

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**POSTGRADO EN SALUD PÚBLICA**



**TESIS**

**GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA Y PEDIATRÍA DEL CENTRO DE SALUD ALONZO SUAZO. REGIÓN SANITARIA METROPOLITANA DEL D.C, JUNIO DEL 2014**

**PRESENTADO POR:**

**LUIS MANUEL GALVEZ GUERRERO**

**PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE  
MASTER EN SALUD PÚBLICA**

**TUTOR**

**MD, Msc. NORA C. RODRÍGUEZ**

**MD, Msc. EDUARDO FERNANDEZ**

**ASESOR**

**MD, Msc. DRA. LAURA JULIA SALGADO ELVIR**

**TEGUCIGALPA, M.D.C. Julio 2015**

**HONDURAS, C.A.**

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS UNAH**

---

**RECTORA  
LICDA. JULIETA CASTELLANOS RUIZ**

**VICERRECTORA ACADEMICA.  
DRA. RUTILIA CALDERON PADILLA**

**VICERRECTOR DE ORIENTACION Y ASUNTOS ESTUDIANTILES  
ABOG. AYAX IRIAS COELLO**

**VICERRECTOR DE ASUNTOS INTERNACIONALES  
DR. JULIO RAUDALES a. i.**

**SECRETARIA GENERAL.  
LICDA. ENMA VIRGINIA RIVERA**

**DIRECTORA DE INVESTIGACION CIENTIFICA Y POSGRADOS  
MSc. LETICIA SALOMON**

**DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
DR. MARCO TULIO MEDINA**

**SECRETARIO ACADEMICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
DR. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO**

**COORDINADORA GENERAL DE LOS POSGRADOS DE LA FACULTAD  
DE CIENCIAS MÉDICAS.DRA. ELSA YOLANDA PALOU**

**COORDINADOR GENERAL DEL POSGRADO EN SALUD PÚBLICA  
DR. HECTOR ARMANDO ESCALANTE VALLADARES**

## Dedicatoria

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi madre, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo.

A mí querida Esposa Ana Waleska Burgos Flores que durante 12 años juntos ha sido y sigue siendo mi principal apoyo.

A Mis queridos hijos Ana José, Luis Carlos Gálvez Burgos y Valentina Elizabeth Gálvez quienes son el motor de mi vida y a las personas para quienes soy ejemplo de superación y alcanzar logros.

## Agradecimientos

Agradezco principalmente a Dios por darme las fuerzas para seguir adelante, cuando ya no quería continuar con esta maestría producto del problema de mi Hija Ana José quien paso 4 meses en unidad de cuidados intensivos. Y hacerme ver que siempre hay solución ante cada problema no importa el tamaño y lo complejo que estos sean dejándome un legado de lucha por la vida contra todo pronóstico, nunca rendirse y confiar en Dios.

A mi familia, mi esposa y mis hijos por la paciencia y apoyo, de verdad que sin ustedes esto no sería posible ya que Uds. significan la razón de mi vida.

A mi hija Ana José que con su ejemplo de lucha por la vida desde que nació en el IHSS y por su nacer prematura estuvo en la unidad de cuidados intensivos durante 115 días demostrando su lucha y coraje por vivir.

A la Secretaria de Salud y a la UNAH por haberme brindado el patrocinio y la oportunidad para poder realizar mis estudios de Postgrado en Salud Publica.

A mis compañeros de maestría Gloria María Pineda, Marta Xiomara Flores, Johana Guicel Bermúdez Lacayo por su apoyo incondicional y por esos momentos tan bonitos que vivimos durante estos dos años y que hicieron que este paso fuera más fácil y agradable

A mi Asesora Dra. Laura Julia Salgado E. que me ha orientado brindado asesorías para concluir la tesis.

A mis queridos Profesores de la maestría por la paciencia y el esfuerzo con que nos transmitieron sus conocimientos.

A mis compañeros de maestría por esos momentos tan bonitos que vivimos durante los dos años y que hicieron que este paso fuera más fácil y agradable.

A mis tutores Doctora Nora c. Rodríguez y el Doctor Eduardo Alberto Fernández, que me apoyo en todo momento para la realización de este proyecto y estuvo presente en las revisiones pertinentes para hacer de este, un gran y factible proyecto.

UDI-DEGT-UNAH

**INDICE**

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>8</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>11</b>
Objetivo General:	11
Objetivos Específicos:	11
<b>3. MARCO TEORICO</b>	<b>12</b>
<b>3.1 El Derecho a la Salud</b>	<b>12</b>
<b>3.2 Calidad en la Secretaria de Salud de Honduras</b>	<b>18</b>
3.3 Conceptos de Calidad	21
3.3.1 Calidad Total	26
3.3.2 Tipos de Calidad	26
3.4 Dimensiones de la calidad	29
3.4.1 Satisfacción de los usuarios	35
<b>4. METODOLOGÍA</b>	<b>44</b>
<b>5. RESULTADOS</b>	<b>50</b>
<b>6. ANALISIS DE RESULTADOS</b>	<b>95</b>
<b>7. CONCLUSIONES</b>	<b>109</b>
<b>8. RECOMENDACIONES</b>	<b>111</b>

<b>9. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>115</b>
<b>10. ANEXOS</b>	<b>120</b>

UDI-DEGT-UNAH

## 1. INTRODUCCIÓN

La reforma en salud, es un movimiento internacional que tiene diversas expresiones y modalidades, que surge como respuesta a los cambios sociales y económicos que vienen experimentando los países desde la década de los Ochenta. Estas reformas tienen como finalidad transformar los sistemas de salud, de manera que puedan cumplir con las necesidades y expectativas de toda la población mediante la búsqueda de la equidad, la eficiencia y la calidad. (Secretaría de Salud, 2012)

**El Modelo Nacional de Salud** responde al compromiso institucional de la Secretaría de Salud de transmitir en un plazo razonable, de un sistema nacional de salud fragmentado, segmentado, excluyente, ineficiente, inequitativo, e incapaz de satisfacer las necesidades y demandas de la población nacional, a otro que se caracterice por ser; plural, integrado, regulado, y descentralizado; capaz de responder de manera eficiente, eficaz, y equitativo a las necesidades y demanda de la población donde la calidad debe ser un eje trazador de todas las acciones del nuevo modelo de la salud.

La satisfacción del usuario de salud, constituye una dimensión de la calidad muy relevante siendo considerada como uno de los principios orientadores de la actual política de Salud; se le define como: "El grado de cumplimiento por parte del sistema de Salud respecto de las expectativas del usuario, en relación a los servicios que recibe".

Desde el punto de vista de la Secretaria de Salud de Honduras, la satisfacción del usuario es: el conjunto de acciones que permiten cumplir con la calidad, equidad y eficiencia los requisitos, necesidades y exigencias de los beneficiarios del sistema de Salud; en este Marco se espera que los servicios de Salud elaboren en conjunto con los establecimientos de la red asistencial y la comunidad usuaria planes de satisfacción que busquen impactar en los resultados de la gestión y en la satisfacción de la población usuaria. (Gnecco, 1995)

Con la finalidad de conocer el grado de satisfacción de los (as) usuarios (as) que acuden a los servicios de salud, la Secretaria de Salud a través de su personal, ha venido implementando la Metodología que permitan determinar si las expectativas de los pacientes se cumplen o superan en todas y cada una de las atenciones que reciben en las diferentes unidades de Salud.

Es importante darse cuenta que la calidad dentro de los procesos de salud deben manejarse tomando como base el enfoque sistémico, diferenciando cada uno de los sistemas como ser: generales, intermedios y finales sin olvidar que cada sistema tiene **entradas** que son todos los recursos materiales y humanos, entre otros, que son los insumos necesarios para llevar a cabo el proceso de salud o entrega de servicios. **Los procesos** con sus diferentes pasos de forma secuencial y la lógica que lleva una actividad

para poder llegar al producto y **las salidas**, que son los resultados de la interrelación de estos tres elementos que no deben de faltar en todo proceso de gestión de la calidad, lo que da por resultado un conjunto de actividades destinadas a generar valor agregado sobre las entradas para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del cliente. (Franco, Newman, Murphy, & Mariani, 1997)

Por estas razones se pretendió conocer la percepción de la calidad de la atención recibida por los usuarios, en los servicios ambulatorios de salud, a través de la técnica de recolección de información “encuesta de salida”, herramienta que permitirá de forma fácil y rápida contar con una fotografía de la calidad objetiva o calidad percibida de los servicios de salud que se ofrece en dicha unidad de servicio.

Esta herramienta ha sido utilizada en otros países, instituciones públicas y privadas demostrando ser una forma simple y efectiva para identificar las áreas de servicios en la que los clientes coinciden que se debe mejorar la calidad. Bajo esta concepción la Secretaria de salud pretende que los individuos, la familias y la comunidad verdaderamente sean participe de la gestión en mejorar la calidad de los servicios que presta.

La experiencia demuestra que el mantener un servicio de alta calidad se aumenta el prestigio, el reconocimiento y la alta motivación a los trabajadores de la salud.

La realización de esta encuesta de satisfacción de usuarios es una forma importante de asegurar la calidad y determinar donde se deben realizar las intervenciones de mejora continua.

La descripción de las variables en el estudio se detalla en el ANEXO 1

## **2. OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Conocer el grado de satisfacción de los usuarios externos sobre los servicios de salud recibidos en la consulta externa de ginecología y pediatría en el centro de salud Alonzo Suazo de la Región Sanitaria metropolitana del D.C, en el periodo junio del 2014.

### **Objetivos Específicos:**

1. Conocer el grado de satisfacción de los usuarios externos según las condiciones físicas y estructurales de la unidad de Salud, incluyendo la infraestructura y privacidad en los servicios.

2. Conocer el grado de satisfacción del usuario externo de acuerdo al trato interpersonal brindado en los servicios de salud.
3. Identificar el grado de satisfacción del usuario externo con la respuesta obtenida del servicio de salud y su relación con el cobro de la atención recibida.
4. Brindar herramientas de análisis y utilización de los datos resultantes de conocer el grado de satisfacción de usuarios (as) externo para elaborar planes de mejoramiento en los cuales se involucren los proveedores y comunidad.

### **3. MARCO TEORICO**

#### **3.1 El Derecho a la Salud**

El derecho a la salud es el grado máximo que todo ser humano debe aspirar sin distinción de raza, religión, ideologías político, cultura o condición económica o social. En ese sentido el Estado de Honduras como estado parte está obligado a garantizar y generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible. Tales condiciones comprenden la garantía de servicios de salud con **calidad**, condiciones de trabajo saludables

y seguras, vivienda adecuada y alimentación adecuada. El derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano.

El derecho a la salud de acuerdo Organización Mundial de la Salud (OMS) no se limita a la ausencia de enfermedad si no que incluye el estado de bienestar físico, mental, social y en concordancia con el medio ambiente. El derecho a la salud está consagrado en numerosos tratados internacionales y regionales de derechos humanos y en las constituciones de países de todo el mundo.

Los siguientes son ejemplos de tratados de las Naciones Unidas sobre derechos humanos:

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966.
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979.
- Convención sobre los Derechos del Niño, 1989.

Ejemplos de tratados regionales de derechos humanos:

- Carta Social Europea, 1961.
- Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, 1981.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador, 1988).

El Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) (1966) apunta que, entre las medidas que se deberán adoptar a fin de asegurar la plena efectividad del derecho a la salud, figurarán las necesarias para:

- a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y garantizar el sano desarrollo de los niños.
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente.
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas.
- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. (Naciones Unidas, 1966).

Para hacer operacionales las medidas arriba enumeradas, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) adoptó en el año 2000 la Observación General sobre el Derecho a la Salud. La misma expresa que el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua

limpia y potable, condiciones sanitarias adecuadas, suministro de alimentos sanos, vivienda digna, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

Según la Observación general No. 14 del comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art12), el derecho a la salud abarca cuatro elementos:

- **Disponibilidad.** Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
- **Accesibilidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos dentro de la jurisdicción del Estado; esta a su vez presenta cuatro dimensiones.
  - ❖ No discriminación
  - ❖ Accesibilidad física
  - ❖ Accesibilidad económica (asequibilidad).
  - ❖ Acceso a la información.
- **Aceptabilidad.** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.

- **Calidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone a los Estados Partes tres tipos de obligaciones.

- **Respetar.** Exige abstenerse de transgredir el disfrute del derecho a la salud.
- **Proteger.** Requiere adoptar medidas para impedir que terceros nos regulen nuestras actividades (actores que no sean el Estado) interfieran en el disfrute del derecho a la salud.
- **Cumplir.** Requiere adoptar medidas (leyes, políticas presupuestarias etc.) positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud.

El derecho a la salud también comprende «obligaciones básicas» referentes al nivel mínimo esencial del derecho. Aunque ese nivel no se puede determinar en abstracto porque es una tarea nacional, para guiar el proceso de establecimiento de prioridades se enumeran como mínimo las siguientes: atención primaria de salud; alimentación mínima nutritiva; acceso a un hogar

con saneamiento; agua limpia potable; medicamentos esenciales, distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud.

Otra obligación básica es la de adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacional de salud pública en base a resultados con **calidad** para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población; esa estrategia y ese plan deberán ser elaborados, y periódicamente revisados, sobre la base de un proceso participativo y transparente; deberán prever indicadores y bases de referencia que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; se deberá prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados. (Naciones Unidas, 2001)

El derecho de los Estados Partes debe adoptar medidas de conformidad con el principio de realización progresiva. Esto significa que tienen la obligación de avanzar lo más expedita y eficazmente posible, tanto por sí mismos como con la asistencia y la cooperación internacionales, hasta el máximo de los recursos de que dispongan. En las últimas décadas del siglo XX las transformaciones sociales y económicas han producido cambios en la salud de la población y, por ende en las políticas de prestación de salud a escala mundial. En tales condiciones se promueve una atención de alta **Calidad** centrada en el usuario o derechohabiente.

### 3.2 Calidad en la Secretaría de Salud de Honduras

La Calidad en la Secretaría de Salud en Honduras C.A., comienza a operativizarse como política en el año de 1990, creándose la figura administrativa de la jefatura de la Unidad de calidad. Es en el periodo de agosto 1998 a 2004 comienza a funcionar la Unidad de Garantía de Calidad, con la cual se elabora el Modelo de Calidad en Salud y el Subsistema Institucional para su implementación, con el apoyo técnico y financiero de la Agencia (Quality Assurance Project ) QAP conducida por el Dr. Jorge Hermida. En el año 2004, se alcanza obtener un Plan Nacional de Calidad.

A finales del 2004, se legaliza un Consejo Consultivo de Calidad de la Secretaría de Salud (CONCCASS) bajo el ACUERDO No 3616, publicado en la gaceta No 30.572, el 15 Diciembre del 2004. En Enero 2005, inicia la implementación del Plan Nacional de Mejora Continua de la Calidad **(PNMCC)**. Con el propósito de:

- Ejecutar las políticas de Salud
- Contribuir a reducir la mortalidad materna.
- Incidir en la situación de salud.
- Disminuir el riesgo de atención en las instituciones.
- Sistema de Salud está cambiando para Mejorar.

En Enero 2006, se crea el Departamento de Gestión de la Calidad, según Acuerdo No. 5683, emitido el 23 de Enero del 2006, en el Diario Oficial la Gaceta. Posteriormente el 11 de marzo del 2011 se crea el Sistema Nacional de Calidad según acuerdo No. 0251 descrito en la Gaceta No. 32,574 con fecha 22 de julio del 2011. Luego se crea la Política Nacional de Calidad según decreto No. 029-2011, descrito en la Gaceta No. 32,562 con fecha 08 de julio del 2011.

Existen otros sustentos legales en el país para garantizar el cumplimiento de la salud mediante servicios de calidad como ser: **La Constitución de la Republica** a través de sus Artículo 59, 145, 149. **Código de Salud:** En su Capítulo II artículo 7 “La Secretaria podrá crear consejos consultivos de acuerdo a su necesidad, en aspectos específicos y por periodos determinados, su funcionamiento será reglamentado en la misma Secretaria de Estado. **Ley General de la Administración Publica:** Artículo 28 numeral 3, Artículo 29 párrafo 4 y Artículo 36 numeral 8.

**Ley de Servicio Civil:** Capítulo X artículo # 37: inciso b y c, Capítulo XIII, artículo # 259 inciso G.

**Estatuto del médico empleado** acuerdo no. 0891, capítulo i de los fines y objetivos artículos. 1.- Numeral 2. Artículo. 2 Numeral 1. que rezan el cumplimiento de las normas y manuales de procedimientos establecidos en la Institución empleadora, manteniendo la más alta **CALIDAD** en la prestación de

los servicios médicos, todos estos se refieren a Sistema de garantía de la Calidad sobre todo lo que tiene que ver con el desarrollo de sistema de calidad que garantice no solo la satisfacción del usuario interno sino también del usuario externo.

Con lo anterior se ha tenido logros importantes entre ellos:

- La conformación de comités y equipos de mejora tanto regional como en hospitales
- Trabajo de los equipos de mejora en las salas de hospitales teniendo como base la estructuración de un plan de calidad
- La implementación de la lista de chequeo en los quirófanos de hospitales, previo a cualquier cirugía; Entre ellos esta: Hospital Escuela Universitario, incluyendo el área de materno infantil, hospital de Danli, hospital de Olancho, Los hospitales de la Región de Cortes Mario Catarino, y Leonardo Martínez.
- La implementación de los procesos de Mejora de la calidad en la atención al paciente con VIH/SIDA. A nivel de región , hospitales y clínicas donde se atienden pacientes con esta patología

### 3.3 Conceptos de Calidad

Si bien ninguna de las definiciones de calidad se aplican a todas las situaciones, las siguientes definiciones son guías útiles para definir la calidad de los servicios de salud, todo depende desde qué punto de vista se diagnostique la calidad. Según Crosby que es uno de los principales promotores del concepto de calidad durante más de 36 años, está considerado y lo consagran como una de las mayores autoridades en el campo del control a nivel internacional, según él, “Todo el mundo está a favor de la calidad, nadie está en contra de ella, sin embargo rara vez se da por sí misma”.

La calidad no es algo para controlar solamente, es necesario crearla, fabricarla, asegurarla, y mejorada permanentemente. Para lograr el mejoramiento de la calidad se requiere del compromiso y el esfuerzo de todos los miembros de una organización. “El primer paso para mejorar la calidad es obtener el compromiso de la alta dirección”. La calidad debe verse positivamente como una forma de mejoramiento continuo en todos los niveles de la organización. No puede ser considerada como algo de exclusiva responsabilidad del personal técnico, requiere el liderazgo, el respaldo y la motivación de la alta gerencia y de los mandos medios, desempeño adecuado (de acuerdo a los estándares) en las intervenciones consideradas seguras,

que están al alcance de las sociedades en cuestión y que tiene la capacidad de producir un impacto en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición (Roemer & Montoya-Aguilar, 1988)

Joseph M. Juran define el concepto de calidad como la actitud para el uso, satisfaciendo las necesidades del cliente. (Juran, 1981) Juran define la calidad como "idoneidad o aptitud para el uso". Un producto o servicio será de calidad si sirve para lo que está previsto que sirva. La aplicación de este concepto a un servicio o producto concreto exige una definición previa de qué necesidades y expectativas está previsto que sean satisfechas con el servicio o producto a evaluar; las cuales serían diferentes según qué producto o servicio y determinarán las características que éste debe tener para que sea de calidad. (Rodríguez Cornejo, 2009)

Ross J. la define como la integración e interrelación de todas las funciones y procesos en una organización para lograr el mejoramiento continuo de los productos y servicios y obtener la satisfacción del cliente. (Ross, 1999) La definición más integral de calidad y quizás la más simple, fue formulada por W. Edwards Deming, el padre del movimiento de la gestión de calidad total. El resumía la calidad de la siguiente manera: **“Hacer lo correcto en la forma correcta, de inmediato”**

La calidad es un concepto que invita a producir bajo una perspectiva diferente a la de solamente generar ganancia económica, la interpretación del término tiende a centrarse alternativamente en tres dimensiones: ausencia de defectos, conjunto de propiedades deseables, adecuación a las necesidades de los usuarios. (PASSOS, N R;OPS/OMS, 1997) La calidad de atención en salud se ha convertido hoy en día en un requisito fundamental, orientado a otorgar seguridad a los usuarios, minimizando los riesgos en la prestación de servicios.

La teoría de Donabedian, que estudia los tres (3) componentes básicos de la atención de salud para evaluar el grado de calidad en la asistencia sanitaria: la estructura, el proceso y los resultados; los cuales uno le sigue al otro respectivamente; pero esta a su vez no está bien establecida la relación; y esta teoría ha sido una de las más aceptadas para el abordaje de cualquier proceso asistencial. (Sociedad Española de calidad asistencial y Fundación Avedis Donabedian, 2001)

Dentro de estos componentes se encuentra la satisfacción del usuario como un resultado importante del proceso de atención en salud, dado que la calidad percibida por el usuario es un precursor de su satisfacción, siendo generalmente aceptado y comprobado que el grado en que se cumplen las expectativas que un usuario tiene de la atención en salud, influye en su

satisfacción. Donabedian afirma que la calidad se caracteriza por varios atributos, o pilares, que se pueden emplear de manera individual o conjunta para definir o medir la calidad, y que incluyen la eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad, legitimidad y equidad. (Donabedian, An Introduction to Quality Assurance in Health Care, 2003)

El concepto de Calidad en Salud según Vanormalingen (1996) debe enmarcarse en cinco elementos fundamentales: excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción e impacto final que tiene en la salud; sin embargo la calidad de la salud no debe reducirse a uno o algunos de estos elementos, necesariamente implica la integración de elementos de carácter técnico y también de procesos objetivos y subjetivos ; todos unidos tendrán como resultado la satisfacción de los usuarios y la eficiencia de la institución. (Massip Pérez, Ortiz Reyes, Llantá Abreu, Peña Fortes, & Infante Ochoa, 2008)

Con el desarrollo de la humanidad, 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 que debe estar encaminada a garantizar servicios de salud accesibles, y equitativos con profesionales óptimos y teniendo en cuenta los recursos disponibles, logrando

la satisfacción del usuario (SU) con la atención recibida. (Massip Pérez, Ortiz Reyes, Llantá Abreu, Peña Fortes, & Infante Ochoa, 2008) Cuando se habla de calidad en servicios de salud se debe hacer algunas consideraciones especiales que la diferencia del resto de los servicios.

Una gran diferencia que debe destacarse y que si se presta este servicio, principalmente en establecimientos públicos debe ser consciente de ello, es quien es el beneficiario de este servicio. En general, se considera cliente (y beneficiario) de un servicio a quien lo consume directamente. (Pizzo, 2013). En salud, en cambio se debe tener en cuenta que, aunque se preste atención directa a determinadas personas, el beneficiario final es toda la sociedad. En el ámbito de los sistemas y servicios de salud se suele aceptar que la calidad tiene dos grandes dimensiones que están relacionadas, aunque son diferentes: la calidad técnica, que desde la perspectiva de los prestadores busca garantizar la seguridad, efectividad y utilidad de las acciones en pro de la salud, así como la atención oportuna, eficaz y segura de los usuarios de los servicios; y la calidad percibida por los propios usuarios, que toma en cuenta las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que dichas acciones se desarrollan. (Ross, Zeballos, & Infante, 2000)

### 3.3.1 Calidad Total

Es un sistema de producción de bienes y servicios basados en la actitud y motivación del personal. La Calidad Total está constituida en la conjunción de las actividades de todas las personas involucradas, si estas garantizan la perfección de lo que hacen y producen. En conclusión, Calidad Total es la actitud, el deseo de hacer bien las cosas desde la primera vez, y se encaminan a satisfacer al usuario externo de la unidad médica la optimización de su salud a un nivel de precios accesibles. (Donabedian, 1984)

### 3.3.2 Tipos de Calidad

Dependiendo desde qué punto de vista se diagnostique la calidad, existen dos Clases en la atención de salud: calidad técnica y calidad percibida. (Donabedian, 1984) Cuando se está en un ámbito de salud según Mariana Pizzo, se puede hacer una distinción en la significación del término calidad. Así distinguiremos dos conceptos: por un lado la Calidad técnica y por otro la calidad percibida. (Pizzo, 2013)

**Calidad técnica.-** Es aquella que la define el médico o personal de enfermería, basado en sus conocimientos y experiencia. Es la atención que se espera pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar,

después de haber tomado en cuenta el balance de los beneficios y daños que acompañan al proceso de la atención en todas sus partes. (Donabedian, 1984)

Dr. Avedis Donabedian 1980, “La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos.

El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios.

La calidad técnica es la aplicación de la ciencia y tecnología médica, de tal manera de lograr el equilibrio más favorable entre riesgo en la atención y beneficio. (Pizzo, 2013)

**Calidad Percibida.-** Es la que define el usuario desde su punto de vista, con su experiencia al ponerse en contacto con el servicio. Está en la subjetividad de los usuarios, y debe ser explicada y expresada por ellos, según corresponda a la satisfacción de sus necesidades razonables en la utilización de los servicios.

Se relaciona más con la entrega de los servicios, y no tanto con su contenido técnico. (Donabedian, 1984) La calidad percibida, en cambio se manifiesta con la satisfacción que experimentan los usuarios después de hacer uso del servicio.

Es subjetiva y debe ser explicada por ello, si un paciente ha ingresado a la institución y al salir de alta manifiesta que ha sido bien tratado por el personal, que los médicos estuvieron pendientes de su evolución, que las instalaciones son confortables, que han acudido a sus llamados con prontitud, todo esto evidencia una alta calidad percibida. (Pizzo, 2013) Es posible que exista alta calidad percibida, pero baja calidad técnica, si el paciente se sintió bien atendido, pero puede no ser capaz de evaluar que el tratamiento médico recibido no fue el más apropiado.

Por el contrario, puede un paciente haber recibido el mejor tratamiento médico, el más eficaz para alcanzar un nivel de salud óptimo, pero haber percibido una mala calidad, si no fue tratado con calidez, con respeto si no se le dio atención a sus pedidos con prontitud, etc. (Pizzo, 2013)

Volviendo al concepto de quien es el beneficiario final del servicio de salud, sé ve que la calidad percibida está orientada exclusivamente a la persona particular que recibió la atención. Tradicionalmente la calidad percibida de la atención en salud se explora mediante encuestas de satisfacción.

¿Cuáles aspectos son prioridad al caracterizar la calidad percibida de la atención en salud? Se propone que los usuarios, a partir de su experiencia, sean quienes respondan esta pregunta; en este caso esta investigación nace,

se hace y cobra sentido, dentro de un campo social de conocimientos que se construye y fundamenta en maneras de aproximarse a la realidad.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) centra su definición de calidad en la satisfacción de las necesidades y expectativas del usuario o cliente; (Lohn), explica que calidad es el grado en el cual los servicios de salud aumentan la probabilidad de resultados deseados y son constantes con el conocimiento profesional actual, afirmación que contiene dos conceptos, medida y conocimiento, pero con implicancias de gran alcance para el mejoramiento de la calidad. (Paganini, 1993)

La calidad de la atención tiene que definirse a la luz de las normas técnicas del proveedor y de las expectativas del paciente, tomando en consideración el contexto local y las dimensiones de la calidad tales como: competencia técnica. Acceso a los servicios, eficacia, satisfacción del usuario (relaciones interpersonales), eficiencia, continuidad, seguridad y comodidades

### **3.4 Dimensiones de la calidad**

La calidad es un concepto Multidimensional y Complejo. Los expertos en calidad generalmente reconocen varias dimensiones diferentes de la calidad que varían en importancia según el contexto en el cual tiene lugar un esfuerzo de garantía de la misma. Un problema de calidad puede tener más de una

dimensión, y éstas proporcionan un marco útil porque le sirven al equipo de salud para analizar y definir sus problemas y calcular la medida en la que cumplen con sus propias normas de programa. Además estas dimensiones de calidad sirven para utilizarse en los servicios de salud que se prestan a los pacientes, así como en los servicios prestados al personal auxiliar de salud.

En este sentido cabe mencionar dos definiciones de diferentes expertos pero coincidentes a su vez; Quality Assurance Project (Proyecto Aseguramiento de la Calidad) QAP ha identificado nueve dimensiones de la calidad que son importantes para los actores internos y externos de un sistema de entrega de servicios de salud: clientes individuales, comunidades, proveedores, administradores y pagadores. Dichas dimensiones conllevan diferente importancia para los distintos actores. (Franco, y otros, 2004)

EL DESEMPEÑO TÉCNICO, una de las dimensiones de la calidad más comúnmente reconocida, se refiere al grado en el cual las actividades llevadas a cabo por los trabajadores y establecimientos de salud están en concordancia con estándares o cumplen expectativas técnicas.

EL ACCESO a los servicios refleja la ausencia de barreras geográficas, económicas, organizacionales o lingüísticas a los servicios.

LA EFECTIVIDAD DE LA ATENCIÓN es el grado en el cual los resultados o productos deseados se logran, mientras que la eficiencia de la entrega del servicio se refiere al uso de los recursos para producir dichos servicios.

LAS RELACIONES INTERPERSONALES se refieren a la comunicación efectiva entre el proveedor y el cliente; están basadas en el desarrollo de la confianza, respeto, confidencialidad y respuesta a las preocupaciones del cliente.

LA CONTINUIDAD DE LOS SERVICIOS se refiere a la entrega de atención por parte del mismo proveedor de atención de salud a lo largo del curso del tratamiento (cuando esto sea apropiado y factible), así como a la referencia oportuna y a la comunicación entre proveedores cuando es necesario contar con proveedores múltiples.

LA SEGURIDAD, o el grado en el cual el riesgo de lesión, infección u otro efecto secundario perjudicial es minimizado, es una dimensión crítica de la calidad de la atención.

LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y LA COMODIDAD forman parte de una dimensión a veces llamada de «amenidades»; incluye la apariencia física del establecimiento, su limpieza, el confort y la intimidad proporcionados al paciente.

LA ELECCIÓN se refiere a la gama de elecciones disponibles para el paciente en cuanto a proveedores, tratamiento o plan de seguro, en la medida de lo

apropiado y seguro. Inherente a esta dimensión está el acceso del cliente a la información que le permita hacer una elección informada.

La calidad de la atención se refiere al grado en el cual estas nueve dimensiones de la calidad se hallan presentes en la atención de salud brindada al cliente. Cuando se realiza un análisis más en profundidad de la calidad de atención en los servicios de salud se encuentra con variadas áreas o dimensiones en las cuales se puede “subdividir” la calidad. Estudiosos del tema como Lori di Prete Brown, Lynne Miller Franco, Nadwa Rafeh y Theresa Hatzell describen al menos 8 dimensiones de la calidad: Competencia Profesional, Acceso a los Servicios, Eficacia, Satisfacción del Cliente, Eficiencia, Continuidad, Seguridad y Comodidades. (Brown, Franco, Rafeh, & Hatzell, 1992)

**COMPETENCIA TECNICA:** Nivel de conocimientos, habilidades, capacidad y desempeño actual del personal clínico, de apoyo técnico y administrativo.

**ACCESO A LOS SERVICIOS:** Grado en el cual el otorgamiento de los servicios de salud no son restringidos por barreras geográficas, económicas, sociales, culturales, organizacionales o lingüísticas.

**EFICACIA:** Grado de relación entre un procedimiento aplicado y los resultados esperados. Estos resultados, expresados en términos de normas de prestación de servicios y de orientación clínica.

**RELACIONES INTERPERSONALES (SATISFACCION DEL USUARIO):** La calidad de la interacción entre proveedores y clientes, gerentes y proveedores de salud, y el equipo de salud y la comunidad.

**EFICIENCIA:** Suministrar el mayor beneficio con los recursos que se cuenta. Muy importante, dado que los recursos para la atención generalmente son muy limitados.

**CONTINUIDAD:** Grado en el cual los clientes reciben la serie completa de servicios que necesitan sin sufrir interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento.

**SEGURIDAD:** Grado de relación entre el conjunto de beneficios a brindar y los riesgos a que se somete el paciente. Estos beneficios y riesgos, expresados en términos de normas de prestación de servicios y de orientación clínica.

**COMODIDAD:** Las características de los servicios de salud que no están directamente relacionados con la eficacia clínica, pero que agregan valor y acrecientan la satisfacción del cliente y su deseo de volver en el futuro.

Se considera que se trata de dimensiones que son particularmente importantes en el medio de los países en desarrollo. Sin embargo, cabe destacarse que no todas las ocho o nueve dimensiones merecen la misma importancia en cada programa, sino que tienen que considerarse a la luz de programas específicos y definirse dentro del contexto de las realidades locales. Cuando se orienta la calidad en salud hacia el usuario, es decir hacia la satisfacción de demandas explícitas y necesidades previsibles, se involucran juicios basados en opinión y componentes subjetivos del proceso de consumo.

Uno de los principales representantes académicos del tema de calidad en salud, Avedis Donabedian, destaca que la capacidad de juicio del consumidor es mayor de la estimada y enfatiza en su preponderancia como juez de la calidad, validando la percepción de satisfacción del usuario como un saber-sentir. En esta percepción coinciden otros autores, como Edwards Deming, quien realza al consumidor como eslabón central del proceso de producción y Joseph Juran, para quien la calidad es ausencia de defectos entendida como adecuación al uso.

### 3.4.1 Satisfacción de los usuarios

La satisfacción del usuario (SU) es una de las dimensiones que forma parte de la mayoría de las definiciones de calidad asistencial, y además uno de los resultados a considerar como fruto del propio proceso asistencial. La definición del término satisfacción, ha sido algo ampliamente debatido y discutido. El desarrollo alcanzado por las ciencias médicas en la actualidad y la necesidad de evaluar la calidad de los procesos asistenciales que se brindan en salud, han hecho necesario retomar el concepto de satisfacción, como uno de los indicadores de excelencia en la prestación de los servicios. Relación satisfacción-excelencia. (García Ortegón , Gomez Alvarez, & Diaz Quiroz, 2011)

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. (Ministerio de Salud Nicaragua, 2005). El tema de la SU es todo un desafío a la salud pública y entre los gestores y planificadores en salud, no existe un consenso claro sobre su significado y concepción pero es evidente que refleja una visión diferente y estratégica de los servicios de salud.

La SU es considerada como una respuesta actitudinal y de juicio de valor que el usuario construye producto de su encuentro e interacción con el servicio. (Pascoe, 1983). La SU es apreciada como relevante al menos en 4 áreas: Comparar sistemas o programas de salud. (Wensing & Elwyn, 2002), Identificar cuáles son los aspectos de los servicios que necesitan de cambios para mejorar la satisfacción y asistir a las organizaciones sociales en la identificación de consumidores con poca aceptabilidad de los servicios. (Kane, Maciejewski, & Finch, 1997) También se relaciona con la conducta del paciente y sus resultados en términos de salud individual.

Desde mediados de la década pasada, algunos autores han expresado que las encuestas de SU generalmente muestran alta satisfacción y poca variabilidad, lo que dificulta su uso en términos de gestión; sin embargo, otros estudios señalan que la introducción de preguntas que exploren y caractericen las experiencias de los pacientes con aspectos específicos de la atención son más informativos y útiles. (Jenkinson, Coulter, Bruster, Richards, & Chandola, 2002) Adicionalmente, la complementariedad con técnicas de investigación cualitativa fortalecen la riqueza de la información y su potencial uso en la gestión.

Si bien es cierto por algunas circunstancias las encuestas de satisfacción no representan o generan respuestas concretas, dado que en algunas situaciones los mismos usuarios no contestan con la verdad por miedo a ser recriminados por las autoridades de los servicios de salud, sin embargo hay que aceptar que la Secretaria de Salud hasta el momento no cuenta ni ha desarrollado otra herramienta que le permita determinar sin ningún sesgo la verdadera satisfacción de los usuarios que asisten a los diferentes servicios de salud; mas consideramos que con los resultados de estudio dará las bases para generar un trabajo a nivel de los responsables de la unidad de Gestión de la calidad de la Secretaria de Salud en este tópico, de manera que oriente a la revisión del actual formato que se utiliza para tal actividad.

En la actualidad se tiene como norma establecida por la unidad de Gestión de la Calidad, dependiente de la Dirección de Redes de Servicio y está a la vez de Sub Secretaria de Redes de la Secretaria de Salud, que tanto a nivel de hospitales y centros de salud del país, se realice por lo menos dos (2) veces al año dichas encuestas, y dependiendo de los resultados se genere a esos niveles planes de mejora, dichos resultados son enviados a nivel central a la unidad de Gestión de la Calidad, observándose que los niveles de satisfacción en las áreas ambulatorios oscilan entre 55 y 70 %, de esta forma se puede dar

seguimiento desde el nivel central a los diferentes planes de mejora formulados por los niveles locales .

Según algunos estudios, sobre los niveles de satisfacción de usuarios SU en las atenciones ambulatorios, oscilan entre 60 y 70 %, observándose especificidades en función al usuario estudiado, servicio y/o establecimiento proveedor de la atención, motivo de la consulta, momento de la entrevista y método utilizado. (Fitzpatrick, 1991).

Lógicamente estos resultados dependen de ciertos factores, mismos que se pueden agrupar Sistemáticamente 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 proceso salud- riesgo- enfermedad), experiencia con el servicio (desenlace del contacto previo entre el usuario y el servicio).

**b)** Factores familiares / sociales; experiencias con el servicio de parte de amigos, familiares y,

**c)** Factores del servicio de salud: accesibilidad geográfica, y otros dependientes de la propia organización del servicio (comunicación interpersonal, resolutivez del servicio, tiempo de espera para la atención,

eficacia de las acciones, trato y cordialidad del personal, disponibilidad de medicamentos, confort del local, privacidad, entre otros. (Sitzia & Wood, 1997) (Wensing & Elwyn, 2002) (R. G., y otros, 2003)

La interacción de estos factores resultan en el nivel de aceptabilidad y satisfacción; dicha interacción es compleja, ya que trata de un aspecto de base subjetiva, es decir, basados en percepciones y experiencias. El abordar las inquietudes del usuario externo es tan esencial para la atención de buena calidad como la competencia técnica. Para el usuario, la calidad depende principalmente de su interacción con el personal de salud, de atributos tales como el tiempo de espera, el buen trato, la privacidad, la accesibilidad de la atención y, sobretodo, de que obtenga el servicio que procura.

La importancia de conocer la perspectiva del cliente con respecto a los servicios fue reconocida 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 otros aspectos de la calidad, tales como respeto, información pertinente y equidad. La satisfacción del usuario es uno de los resultados más importantes de

prestar servicios de buena calidad, dado que influye de manera determinante en su comportamiento.

La satisfacción del cliente puede estar influenciada por:

- El hecho de que el usuario procure o no procure atención.
- El lugar al cual acuda para recibir atención.
- El hecho de que esté dispuesto a pagar por los servicios.
- El hecho de que el 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 y
- El hecho de que el usuario recomiende o no recomiende los servicios a los demás. (Bernet Guerrero & Perez Arenas, 2011).

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. (Willians, Schutt-Aine, & CUCA, 1996) 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. Además, tanto el acceso a los servicios como las repercusiones de los servicios en la salud (por ejemplo, la presencia de efectos secundarios)

pueden afectar la satisfacción del usuario a tal nivel que no refleje el proceso de prestar atención.

En general existen dos tendencias de evaluación de la satisfacción del usuario; una de ellas privilegia métodos, técnicas e instrumentos cuantitativos en el supuesto que aseguran mayor objetividad, en parte, debido a la mayor homogeneidad de los instrumentos utilizados. La otra parte da cierta crítica a la aparente superficialidad de los métodos cuantitativos donde los problemas y las causas fundamentales muchas veces no emergen o quedan encubiertos; en tal sentido promueven la utilización de métodos y técnicas cualitativas que permiten abordajes en profundidad de los problemas de calidad percibidos por los usuarios, así como de sus potenciales soluciones. (Dirección General de Garantía de Calidad, Lima, Perú, 2002)

Por otro lado, los métodos cualitativos si bien pueden aportar información más exhaustiva sobre esta condición básicamente subjetiva, son complejos y exigen amplia preparación y experiencia en su manejo. En cualquier caso también es importante reconocer que los métodos cualitativos difícilmente pueden producir por si solos la información capaz de ser generalizada a espacios institucionales extensos y deben ser asumidos como modalidades complementarias que permite profundizar la información sobre problemas

previamente detectados por métodos cuantitativos. (Dirección General de Garantía de Calidad, Lima, Perú, 2002)

Sin embargo si unimos las metodologías utilizadas en este estudio a lo que llamaríamos investigación mixta, lo que podría tomarse como el complemento natural de la investigación tradicional cualitativa y cuantitativa. Los métodos de investigación mixta ofrecen una gran promesa para la práctica de la investigación. La investigación de métodos mixtos es formalmente definida aquí como la búsqueda donde se mezcla o combina métodos cuantitativos y cualitativos, Una característica clave de la investigación de métodos mixtos es su pluralismo metodológico o eclecticismo, que a menudo resulta en una investigación superior.

Filosóficamente, la investigación mixta hace uso del método pragmático o práctico y el sistema de la filosofía, es un método incluyente y plural. La meta de la investigación mixta no es reemplazar a la investigación cuantitativa ni a la investigación cualitativa, sino utilizar las fortalezas de ambos tipos de indagación combinándolas y tratando de minimizar sus debilidades potenciales.

Esta metodología reconoce el valor del conocimiento como algo que se ha construido a través de medios cualitativos tales como la percepción y la experiencia basada en los aspectos prácticos del mundo en el que vive la gente. Otra característica clave del enfoque del método mixto es que rechaza el dualismo que se establece entre lo cualitativo o hechos de apoyo y lo cuantitativo o metodologías subjetivas cuyo valor se basa sólo en la exclusividad de uno y otro.

Los métodos de investigación mixta son la integración sistemática de los métodos cuantitativo y cualitativo en un solo estudio con el fin de obtener una “fotografía” más completa del fenómeno o problema a investigar. Éstos pueden ser conjuntados de tal manera que las aproximaciones cuantitativa y cualitativa conserven sus estructuras y procedimientos originales (“forma pura”) o pueden ser adaptados, alterados o sintetizados (“forma modificada”). (Johnson & Onwuegbuzie, 2004)

Las encuestas, como método de investigación, son el medio más empleado para conocer la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos, midiendo el parecer de los que han recibido asistencia; pero no representa la opinión general de la comunidad sobre el sistema sanitario. Las encuestas

más utilizadas en los servicios de salud son las de satisfacción efectuada tras la realización del proceso de atención.

Teniendo como marco general estas referencias, se ha elaborado la presente “Investigación de Satisfacción de Usuarios de los Servicios de Salud” que pretende conocer la percepción sobre la calidad en la atención de quienes reciben y acuden a los servicios de salud pública del establecimiento de salud Alonso Suazo en la consulta externa de Ginecología y Pediatría, de la cual se pretende generar un plan de acción para el centro de salud a fin de mejorar los servicios.

#### **4. METODOLOGÍA**

##### **Diseño Metodológico de la Investigación.**

**Tipo de estudio:** Se trata de un estudio de tipo Descriptivo y de Corte Transversal, sobre la percepción de la satisfacción que tienen los usuarios Externos de las unidades de Ginecología y Pediatría en el centro de salud Alonso Suazo.

**Universo:** El universo del estudio se conformo con personas de ambos sexo, que acuden a las unidades de Pediatría y Ginecología. Durante el mes de junio del año 2014.

Para poder sacar la muestra se consideró las atenciones del año 2013; La población que asiste a las unidades de Ginecología y Pediatría del centro de salud Alonso Suazo fue de **206,024** personas durante el año 2013. (Departamento Estadística Centro de salud Alonso Suazo.)

**Muestra:** Muestreo probabilístico, aleatorio simple al azar de personas.

**Unidad de análisis.** Se tomo como unidad de estudio, los usuarios/as de los servicios ambulatorios de Ginecología y Pediatría que asistieron a la consulta en dichas unidades del establecimiento de salud Alonso Suazo.

**Estimación de la muestra:** La estimación de la muestra se realizó estadísticamente mediante La fórmula diseñada en Excel donde solo se coloca las atenciones nuevas y nos arroja la muestra (n) para el estudio, con un 95% (noventa y cinco por ciento) de confianza y un error estimado del 5% (cinco por ciento), Obteniendo un muestreo significativo según la fórmula estadística que se detalla. (QAP , 2012) **Ver anexo N° 2**

El Centro de Salud Alonso Suazo tiene un área de población geográfica de influencia de 900,000 Habitantes, Para sacar la muestra se consideró del total atenciones ambulatorias realizadas en el centro de salud Alonso Suazo del 1

enero al 31 diciembre del 2013; fueron 451,316 **(100%)** de las cuales **124,452 (28%)** correspondieron a consultas por ginecología, de estas, **las atenciones nuevas de ginecología obstetricia fueron 15,734** que se usaron para sacar la muestra; las consultas de pediatría fueron **81,572 (18%)**, de estas **las atenciones nuevas pediátricas fueron 18,392** que se usaron para sacar la muestra; correspondiendo a una muestra de **303** para **Ginecología** y **356** para **Pediatría**, las cuales se tomaron para hacer el estudio en el segundo trimestre específicamente en junio del 2014 para evaluar la satisfacción que tienen los usuarios respecto a los servicios de Pediatría y Ginecología / Obstetricia.

Para evaluar la satisfacción de los usuarios es recomendado usar las entrevistas de salida, en la cual a través de una serie de preguntas el paciente contesta las preguntas y mediante ello logra conocer de su experiencia durante la consulta, buscando información detallada sobre las impresiones del servicio prestado y si están satisfechos con este.

El muestreo se realizó al azar, cada paciente se le dio seguimiento según fueran saliendo de consulta y desplazándose a farmacia, el cual es el último lugar donde el paciente tiene su último contacto, para poder levantar la encuesta, aplicando un determinado número de encuestas cada día hábil

(días de consultas ambulatorias) de esta forma se llegó a obtener el total de la muestra establecida para el presente estudio durante el mes de junio 2014.

### **Ver anexo N°3**

**Diseño del Instrumento.** El instrumento utilizado fue el cuestionario usado por la unidad de Gestión de la Calidad de la Secretaria de Salud de Honduras, en su totalidad, no se le realizó ningún cambio, ya que consideramos que los resultados que se emanen de este estudio servirán de base para reformular algunos aspectos del mismo, dicho formato es aplicado por toda la red de hospitales y centros de salud del país para medir la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.

Se elaboró una matriz en un formato de Excel (Microsoft 2010) con el objetivo de introducir los resultados obtenidos de cada una de las variables (obtenidas) en la satisfacción de los usuarios de cada uno de los componentes del cuestionario aplicado y a su vez realizar su respectivo gráfico para su interpretación de los resultados encontrados de la misma.

**Validación.** No se realizó ninguna modificación al instrumento ni se realizaron pruebas piloto o validación del instrumento ya que este, es el instrumento utilizado por la Secretaria de salud a través de la Unidad de Gestión de Calidad para medir la satisfacción de los usuarios.

**Recolección de Información.** La Recolección de la información estuvo a cargo del investigador principal acompañado de 2 grupos de estudiantes; 10 de II año bachilleres en salud del Instituto Republica de México que levantaron encuesta la primera semana y 6 estudiantes de III año de bachillerato en salud del Instituto Superación San Francisco que levantaron encuestas la segunda semana con el propósito de llenar adecuadamente las encuestas y a su vez establecer mayor credibilidad.

La capacitación de los estudiantes tomo como base los lineamientos del instructivo, mismo que se aplicó al grupo seleccionado para el estudio, (Muestra), posterior a la atención del paciente (encuesta de salida). También se mantuvo el anonimato de los entrevistados durante la aplicación de las encuestas y así garantizar la confidencialidad de la información, la cual se hizo de una forma verbal.

No se presentó ningún problema en relación con la estandarización de la recolección de los datos de la encuesta ya que ambos grupos fueron capacitados, utilizando los mismos conceptos y metodología, incluyendo la práctica de levantamiento realizada para mejorar cualquier obstáculo que se pudiese presentar al momento de iniciar con el trabajo.

**Criterios de inclusión:**

- Personas que Solicitaron servicios ambulatorios de salud, sin distinción de raza, edad, religión, procedencia, sexo, etc.
- Personas que hubieran recibido atención en el período de tiempo programado para la realización del estudio, mujeres embarazadas o pacientes de ginecología , o los pacientes que acompañasen en ese momento a alguien que pueda ofrecer la información requerida tal es para el caso de los pacientes pediátricos.
- Que estuviese de acuerdo en brindar la información requerida

**Criterios de Exclusión**

- Que no asista a consulta de ginecología ni pediatría
- Que no desee participar en el estudio.
- Que su niño /a este llorando, producto de su estado delicado de salud o cansancio por la espera cuando se le atendió.

**Fuente de información:** La fuente de información primaria, fueron los usuarios/aso pacientes y/o sus acompañantes en caso de los padres que acompañan a los niños, a los cuales se les aplico la entrevista y llenado por el entrevistador. La información de los datos fue dado por los pacientes, únicamente en el caso de pacientes pediátricos la fuente fueron sus padres.

El cuestionario de preguntas directas, estructuradas, fue anónimo la verificación del llenado de las encuestas fue verificado por el coordinador de calidad del establecimiento de salud Alonso Suazo. La ponderación de las preguntas del cuestionario se clasificó como muy bueno, bueno, regular, malo, no aplica, dándole valor numérico a cada uno de estos ítems, siendo mayor la opción de excelente y la menor muy mala.

## **5. Resultados**

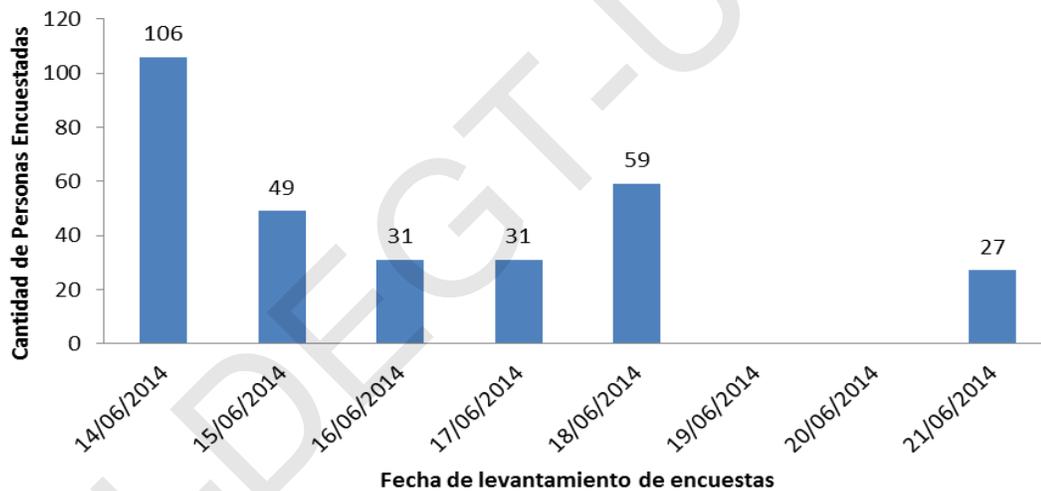
- **RESULTADOS Consulta Externa GINECOLOGIA**

### **PARTE I Datos generales**

Se entrevistaron un total según la muestra n: 303 mujeres pacientes Ginecología (embarazadas, y no embarazadas) nuevas y subsiguientes que acuden al centro de salud Alonso Suazo en un horario de 6:00 -11:00 a.m. y de 1:00 – 4:00 pm; El levantamiento de la información se realizó durante una semana y media a la salida de la consulta médica o cuando las pacientes se dirigían a la farmacia.

### GRAFICO 1

**Pacientes embarazadas y de consulta de ginecología según fechas en que se encuestaron, y que asistieron al Establecimiento de Salud Alonzo Suazo junio 2014. (n=303)**

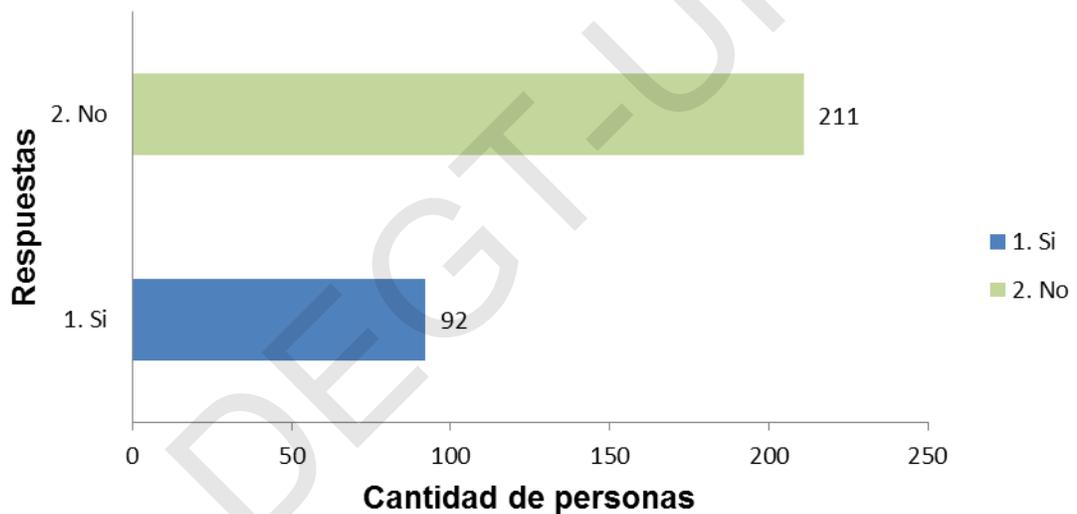


Esta tabla describe la periodicidad con que se levantaron las encuestas durante la semana del 14 al 18 y la semana del 21 al 25 junio respectivamente.

## PARTE II Atención que recibió el paciente

### GRAFICO 2

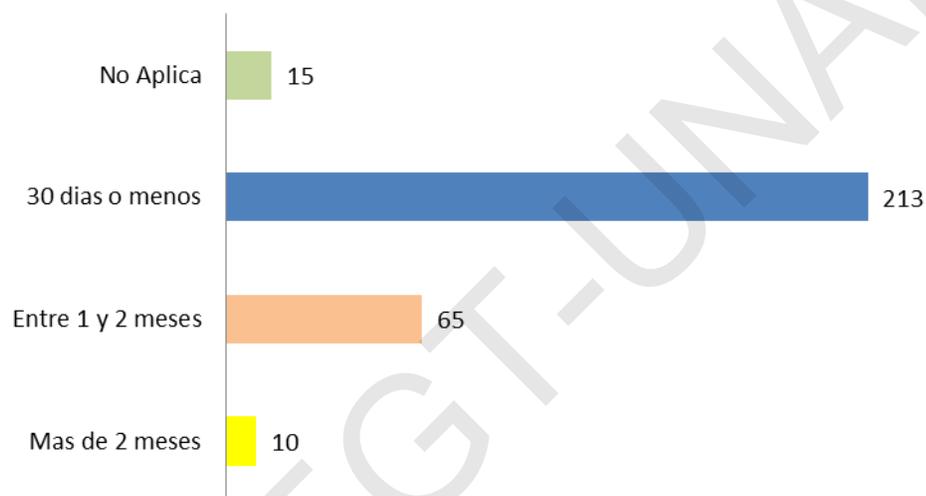
Número de pacientes de consulta ginecológica que acudieron al Establecimiento de salud Alonzo Suazo por primera vez, junio 2014. (n= 303)



El gráfico está en relación a la pregunta si es la primera vez que acude al establecimiento de salud **Alonso Suazo** de la región Metropolitana (RM), el 69.60 % (211 pacientes) respondió que no y el 30.40 % (92 pacientes) es la primera vez que acude a ese centro.

**GRAFICO 3**

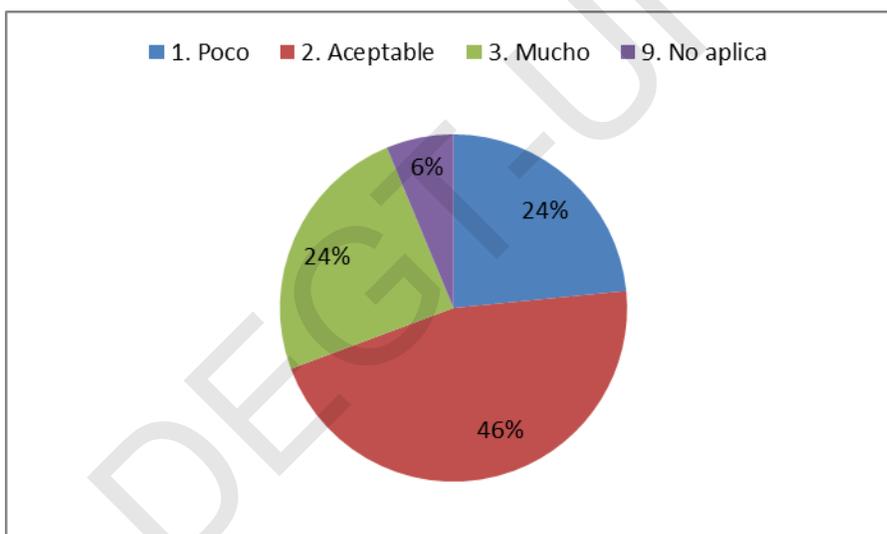
**Tiempo de espera para la cita programada en consulta externa en el Establecimiento de Salud Alonzo Suazo, junio 2014. (n=303)**



En relación a el tiempo de espera para la cita programada, el 70 % (213) alcanzo obtener una cita en 30 días o menos; el 21.45 % (65) cita entre 1 y 2 meses y más de 2 meses llegan al 3 % (10) del total de la muestra.

**GRAFICO 4**

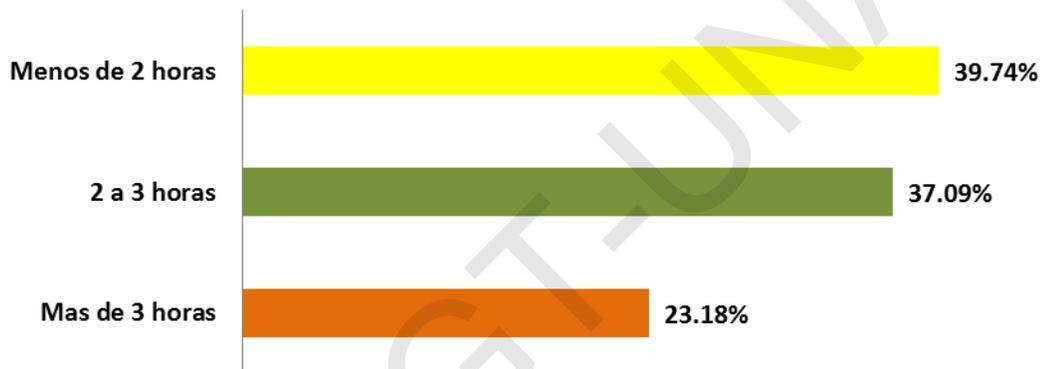
**Opinión de los pacientes de consulta Ginecológica sobre el tiempo que espero para la cita programada en el Establecimiento de Salud Alonzo Suazo, junio 2014. (n=303)**



En relación al tiempo de espera para cita programada, el 24 % (71 pacientes) considero que espera poco tiempo, un 46 % (139 pacientes) consideran aceptable y esperaron mucho tiempo el 24 % (74 pacientes) de los que esperaron entre 1 y 2 meses.

**GRAFICO 5**

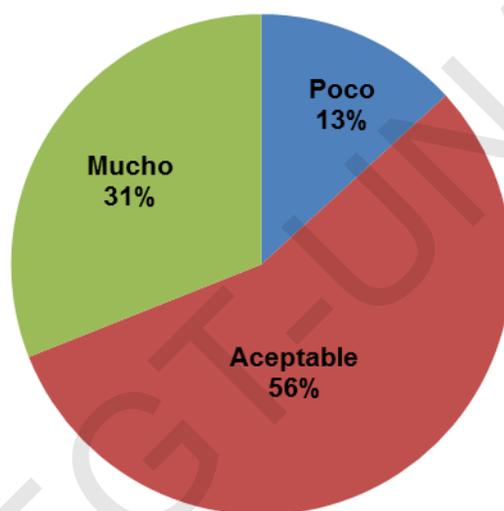
**Tiempo que espero desde su llegada hasta ser atendido por el médico en el Establecimiento de Salud Alonzo Suazo, junio 2014. (n=303)**



El relación tiempo que espero desde la llegada al establecimiento de salud hasta que fue atendido por el médico, el 39.74% (120 pacientes) espero menos de 2 horas, el 37.10% (112 pacientes) fueron atendidas entre 2 y 3 horas, los que tardaron más de 3 horas el 23.20%(70 pacientes).

**GRAFICO 6**

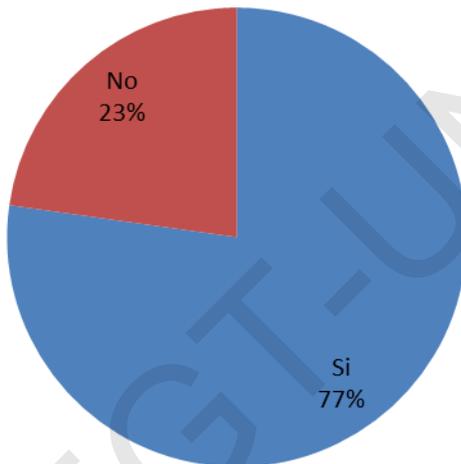
**Opinión de los pacientes consulta Ginecológica en relación al tiempo de espera en la clínica del Establecimiento de Salud Alonzo Suazo, junio 2014. (n=303).**



En relación al tiempo de espera para ser atendida el 56% lo considera aceptable, un 31 % de los pacientes que esperaron más de 3 horas consideran que esperaron mucho y 13% lo considera poco.

**GRAFICO 7**

**Realización del examen físico por la persona que le brindo la consulta en el Establecimiento de Salud Alonzo Suazo, junio 2014. (n=303)**

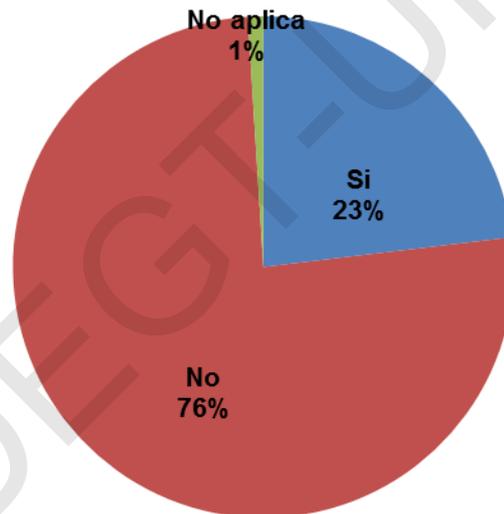


En relación a la pregunta si fue examinado por la persona que le brindo la consulta, el 77.00 % contesto que sí y el 23% contesto que no lo recibió.

**GRAFICO 8**

**Interrupción de la consulta de la paciente de Ginecología mientras se le examinaba en el Establecimiento de Salud Alonzo Suazo, junio 2014.**

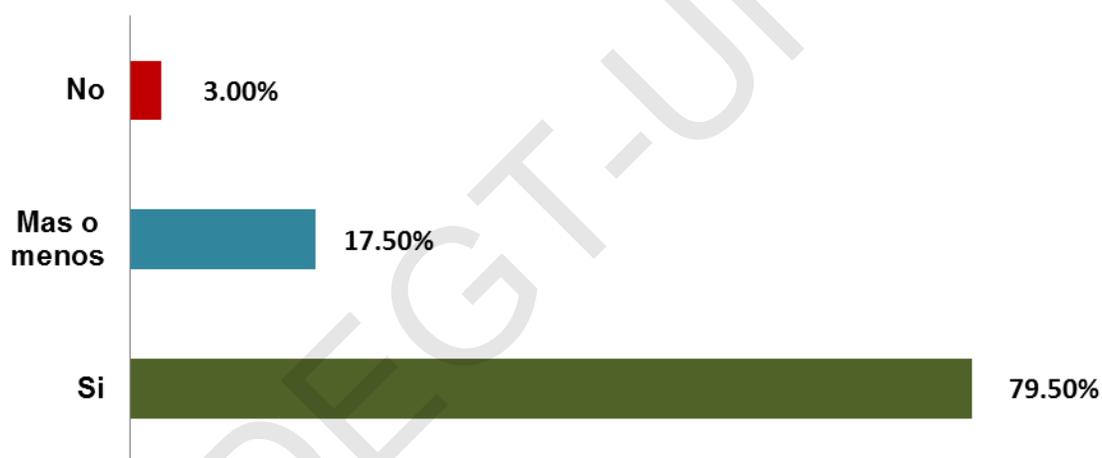
**(n=303)**



En relación a la pregunta si entró alguien al consultorio que interrumpió mientras se le examinaba 76 % contestó que no, y un 23 % contestó que si hubo interrupción.

**GRAFICO 9**

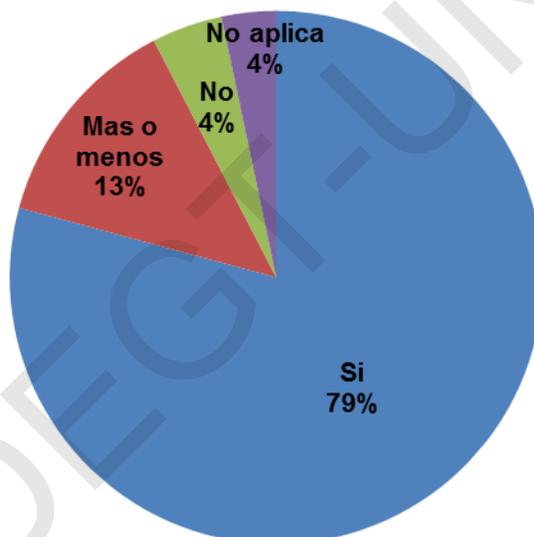
**La persona que le brindó la consulta Ginecológica, le explicó con palabras claras la enfermedad /estado de salud, en el Establecimiento de Salud Alonzo Suazo, junio 2014. (n=303)**



El 80% (241 pacientes) de los pacientes entrevistados recibió explicación sobre su enfermedad; un 17% (53 pacientes) más o menos y un 3% (9 pacientes) no recibió una explicación sobre su estado de salud.

**GRAFICO 10**

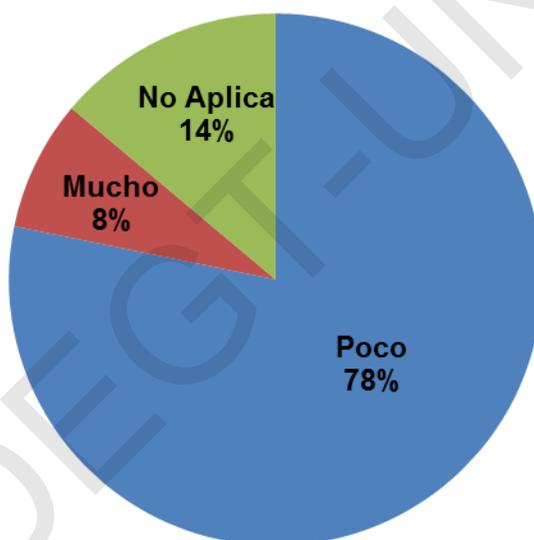
**La persona que brindó la consulta Ginecológica, explicó con palabras claras el tratamiento a seguir, en el Establecimiento de Salud Alonzo Suazo, junio 2014. (n=303)**



En relación esta pregunta que si La persona que brindó la consulta explicó con palabras claras el tratamiento a seguir, el 79 % respondió afirmativamente.

**GRAFICO 11**

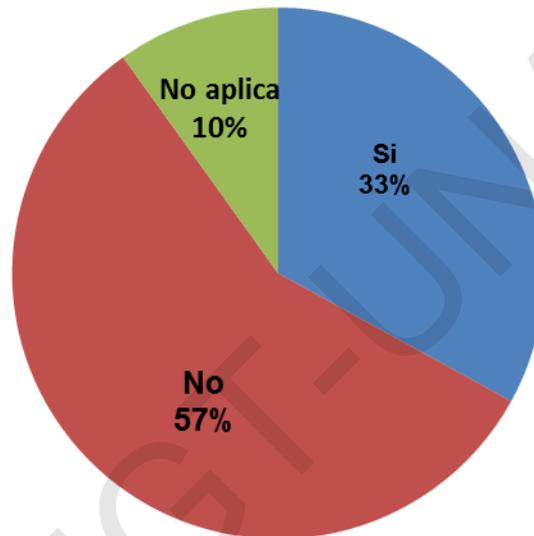
**Opinión de los pacientes en relación al tiempo de espera en farmacia para obtener los medicamentos, en el Establecimiento de Salud Alonzo Suazo, junio 2014. (n=303)**



En relación al tiempo de espera en farmacia para obtener medicamentos, al 78 %, le pareció poco y un 8% espero mucho.

**GRAFICO 12**

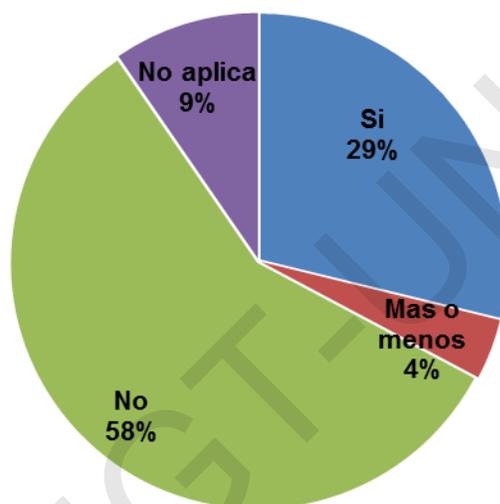
**Suministro de Medicamentos que le recetaron, en el Establecimiento de Salud Alonzo Suazo. (n=303)**



El 57 % no obtuvieron los medicamentos que le recetan; el 33 % si obtuvo las medicinas y un 10 % no aplicaba.

**GRAFICO 13**

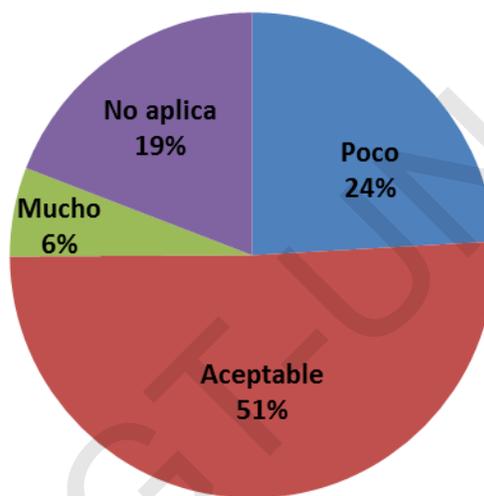
**Aplicación del instrumento en relación al tiempo de espera en farmacia para obtener sus medicamentos le pareció, en el Establecimiento de salud Alonzo Suazo. (n=303)**



En relación a si recibió información en farmacia sobre el medicamento recetado el 58 % contestó que no, un 29% contestó que sí, un 4% que más o menos se le explico y un 9 % no aplicaba.

**GRAFICO 14**

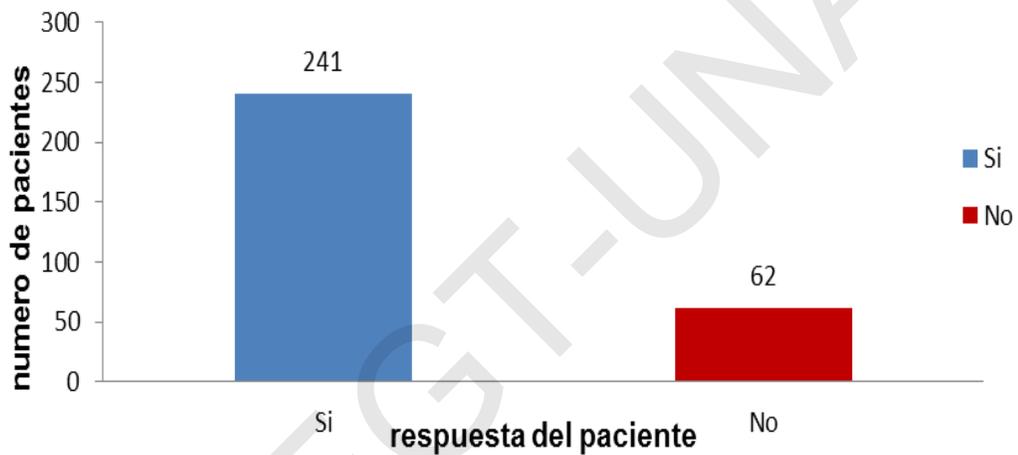
**Opinión de los pacientes consulta Ginecológica en relación al pago por la atención, en el Establecimiento de salud Alonzo Suazo. (n=303)**



En función del pago por la atención recibida un 51 % le pareció aceptable, el 24% considera que el pago es poco y un 6% considero que el pago es mucho por la atención.

**GRAFICO 15**

**Opinión de los pacientes de consulta Ginecológica encuestados sobre si considera que le resolvieron su problema/estado de salud, en el Establecimiento de salud Alonzo Suazo. (n=303)**



En relación a la consideración de que si le resolvieron su problema de salud el 79 % (241 pacientes) opino que si se le resolvió y un 21% (62 pacientes) contestaron que no se les resolvió su problema de Salud.

**Parte III trato al paciente en los diferentes momentos de su paso por el centro de salud.**

**Tabla 2.**

**Opinión del paciente de consulta Ginecológica acerca del trato recibido por el personal del establecimiento de Salud Alonzo Suazo junio 2014**

Tipo de personal	Opinión sobre trato recibido (%)				
	Muy bueno %	Bueno %	Regular %	Malo %	N/A %
Vigilante	19	50	15	3	13
Archivo	17	51	18	8	6
Enfermera	21	61	11	4	3
Medico	60	31	8	1	0
Farmacia	18	53	17	5	7
Laboratorio	14	31	16	4	35
Aseo	13	37	23	6	21
Caja	15	48	16	3	18

En cuanto al trato del personal de vigilancia el 50% contestó buen trato , 19% muy bueno , 15 % regular y 3% contestaron malo .

El relacion al trato recibido por el personal de estadística o archivo el 51 % lo considero bueno, el 18% regular , el 17% muy bueno y un 8% contesto malo.

En relacion a el trato por el personal de enfermeria 61% opino que fue bueno, el 21% muy bueno , 11 % respondido trato regular y un 4% mal trato.

En relacion al trato del medico al paciente el 60% contesto que si tubo muy buen trato , un 31% contesto bueno, un 8% contesto regular y un 1% contesto mal trato.

El 53 % refirio haber recibido un buen Trato en la farmacia, 18% lo consideraron muy bueno , 17% regular y un 5 % se quejo del mal trato .

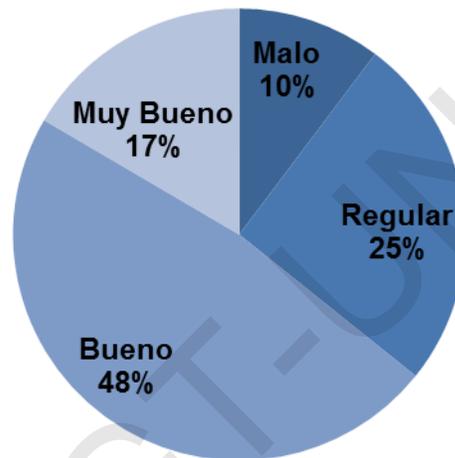
En relación al tarto del personal de laboratorio 31% opino que fue bueno, 16% consideraron regular ,14% muy bueno y 4% malo.

En relación al trato por el personal de aseo 37% lo considero bueno, otro 23% lo considero regular, un 13 % muy bueno y 65 considera que el trato es malo.

El trato recibido por el personal de recepcion de pagos fue calificado como bueno en un 48% , muy bueno 15% , regular el 16% y recibieron un mal trato un 3%.

**GRAFICO 16**

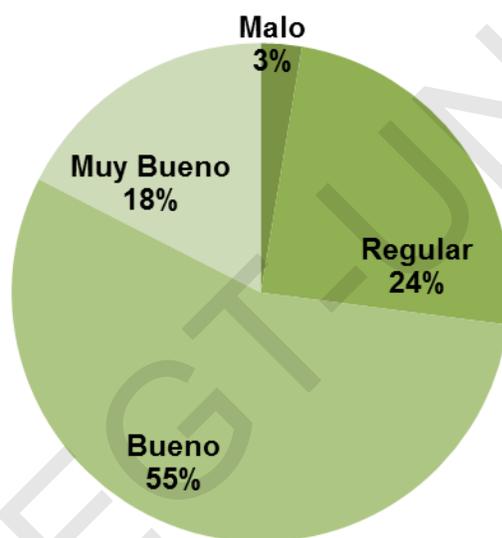
**Opinión de los pacientes de la consulta Ginecológica sobre la ventilación del establecimiento de salud Alonzo Suazo, junio 2014. (n=303)**



En relación a la ventilación del establecimiento de salud 48% consideraron bueno, un 25% regular ventilación, otro 17 % lo consideraron muy bueno y un 10% expresaron mala ventilación.

**GRAFICO 17**

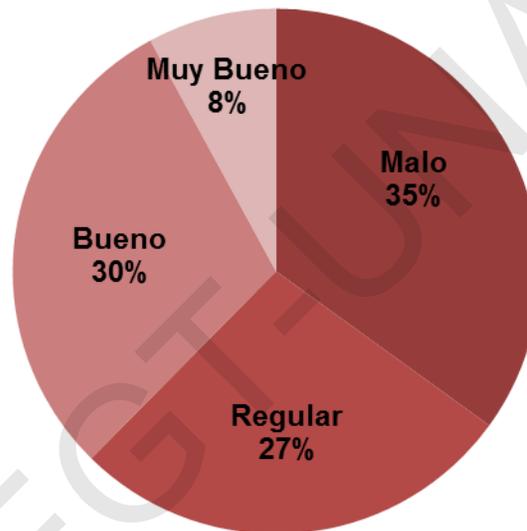
**Opinión de los pacientes de la consulta Ginecológica sobre la iluminación establecimiento de salud Alonzo Suazo, junio 2014. (n=303)**



En relación a la iluminación 55% considero buena iluminación, 24% regular, un 18% muy bueno y un 3% consideraron mala iluminación.

**GRAFICO 18**

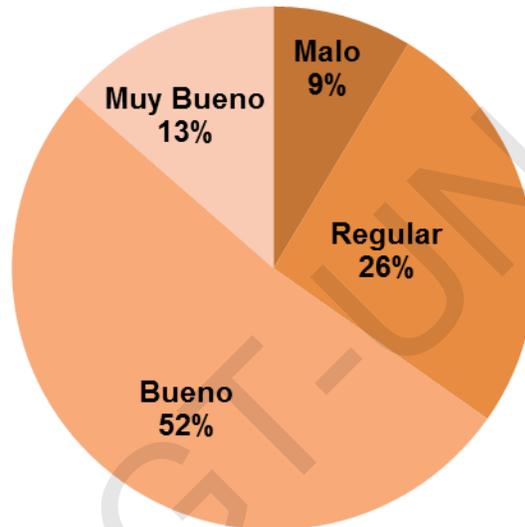
**Opinión de los pacientes de la consulta Ginecológica sobre la Limpieza de baños establecimiento de salud Alonzo Suazo, junio 2014. (n=303)**



En relación a la limpieza de los baños un 35 % lo considera malo, regular un 27 %, bueno un 30 % y muy bueno un 8%.

**GRAFICO 19**

**Opinión de los pacientes de la consulta Ginecológica sobre la Limpieza en general establecimiento de salud Alonzo Suazo, junio 2014. (n=303)**



En relación a la limpieza en general se consideró bueno en un 52%, muy bueno un 13% regular un 26 % y 9% consideraron mala limpieza.

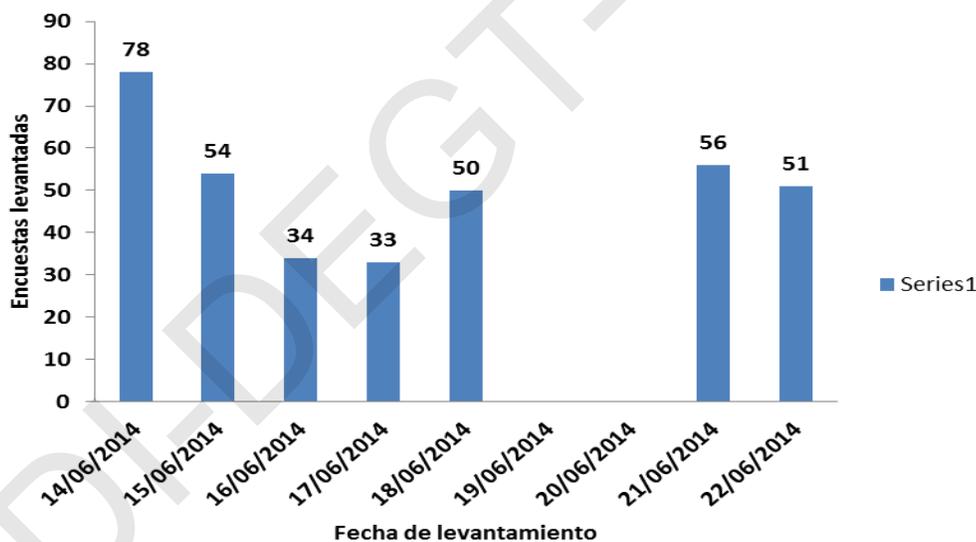
- **RESULTADOS Atenciones Consulta Externa Pediátricas**

**PARTE I Datos generales**

Se entrevistaron 356 pacientes de pediatría que acuden al centro de salud Alonzo Suazo en un horario de 6:00 -11:00 a.m.

**GRAFICO 20**

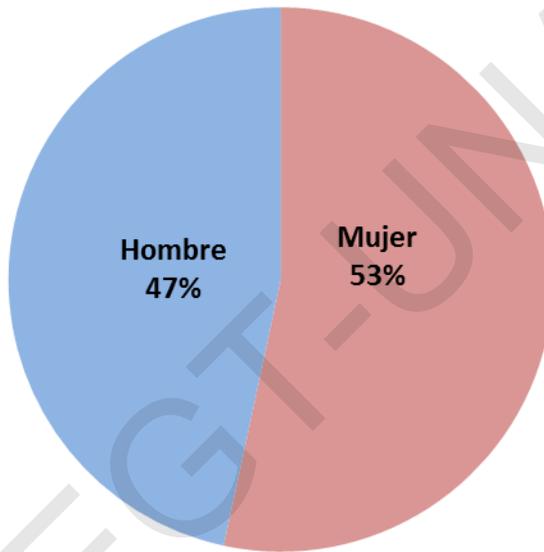
**Pacientes pediatría según fechas en que se entrevistaron , y que asistieron al Establecimiento de Salud Alonzo Suazo, junio 2014. (n=356)**



Esta tabla describe la periodicidad con que se levantaron las encuestas durante la semana del 14 al 18 y la semana del 21 al 25 respectivamente (356 pacientes de pediatría).

### GRAFICO 21

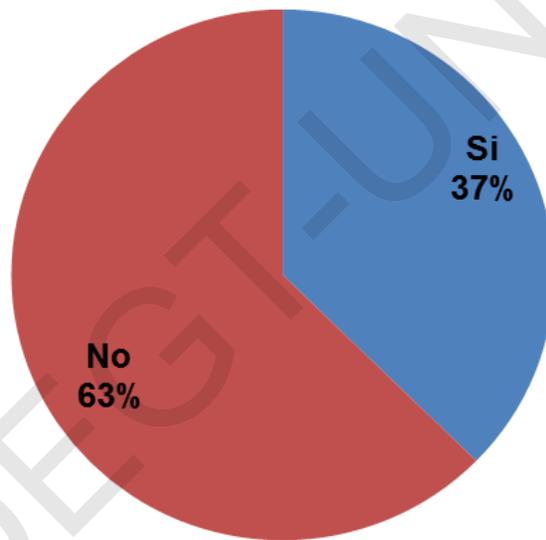
**Pacientes pediátricos Atendidos según sexo femenino y masculino en el Establecimiento de Salud Alonzo Suazo, junio 2014. (n=356).**



En relación al sexo de los pacientes pediátricos el 53 % correspondió al sexo femenino y un 47 % sexo masculino.

**PARTE II Atención que recibió el paciente****GRAFICO 22**

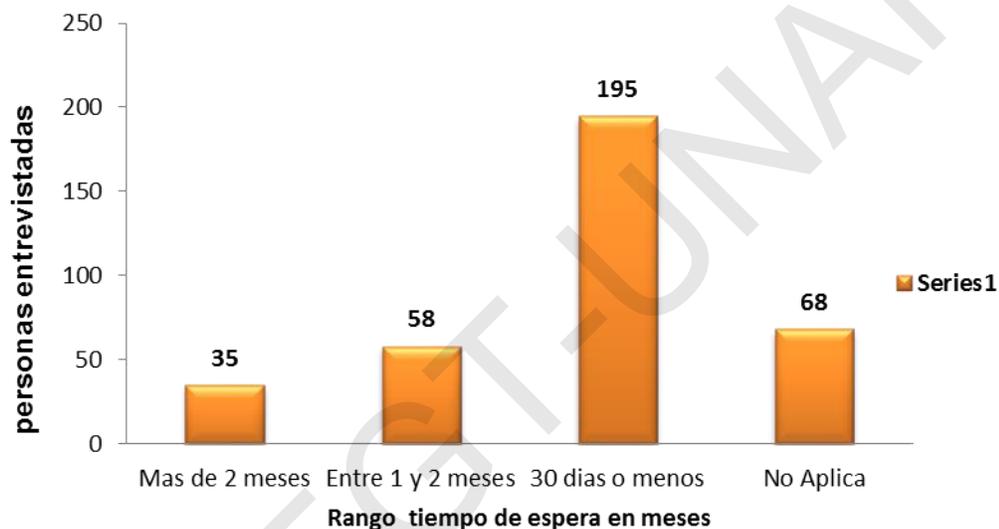
Porcentaje de pacientes pediátricos que acudieron establecimiento de salud Alonzo Suazo, junio 2014 por primera vez. (n= 356)



En relación a la pregunta si es la primera vez que acude al establecimiento de salud Alonzo Suazo, el 63 % respondió que no y un 37 % contestó que sí.

**GRAFICO 23**

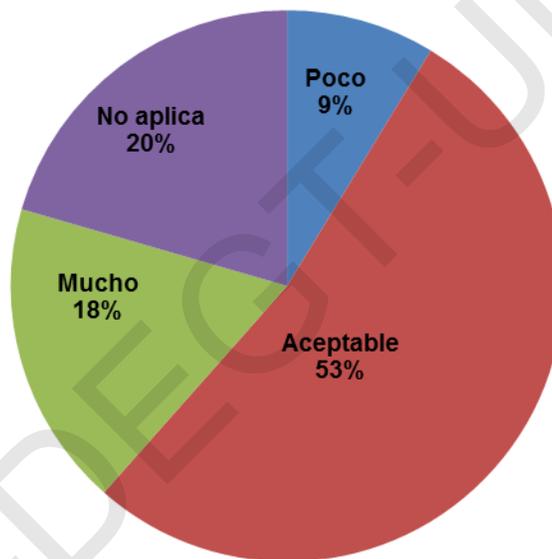
**Aplicación del instrumento en relación al tiempo de espera para su cita programada en consulta externa en el establecimiento de salud Alonzo Suazo, junio 2014. (n=356)**



En relación al tiempo de espera para la cita programada, el 54.78% (195 pacientes) alcanzaron obtener una cita en 30 días o menos, 10 % (35 pacientes) más de dos meses y 16 % (58 pacientes) entre 1 y 2 meses.

**GRAFICO 24**

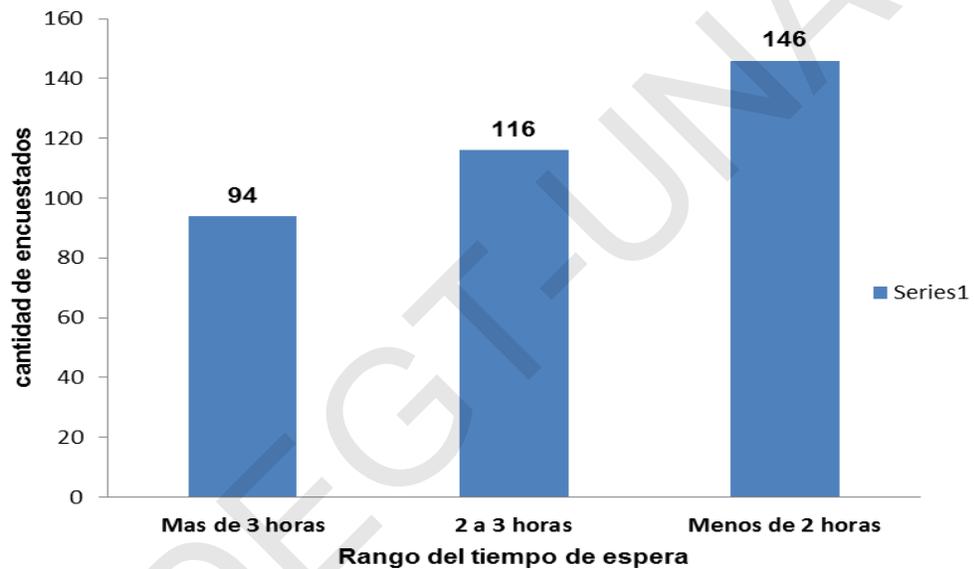
**Opinión de los pacientes Pediátricos sobre el tiempo que espero para la cita programada en la consulta externa pediátrica en el establecimiento de salud Alonzo Suazo, junio 2014. (n= 356)**



En relación como considera la población el tiempo de espera para su cita programada, el 9 % considero que espera poco tiempo, un 53% consideran aceptable su espera, y el 18 % esperó mucho para su cita programada.

**GRAFICO 25**

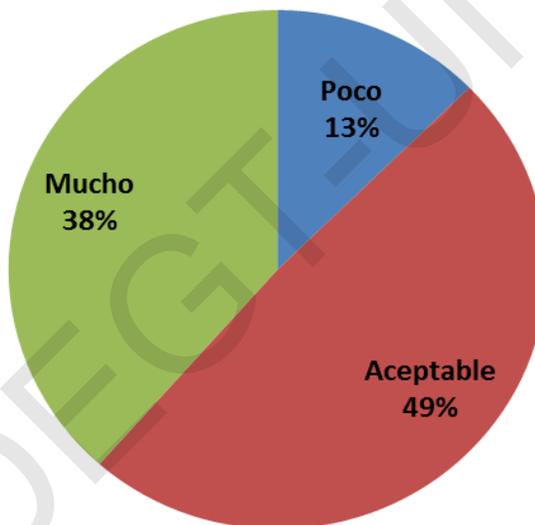
**Tiempo que espero el pacientes Pediátricos desde la llegada a la unidad hasta ser atendido en la consulta externa pediátrica en el establecimiento de salud Alonzo Suazo, junio 2014. (n= 356)**



En relación al tiempo que espero desde la llegada al establecimiento de salud hasta que fue atendido el 41 % (146 pacientes) espero menos de 2 horas, el 33% (116 pacientes) esperaron entre 2 y 3 horas y esperaron más de 3 horas el 26.4 %(94 pacientes).

**GRAFICO 26**

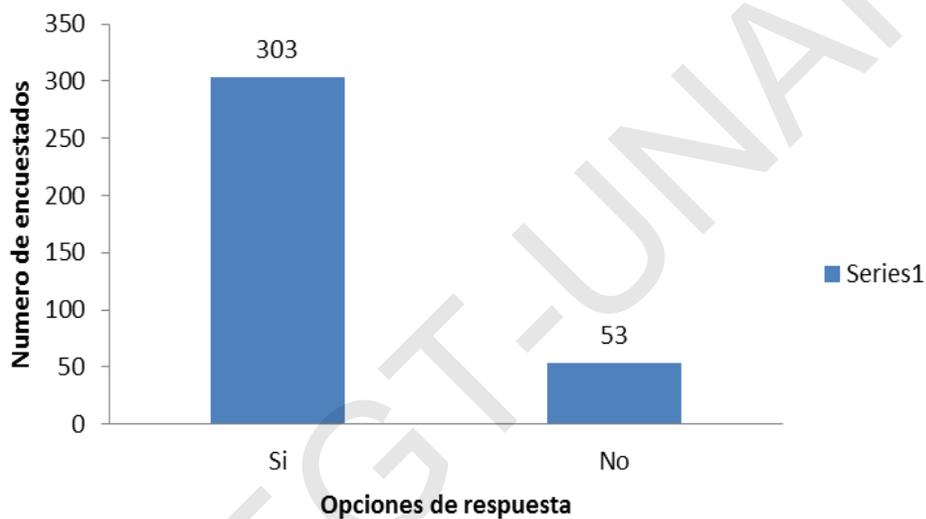
**Opinión del paciente Pediátrico sobre el tiempo de espera para ser atendido en la consulta de pediatría en el establecimiento de salud**  
**Alonzo Suazo, junio 2014. (n=356)**



En función del tiempo de espera un 49% lo considero aceptable, un 38 % lo considero mucho y un 13 % poco.

**GRAFICO 27**

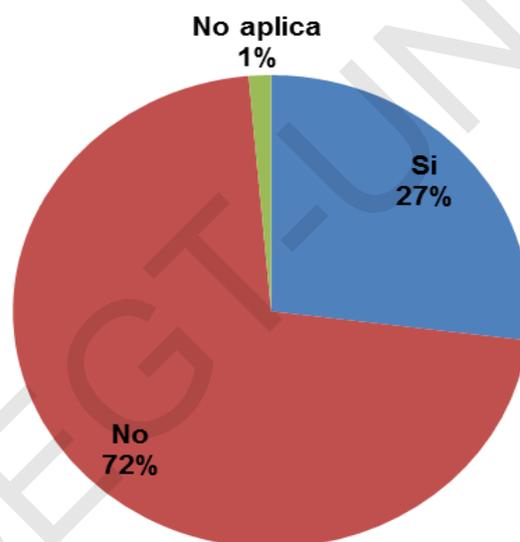
**Realización del examen físico por la persona que le brinda la consulta pediátrica en el establecimiento de salud Alonzo Suazo, junio 2014. (n=356)**



303 pacientes (85 %) contestó que si le examinaron y 53 pacientes (15 %) respondió que no se le examinó.

**GRAFICO 28**

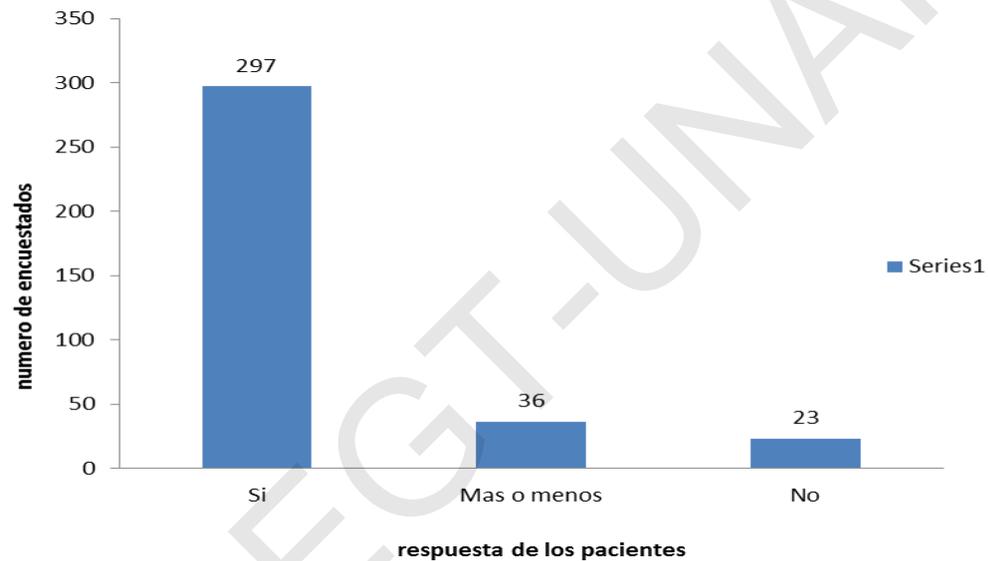
**Interrupción de la consulta mientras se le examinaba en el establecimiento de salud Alonzo Suazo, junio 2014. (n=356)**



En relación a la privacidad de cada paciente un 72 % contestó que no le interrumpieron, un 27 % contestó que si fueron interrumpidos o entro alguien mientras se le examinaba.

### GRAFICO 29

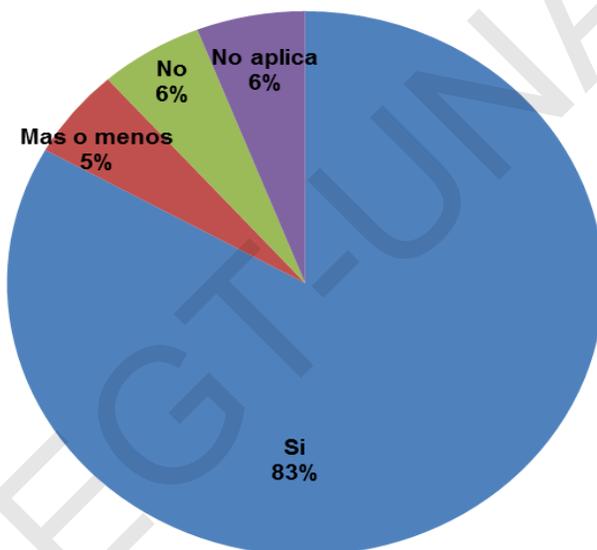
La persona que le brindó la consulta Pediátrica le explicó con palabras claras la enfermedad/estado de salud, en el establecimiento de salud Alonzo Suazo, junio 2014. (n=356)



En relación a si el médico le explico con palabras claras su enfermedad el 83.40% (297) contesto afirmativamente; un 10 % (36) respondió más o menos, y el 7% (23) no se le explicó sobre su estado de salud.

**GRAFICO 30**

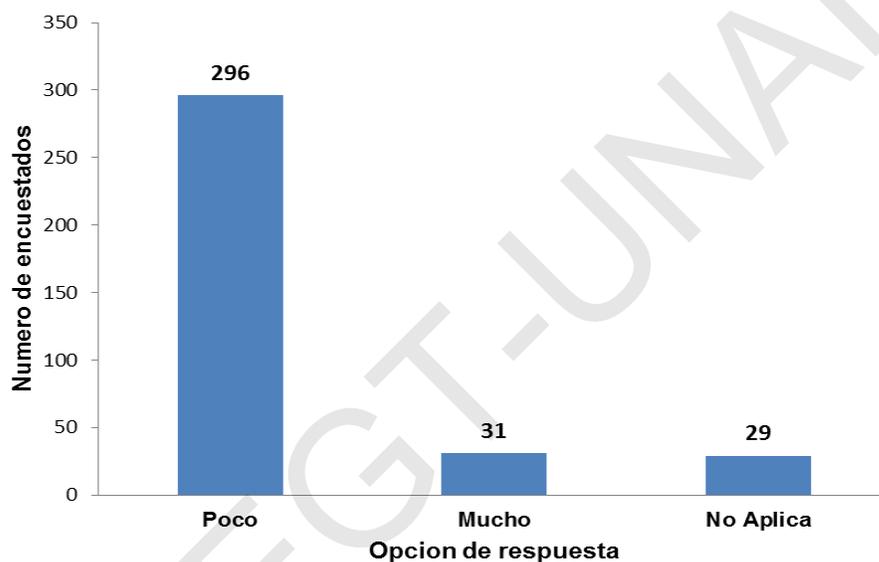
**La persona que brindó la consulta al pacientes Pediátricos le explicó con palabras claras el tratamiento a seguir, en el establecimiento de salud Alonzo Suazo, junio 2014. (n=356)**



En relación a la pregunta si el médico le explicó con palabras claves el tratamiento a seguir 83 % contestó que sí, 5% contestó más o menos y 6% contestó que no.

GRAFICO 31

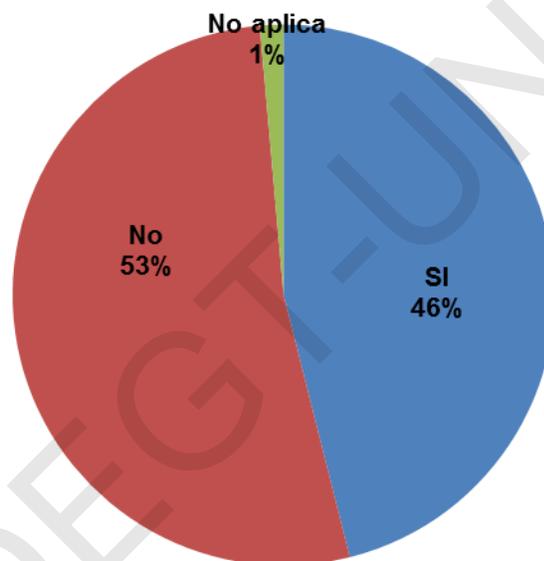
**Opinión de los pacientes Pediátricos en relación al tiempo de espera en farmacia para obtener los medicamentos en la consulta externa de pediatra del establecimiento de Salud Alonzo Suazo, junio 2014. (n=356)**



En relación al tiempo de espera en farmacia esperaron poco el 83 % (296 pacientes), mucho respondieron 9% (31 pacientes).

**GRAFICO 32**

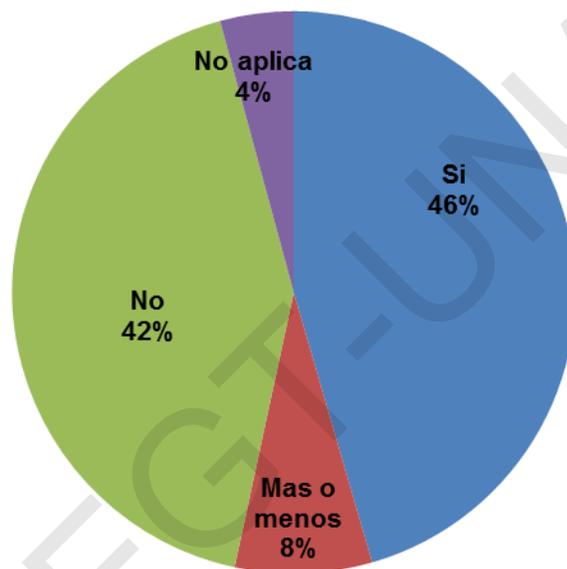
**Suministros de Medicamentos medicinas que le recetaron en Consulta Externa de Pediatría del establecimiento de Salud Alonzo Suazo, junio 2014. (n=356)**



El 53% no obtuvieron los medicamentos que se le recetan al paciente, un 46 % respondió que si obtuvieron los medicamentos.

**GRAFICO 33**

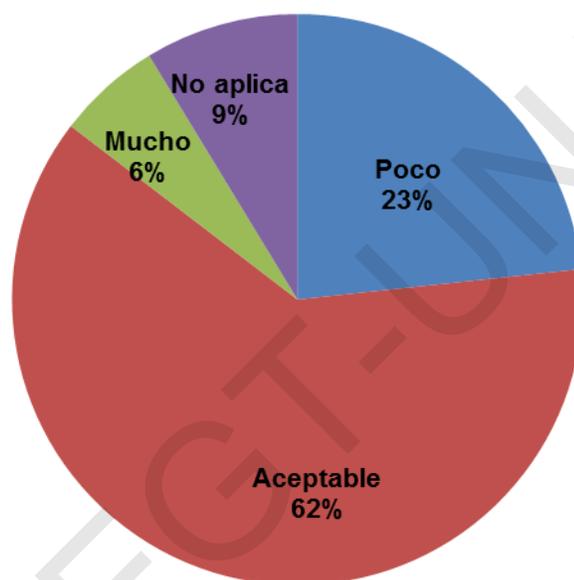
**Recibió el paciente información en farmacia sobre el medicamento recetado en la consulta externa de pediatría del establecimiento de Salud Alonzo Suazo, junio 2014. (n=356)**



En relación con la pregunta si recibió información sobre el medicamento recetado 46 % respondió que sí, un 42 % respondió que no recibió información y un 8 % más o menos.

**GRAFICO 34**

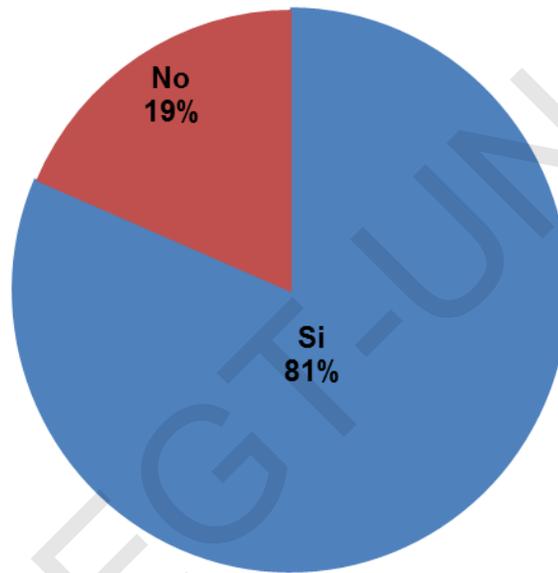
**Opinión de los pacientes Pediátricos en relación al pago por la atención en la consulta externa de pediatría en el establecimiento de salud Alonzo Suazo, junio 2014. n=356**



En relación por el pago por la atención recibida, 62 % le pareció aceptable, el 23 % considero que el pago es poco y un 6% considero que el pago es mucho.

**GRAFICO 35**

**Opinión de los pacientes si considera que le resolvieron su problema/estado de salud en la consulta externa de pediatría del establecimiento de salud Alonzo Suazo, junio 2014. (n=356)**



En relación si Considera Usted que le resolvieron su problema /estado de salud el 81 % (290 pacientes) opinaron que se le resolvió y el 19 % (66 pacientes) contestaron que no.

**Parte III trato al paciente Pediátrico en los diferentes momentos de su paso por el centro de salud.**

**Tabla 3**

**Opinión del paciente de consulta externa de pediatría acerca del trato recibido por el personal del establecimiento de Salud Alonzo Suazo junio 2014**

Tipo de personal	Opinión sobre trato recibido (%)				
	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	N/A
	%	%	%	%	%
Vigilante	29	42	10	2	17
Archivo	25	48	13	8	6
Enfermera	35	51	7	4	3
Medico	65	30	4	1	0
Farmacia	29	49	10	5	7
Laboratorio	19	25	8	3	45
Aseo	21	36	15	6	22
Caja	26	52	9	2	11

En cuanto al trato de vigilancia hacia el paciente se obtubieron buen trato 42% , muy buen trato 29 % , trato regular un 10% y 2% recibieron mal trato.

En relacion al trato en estadistica 48% lo consideran bueno, un 25% lo considera muy bueno, otro grupo lo considera regular el 13% y lo considera malo el 8%.

En relacion a el trato hacia el paciente el personal de enfermeria 51% bueno, otro 35% muy bueno , 7 % regular y un 4% mal trato por parte del personal de enfermeria.

En relacion a el trato del medico hacia el paciente supera los resultados al 65% recibieron muy buen trato, 30% constestaronq ue recibieron buen trato un 4% el trato fue regular y solo un 1% se quejaron del mal trato.

El relacion al trato en farmacia un 49% contesto recibir buen trato, otro 29% consideraron muy bueno un 10% regular y un 5% respondio al mal trato que recibieron.

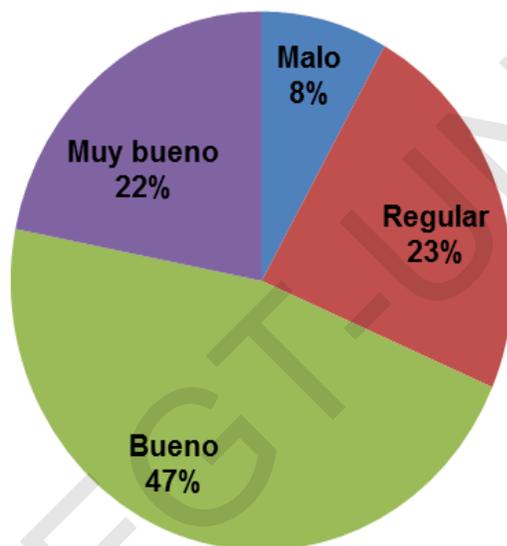
En relacion al trato recibido en laboratorio un 19% contesto muy bueno, otro 255 lo consideraon bueno , regular 8% y malo un 3%, no aplica fue de un 45%.

En relacion al trato por parte del personal de aseo 36% lo consideraron bueno, 21% muy bueno , otro 15% regular , 22% no aplica y deun 6% consideraron mal trato por parte del personal de aseo.

El trato en la caja hacia el paciente este lo califica en sus respuestas de bueno 52%, muy bueno arriba del 26 % , regular trato recibieron un 9% y solo un 2% recibio mal trato por parte del personal de caja.

**GRAFICO 36**

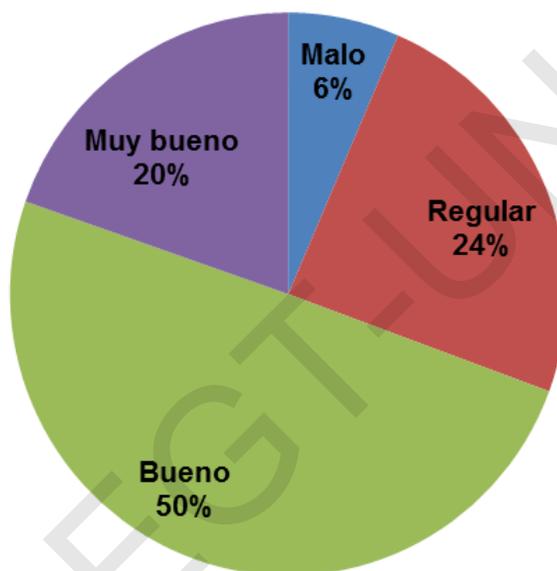
**Opinión de los pacientes Pediátricos sobre la Ventilación de la Consulta Externa del establecimiento de salud Alonzo Suazo, junio 2014. (n=356)**



En relación a las condiciones de la ventilación del establecimiento el 47% la considero buena ventilación, 23% regular y otro 22% muy bueno y solo un 8% lo considero mala ventilación.

**GRAFICO 37**

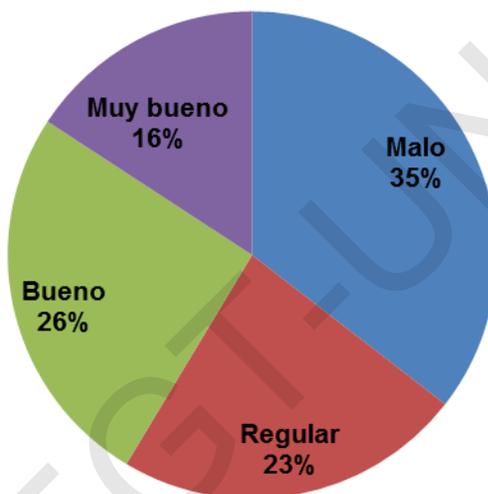
**Opinión del paciente Pediátrico sobre la Iluminación del establecimiento de salud Alonzo Suazo, junio 2014.**



En relación a la iluminación del establecimiento de salud un 50% lo consideraron bueno, un 24% regular, muy bueno un 20% y mala iluminación el 6%.

**GRAFICO 38**

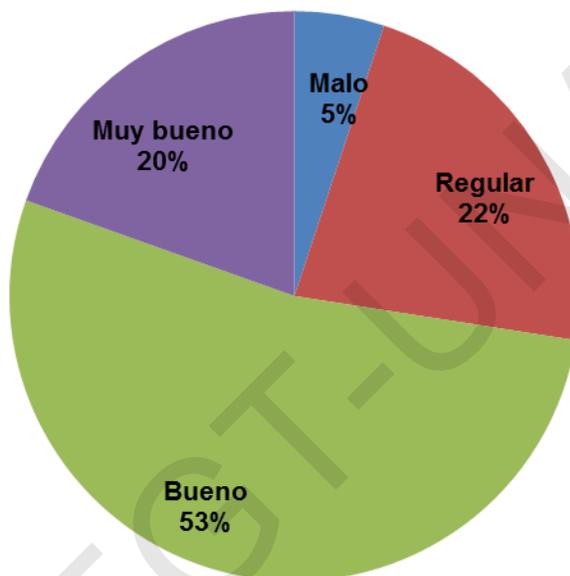
**Opinión de los pacientes Pediátricos sobre la Limpieza de baños del establecimiento de salud Alonzo Suazo, junio 2014.**



En relación a la limpieza de los baños un 35 % lo considero malo, regular un 23% , bueno un 26% y muy bueno solo un 16%.

**GRAFICO 39**

**Opinión de los pacientes Pediátricos sobre la Limpieza en general del establecimiento de salud Alonzo Suazo, junio 214.**



En relación a las condiciones de limpieza en general un 53% lo considero bueno, regular un 22%, muy bueno el 29% y malo un 5%

## 6. ANALISIS DE RESULTADOS

Los pacientes que asisten a consulta de Ginecología y Pediatría al Establecimiento de Salud Alonso Suazo, pasan por un proceso, durante su estadía en el establecimiento de salud, en el cual tiene contactos con diferentes departamentos y personal de salud lo que conlleva una relación directa interpersonal con cada uno de ellos, lo que permite que los usuarios se formen una idea y percepción del servicio y las atenciones recibidas en cada momento.

### 1. Análisis pacientes Ginecología y pediatría.

El 30%(92) de los pacientes entrevistados de ginecología respondió que si era la primera vez que asistían al establecimiento de salud de la región Metropolitana (RM), el 70 % (211) respondió que no , de los pacientes pediátricos el 63 % respondió que no era la primera vez lo que indica que dicho establecimiento tiene una amplia demanda, sin embargo sería beneficiosa conocer las causas del porque el 30 % de pacientes ginecología y el 37 % pacientes pediatría es la primera vez que acude a ese establecimiento sobre todo investigar si estos pacientes pertenecen a otra área de influencia, ya que esto estaría influyendo en una mejor atención a los pacientes que realmente tiene que atender el establecimiento de salud Alonso Suazo.

En relación al tiempo de espera para la subsiguiente cita programada, si bien es cierto que un 20 % (60) alcanzan obtener una cita en más de dos meses; sin embargo los porcentajes de las pacientes que obtienen una cita entre 1 y 2 meses es el 35% (105) y un mes 37 % (113), el % es considerado apropiado llegando al 72 % (218) esto sería equivalente a tener 5 controles en caso de las mujeres embarazadas lo cual está conforme a norma , según las normas Nacionales Maternas para la Atención Materno-neonatal de Honduras, norma 11 del capítulo IV. Atención Prenatal recomienda brindar 5 atenciones prenatales a toda embarazada que no tienen factores de riesgo, posteriormente de esto le dará seguimiento semanal a la mujer después de las 37 o 38 semanas hasta el nacimiento del bebe; de acuerdo a los resultados del estudio la mayoría (72%) se encuentra en el rango establecido por la norma. (Secretaria de Salud, 2010)

El 20 % obtuvo cita más de 2 meses casos que son específicos de controles en general, a mujeres que no están embarazados y solos asistieron al establecimiento por consultas ginecológicas de rutinas de control y chequeo.

En el sector pediátrico el tiempo de espera para la subsiguiente cita programada, los resultados obtenidos fueron que, un poco más de la mitad el 55 % alcanzaron obtener una cita en 30 días o menos; si sumamos los porcentajes de los pacientes que obtienen una cita entre 1 y 2 meses él % es elevado llegando al 23 %, aunque no existe un indicador que evalué esta

actividad el cual indique que tiempo es el correcto para obtener una subsiguiente cita sobre todo en estos pacientes pediátricos.

Como considera la población embarazada y pediátrica el tiempo de espera para su cita programada, el 14 % considera que espera poco tiempo similar al 9% de la población pediátrica, aceptable 46% (139) contra un 53 % de la población pediátrica y que esperaron mucho 34%(104) contra un 18% de niños /as que esperaron mucho para su cita programada. Entiéndase por mucho las personas que esperaron entre 3 o más meses para conseguir su cita programada.

A las pacientes que no están en estado de embarazo generalmente sus citas son más espaciadas.

La población embarazada y la pediátrica con respecto al tiempo que esperó desde la llegada a la unidad de salud hasta que fue atendida en la consulta por el médico, el 40 % (120) fue atendido a su llegada al establecimiento de salud en menos de 2 horas contra un 41% de la población pediátrica, las que fueron atendidas entre 2 y 3 horas es el 37%(112) en pediatría un 33% y las que tardaron más de 3 horas es el 23%(70) contra pediatría que correspondió al 27% ; si sumamos las que tardan entre 2 y más de 3 horas el porcentaje llega al 60 %, representando esto, pérdida de tiempo, y una intensa fatiga para los pacientes. También se considera que muchas de estas personas llegan

entre las 4: 00 a 5:30 am para conseguir los primeros cupos y salir más temprano por razones de sus trabajos y otras actividades.

En función del tiempo de espera donde las respuestas son poco, aceptable o mucho, en primera instancia que el departamento de Garantía de Calidad debe retomar esta encuesta ya que dichos términos son muy sugestivos lo que para una persona puede ser poco para otros puede ser mucho, en este sentido los resultados obtenidos de igual forma son sumamente sugestivos, aunque dichos resultados nos evidencian que de 303 pacientes encuestadas así como 356 pacientes pediátricos solo 13% (40) contestaron que habían esperado poco tiempo; sin embargo el 87 % contestó entre aceptable y mucho tiempo de espera para ser atendidos por el médico.

Se debe aclarar que las citas dependen en muchas veces de la carga de pacientes que tenga el médico.

En la pregunta si fue examinado por la persona que le brindo la consulta, tanto para población de ginecología y pediatría nos encontramos con porcentajes significativos del 23 % para ginecología y el 15% pediatría cuya respuesta contestó que no se le examinó , según la norma todo paciente debe ser examinado independientemente de quien le de la consulta (especialista o médico general), en este sentido debería ser el 100% de pacientes examinados según las normas Nacionales Maternas para la Atención Materno-

neonatal de Honduras, específicamente las norma 13, 14, 15 16 Y 17 del capítulo IV. Atención Prenatal. (Secretaria de Salud, 2010)

Con el respeto y la privacidad si entro alguien o interrumpió mientras se le atendía, la cual tiene derecho todo paciente, se puede observar que todavía existe un porcentaje del 23 % en embarazadas y un 27% en pacientes pediátricos que no se le respeta su derecho a ser atendido con toda la privacidad posible , situación que debe ser corregida según las normas Nacionales Maternas para la Atención Materno-neonatal de Honduras, específicamente las norma 4, Capitulo II disposiciones debe proteger y respetar el pudor del paciente sobre todo en el examen físico y ginecológico en caso de la población ginecológica. (Secretaria de Salud, 2010)

El 79.50% de los pacientes entrevistados se le explico sobre su enfermedad; sin embargo un 20 % que no recibió ninguna explicación sobre su estado de salud y los cuidados que el paciente tiene que tener en su casa de acuerdo a su enfermedad.

La persona que le brindó la consulta le explicó con palabras claras el tratamiento que debe seguir, está pregunta es íntimamente relacionada con la anterior de manera que al 79 % les explicaron cómo, que dosis y cuando debe tomar su tratamiento pero al igual que al anterior existe un 17 % que debe

reforzarse esta indicación aunque en la receta este escrito, es obligación del personal de farmacia explicar y reforzar.

En pediatría por tratarse de niños se tiene aparentemente más cuidado de explicarle a la madre o al adulto que los acompaña sobre la enfermedad y el tratamiento que se debe seguir, de manera que el 83.40% de los pacientes que acudieron a consulta se les explico a los adultos que los acompaño sobre su enfermedad; todavía existe un 10 % que aún no reciben dicha información.

Los pacientes que asisten a consulta con los especialistas con respecto si cuando se le brindo la consulta le explico con palabras claves el tratamiento que debe de seguir el 83 % se les brindo las indicaciones y medidas según su tratamiento, y existe un 11 % que requiere reforzar este aspecto lo más claramente posible.

Es altamente preocupante que en ambas situaciones ginecología y pediatría y en ambas preguntas algo tan importante como es el estado de salud y el tratamiento a seguir sigue siendo un valladar para el buen funcionamiento de los servicios de salud, sobre todo en el ámbito pediátrico y que además el código de salud artículo 10. Obliga al profesional de la salud a garantizarles ese derecho de ser informado. (Secretaria de Salud,CODIGO DE SALUD, 1992)

El tiempo de espera para la dispensación de los medicamentos en la farmacia del establecimiento de salud ha sido definido como la cantidad de tiempo desde que el usuario ingresa hasta que recibe su medicamento; la satisfacción del usuario en relación al tiempo de espera en la farmacia es un componente integral de la calidad de atención en todo servicio de salud, promoviendo un alto nivel de satisfacción lo que conlleva al usuario a la conformidad y a su vez sigue con los proveedores de salud lo cual ayuda grandemente a la mejora continua de la calidad de la atención. (Gutierrez , y otros, 2009)

En el estudio realizado en el establecimiento de salud Alonso Suazo en relación al tiempo de espera tanto para las embarazadas como pacientes pediátricos se dio como resultado que un 81% población de ginecología y un 83 % pediátrico espero poco lo que es producto del desabastecimiento de medicamentos, razón por la cual no esperaron para hacer fila.

En otros países han realizado estudios similares al nuestro para determinar cuál sería el tiempo de espera aceptable por un paciente en el servicio de farmacia de esta manera Howat y colaboradores encontraron un promedio de 16,1 + o - 7,9 min, otros estudios demuestran que este tiempo no debería excederá a los 30 minutos. (Howat, Hammond, Shaw, Evans, Frame, & Daves, 1991)

La falta de medicamento recetados a las pacientes de ginecología por los médicos un 67% no obtiene los medicamentos que se le recetan al paciente, esta es una de las grandes insatisfacciones de los usuarios, se considera que esto debe ser mejor planificado desde un punto de vista epidemiológico, cuyas programaciones de los mismos deben ser bien sustentadas según la demanda y el perfil epidemiológico de la clínica lo cual conlleva a un mayor gasto de bolsillo de los usuarios de los servicios.

En comparación Sobre la obtención de los medicamentos el 53% no obtiene los medicamentos que se le recetan al paciente pediátrico, lo que es producto del desabastecimiento de medicamentos razón por la cual el tiempo de espera en la farmacia es poco y no se hacen grandes filas.

En los ámbitos estudiados es ampliamente conocida por todos la falta de medicamentos a nivel de todos los establecimientos de salud. Pero a pesar de esto un 46 % si logro su medicamento, todo esto evidencia el desabastecimiento de no solo a este nivel sino que a nivel nacional, esto provoca una de las grandes insatisfacciones de los usuarios.

La dificultad de los medicamentos es una problemática que podría mejorarse a través de una estricta planificación y programación sustentando este punto con un buen sistema de vigilancia epidemiológico, tomando como base la

demanda y el perfil epidemiológico de la clínica, lo que disminuiría la inversión de bolsillo de los usuarios que asisten a los servicios.

Estudios realizados en centros de salud demuestran que ante un menor tiempo de espera aumenta la percepción de satisfacción por parte de los pacientes esto también aplica a los usuarios que acuden a los servicios de farmacia. Por el contrario un excesivo tiempo de espera y otros problemas como la falta de prescripción de su medicamento disminuyen esta percepción de satisfacción y en muchas ocasiones ellos prefieren acudir a otras farmacias privadas. (Gutierrez , y otros, 2009)

**Recibió información en farmacia sobre el medicamento recetado** Esta pregunta está íntimamente relacionada con las 2 preguntas anteriores el tiempo de espera en farmacia y la obtención de los medicamentos; es comprensible a pesar que el tiempo de espera del paciente en la farmacia es poco esto es producto del mismo desabastecimiento en que se encuentra el centro de salud Alonzo Suazo por lo tanto un 58 % de las pacientes de ginecología versus 42 % de los pacientes pediátrico no recibió información porque no hay medicamento.

En función del pago por la atención recibida tanto en ginecología como en pediatría entre el 50 % y 62 % le pareció aceptable, el 24 % y 23.30 % considero que el pago es poco y un 6% respectivamente considera que el pago es mucho.

Aunque al 79 % pacientes ginecología y 81 % pacientes pediatría expreso que se le resolvió su problemas de salud, existe una pequeña cantidad de personas que está desconforme con los servicios al no resolver su problema, ya que todo persona que asiste a un establecimiento de salud independientemente que este sea público o privado su expectativa es que le resuelvan su problema.

Es importante destacar que a pesar que en su mayoría no recibieron medicamento, ellos explicaban que con el simple hecho de saber qué problema de salud tenían y que se les haya recetado medicamento a expensas de tenerlo que comprar, se les resolvió su problema.

Según LEY GENERAL DE MEDICAMENTOS CAPITULO 1 en las DISPOSICIONES GENERALES, ARTICULO 3.- Objetivos de la ley. Inciso a) el Estado está obligado a Aplicar medidas para garantizar la disponibilidad y facilitar el acceso de los medicamentos básicos a toda la población con prioridad aquellos requeridos en la atención a los sectores de más riesgo sanitario y vulnerabilidad socio-económica de la población.

En cuanto al trato del personal de vigilancia hacia el paciente ginecología y pediatría se observó cierta empatía, ya que solo un 3% y 2% respectivamente contestó haber recibido maltrato, sería importante investigar más a fondo a fin de que se considere que es fácilmente mejorable esta situación.

El trato en estadística hacia los pacientes de pediatría y ginecología aparentemente no representa un problema solo el 8% contestó haber recibido maltrato, el resto lo considera aceptable.

En cuanto al trato hacia el paciente, el personal de enfermería supera el buen trato (la respuesta de bueno y muy bueno suman el 82% para ginecología y el 86% para pediatría) y solo el 4% se consideró maltrato y 10% regular.

El trato del médico hacia el paciente superó al 90% pacientes ginecología y 86% pacientes pediatría, una mínima cantidad se quejó que no recibió un trato adecuado (1%), sin embargo aunque es pequeño, en calidad se mide el 100% del personal atendido debe recibir buen trato.

El buen trato recibido en la farmacia superó el 70% pacientes ginecología para un 78% pacientes de pediatría solo el 5% se quejó de maltrato.

El trato recibido en el laboratorio se observó un poco más de diversidad en los resultados, sin embargo las respuestas de bueno y muy bueno acumulan el 45% ginecología y 44 % pacientes pediatría.

El personal de aseo en las respuestas de bueno y muy bueno acumuló el 50% pacientes de ginecología y 57 % pacientes pediatría, y un 6% recibió un mal trato, lo que da lugar a que el personal del establecimiento pueda realizar mejoras a fin de lograr el indicador deseado en relación al personal de aseo y su relación con los pacientes.

El trato en la recepción de fondos fue calificado de bueno y muy bueno arriba del 63% pacientes de ginecología y 78% pacientes de pediatría, mal trato un 3% pacientes ginecología y 2 % respectivamente lo que a pesar que tiene que ver con presupuesto el paciente lo considera como un buen servicio.

Todas las respuestas que tienen que ver con el trato se observó resultados muy buenos, aun aquellos que tienen que ver con pago, el usuario lo considera un buen servicio; por lo que se deduce que existe cierto grado de ecuanimidad, empatía con el paciente, sin embargo en todos los aspectos estudiados en relación al trato existe una pequeña cantidad que se queja sería importante investigar más a fondo a fin de determinar las verdaderas causas que están incidiendo para que exista este pequeño porcentaje que no está de acuerdo dado que esta situación es fácilmente mejorable.

Por otro lado humanamente no es explicable sobretodo porque en este debe de existir una verdadera interacción, una percepción altamente positiva donde debe de haber crecimiento humano de ambas partes. (Mandujano, 2007)

En cuanto a las condiciones del establecimiento de salud, la ventilación del mismo no representa grandes problemas a los pacientes ya que entre las respuestas de bueno y muy bueno llegaron a un 73%, se mostraron descontentos un 10 %, dato que puede conducir a plantearse una mejora a fin de garantizarle las mejores condiciones y bienestar posible al paciente.

La Iluminación del establecimiento fue calificado de bueno y muy bueno, representando el 73 %, y un 3 % opino que no había buena iluminación.

En relacion a la limpieza de los baños existe una pequeña variacion , los porcentajes mas altos los tienen las respuestas regular y bueno que juntas hacen un 57%, es digno de mencionar que el % de malo por si solo no es nada despreciable, con un 35% por lo tanto se deben buscar hacer acciones para limpieza en los mismos.

Sobre la Limpieza en general del establecimiento con respecto a la opinión de bueno y muy bueno suman 65 %, sin embargo igual las respuestas para la condición de regular fue de 26 %, con este dato se puede generar un plan de mejora encaminado a fortalecer la parte institucional.

En cuanto a las condiciones del establecimiento de salud, a) la ventilación, b) Iluminación, c) limpieza de los baños, d) Limpieza en general los resultados obtenidos para el área de ginecología tomando en cuenta los parámetros de muy bueno y bueno los resultados fueron los siguientes a) 73%, b) 73 %, c) 38% y d) 65% respectivamente.

Para el área de Pediatría en los mismos ámbitos con los mismos parámetros los resultados obtenidos fueron los siguientes; a) 69%, b) 70%, c) 42% y d) 82% respectivamente.

Se destaca que en el ámbito de la limpieza de los baños existe un problema en ambos servicios, aunado a esto existe un 35% de los pacientes encuestados que lo considero malo, por lo que se requiere buscar acciones o estrategias que puedan garantizar la limpieza de los baños ya que esto es un factor importante para generar una mayor satisfacción de los usuarios de los diferentes servicios de salud.

## 7. CONCLUSIONES

1. Los Usuarios del centro de salud Alonso Suazo no alcanzaron el 100% con respecto a la satisfacción.
2. Referente a la infraestructura del establecimiento, no se alcanzó la satisfacción esperada, aseo de los baños, calidad general de las instalaciones, ventilación e iluminación en la clínica y los pasillos.
3. El trato recibido por el personal de salud, la mayor insatisfacción lo genera personal de archivo y la mejor satisfacción es del personal de atención clínica; médicos y enfermeras.
4. A los pacientes durante la consulta, no se les da información sobre su estado de salud y las instrucciones o forma de tomar los medicamentos.
5. La mayor insatisfacción de las pacientes es por la compra de medicamentos fuera del establecimiento de salud y la poca obtención de los medicamentos recetados por el médico en la farmacia del establecimiento.

6. Las encuestas rutinarias realizadas por la Sesal no llevan a la formulación y desarrollo de un plan de mejora.
7. La encuesta se le debe realizar cambios en el instrumento sobre todo aquellas preguntas donde influye mucho la subjetividad del investigado.
8. La interrupción al médico durante la consulta va en deterioro de la calidad de la atención, puesto que se pierde el sentido de la consulta, seguimiento de la plática y evaluación del paciente.
9. El desabastecimiento de medicamentos genera una insatisfacción en todo usuario que llega a consulta.
10. Los pacientes de ginecología y pediatría están satisfechos con respecto al aspecto limpieza en general (pisos, paredes, clínicas de atención) de toda la institución pero una parte de los pacientes se encuentran insatisfechos con la limpieza de los baños.
11. Las sugerencias de los pacientes fueron: incrementar la cantidad de médicos especialistas y generales, que se les respete a la hora de la consulta.

## 8. RECOMENDACIONES

1. EL jefe del establecimiento de salud Alonzo Suazo debe reactivar el comité de mejora de la Calidad conformado por todos los jefes de cada uno de los departamentos, y este a su vez debe ser apoyado por la unidad de gestión de la calidad proveyéndoles de las herramientas necesarias para poder actuar e incidir en la gestión del establecimiento de salud.
2. El jefe del establecimiento de salud Alonzo Suazo debe conformar equipos de mejora que en cada uno de los departamentos del centro de Salud y estos a la vez coordinar acciones de mejora con el comité de mejora de la calidad.
3. El jefe del establecimiento de salud Alonzo Suazo en conjunto con administrador debe realizar las gestiones necesarias para el mantenimiento general de la infraestructura, iluminación y ventilación de los consultorios médicos y supervisar que el personal de aseo mantenga limpios los servicios sanitarios y el resto del centro salud.
4. El jefe del establecimiento de salud Alonzo Suazo debe delegar al equipo de mejora continua de la calidad realizar el estudio de satisfacción mediante la encuesta de salida cada semestre, considerando que esta

misma se ha estado realizando cada año sin generar un plan de trabajo concreto.

5. El jefe del establecimiento de salud Alonzo Suazo y su equipo de mejora continua de la calidad se le sugiere completar el estudio mediante otras técnicas de satisfacción como ser: pacientes ocultos, entrevista dirigida, grupos focales para garantizar que se está cumpliendo con las expectativas del paciente y cumpliendo con el grado de satisfacción de cada uno de ellos respectivamente.
6. El personal de admisión junto con el jefe del establecimiento de salud, deben establecer mecanismos que faciliten la obtención de las citas con el médico, disminución del tiempo de espera a las usuarias embarazadas y los niños, esto consigue ser a través de citas previas por teléfono fijo o celulares.
7. Capacitación al personal clínico asistencial y administrativo en una atención con calidad y calidez según la norma existente en la unidad de gestión de la calidad del nivel central.

8. Capacitación al personal clínico en los aspectos de la privacidad que debe tener cada paciente y el derecho a no ser interrumpido según la norma de atención materna infantil.
9. El jefe del establecimiento de salud en conjunto con almacén, administración y farmacia deben hacer una planificación con anticipación trimestral para evitar el desabastecimiento en el establecimiento de salud.
10. En función del tiempo de espera donde las respuestas son poco, aceptable o mucho, en primera instancia que el departamento de Garantía de Calidad debe retomar esta encuesta ya que dichos términos son muy sugestivos lo que para una persona puede ser poco para otros puede ser mucho.
11. En el instrumento la pregunta de farmacia con respecto al tiempo de espera mucho o poco se sugiere a la unidad de gestión de calidad que mejor en lo describa en rangos de tiempo para poder describir realmente cuando es mucho poco o no aplica , ejemplo entre 1-20 min , 20 -30 min, 30 min -1 hora

12. Se recomienda a la unidad de garantía de calidad de calidad para hacer más corta la encuesta en las preguntas 3 y 5 de cómo le pareció el tiempo de su cita programada y lo que espero al llegar al centro de salud se eliminen debido a que en las preguntas 2 y 4 hace la misma pregunta con rangos de tiempo, la cual se puede usar para definir en el instructivo dentro de cual rango es; mucho, aceptable y poco sin necesidad de preguntarlo de nuevo.
13. Usar el plan de la página 141-147 Formato Estándar para la Documentación de las intervenciones de Calidad como base para poder plantear de una manera sistematizada todas las intervenciones posibles según los hallazgos encontrados en el levantamiento de la encuesta para reducir brecha y garantizar el derecho del paciente a una atención con calidad.

## 9. BIBLIOGRAFIA

1. Franco, L. M., Newman, J., Murphy, G., & Mariani, E. (1997). *La resolución de problemas y el mejoramiento de procesos como medios para lograr la calidad*. Wisconsin: USAID.
2. Gnecco, T. G. (1995). *"Hacia la elaboración de un programa de evaluación y mejoramiento de la Calidad"*. Santiago de Chile: Secretaria de Salud.
3. Secretaria de Salud. (2012). *Bases Conceptuales y operativas, Sistema Nacional de Calidad*. Tegucigalpa, M.D.C: USAID.
4. Juran, J. M. (1981). *Planificación y Análisis de la Calidad*. New York: Mc Graw Hill.
5. PASSOS, N R; OPS/OMS. (1997). *Perspectiva de la Gestión de Calidad* (Vol. No 4). Washington: Serie Paltex.
6. Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford: Oxford University Press.
7. Pizzo, M. (junio de 2013). *www.ComoservirconExcelencia.com*. Obtenido de <http://comoservirconexcelencia.com/blog/consideraciones-particulares-para-la-calidad-en-servicios-de-salud/>.html
8. Ross, J. E. (1999). *Total Quality Management Text, cases and readings* (eight Edition ed.). Londres: Crc Press.
9. Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford: Oxford University Press.
10. Juran, J. M. (1981). *Planificación y Análisis de la Calidad*. New York: Mc Graw Hill.
11. Massip Pérez, C., Ortiz Reyes, R. M., Llantá Abreu, M., Peña Fortes, M., & Infante Ochoa, I. (2008). *La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad*. Obtenido de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34\\_4\\_08/spu13408.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu13408.htm)
12. Naciones Unidas. (16 de Diciembre de 1966). *Humanium.org*. Obtenido de <http://www.humanium.org/es/wp-content/uploads/2013/08/Pacto-Internacional-de-Derechos-Económicos-Sociales-y-Culturales.pdf>

13. Naciones Unidas. (26 de abril de 2001). Obtenido de <http://www.servindi.org/pdf/ObservacionesyRecomendacionesGenerales.pdf>
14. sociedad Española de calidad asistencial y fundacion Avedis Donabedian. (2001). Evaluacion de la calidad de la atencion medica. (N. A.G, Ed.) *Revista Calidad Asistencial*, 16(1), 9-11.
15. Ross, A. G., Zeballos, J. L., & Infante, A. (julio/agosto de 2000). La calidda y la reforma del sector Salud en America latina y el Caribe. *Revista Panamericana de la Salud de Salud Publica*, 8(1-2), 2. Obtenido de [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892000000700012&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892000000700012&script=sci_arttext)
16. Rodriguez Cornejo, M. J. (2009). Obtenido de [http://ocw.uca.es/pluginfile.php/1039/mod\\_resource/content/1/TEMA\\_1.pdf](http://ocw.uca.es/pluginfile.php/1039/mod_resource/content/1/TEMA_1.pdf)
17. Donabedian, A. (1984). *La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación*. Mexico: La Prensa Médica Mexicana.
18. Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford: Oxford University Press.
19. Franco, L. M., Silimperi, D. R., Van Zanten, T. V., MacAulay, C., Askow, K., Bouchet, B., & Marquez, L. (junio de 2004). *Sostenibilidad de la Clidad de Atencion de Salud;Institucionalizacion de la garantia de la calidad*. Center for Human Services QAP. Wisconsin: Bethesda. Obtenido de [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADA547.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADA547.pdf)
20. Roemer, M. I., & Aguilar, M. (1988). *Quality assessment and assurance in primary health care*. World Health Organization. swizerland: WHO Offset.
21. Roemer, M. I., & Montoya-Aguilar, C. (1988). *WHO WORLD HEALTH ORGANIZATION*. (SWIZERLAND, Ed.) Obtenido de [http://whqlibdoc.who.int/offset/WHO\\_OFFSET\\_105.pdf](http://whqlibdoc.who.int/offset/WHO_OFFSET_105.pdf)
22. Brown, L., Franco, L. M., Rafeh, N., & Hatzell, T. (1992). *"Garantía de Calidad de la Salud de la atencion en los Paises de Desarrollo"perfeccionamiento de la metodologia de garantia de Calidad*. Center for human services. USA: , Bethesda, MD.
23. Garcia Ortegon , M., Gomez ALvarez, E., & Diaz Quiroz, G. (Octubre-Diciembre de 2011). Satisfacción del usuario como un indicador de calidad en el Servicio de Cirugía Cardiovascular del CMN . *Revista de Especialidades*

*Médico-Quirúrgicas*, 16(4), 209. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/473/47321154004.pdf>

24. BERNET GUERRERO, N. C., & PEREZ ARENAS, M. E. (MARZO de 2011). EVALUACION DE LA CALIDAD EN EL PROCESO DE ATENCION DE LOS SERVICIOS DE PEDIATRIA Y FISIOTERAPIA RESPIRATORIA DE PEDIACENTER CARTAGENA. 32-33. Cartejenas de Indias, CARTAJENA.
25. Proyecto Rehabilitación de Servicios de Atención Primaria y Fortalecimiento del SILAIS de Managua(forsdima). (Enero de 2005). Obtenido de [http://campus.easp.es/Abierto/file.php?file=%2F78%2FEstudios%2FEstudios\\_satisfaccion\\_usuarios-2.pdf](http://campus.easp.es/Abierto/file.php?file=%2F78%2FEstudios%2FEstudios_satisfaccion_usuarios-2.pdf)
26. Pascoe, G. (1983). Patient satisfaction in primary care: a literature. En *Evaluation and Program planing* (págs. 185-210).
27. Griffit, C. H., F.F, W., Langers, S., & Haist, S. A. (2003). Comunnications Skills and standardized Patient Satisfaction, House Staff Noverbal. *J G Intern Med*, 18:170-174.
28. Fitzpatrick, R. (1991). Survey of Patientes Satisfaction: II Designing a questionnaire and conducting a survey. *BMG*, 302: 1129-32.
29. Wensing M, E. G. (2002). Research on patients' views in the Evaluation and improvement of quality of care. *Qual safe Health Care*, 11:153-7.
30. k. R., Maciejewski, M., & F. M. (1997). The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes . *MED CARE*, 35:714-30.
31. Jenkinson, C., C. A., B. S., R. N., & Chandola. (2002). Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Qual Safe Care*, 11:335-9.
32. Mendoza, J., Piechulek, H., & A, A.-S. (2001). Client satisfaction and Quality of health care in rural Bangladesh . *Bull WHO*, 79(6):512-7.
33. S. J., & W. N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues: a review of issues and concepts . *Social Scienci and medicina* , 45(12):1829-43.
34. Willians, T., SCHUTT-AINE, J., & CUCA, Y. (13 de August de 1996). Client satisfaction surveys for improved family planning service quality: A user's manual and discussion of results to date. *International Planned Parenthood Federation*, 61.

35. Gnecco, T. G. (Mayo de 1995). *"Hacia la Elaboración de un Programa de Evaluación y Mejoramiento de la Calidad "* (Vol. modulo No 6). Santiago de Chile: Unidad de calidad y normas Minsal. Obtenido de [http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Valdivia%202002/Satisfacci%F3n\\_usuaria.pdf](http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Valdivia%202002/Satisfacci%F3n_usuaria.pdf)
36. Massip Pérez, C., Ortiz Reyes, R. M., Llantá Abreu, M., Peña Fortes, M., & Infante Ochoa, I. (5 de Junio de 2008). La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. 2. Cuba, La Habana , CUBA. Recuperado el 7 de Junio de 2014, de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34\\_4\\_08/spu13408.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu13408.htm)
37. DIRECCIÓN GENERAL DE GARANTIA DE CALIDAD, MINISTERIO DE SALUD LIMA, PERU. (AGOSTO de 2002). *MINSA.GOB.* (D. E. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS, Ed.) Obtenido de <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/07%20-%20Encuesta%20Usuarios%20Externos.pdf>
38. Paganini, J. M. (1993). *Calidad y Eficiencia de la Gestion Hospitalaria, Desarrollo y Fortalecimiento de los sistemas locales de Salud.* Washington D.C: OPS/OMS. Obtenido de <http://knol.google.com/k/calidad-de-atenci%C3%B3n-en-la-consulta-externa-de-medicinainterna-del-hospital#>
39. Proyecto Rehabilitación de Servicios de Atención Primaria y Fortalecimiento del SILAIS de Managua(FORSIMA). (Enero de 2005). *ESTUDIO SATISFACCIÓN DE USUARIOS UNIDADES DE SALUD/SILAI MANANGUA* . Ministerio de Salud , Managua . Managua : Union Europea . Obtenido de [http://campus.easp.es/Abierto/file.php?file=%2F78%2FEstudios%2FEstudios\\_satisfaccion\\_usuarios-2.pdf](http://campus.easp.es/Abierto/file.php?file=%2F78%2FEstudios%2FEstudios_satisfaccion_usuarios-2.pdf)
40. Gutierrez , E., Ramos, W., Uribe, M., Ortega-Loayza, A. G., Torres, C., Montesinos, D., y otros. (enero-marzo de 2009). Tiempo de espera y su relación con la satisfacción de los usuarios de la farmacia central de un hospital general de Lima. *Revista perú medicina experimental Salud Publica* , 26(1), 61-65.
41. Secretaria de Salud. (2010). *Normas Nacionales para la Atencion Materno-Neonatal* (PRIMERA ed.). Tegucigalpa M.D.C: imprenta Quiñonez.
42. Mandujano, G. M. (06 de 05 de 2007). Relacion de percepcion del paciente y calidad de la interaccion segun la teoria de Peplau.HOSPITAL 2 DE MAYO. *REV PER OBS ENF*, 3(2), 1-10.

43. Gutierrez , E., Ramos, W., Uribe, M., Ortega-Loayza, A. G., Torres, C., Montesinos, D., y otros. (enero-marzo de 2009). Tiempo de espera y su relación con la satisfacción de los usuarios de la farmacia central de un hospital general de Lima. *Revista peru medicina experimental Salud Publica* , 26(1), 61-65.
44. Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). *Educational Researcher*. Recuperado el mayo de 2015, de m/2013/03/metodos-de-investigacion-mixto-un.html
45. Howat, A. P., Hammond, M., Shaw, L., Evans, R. I., Frame, k., & Daves, T. I. (1991). Quality assurance.A projet on pastient waiting times at appointment in an orthodontic department. En C. D. Health.
46. Secretaria de Salud,CODIGO DE SALUD. (3 de febrero de 1992). *Centro Electrónico de Documentación e Información Judicial*. Recuperado el 22 de septiembre de 2015, de <http://www.salud.gob.hn/transparencia/archivos/codigodesalud.pdf>

## 10. ANEXOS

1. Variables empleadas en el estudio y Matriz de la definición de variables
2. Instrumento para cálculo de muestra en general
3. Tablas con el Total de atenciones nuevas del 2014 para sacar la muestra.
4. Encuestas de satisfacción de usuarios (as) externos y su instructivo de llenado
5. Formato Estándar para la Documentación de las intervenciones de Calidad.
6. Matriz con los Cambios implementados
7. Resultados

## 1. VARIABLES EMPLEADAS EN EL ESTUDIO

### A. Factores Sociodemográficos.

- a. Edad.
- b. Sexo.

### B. Aspectos de Infraestructura.

- a. Limpieza.
- b. Iluminación.
- c. Ventilación.
- d. Comodidad.

### C. Proceso de Atención.

- a. Acceso.
- b. Trato del Paciente.
- c. Atención Recibida.

- Matriz de definición de las variables

Variable	Definición
Satisfacción	Es el cumplimiento de las expectativas del usuario de acuerdo al servicio recibido
Cliente o usuario	es toda persona que asiste al establecimiento de salud en demanda de atención medica
Edad	se define en años cumplidos meses y días
Sexo	Se refiere al sexo del usuario (Hombre o Mujer )
Limpieza	Ausencia de suciedad alguna dentro de las instalaciones del establecimiento de salud.
Iluminación	Es permitir que las personas reconozcan sin error lo que ven en un tiempo adecuado y sin fatigarse.
Ventilación	Es el acto y consecuencia de ventilar algo o a alguien o bien de ventilarse (es decir, dejar que el aire penetre en el cuerpo o hacerlo circular en algún ambiente).
Comodidad	Estado o situación del que se encuentra a gusto, descansado, satisfecho y con las necesidades cubiertas
Acceso	Es la capacidad para conseguir atención médica cuando se necesita.
Trato del Paciente	Es ser tratados como persona, los cuales se asocian a que éstos: miren, escuchen, saluden, tengan en consideración su opinión, sean cordiales e, incluso, cariñosos.
Derechos del Paciente	Son aquellos privilegios que tiene cada paciente como <b>ser informado</b> , a <b>participar</b> y a <b>decidir</b> en los asuntos que se relacionen con su salud (o la falta de ella) y que se les preste la mejor asistencia médica posible.

## 2. INSTRUMENTO PARA CÁLCULO DE LA MUESTRA EN GENERAL

- Matriz dinámica en Excel para sacar la muestra de la cantidad de encuestas para ginecología.

Secretaría de Salud (SS)  
 Departamento de Garantía de Calidad  
 Estudio para el monitoreo de la satisfacción de usuarios  
 Estimado de la población a Estudiar (N)

Tipo y nombre de US:  Región Departamental:  Fecha:

Tipo de servicio	Horario	Dia							Total (N)
		Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado	Domingo	
Consulta Externa	Mañana	61	61	61	61	61			303
	Tarde	0	0	0	0	0			0
	Noche								
	Sub-Total	61	61	61	61	61	0	0	303
Emergencia	Mañana	0	0	0	0	0	0	0	0
	Tarde	0	0	0	0	0	0	0	0
	Noche	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub-Total	0	0	0	0	0	0	0	0
Hospitalización (Egresos)	Mañana	0	0	0	0	0	0	0	0
	Tarde	0	0	0	0	0	0	0	0
	Noche								
	Sub-Total	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>		<b>61</b>	<b>61</b>	<b>61</b>	<b>61</b>	<b>61</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>303</b>

Numero de Atenciones Totales del año anterior

ATEN. EMERGENCIA	
CONSULTA EXTERNA	15734
HOSPITALIZACION	
TOTAL UNIVERSO	15734

¿Hay Atención Vespertina de Consulta Externa? (1=Si, 0=No)

(Lo unico que usted necesita es colocar los 3 datos de las celdas anteriores (B28, B29 y B30) y si hay atención vespertina coloque un 1 en la celda de atención vespertina

- Matriz dinámica en Excel para sacar la muestra de la cantidad de encuestas para pediatría.

Secretaría de Salud (SS)  
 Departamento de Garantía de Calidad  
 Estudio para el monitoreo de la satisfacción de usuarios  
 Estimado de la población a Estudiar (N)

Tipo y nombre de US:  Región Departamental:  Fecha:

Tipo de servicio	Horario	Dia							Total (N)	
		Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado	Domingo		
Consulta Externa	Mañana	71	71	71	71	71	71	0	0	354
	Tarde	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Noche									
	Sub-Total	71	71	71	71	71	71	0	0	354
Emergencia	Mañana	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Tarde	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Noche	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub-Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hospitalización (Egresos)	Mañana	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Tarde	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Noche									
	Sub-Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>		<b>71</b>	<b>71</b>	<b>71</b>	<b>71</b>	<b>71</b>	<b>71</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>354</b>

Numero de Atenciones Totales del año anterior

ATEN. EMERGENCIA	
CONSULTA EXTERNA	18392
HOSPITALIZACION	
TOTAL UNIVERSO	18392

¿Hay Atención Vespertina de Consulta Externa? (1=Si, 0=No)

(Lo unico que usted necesita es colocar los 3 datos de las celdas anteriores (B28, B29 y B30) y si hay atención vespertina coloque un 1 en la celda de atención vespertina

### 3. TABLAS CON EL TOTAL DE ATENCIONES PEDIÁTRICAS Y GINECOLÓGICAS NUEVAS DEL 2014 PARA SACAR LA MUESTRA.

- Tabla para sacar muestra del total atenciones nuevas pediátricas del 2013.

Menores de 1 Mes (primera vez)		1,578.00
1 mes a 1 Año (primera vez)		2,905.00
1 a 4 Años(primera vez)		5,175.00
5 a 9 Años(primera vez)		3,437.00
10 a 14 Años (primera vez)		2,765.00
Menores de 5 Años con Diarreas (nuevos)		2,066.00
Menores de 5 Años con Deshidratación		0.00
Menores de 5 Años con Neumonía (nuevos)		461.00
Menores de 5 Años con Síndrome Anémico		2.00
Menores de 5 Años con Probable Alteración del Desarrollo		3.00
<b>TOTAL ATENCIONES PEDIATRICAS</b>		<b>18,392.00</b>

- Tabla para sacar la muestra del total de atenciones obstetricias ginecológicas nuevas del 2013.

Atenciones de Mujeres		
Detección de Cáncer Cervico Uterino		2,663.00
Embarazadas(nuevas)		4,847.00
Controles Puerperales		1,610.00
Anticonceptivo Oral 1 Ciclo		357.00
Anticonceptivo Oral 3 Ciclo		503.00
Condomes 30 Unidades		382.00
Depo Provera Aplicadas		3,477.00
DIU Insertados		439.00
Método de Días Fijos (Collar)		0.00
Otras Actividades de Planificación Familiar		1,456.00
51 Atención prenatal nueva en las primeras 12 SG		2,047.00
52 Atención puerperal nueva en los primeros 10 días		324.00
<b>TOTAL ATENCIONES</b>		<b>15,734.00</b>

**4. Encuesta de satisfacción diseñada por el departamento de garantía de calidad**

**Republica de Honduras**

**Secretaria de Salud**

**Sub Secretaría de Redes y Servicios**

**Dirección General de Redes y Servicios**

**Departamento de Garantía de Calidad**

**ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS (AS) EXTERNOS Y SU INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**TEGUCIGALPA M.D.C. Febrero 2010**

**Elaborado por: Departamento de Garantía de Calidad**

**Jefatura:** Dra. Rosario Cabañas Leiva

**Técnicos:**

Licda. Elda Reyes Sacaza

Dra. Laura Julia Salgado E.

Dra. Pina María Boquín

Dr. Roney Alcides Martínez

Dr. Joel Naín Maldonado Bonilla

Apoyo técnico de HCI/USAID

## INTRODUCCION

Dentro del marco de Reforma del Sector Salud, el Departamento de Garantía de Calidad de la Secretaría de Salud de Honduras, desarrolla a nivel nacional la **Estrategia de Mejora Continua de la Calidad** de los servicios de salud contenida en un **Plan** que consta de tres grandes líneas estratégicas:

- Orientar la organización al cliente
- Garantizar la calidad de las prestaciones y
- Fomentar el uso eficiente de los recursos.

De acuerdo con la línea estratégica de orientar la organización al cliente, se plantea el objetivo general de mejorar el grado de satisfacción de los usuarios de la red de servicios de la Secretaría de Salud y como uno de los objetivos específicos, la necesidad de **conocer de forma sistemática y periódica la opinión de los usuarios de estos servicios**

Para estandarizar este proceso, el Departamento de Garantía de Calidad presenta el documento denominado, "**Guía metodológica para la Medición de la satisfacción de usuarios externos a través de encuestas de salida**", como un insumo para que sea utilizado en las diferentes Unidades de Salud, de manera que los gerentes y los equipos de calidad tomen decisiones oportunas para mejorar la satisfacción de los usuarios.

## **OBJETIVOS**

### **General**

1. “Mejorar la satisfacción de los usuarios (as) de los servicios de salud de la Secretaría de Salud”

### **Específicos**

1. Establecer un proceso sistemático de medición de la satisfacción de usuarios (as) externos para conocer las necesidades y requerimientos de los mismos.
2. Asegurar la participación de la gerencia, personal operativo y comunidad en el proceso de mejoramiento de la satisfacción de los usuarios (as) externos mediante lineamientos técnicos precisos.
3. Brindar herramientas de análisis y utilización de los datos resultantes de la medición de la satisfacción de usuarios (as) para elaborar planes de mejoramiento en los cuales se involucren los proveedores y comunidad.
4. Establecer la base de datos que garantice el seguimiento e impacto de las intervenciones de mejoramiento de la satisfacción de usuarios (as) externos.

**ENCUESTA DE SATISFACCION  
SERVICIOS AMBULATORIOS  
(CONSULTA EXTERNA, (CESAMO,))**

Léale al encuestado (a) lo siguiente: Queremos conocer su opinión sobre la atención que recibió. Solo le tomará unos minutos. Sus respuestas nos ayudará a mejorar la calidad del servicio, por eso es importante que nos responda. Para cada pregunta hay varias opciones de respuesta y Usted debe contestar con la opción que se adapte a su opinión. Sus respuestas son confidenciales así que le agradeceremos su sinceridad.

Región de salud \_\_\_\_\_ unidad de salud: \_\_\_\_\_ código del es  
\_\_\_\_\_

Encuesta nº: \_\_\_\_\_ fecha de encuesta: \_\_\_\_\_ hora de encuesta  
\_\_\_\_\_

Día de la semana en que se realiza \_\_\_\_\_ nombre del encuestador  
\_\_\_\_\_

Fue atendido (a) en la consulta de:

- a. Medicina General
  - b. Pediatría
  - c. Cirugía
  - d. Obstetricia-Ginecología
  - e. Medicina Interna
  - f. Emergencia
  - g. Otros
-

Edad del paciente: Años cumplidos \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_

Sexo del paciente:  Hombre (2)  Mujer (1)

1. ¿Es la primera vez que acude a esta consulta?  Si (1)  No (2) **Si la respuesta es SI, pase a la pregunta número 4.**
2. El tiempo de espera para su cita programada en consulta externa fue:
  - ≤ De 30 días (3)  Entre 1 y 2 meses (2)  Más de 2 meses (1)
  - No aplica (9)
3. Ese tiempo que esperó para su cita programada le pareció:
  - Mucho (3)  Aceptable (2)  Poco (1)  No aplica (9)
4. Tiempo que esperó desde la llegada a la unidad de salud hasta que fue atendido en la consulta
  - < De 2 Horas (3)  2 a 3 horas (2)  Mas de tres horas (1)
5. Ese tiempo que esperó le pareció?
  - Mucho (3)  Aceptable (2)  Poco (1)
6. ¿Le persona que le brindó la consulta le examinó?
  - Si (1)  No (2)
7. ¿Entró alguien al consultorio que interrumpió mientras se le examinaba?
  - Si (1)  No (2)  No aplica (9)

8. ¿La persona que le brindó la consulta le explicó con palabras claras su enfermedad/estado de salud?

- Si (1)       Mas o menos (2)       No (3)

9. ¿La persona que le brindó la consulta le explicó con palabras claras el tratamiento que debe seguir?

- Si (1)       Más o menos (2)       No (3)       No aplica (9)

**Si contesta NO APLICA pasa a la pregunta número 13.**

10. El tiempo de espera en farmacia para obtener sus medicamentos le pareció:

- Mucho (3)       Poco (2)       No aplica (9)

**Si contesta NO APLICA en la pregunta 10, pasar a la pregunta 13.**

11. ¿Pudo obtener todas las medicinas que le recetaron?

- Si (1)       No (2)       No aplica (9)

12. ¿Recibió información en farmacia sobre el medicamento recetado?

- Si (1)       Mas o menos (2)       No (3)       No aplica (9)

13. ¿El pago por la atención le pareció?

- Mucho (3)       aceptable (2)       poco (1)       No aplica (9)

14. ¿Considera Usted que le resolvieron su problema/estado de salud?

- Si (1)       No (2)

¿Cómo considera Usted el trato que recibió del personal de?:

15. Vigilancia  Muy Bueno (4)  Bueno (3)  Regular (2)  Malo (1)  
 no aplica (9)

16. Estadística  Muy Bueno (4)  Bueno (3)  Regular (2)  Malo (1)  
 no aplica (9)

17. Enfermería  Muy Bueno (4)  Bueno (3)  Regular (2)  Malo (1)  
 no aplica (9)

18. Médico  Muy Bueno (4)  Bueno (3)  Regular (2)  Malo (1)  
 no aplica (9)

19. Farmacia  Muy Bueno (4)  Bueno (3)  Regular (2)  Malo (1)  
 no aplica (9)

20. Laboratorio  Muy Bueno (4)  Bueno (3)  Regular (2)  Malo (1)  
 no aplica (9)

21. Aseo  Muy Bueno (4)  Bueno (3)  Regular (2)  Malo (1)  
 no aplica (9)

22. Caja  Muy Bueno (4)  Bueno (3)  Regular (2)  Malo (1)  
 no aplica (9)

¿Cómo le pareció las instalaciones de la unidad de salud en cuanto a:

23. Ventilación  Muy Bueno (4)  Bueno (3)  Regular (2)  Malo (1)

24. Iluminación  Muy Bueno (4)  Bueno (3)  Regular (2)  Malo (1)

25. Limpieza  Muy Bueno (4)  Bueno (3)  Regular (2)  Malo (1)  
 de baños

26. Limpieza  Muy Bueno (4)  Bueno (3)  Regular (2)  Malo (1)  
 en general.

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

## 5. Formato Estándar para la Documentación de las intervenciones de Calidad

### Diario de Documentación para Equipos de MCC

**Introducción:** Este formato ha sido desarrollado para servir de “diario” para que los EMCC puedan documentar regularmente todos los cambios que han probado durante el ciclo rápido de MCC, incluyendo el impacto de estos cambios que están medidos por cada uno de los indicadores seleccionados. Este diario de documentación consta de 3 partes. En la primera parte, Ustedes deben documentar que están tratando de lograr y por qué. En la segunda parte, los cambios específicos implementados deberían ser descritos tal como su efectividad y las fechas en las cuales los cambios comenzaron y terminaron (si es aplicable). En la tercera parte, Ustedes pueden dar seguimiento al impacto de los cambios probados a través del monitoreo de indicadores con el transcurso del tiempo.

Por favor asegúrese de incluir todos los detalles como les sea posible. Al final del ciclo rápido de MCC, este diario puede servir como una base detallada de la cual se pueden compartir lecciones aprendidas y contribuir a la expansión del paquete de cambios otros Equipos. A continuación la “herramienta de síntesis” la cual brinda guía a los equipos de MCC, facilitadores y coordinadores en el análisis y compartimiento de sus experiencias.

**Coordinador del EMCC:** \_\_\_\_\_ **Nombre de la Unidad de Salud:** \_\_\_\_\_

**Fecha de inicio:** \_\_\_\_\_ **Fecha de finalización:** \_\_\_\_\_

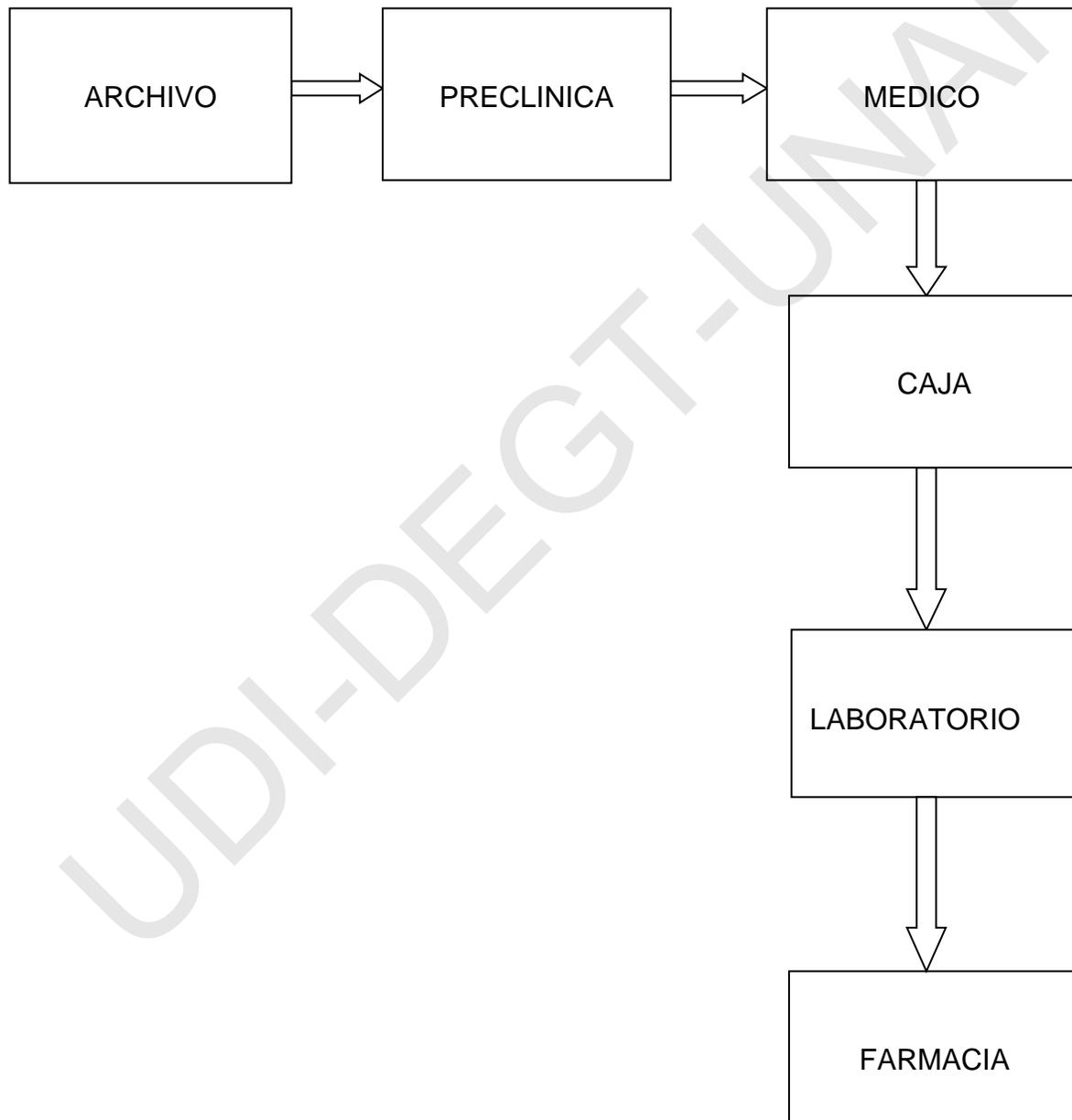
**Parte 1.1: Plan –**

<b>Objetivo de Mejoramiento:</b>	<b>indicador(s):</b>	<b>Construcción del indicador</b>	<b>Fuente Numerador</b>	<b>Fuente denominador</b>
1.lograr que el 100 % de los pacientes que acuden al establecimiento de salud Alonso Suazo sean examinados por el médico tratante	1.100% de los pacientes que acuden al establecimiento de salud Alonso Suazo sean examinados por el médico tratante	N° de pacientes que acudieron al establecimiento de salud Alonso Suazo y que fueron examinados por el médico tratante. / N° de pacientes que acudieron al establecimiento de salud Alonso Suazo	Expediente Clínico	Expediente Clínico

## 1.2 Análisis del Proceso:

¿Qué pasos en el proceso de atención son actualmente problemáticos?

Utilice el Diagrama de Flujo para hacer análisis del proceso.



### 1.3 Fallas del proceso (Descripción del Problema):

Corta explicación de los retos que ha observado actualmente.

¿Qué diferencias hay entre el estándar de atención y en las practicas actuales?

Se toma como base para formular el plan de mejora que se le ofrecerá a la región metropolitana como producto de este estudio; la pregunta numero 8 la cual esta enunciada de la siguiente forma “**si la persona que le dio la consulta lo examino**”, de acuerdo al estándar todo paciente que acude a un establecimiento en buscar de ayuda médica debe ser examinado ya sea por el médico que lo atendió o por quien le brindo la consulta; los resultados de la encuesta de satisfacción en nuestro estudio arrojaron que para la unidad **de pediatría el 15%** contesto que el médico no lo examinaba lógicamente esta respuesta fue obtenida a través de alguno de los padres, en la unidad de **ginecología este porcentaje aumento al 23 %.**

Cuáles podrían ser algunas de las posibles causas por las cuales el medico u otro personal no examina al paciente:

1. Sobre carga laboral
2. Falta de supervisión al personal
3. Alta demanda de pacientes que corresponden a otros establecimientos de salud
4. Cobertura del médico general en ausencia del especialista
5. Llenado de múltiples formularios; en el caso de Pediatría en pacientes menores de 5 años se llena la historia perinatal básica (HPB), Atención integral de enfermedades prevalentes de la Infancia ( AIEPI), y los gráficos de crecimiento.

**1.4 MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE CICLOS RÁPIDOS:**

<b>IDEAS DE CAMBIO</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>¿DÓNDE?</b>	<b>¿CUÁNDO?</b>	<b>RESPONSABLE</b>
<p><b>1.</b> Calendarizar por día a cada médico la cantidad de pacientes de acuerdo a la norma</p> <p><b>A-</b>Medico General- <b>36</b> Pacientes</p> <p><b>B-</b> Médico</p>	<p><b>1-</b>Explicar al médico cuanto tiempo debe de durar la atención con cada paciente en función del número de pacientes.</p>	<p><b>1-</b>En el salón de usos múltiples se socializara la norma en relación al tiempo que se debe utilizar con cada paciente</p>	<p><b>1-</b>Dia viernes de la xxxx Mes de xxxx 2015</p>	<p><b>1-</b>Dr Jorge Luis Largaespada</p>

<p>Especialista- pediatría 24 : 21 pacientes y 3 sobrecupo</p> <p>Gineco Obstetra 21 : 18 pacientes normales y 3 sobrecupo</p>	<p><b>2-</b> El médico debe de anotar los <b>hallazgos clínicos</b> del paciente.</p>	<p><b>2-</b>En la historia clínica</p>	<p><b>2-</b>A partir de la xxx del mes de xx del 2015</p>	<p><b>2-</b>El equipo de mejora continua (<b>EMC</b>) cuando realiza las mediciones</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>2. Lograr la supervisión semanalmente en el 100% de los profesionales que brindan los servicios de pediatría y Ginecología respectivamente</p>	<p>1- realizar una programación de supervisiones por jornada (matutina y vespertina) y medico generales, pediatras y gineco obstetras en para poder cubrir la supervisión en los periodos determinados.</p>	<p>1. Salón de usos múltiples por el comité de mejora continúa del Alonzo Suazo.</p>	<p>1. la xx semana de xxx del 2015.</p>	<p>1-El equipo de mejora continua (<b>EMC</b>) cuando realiza las mediciones</p>
	<p>2- formular una guía de supervisión capacitante que contenga las normas de atención del médico especialista para ginecología y pediatría.</p>	<p>2. Salón de usos múltiples por el comité de mejora continúa del Alonzo Suazo.</p>	<p>2. durante la xx semana de xx del 2015.</p>	<p>2.El equipo de mejora continua (<b>EMC</b>) cuando realiza las mediciones</p>

4. Analisis de la migraciones de los pacientes de otros establecimientos de salud(ES)	1. Realizar un estudio de migración de pacientes de otros establecimientos de salud que son atendidos en el centro de salud Alonzo Suazo.	1. Salón de usos múltiples con el departamento de archivo o estadística y el Director.	1. Día xx de la xx semana de xx del 2015	1. El equipo de mejora continua ( <b>EMC</b> ) cuando realiza las mediciones
	2. Coordinar con los demás establecimientos de salud a fin de lograr estrategias que estos puedan atender a sus pacientes con una atención con calidad y así evitar la migración al Alonzo Suazo.	2. Reuniones con los directores de los centros de salud para abordar la migración de pacientes de un lugar a otro.	2. La xx semana de xx del 2015.	2. Dr Jorge Luis Largaespada

<p><b>5. Fortalecimiento de las capacidades del médico general para poder brindar una mejor atención de acuerdo a la normativa establecida para los especialistas.</b></p>	<p>1. Capacitación en las normas pediátricas y ginecológicas al médico general.</p>	<p>1. Salón de usos múltiples por los especialistas.</p>	<p>1. La xx semana de xx del 2015</p>	<p>1. Dr. Jorge Luis Largaespada y el equipo multidisciplinario del Alonzo Suazo.</p>
	<p>2- formular una guía de supervisión capacitante que contenga las normas de atención del médico general.</p>	<p>2. Salón de usos múltiples por el comité de mejora continua del Alonzo Suazo.</p>	<p>2. la xxx semana de xxx del 2015.</p>	<p>2. El equipo de mejora continua (<b>EMC</b>) cuando realiza las mediciones</p>
<p><b>6. Aplicación de los tiempos establecido con cada paciente en relación a la normativa para la atención del paciente pediátrico y ginecológico.</b></p>	<p>1. Dar a conocer las normas actualizadas de pediatría y ginecología donde se describen los tiempos por cada paciente y la serie de pasos para la atención.</p>	<p>1. Salón de usos múltiples por el comité de mejora continua del Alonzo Suazo.</p>	<p>1. la xxx semana de xxx del 2015</p>	<p>1. Dr. Jorge Luis Largaespada y el equipo multidisciplinario del Alonzo Suazo</p>

	2. Socializar los formatos para que ellos tengan conocimiento de los mismos para poder ser eficaces en el llenado de estos.	2.Salón usos múltiples de la región metropolitana por cada uno de los programas.(progrmas atención a la mujer y al niño)	2. la xx enero de xx del 2015.	2.Dr. Jorge Luis Largaespada y el equipo multidisciplinario del Alonso Suazo
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------	------------------------------------------------------------------------------

**Parte 3: Estudio – Resultados:** Por cada indicador (u objetivo de mejoramiento), use la grafica siguiente para documentar el impacto de los cambios probados durante el periodo. Asegúrese de describir los indicadores que ha usado, incluyendo el valor del numerador y denominador. También indique en la gráfica el tiempo en el cual se introdujeron los cambios y/o cuando terminaron. Por favor adjunte una grafica separada por cada indicador o grupo de indicadores.

**Nombre del indicador:** 100% de los pacientes que acuden al establecimiento de salud Alonso Suazo sean examinados por el médico tratante en la consulta externa pediatría o ginecología

**Definición del numerador:** N° de pacientes que acudieron al establecimiento de salud Alonso Suazo y que fueron examinados por el médico tratante en la consulta externa pediatría o ginecología.

**Definición del denominador:** N° de pacientes que acudieron al establecimiento de salud Alonso Suazo a consulta externa pediatría o ginecología.

Indicador	
Valor	
Meses	enero

Indicador #1:

Numerador	7	11	36	42	71	99		
Denominador	91	108	97	106	97	16		
%	8	10	37	39	73	85		