** el 56% muestra su satisfacción, en cuanto a la **Tangibilidad** el 88% está satisfecho en lo referente a la **Seguridad** muestra su satisfacción el 80% y en cuanto a la **Satisfacción Global** el 86% muestra su Satisfacción global por la atención recibida en el Instituto Psicopedagógico Ciudad Joven “San Juan de Dios”. En la **Parte III: sugerencias de mejoras** manifestadas por los encuestados quienes tenían la opción de poder manifestar una o varias opciones o sugerencias que creían ser las más importantes, entre ellas podemos identificar las siguientes: Un **47%** manifiesta que se debe mejorar la información que se brinda al usuario, un **32%** que debe existir menor tiempo de espera, el **29%** que se debe demostrar mayor interés por el usuario, el **29%** indica que debe existir una sala de espera de más amplia, el **27%** mayor personal médico y enfermeras para la atención, el **22%** los consultorios deben ser más amplios, **21%** debe abastecerse con medicamentos en la farmacia que son recetados, **18%** buen trato a los pacientes, **17%** atención más rápida y fluida.

En resumen podemos indicar que la satisfacción del usuario externo del instituto Psicopedagógico en la gestión 2014 es del 86% el mismo que podemos ver esta referido como mínimo a tres aspectos diferentes: **1)** organizativos (tiempo de espera, ambiente y otros); **2)** atención recibida y su repercusión en el estado de salud del usuario; y **3)** trato recibido durante el proceso de atención por parte del personal implicado.

Satisfacción de los usuarios de salud no sólo es un indicador de excelencia, es más aún, un instrumento de la excelencia. Su implementación como un indicador de excelencia de la calidad, sólo es posible si se tienen en cuenta:

1. Las complejidades del proceso de satisfacción y las prácticas institucionales de ellas derivadas. La orientación del comportamiento institucional (el Instituto), grupal (los servicios) e individual (el trabajador, el especialista, el técnico, entre otros) en la consideración de la satisfacción.

2. La aplicación de una correcta metodología que permita evaluar los diferentes indicadores de satisfacción de una manera científica, profesional y útil.

Una herramienta muy valiosa para dar salida a tal objetivo es el análisis de encuestas realizadas, porque proporciona información sobre el grado de percepción de la satisfacción de los usuarios externos, en cuanto a la atención recibida y permite definir objetivos a los que se debe llegar para realizar las mejoras y mejorar la calidad de atención (Mejorar la toma de decisiones en la Institución con el análisis de encuestas).

REFLEXIONES

Pretendiendo generalizar lo antes señalado, es necesario puntualizar primero que la calidad de la atención es un concepto complejo, con múltiples atributos, procesal y temporal. Debido a que son muchas las definiciones que actualmente existen sobre calidad en salud y su manera de abordarla, ello ha originado la aparición de una diversidad de enfoques para su medición. Por tanto al pretender evaluar al componente subjetivo de esta (satisfacción) se han presentado problemas: conceptuales (qué concepto se emplea al referirnos a la satisfacción), metodológicos (cómo medirla: global o por componentes o dimensiones), e instrumentales (con qué instrumentos se evalúa).

Se puede evaluar la satisfacción con la atención a través de la percepción que tienen los usuarios y familiares, y a su vez identificar cuáles elementos de la atención determinan su satisfacción o insatisfacción; así como la percepción de los propios proveedores e identificación de cuáles elementos de su trabajo afectan su satisfacción laboral. Del mismo modo, realizar esta evaluación lleva a no despreciar la perspectiva global con instrumentos con fuerte confiabilidad y validez.

El Instituto psicopedagógico como centro de atención en salud tiene la responsabilidad de ofrecer una asistencia de máxima calidad posible, adecuada a las expectativas y necesidades de la población usuaria, para lo cual dispone de un plan de mejora de la calidad, basado en tres pilares: **1)** Brindar atenciones de alta calidad, utilizando el principio de funcionamiento de la Calidad Total, **2)** Enfoque de atención orienta-

do a las necesidades y cuidados de los usuarios logrando su satisfacción y **3)** Compromiso generalizado del personal en la mejora continua, que parte de las características propias del instituto, desarrollando los procesos y procedimientos de acción necesarios para la evaluación de la calidad, con lo cual pretende alcanzar la satisfacción del usuario externo mediante acciones de atención eficiente, eficaz, responsable y segura basada en la calidad de atención y la mejor evidencia científica.

Por lo tanto al evaluar la satisfacción de los usuarios de salud así como la de los proveedores no sólo se obtiene un indicador de la excelencia, sino que se perfecciona un instrumento de la excelencia para el instituto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jiménez Caugas L, Báez Dueñas RM, Pérez Maza B, Reyes Álvarez I. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de la atención primaria de salud. Rev. Cubana Salud Pública. 1996; 22(1):37-43.
2. Villalba R. Calidad en la atención primaria de la salud. Rev. Enfermería Global 2007; 10
3. Zaida Aranguren Ibarra, medición de la satisfacción de los usuarios de los servicio de salud del instituto de previsión del profesorado de la universidad central de Venezuela durante el último trimestre del 2004
4. Acta odontológica Venezolana Vol. 47 N°. 1.2009
5. Zas Ros B, Grau Abalo JA, Hernández Meléndez E. Psicología de la salud y gestión Institucional. En: Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones. México: Universidad de Guadalajara; 2005.
6. Corbella A, Saturno P. La garantía de la calidad en atención primaria de salud Madrid: Instituto Nacional de Salud, Secretaría General; 1990.

Reglamento de Publicaciones para Autores

“Archivos Bolivianos de Medicina”, es la Revista Oficial de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca. Es una publicación semestral, cuyo propósito es de fomentar difundir la investigación científica, histórica y la actividad académica actualizada en el área de la salud, a través de un marco teórico estructurado, con diseño práctico, siendo un nexo de comunicación, punto de intercambio de ideas, experiencias y vehículo de formación continua de la Facultad de Medicina y otras instituciones del área. Se publica artículos de las especialidades médicas, odontológicas, bioquímico-farmacéuticas o relacionadas con ellas, previa aprobación del Comité Editorial.

Los trabajos deben ser inéditos y suministrados exclusivamente a la Revista. Su reproducción total o parcial debe contar con la aprobación del Director a través de y dar crédito a la publicación original.

Los trabajos deben ser remitidos al Director de la Revista, en dos copias, interlineado sencillo y 4 cm de margen izquierdo. Debe adjuntarse al trabajo una carta de aprobación de todos los autores.

Cada sección del trabajo debe iniciarse en una nueva página de acuerdo a la siguiente secuencia: página del título, resumen y palabras claves, texto resumen en inglés (summary), agradecimientos, bibliografías, tablas (cada tabla en página separada con título y notas) y leyendas para las figuras.

Estructura y características que deben tener los trabajos presentados a la Revista:

Artículo Original

Son trabajos de investigación realizados por el/los autor/es relacionados con cualquier área dentro de las Ciencias Biomédicas: Básicas, Clínicas, Quirúrgicas, Especialidades y Salud Pública.

Texto del Artículo

- Título (español e inglés) debe ser corto y reflejar el contenido del artículo.
- Debe incluir el nombre del autor/es y sus colaboradores, consignando sus respectivos títulos académicos, su procedencia, nombre de la institución a la cual pertenecen. Se señalan los nombres y direcciones del autor responsable de la correspondencia relacionada al trabajo. Se especifican las fuentes de ayuda para la realización del trabajo en forma de subvenciones, equipo y drogas.
- El resumen de no más de 250 palabras, deberá ser estructurado: Debe enunciar el problema, el objetivo general, la metodología, principales resultados y las conclusiones.
- El Resumen en Inglés (Summary) debe contener los mismos puntos del resumen en español.
- Palabras claves entre 3 y 10, o frases cortas, según descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).
- El texto debe incluir los siguientes aspectos: Introducción, Material y Métodos, Resultados y Discusión. Las abreviaturas deben explicarse y su uso debe ser limitado.
- Las Referencias Bibliográfica se debe enumerar con numeración arábica y se escribe interlineado sencillo, debe ir acorde a la aparición de la cita en el texto:
 - I En caso de revistas: apellidos e iniciales del nombre del autor y sus colaboradores (si son más de cinco, puede escribirse después de los tres primeros “et al” o/y “col”); título completo del artículo; nombre de la revista abreviado al estilo del INDEX MEDICUS; año de publicación; página inicial y final.
 - II En caso de libros; apellidos e iniciales de todos los autores, título de libro, edición, casa editora, ciudad, año, Página inicial y final.

- III En caso de capítulos de libros: apellidos e iniciales de los autores del capítulo, título del capítulo, autores o Editores del libro, título del libro, edición, casa editora, ciudad, página inicial y final, año.

Para una mejor colaboración en el asentamiento bibliográfico se ofrece las siguientes páginas web de consulta: www.amegmadrid.org/.../NORMAS_DE_VANCOUVER.pdf

- Las tablas y cuadros se denominan tablas, y deben llenar numeración arábiga de acuerdo al orden de aparición y sus leyendas. El título correspondiente debe estar en la parte superior de las hojas y las notas en la parte inferior. Los símbolos para unidades deben aparecer en el encabezamiento de las columnas.
- Las fotografías, gráficas, dibujos y esquemas se denominan figuras, se enumeran según el orden de aparición y sus leyendas se escriben en hojas separadas. Al final de la Leyendas de las microfotografías se debe iniciar la colaboración y el aumento utilizado.

Si una figura o tabla ha sido previamente publicada, se requiere permiso escrito del editor y debe darse crédito a la publicación original. Si se utiliza fotografías de personas, éstas no deben ser identificadas; en caso contrario, debe obtenerse un permiso escrito para utilizarlas.

El Comité Editorial seleccionará como principal de cada número, aquel trabajo que merezca destacarse por su calidad y su importancia.

Caso Clínico

Corresponde a una comunicación médica, son observaciones registradas cuidadosamente para producir conocimiento sobre un caso en particular. El caso clínico debe ser original, ya sea por el caso concreto que presenta el paciente, el diagnóstico, el tratamiento o algún aspecto relacionado con el propio caso o que el autor considere de interés especial.

El caso para ser considerado caso clínico sujeto a publicación debe estar referido a:

- Una condición o enfermedad nueva.
- Una condición rara, infrecuente y poco comunicada.
- Una presentación inusual de una enfermedad en común.

- La asociación inesperada entre síntomas o signos infrecuentes.
- La evolución inusual o evento inesperado en el curso de una observación o tratamiento.
- El impacto del tratamiento de una condición en otra.
- Las complicaciones inesperadas de procedimientos o tratamientos (efectos colaterales no descritos).
- Los tratamientos o procedimientos diagnósticos nuevos y "únicos".

Texto del Artículo

- Título (español e inglés) debe ser corto y reflejar el contenido del artículo.
- Debe incluir el nombre del autor/es y sus colaboradores, consignando sus respectivos títulos académicos, su procedencia, nombre de la institución a la cual pertenecen. Se señalan los nombres y direcciones del autor responsable de la correspondencia relacionada al trabajo.
- El resumen de no más de 150 palabras, deberá ser estructurado: Debe enunciar el problema, el objetivo general, la metodología, principales resultados y las conclusiones.
- El Resumen en Inglés (Summary) debe contener los mismos puntos del resumen en español.
- Palabras claves, o frases cortas 5 como máximo, según descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).
- Debe incluir: Introducción al caso, Presentación del Caso (Anamnesis – Historia Clínica), Exploración Clínica. Pruebas complementarias, Diagnóstico diferencial y definitivo, tratamiento y Evolución, Discusión y Conclusiones.
- Las Referencias Bibliográfica se debe enumerar con numeración arábiga y se escribe interlineado sencillo, debe ir acorde a la aparición de la cita en el texto.

Artículo de Revisión o Actualización

Se consideran artículos de revisión o actualizaciones, aquellos que sean fruto de una revisión bibliográfica de los adelantos recientes sobre temas relevantes y de actualidad en las Ciencias Biomédicas.

Texto del Artículo

- Título (español e inglés) debe ser corto y reflejar el contenido del artículo.
- Debe incluir el nombre del autor/es y sus colaboradores, consignando sus respectivos títulos académicos, su procedencia, nombre de la institución a la cual pertenecen. Se señalan los nombres y direcciones del autor responsable de la correspondencia relacionada al trabajo. Se especifican las fuentes de ayuda para la realización del trabajo en forma de subvenciones, equipo y drogas.
- El resumen de no más de 250 palabras, deberá ser estructurado: Debe enunciar el problema, el objetivo general, la metodología, principales resultados y las conclusiones.
- El Resumen en Inglés (Summary) debe contener los mismos puntos del resumen en español.
- Palabras clave, o frases cortas 4 como máximo, según descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).
- El texto debe incluir los siguientes aspectos: Introducción, Material y Métodos, Resultados y Discusión. Las abreviaturas deben explicarse y su uso debe ser limitado.

- Las Referencias Bibliográfica se debe enumerar con numeración arábica y se escribe interlineado sencillo, debe ir acorde a la aparición de la cita en el texto.

Cartas al Editor

Son observaciones científicas y de opinión personal formalmente aceptables sobre trabajos publicados en fecha reciente en la revista, o sobre temas en el ámbito de la salud de relevancia y actualidad.

Texto de la Carta

- Debe incluir el nombre del autor/es y sus colaboradores, consignando sus respectivos títulos académicos, su procedencia, nombre de la institución a la cual pertenecen. Se señalan los nombres y direcciones del autor responsable de la correspondencia relacionada al trabajo.
- La comunicación debe llevar un título.
- Su extensión no debe ser mayor a cuatro páginas.
- Solo una tabla y un gráfico
- Máximo de 5 referencias bibliográficas.

“Archivos Bolivianos de Medicina” **NO** asume responsabilidad por las ideas expuestas por los autores.



Archivos Bolivianos de Medicina

Revista Oficial de la Facultad de Medicina de la Universidad
Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de
Chuquisaca

ARCHIVOS BOLIVIANOS DE MEDICINA
Director: Dr. Fulvio Antonio Arteaga Vera
Facultad de Medicina Calle Colón final
Casilla: 385
Sucre - Bolivia