

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DE DOCTORADO EN MEDICINA**



Universidad de El Salvador

Hacia la libertad por la cultura

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN:
CALIDAD DE ATENCIÓN Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN
PERCIBIDA POR EL USUARIO DE LAS UNIDADES DE SALUD DE
COMACARÁN, LAS PLACITAS DE SAN MIGUEL Y LLANO LOS PATOS DE LA
UNIÓN, 2009.**

**PRESENTADO POR:
RAFAEL ANTONIO CAZARES VIGÍL
MARVIN EVELIO CLAROS HERNÁNDEZ
RENÉ ANTONIO ROSA ESCOBAR**

**PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE:
DOCTORADO EN MEDICINA**

**DOCENTE ASESOR:
LICENCIADA REINA AMÉRICA RODRÍGUEZ FLORES**

25 MARZO DE 2010 SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES

MASTER RUFINO ANTONIO QUEZADA SÁNCHEZ
RECTOR

MASTER MIGUEL ANGEL PÉREZ RAMOS
VICERECTOR ACADEMICO

MASTER OSCAR NOÉ NAVARRETE
VICERECTOR ADMINISTRATIVO

LICENCIADO DOUGLAS VLADIMIR ALFARO CHÁVEZ
SECRETARIO GENERAL

DOCTOR RENÉ MADECADEL PERLA JIMÉNEZ
FISCAL GENERAL

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
AUTORIDADES**

**DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO
DECANA INTERINA**

**DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO
VICEDECANA**

**INGENIERO JORGE ALBERTO RUGAMAS RAMÍREZ
SECRETARIO**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA
AUTORIDADES**

**DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO
JEFE EN FUNCIONES DEL DEPARTAMENTO**

**DOCTORA OLIVIA ANA LISSETH SEGOVIA VELÁSQUEZ
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO
COORDINADORA GENERAL DE PROCESO DE GRADUACIÓN**

**MAESTRA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ
MIEMBRO DE LA COMISIÓN COORDINADORA**

**MAESTRA OLGA YANETT GIRÓN DE VELÁSQUEZ
MIEMBRO DE LA COMISIÓN COORDINADORA**

JURADO

LIC. REINA AMÉRICA RODRÍGUEZ FLORES

DRA. LIGIA JEANETH LÓPEZ LEIVA

MTRA. SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ PACHECO

AGRADECIMIENTOS

A DIOS TODOPODEROSO

Por habernos permitido culminar nuestra carrera, por haber sobrepasado cada uno de los obstáculos y dificultades que se nos presentaron y por darnos la fortaleza necesaria para salir adelante.

A NUESTRAS FAMILIAS

Por habernos brindado su apoyo, ayuda, comprensión y consejos en todo el camino de nuestra carrera.

A LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Por habernos permitido obtener nuestra formación académica, y el aprendizaje que hasta el momento tenemos.

A NUESTROS MAESTROS

Por todo el conocimiento que nos brindaron, y que de ellos adquirimos cada día durante sus enseñanzas.

A NUESTROS ASESORES DE TESIS

Licenciada Elba Margarita Berrios y Licenciada Reina América, por que sin su ayuda apoyo y orientación no hubiera sido posible la elaboración de esta investigación

DEDICATORIA

Me gustaría dedicar esta Tesis primeramente a Dios, que me dio la fortaleza, paciencia y sabiduría la cual sin su ayuda no hubiese sido posible terminar esta investigación.

A toda mi familia, mis padres René Cazares y Nilda de Cazares y mi hermano René, por su comprensión y ayuda en momentos malos y menos malos. Me han enseñado a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño, y todo ello con una gran dosis de amor y sin pedir nunca nada a cambio.

Para mi novia Silvia, por su paciencia, por su comprensión, por su empeño, por su fuerza, por su apoyo, por su amor, por ser tal y como es,... porque la Amo. Y a toda su familia, nunca le podré estar suficientemente agradecido.

Para mis pastores, Ernesto Rosales y Olguita de Rosales, por sus consejos y apoyo... sobre todo por sus oraciones y el gran aprecio y amistad hacia mi familia.

A mis compañeros de grupo, Marvín y René, por compartir tantos años de amistad y compañerismo, momentos de alegrías y sufrimientos gracias amigos, gracias ¡Colegas!

A todos mis amigos que directa o indirectamente siempre estuvieron ahí... por su apoyo y confianza muchas gracias.

A todos ellos,

Muchas gracias de todo corazón.

Rafael Antonio Cazares Vigíl

DEDICATORIA

A DIOS, por su misericordia y dejarme llegar y alcanzar este triunfo anhelado.

A mis padres, Marco Evelio y María Asunción, por ser los pilares para asentar y tomar fuerzas para salir adelante.

A mi Hija, Lissa Daniela, por haber venido a mí y ser mi motivación mas fuerte para alcanzar este sueño.

A mis Hermanos, Isai y Daniel por ser mis compañeros en el equipo familiar y por alentarme a triunfar.

A mis Compañeros de Grado, por permitirme compartir junto a ellos este añorado sueño.

Marvín Evelio Claros Hernández

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
RESUMEN -----	xiii
INTRODUCCIÓN-----	xiv
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Antecedentes del fenómeno objeto de estudio -----	2
1.2. Enunciado del Problema -----	3
1.3. Objetivos de la Investigación -----	4
1.3.1. Objetivo General -----	4
1.3.2. Objetivos Específicos -----	4
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Generalidades de la calidad de Atención -----	6
2.1.1. Calidad de atención-----	6
2.1.2. Calidad -----	7
2.1.3. Principios fundamentales de la calidad -----	8
2.1.4. Dimensiones de la Calidad -----	9
2.1.4.1. Competencia Profesional -----	9
2.1.4.2. Acceso a los Servicios -----	10
2.1.4.3. Eficacia -----	11
2.1.4.4. Satisfacción -----	12
2.1.4.5. Eficiencia -----	12
2.1.4.6. Continuidad -----	13
2.1.4.7. Seguridad -----	13
2.1.4.8. Comodidad -----	14
2.2. Perspectivas del Significado de Calidad -----	15
2.2.1. El Paciente -----	15
2.2.2. Los proveedores de Salud -----	16

2.2.3. El administrador de Salud -----	17
2.3. Garantías de la Calidad de Atención -----	17
2.3.1. ¿Qué es garantía de la Calidad? -----	17
2.3.2. Principios de la Garantía de la Calidad -----	18
2.3.2.1. La garantía de calidad se orienta hacia la satisfacción de las Necesidades y expectativas del paciente y de la comunidad A la que sirve. -----	19
2.3.2.2. La garantía de calidad utiliza información para analizar los Procesos de prestación de servicios.-----	19
2.3.2.3. La garantía de calidad alienta un enfoque de trabajo en equipo Para la solución de problemas y la mejora de la calidad. -----	19
2.4. Tendencias regionales en los programas de garantía de Calidad de los Servicios de atención.-----	20
2.5. Retos del Futuro -----	21
2.6. Definiciones de Términos Básicos -----	23

CAPITULO III: SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.1 Hipótesis General -----	26
3.2 Hipótesis Nula -----	26

CAPITULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Investigación -----	28
4.2 Universo -----	28
4.3 Muestra -----	28
4.3.1. Criterios de Inclusión-----	30
4.3.2. Criterios de Exclusión-----	30
4.4 Tipo de Muestreo -----	30
4.5 Técnica de Recolección de Datos -----	31
4.6. Instrumento -----	31
4.7 Procedimiento-----	31
4.7.1Planificacion-----	31

4.7.2Ejecucion-----	32
4.7.2.1validacion del instrumento-----	32
4.7.2.2Recoleccion de datos -----	32

CAPITULO V: REPRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1. Presentación de los resultados -----	34
5.1.1Tabulacion, análisis e interpretación de los resultados-----	35

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones -----	63
6.2. Recomendaciones -----	64

BIBLIOGRAFÍA -----	65
---------------------------	-----------

ANEXOS

1. Cuestionario dirigido a los usuarios
2. Cronograma de Actividades
3. Mapas

RESUMEN

Actualmente, en instituciones tanto públicas como privadas del sector salud existe un creciente interés por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de atención; con la finalidad de mejorarla.

Evaluarla desde la perspectiva del usuario es cada vez más común y la comprensión de la calidad de atención brindada en salud se enmarca en la situación que se ha venido produciendo por los bajos niveles de cobertura de los servicios de salud y las discordancias surgidas en la opinión de los usuarios que se hacen con mayor libertad y son expresadas con el ferviente deseo de recibir una atención de mejor y mayor calidad.

En el presente, la calidad de atención percibida por los usuarios con respecto a tiempos de espera, trato por parte del personal médico, paramédico y administrativo, ornato y limpieza es aceptable.

Y se obtiene también que los usuarios se encuentren satisfechos por la atención médica recibida y que en la mayoría de las ocasiones logra resolver el problema mórbido por el cual consultan.

La hipótesis planteada se comprueba, la calidad de atención influye en la satisfacción percibida por los usuarios de las unidades de salud, se realizan recomendaciones con la finalidad de continuar laborando de igual manera para obtener mejores prestaciones de servicios y más pacientes satisfechos.

INTRODUCCION

Los servicios de salud de alta calidad pueden parecer a primera vista un lujo más allá de los límites presupuestarios de la mayoría de los sistemas de salud de los países en desarrollo. Sin embargo, en muchos casos la mejora de la calidad no cuesta nada, más bien vale oro. La atención a la calidad es esencial para el éxito de los programas de atención primaria de salud y los administradores de salud con presupuestos restringidos no pueden darse el lujo de hacer caso omiso de ellos.

El interés por elevar la calidad de la atención a la salud ha tenido especial énfasis en los últimos años como respuesta a diversos factores, entre ellos destaca el reconocimiento del compromiso que al respecto tienen los profesionales de la salud y las instituciones que brindan los servicios; la necesidad de lograr el éxito de planes y programas de salud; y, la demanda de las personas que reciben los servicios y del mismo personal que los otorga.

Para lograr ese propósito se han aplicado diversos métodos, generados en el mismo ámbito de los servicios de salud. Muchos de ellos consideran tanto los aspectos técnicos, como el interpersonal; asimismo, enfocan la evaluación, principalmente, hacia el proceso de la atención y los resultados alcanzados, sin dejar de considerar los elementos de la estructura que apoyan el desarrollo de los procesos, tales como recursos humanos, materiales y tecnológicos así como la organización de ellos.

En ese sentido, los servicios de salud deberán desarrollar las estrategias necesarias para brindar una atención que considere no solo los aspectos biológicos de la salud, sino también, los psicológicos y sociales; que cumpla con los aspectos curativos de las enfermedades y dolencias, pero que también acentúe la atención al paciente con calidad y calidez; que dé a conocer al personal de salud y a los (as) usuarios(as) de los servicios los derechos y compromisos y al mismo tiempo, que promueva la equidad e igualdad para contribuir a mejorar la atención del usuario del primer nivel de salud.

En este espacio se reflexionará sobre los diferentes factores que conllevan a que el usuario se sienta satisfecho o no de los servicios ofertados por el personal de salud y de cómo se ha incorporado el enfoque de calidad en los servicios de salud, enfatizándolo como una categoría valiosa para mejorar la calidad de atención a los usuarios que asisten a los servicios del primer nivel de salud.

Para estos fines, se presentan, inicialmente, algunos antecedentes teóricos de calidad de los servicios y su vinculación con el estudio realizado para la mejora de los mismos.

JUSTIFICACION

JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

La situación que se enmarca como la calidad de atención en salud adquiere cada vez más relevancia y esto es fomentado a la libertad con la que opinan los usuarios acerca de los diferentes servicios recibidos por las instituciones proveedoras de estos.

El interés en la calidad de atención médica en El Salvador tiene importancia no solo en la opinión de los usuarios de los servicios, sino también por el deseo de disminuir las discordancias más delicadas del sistema de salud que se manifiestan directa e indirectamente en la cobertura y en la misma calidad de los servicios brindados. Por tal motivo, es importante conocer la situación actual sobre la calidad de atención y satisfacción de los usuarios de los servicios otorgados en las unidades de salud de la zona oriental para lograr desarrollar acciones de mejoría continua y por otra parte se considera necesario estudiar la situación relacionada en nuestro sistema ya que a nivel local no existen estudios comparativos, similares o equivalentes mediante los cuales se expongan de manera directa, analicen y reconozcan deficiencias en las prestaciones de los servicios desde la perspectiva poblacional en nuestra zona oriental.

Las instituciones del sector salud de nuestro país, tienen que dar seguimiento y realizar acciones para conocer la opinión de los usuarios sobre los aspectos relacionados a la calidad de la atención, tomando como punto de partida la evaluación continuada de este rubro, desde la opinión de cada usuario, hecho común en muchos otros países y para lograrlo se ha establecido tomar como marco de referencia la GUIA TECNICA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD del MSPAS; además se debe lograr a partir de ello obtener un conjunto de conceptos y actitudes asociados, en relación a la atención recibida con lo cual la información recabada beneficia a la organización otorgante, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en necesidades y expectativas. Cabe señalar además que mediante los datos que se recolectan se conocen las fortalezas y debilidades de los prestadores del servicio de calidad; a partir de ello se plantearan innovaciones en los servicios, mayor control en la planeación de actividades, también se identificarán quejas de pacientes descontentos.

Tendría que ser posible también, documentar los diferentes niveles de desempeño laboral y facilitar la evaluación de tal forma que aporte en sentido positivo, para mejorar la calidad de atención mediante el establecimiento de patrones de desempeño, todo esto con el objetivo de fortalecer la prestación de servicios y mejorar la atención al usuario en la red de establecimientos de salud, comprendiendo en amplio sentido que la calidad misma es un proceso de permanente mejora.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. ANTECEDENTES DEL FENÓMENO OBJETO DE ESTUDIO

Históricamente la Salud Pública en El Salvador, inicia a partir del año de 1940 con la creación de la división de servicios locales conformadas por unidades sanitarias y brigadas móviles; a finales de 1948 se crea el Ministerio de Asistencia Social contando para esa fecha con 32 establecimientos de salud en municipios tales como San Salvador, Soyapango, Santa Tecla y otros destacándose además la extensa cobertura programada, la demanda poblacional exagerada y falta de personal capacitado para brindar atención de calidad; en el año de 1950 evoluciona y se conoce como el actual Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que a la fecha cuenta con 371 unidades de salud que brindan servicios de primer nivel en salud y esto aunado con el creciente auge poblacional, demanda y difícil accesos geográficos a grupos poblacionales precarios . Las unidades de salud se ubican en áreas estratégicas para lograr cobertura de poblaciones prioritarias razón por la cual desde sus inicios estos pequeños centros de atención se han encontrado con inconvenientes como falta de recursos humanos, inadecuada infraestructura y desabastecimiento de medicamentos mucho de ellos ya superados, mas sin embargo algunos presentes a la fecha.

Desde la década de los noventa el Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social ha desarrollado acciones dirigidas al mejoramiento de la calidad en la atención de los servicios de salud, y esfuerzos para conocer y mejorar la satisfacción del usuario por los servicios de salud. En este periodo se desarrollaron iniciativas importantes tales como: capacitaciones con el enfoque de calidad y la conformación de los círculos de calidad en los establecimientos de la red nacional de servicios de salud, en los cuales se analizaban situaciones que afectaban la calidad de atención y la búsqueda de soluciones en forma conjunta. Una experiencia de estos esfuerzos ocurrió en la etapa de desarrollo del nuevo Hospital Benjamín Bloom con un proceso de mejoría continua de calidad con el apoyo del Gobierno de Alemania.

En la actualidad el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a pesar del cambio de dirigencia gubernamental, cuenta con un referente para la mejoría continua en la calidad de los servicios brindados a los usuarios, que además era parte del Plan Estratégico Quinquenal 2004-2009 País Seguro del Ministerio de Salud conocido como “Programa Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud en El Salvador” que consigna en sus estrategias y compromisos: incrementar el número de los usuarios satisfechos con los servicios recibidos, retomando la calidad como el eje transversal en la prestación de los servicios de salud.

1.2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

De la problemática antes descrita se deriva el problema que se enuncia de la siguiente manera:

¿Influye la calidad de atención en la satisfacción percibida por el usuarios de las unidades de salud objeto de estudio?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la calidad de la atención y su relación con la satisfacción percibida por el usuario de las unidades de salud objeto de estudio.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la satisfacción de los usuarios sobre la calidad de los servicios médicos que se prestan así como los horarios de atención y el tiempo de espera de los usuarios en las unidades de salud objeto de estudio
- Conocer la percepción del usuario acerca del trato del personal que labora en las unidades de salud en estudio
- Establecer la satisfacción del usuario sobre las condiciones físicas de las unidades de salud en investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. GENERALIDAD DE CALIDAD DE ATENCIÓN

2.1.1. Calidad de la Atención

Pese a la importancia de la calidad, hasta la fecha ha habido muy pocos esfuerzos continuos de garantía de calidad en los servicios del primer nivel. Muchas de las evaluaciones que tuvieron lugar se han concentrado en la medición de los cambios en las tasas de mortalidad, morbilidad y cobertura. Pocas han enfatizado la calidad de los servicios o el proceso de la prestación de éstos y aun menos realizan esfuerzos sistemáticos para mejorar la calidad con base en los resultados del proceso de prestación de servicios.

Los servicios de salud de alta calidad pueden parecer a primera vista un lujo más allá de los límites presupuestarios que el Ministerio de Salud de Asistencia Social pueda atribuir a los servicios del primer nivel de atención. Sin embargo, en muchos casos la mejora de la calidad no cuesta nada, más bien vale oro. La atención a la calidad es esencial para el éxito de los programas de atención primaria de salud y los administradores de salud con presupuestos restringidos no pueden darse el lujo de hacer caso omiso de ellos

Además de evaluar la cobertura de población y el mérito tecnológico de las intervenciones de salud, los proveedores de salud deben evaluar la calidad de los servicios el grado en el cual el servicio se presta de acuerdo a las normas prescritas. Supongamos, por ejemplo, que las metas de tasas de cobertura se alcanzan en una campaña de vacunación contra el infantil pero que un examen más a fondo revela que una gran proporción de las vacunas administradas no fueron eficaces debido al deficiente mantenimiento de la cadena de frío. En un caso como ese, el impacto de la intervención está comprometido y los recursos se desperdician en virtud de la baja calidad que el proveedor de salud presta el servicio

Para que la atención primaria de salud tenga éxito, se espera que los proveedores de atención y la comunidad evalúen en forma cooperativa las necesidades de salud y determinen qué enfoque permite optimizar la atención dadas las limitaciones de recursos. La garantía de calidad promueve la confianza, mejora la comunicación y fomenta una comprensión más clara de las necesidades y las expectativas de la comunidad. Si los proveedores no ofrecen servicios de calidad, no lograrán granjearse la confianza de la población y las personas recurrirán al sistema del primer nivel de salud únicamente cuando estén en extrema necesidad de atención curativa. Tal situación es especialmente desafortunada, en donde los programas atención preventiva para salvar vidas tales como inmunización, crecimiento y desarrollo, planificación familiar y atención prenatal, depende de la voluntad de la participación de las comunidades. Aún más, a medida que los programas de atención primaria de salud adoptan estrategias en la mejora de los servicios y recuperación de las comunidades, la calidad del servicio debe ser suficiente para atraer la población a la clínica sobre la base de sus servicios.

Los esfuerzos de garantía de calidad también ofrecen a los trabajadores de salud una oportunidad de sobresalir, con lo cual, aumenta la satisfacción laboral y el respeto de la comunidad. Las graves restricciones de recursos limitan la capacidad que tienen los sistemas de atención del primer nivel de salud de ofrecer mejores infraestructuras, más personal calificado, mejores medicamentos y suministra al equipo de salud los instrumentos necesarios para brindar una atención en salud integral de los pacientes.

2.1.2. Calidad

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. Si bien ninguna de las definiciones de calidad se aplica a todas las situaciones, las siguientes definiciones son guías útiles para definir la calidad de los servicios de salud:

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.¹

. . .el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se sabe que son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tienen la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición.²

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*”.³

2.1.3. LOS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA CALIDAD

- Consecución de la plena satisfacción de las expectativas y necesidades del usuario (orientación a los usuarios)
- Desarrollo de un proceso de mejora continua en todas las actividades y procesos (desarrollo de estructura organizativa y funcional que lo sustente)
- Total compromiso de la dirección y un liderazgo activo por parte de todo el equipo directivo (gestión participativa, desarrollo de habilidades interpersonales y formación continua y permanente)
- Participación de todos los miembros de la organización (fomento de una gestión de calidad)
- Participación activa del proveedor en el sistema de calidad
- Identificación y gestión de los procesos claves de la organización, superando las barreras estructurales.

¹ DONABEDIAN, Avedis, *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980, pp. 5-6.

² Dr. Avedis Donabedian, 1980

³ M. I. Roemer y C. Montoya Aguilar, *OMS*, 1988

- Desarrollo de habilidades para la toma de decisiones de gestión basada en datos de hechos objetivos (evidencia)

2.1.4. DIMENSIONES DE LA CALIDAD

La calidad es un concepto integral y polifacético. 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. Las actividades pertinentes pueden encarar una o más variedades de dimensiones tales como *competencia profesional, acceso a los servicios, eficacia, satisfacción, aceptabilidad de los servicios, eficiencia, continuidad, seguridad o comodidades*. 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.

Las ocho dimensiones que se detallan a continuación consideramos que se trata de dimensiones que son particularmente importantes en el medio de la atención del primer nivel de salud. Sin embargo, cabe destacar que no todas las ocho 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.

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.

2.1.4.1. Competencia Profesional

La competencia profesional se refiere a la capacidad y al desempeño de las funciones de los grupos de salud, del personal administrativo y del personal de apoyo. Por ejemplo, para que haya competencia profesional en los servicios prestados por los trabajadores de salud de una comunidad, esa persona tiene que tener la capacidad y los conocimientos necesarios para realizar las tareas, lo que debe hacer en forma uniforme y precisa (desempeño real).

La competencia profesional se relaciona con la ejecución de las pautas y normas para el ejercicio de la profesión y la realización en términos de fiabilidad, precisión, confiabilidad y

uniformidad. Esta dimensión es pertinente tanto para los servicios clínicos como no-clínicos. Para los grupos de salud, comprende las técnicas relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento así como la capacidad de suministrar asesoramiento efectivo en salud y establecer una buena relación con el paciente.

La competencia administrativa profesional exige idoneidad en supervisión, capacitación y solución de problemas. La experiencia que precisa el personal de apoyo depende de cada descripción del puesto, aunque las técnicas de relación interpersonal con el paciente y las comunidades son de particular importancia. Por ejemplo, la forma como una recepcionista responde a las solicitudes de información es un aspecto de la competencia profesional en ese puesto, mientras que la persona encargada de la farmacia tiene que poseer competencia en logística y control del inventario.

La competencia profesional también puede referirse a los recursos materiales: por ejemplo, una máquina de rayos X debe proporcionar radiografías que respondan a las normas aceptadas en forma constante. La falta de competencia profesional puede variar de desviaciones menores de los procedimientos normales a errores de importancia que disminuyen la eficacia o ponen en peligro la seguridad del paciente.

2.1.4.2. Acceso a los servicios

El acceso implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención de salud. Esta dimensión de la calidad comprende barreras de índole geográfica, económica, social, organizacional, cultural, o lingüística.

El acceso geográfico incluye los medios de transporte, las distancias, el tiempo de viaje y cualquier otra barrera física que impida al cliente recibir atención. El económico se refiere a la accesibilidad de los productos y servicios ofrecidos a los clientes.

El social o cultural se relaciona con la aceptabilidad de los servicios ofrecidos, teniendo en cuenta los valores culturales y las actitudes locales.

El organizacional se refiere a la medida en que la organización de servicios es conveniente para los posibles clientes; las horas de atención de las clínicas y los sistemas de turnos, el tiempo de espera y la modalidad de la prestación de servicios son ejemplos de cómo la organización de estos últimos puede crear barreras para el uso de los mismos.

En una sociedad en la que las personas no pueden viajar con facilidad al centro de salud, la carencia de servicios en la comunidad o visitas domiciliarias de rutina puede crear un problema de acceso.

El acceso lingüístico implica que los servicios se presentan en un idioma que permita a los clientes expresarse con facilidad y entender al trabajador de salud.

2.1.4.3. Eficacia

La calidad de los servicios de salud depende de la eficacia de las normas de prestación de servicios y las de orientación clínica. La eficacia es una dimensión importante de la calidad en el ámbito central donde se definen las normas y especificaciones.

Los temas relacionados con la eficacia también son importantes de considerar en el ámbito local en la medida en que los directivos deciden cómo aplicar las normas y adaptarlas a las condiciones locales.

Cuando determinan qué normas deben aplicarse en una situación dada, hay que tener en cuenta los riesgos relativos relacionados con la condición y el procedimiento médico. Por ejemplo, en una población con un alto número de embarazos de alto riesgo, la utilización más frecuente del procedimiento de cesárea puede estar justificada, pese a los riesgos asociados.

Para determinar si esta es una estrategia eficaz, el peligro que evita el procedimiento debe compararse con los beneficios netos que reporta, tomando en cuenta las complicaciones asociadas

2.1.4.4. Satisfacción

La dimensión de satisfacción del usuario se refiere a la relación entre proveedores de salud y usuarios de los servicios de salud (pacientes), entre administradores y proveedores de servicios de salud y entre el equipo de servicios de salud y la comunidad.

Las buenas relaciones interpersonales contribuyen a la eficacia de la asesoría prestada en materia de salud y al establecimiento de una buena relación general con los pacientes.

Dichas relaciones son las que producen confianza y credibilidad, y se demuestran por medio del respeto, la confidencialidad, la cortesía, la comprensión y compenetración. La manera de escuchar y comunicarse es también un aspecto importante. Los servicios de salud se pueden prestar de una manera profesionalmente competente, pero si las relaciones interpersonales no son adecuadas, se corre el riesgo de que la atención sea menos eficaz.

Por ejemplo, si no se trata bien al paciente, es probable que éste no atienda las recomendaciones formuladas por el miembro del grupo de salud, o que no obtenga la atención necesaria en el futuro a raíz de que se siente incómodo por la forma en que fuera tratado. Por ende, los problemas de la dimensión de satisfacción del cliente pueden comprometer la calidad general de la atención.

2.1.4.5. Eficiencia

La eficiencia de los servicios de salud es una dimensión importante de la calidad dado que los recursos de atención de salud son generalmente limitados.

Los servicios eficientes son los que suministran atención *más óptima* al paciente y a la comunidad; es decir, suministran el mayor beneficio dentro de los recursos con los que se cuenta.

La eficiencia exige que los proveedores de salud eviten suministrar atención innecesaria o inapropiada y que la atención deficiente que se da como resultado de normas inefectivas se minimice o se elimine, la atención deficiente, además de ocasionar riesgos innecesarios e incomodidades al paciente, a menudo es cara y toma mucho tiempo corregirla.

Dos maneras de mejorar la calidad serían eliminar el derroche y evitar los errores al mismo tiempo que se reducen los costos. Sin embargo, sería engañoso dejar implícito que las mejoras de calidad jamás exigen recursos adicionales.

Algunas mejoras cuestan dinero. Por medio de un análisis de eficiencia los administradores de los programa de salud pueden determinar la manera más eficaz en función del costo de utilizar recursos adicionales.

2.1.4.6. Continuidad

La continuidad implica que el usuario puede recibir la serie completa de servicios de salud que necesita sin interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnosis o tratamiento. Los servicios deben ofrecerse en forma constante. Además, el usuario debe tener acceso a la atención rutinaria y preventiva de un proveedor que conozca su historia clínica, para poder derivarlo oportunamente a servicios especializados, cuando corresponda.

A veces, la continuidad se logra asegurándose de que los usuarios visiten al mismo proveedor de atención primaria; en otras situaciones, se logra mediante el mantenimiento de registros médicos bien ordenados y archivados, para que un nuevo miembro del grupo de salud conozca la historia clínica del paciente y pueda basarse y complementar el diagnóstico y tratamiento de proveedores anteriores.

La continuidad es una dimensión muy importante de los servicios de calidad para la atención de salud y su carencia puede comprometer la eficacia, reducir la calidad de satisfacción del usuario y disminuir la eficiencia de la atención.

2.1.4.7. Seguridad

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

La seguridad constituye una preocupación de todos los miembros del grupo de salud así como del paciente.

El sistema de salud tiene la responsabilidad de asegurar que los servicios se presten con un mínimo de riesgos; si bien la seguridad pareciera revestir mayor importancia cuando se prestan servicios clínicos complejos, existen también aspectos relativos a esta última en cuanto a la prestación de los servicios básicos de salud. Por ejemplo, las salas de espera en los centros de salud pueden exponer a los pacientes a infecciones si no se toman medidas para prevenirlo.

Si un trabajador de salud no proporciona las instrucciones adecuadas para la preparación de una solución de rehidratación oral (SRO), una madre puede administrar a su hijo o hija una SRO que contenga una concentración peligrosamente alta de sal.

2.1.4.8. Comodidad

Las comodidades se refieren a las características de los servicios de salud que no están directamente relacionadas con la eficacia clínica, pero que acrecientan la satisfacción del cliente y su deseo de volver al establecimiento para recibir atención médica en el futuro.

Las comodidades son también importantes porque pueden influir en las expectativas que tienen los pacientes y la confianza que siente con relación a otros aspectos del servicio o producto.

Además, las comodidades a menudo se relacionan con el aspecto “físico del establecimiento”, el personal y los materiales; así como con las comodidades “físicas, la limpieza y la privacidad”. Como por ejemplo, “una sala de espera que es confortable tiene asientos cómodos y una decoración agradable”; “baños limpios y de fácil acceso y salas de consulta que proporcionan privacidad.” Todos estos representan algunas comodidades que pueden ser importantes para los pacientes.

Otras comodidades pueden incluir las características que tornan la espera más placentera, como por ejemplo música, videos educativos y materiales de lectura. Si bien algunas comodidades se consideran lujos en los establecimientos del primer nivel de salud, no obstante, son importantes para la comodidad de los usuarios y mantener la relación con los mismos, así como para asegurar la continuidad y cobertura de los servicios.

2.2. PERSPECTIVAS DEL SIGNIFICADO DE CALIDAD

Las definiciones y dimensiones explicadas anteriormente constituyen un marco teórico amplio en el que se pueden incluir casi todos los aspectos del desempeño del sistema de salud.

Todas estas dimensiones son importantes cuando los pacientes, proveedores de servicios de salud y administradores tratan de definir la calidad de la atención desde sus puntos de vista únicos por ejemplo: ¿Qué significa la atención de calidad de salud para las comunidades y los pacientes que dependen de ella, los clínicos que la suministran y los gerentes y administradores que la supervisan?

2.2.1. El paciente

Para los pacientes particulares o las comunidades que reciben atención por parte de estos establecimientos de salud, la atención de calidad satisface sus necesidades percibidas, se presta de manera cortés y en el momento en que se necesita.

Desean servicios que alivien los síntomas en forma eficaz y prevengan las enfermedades. La perspectiva del paciente es muy importante porque es más probable que los clientes satisfechos cumplan con el tratamiento y continúen utilizando los servicios de salud primaria. Es por ese motivo que, con respecto a todas las demás dimensiones de calidad, la satisfacción del cliente afecta la salud y el bienestar de la comunidad.

Los pacientes y las comunidades a menudo se concentran en la eficacia, la accesibilidad, las relaciones interpersonales, la continuidad y las comodidades como los aspectos más importantes que la calidad tiene para ellos.

Sin embargo, es importante observar que las comunidades no siempre comprenden totalmente sus necesidades en materia de servicios de salud y no están en condiciones de evaluar la competencia profesional en forma adecuada. Además, el hecho de que las comunidades no siempre entienden sus necesidades en materia de servicios de salud es especialmente cierto para los servicios preventivos.

Son los miembros del grupo de servicios de salud quienes tienen que averiguar cuáles son las condiciones y las necesidades de servicios de la comunidad, a fin de instruir a las comunidades sobre los servicios básicos y darles la mayor participación posible en la definición de la forma en que se prestarán los mismos. ¿Qué decisiones deben tomar los profesionales de salud y cuáles la comunidad? ¿Cuál es el campo de acción de los profesionales en este aspecto?

Se trata de una esfera de índole subjetiva y cargada de valores que requiere un diálogo constante entre los trabajadores de salud y la comunidad. Se debe mantener una relación de confianza y un proceso de comunicación mutuo entre la comunidad y el grupo de salud para poder negociar estos aspectos de una manera eficaz.

2.2.2. Los Proveedores de servicios de salud

Para los miembros de servicios de salud, la atención de calidad implica la libertad de hacer todo lo que sea apropiado para mejorar la condición de salud del paciente y de la comunidad, de acuerdo a normas establecidas, técnicas actuales y los recursos con los que se cuenta.

El compromiso y la motivación del proveedor dependen de la capacidad para llevar a cabo su vocación de una manera ideal u óptima. Los miembros del grupo de salud tienden a concentrarse en la competencia profesional, la eficacia y la seguridad.

Las preguntas clave que se podrían formular son las siguientes: ¿A cuántos pacientes por hora deben atender los proveedores? ¿Qué servicios de laboratorio tienen a su disposición y qué tan precisos, eficaces y confiables son? ¿Qué sistemas de referencia existen cuando se necesitan los servicios de un especialista o una mayor tecnología? ¿Son adecuadas las condiciones físicas y sanitarias de trabajo como para garantizar la privacidad de los pacientes y un ambiente profesional para el encuentro? ¿Tiene la farmacia un suministro confiable de todos los medicamentos que necesitan? ¿Existen oportunidades para brindar educación médica continua?

Así como el sistema de atención de la salud debe responder a las perspectivas y las demandas del paciente, también debe hacerlo con las necesidades y las estipulaciones del proveedor de atención de la salud si se desea maximizar la calidad de ésta.

En este sentido, los proveedores de atención médica pueden considerarse como “clientes internos” del sistema de atención de salud, que necesitan y esperan recibir servicios profesionales, administrativos y auxiliares que sean eficaces y eficientes para de igual manera estar en condiciones de brindar una atención de primera calidad

2.2.3. El administrador de servicios de salud

Los Ministros, gerentes o directores regionales de los servicios de salud rara vez participan en la prestación de servicios de atención, pero la atención de calidad es importante en su trabajo diario.

La variedad de las demandas de supervisión, administración logística y financiera y asignación de escasos recursos presenta muchos retos y crisis inesperados.

Esto puede hacer que un gerente no tenga una idea clara del propósito ni de las prioridades clínicas necesarias en los servicios de atención del primer nivel de salud.

Para un gerente, la concentración en la calidad puede ayudarle a organizar la administración del personal, el mejor flujo de los pacientes y el acceso de servicios a la comunidad. Los administradores de los servicios de salud tienden a pensar que el acceso, la eficacia, la competencia profesional y la eficiencia son los aspectos más importantes de la calidad.

2.3. GARANTIA DE LA CALIDAD DE ATENCION

2.3.1. Que es Garantía de la Calidad

La mejora continua de la calidad es “...un programa independiente de supervisión destinado a asegurar que existan todas las actividades de calidad necesarias y que sean de una eficacia óptima; que los resultados de las actividades de calidad constante sean positivos y que se comuniquen, entiendan y faciliten en forma positiva”

Todas estas definiciones de garantía de calidad comparten varias características. Por ejemplo, cada una de ellas se refiere a un proceso de evolución sistemático que se orienta hacia el mejoramiento del desempeño y la utilización de información en el proceso, ya sea en forma implícita o explícita.

Fundamentalmente, la garantía de calidad es el conjunto de actividades que se llevan a cabo para fijar normas, vigilar y mejorar el desempeño de tal manera que la atención prestada sea lo más eficaz y segura posible.

La garantía de calidad no es una nueva “varita mágica,” sino que ha formado parte de la atención de salud durante los últimos 100 años. Su introducción a la medicina moderna se debe a una enfermera británica, Florence Nightingale, quien evaluó la calidad de la atención de los hospitales militares durante la Guerra de Crimea.

Ella introdujo las primeras normas de atención sanitaria, las que produjeron una notable reducción de los índices de mortalidad en los hospitales.

Hasta hace poco, la garantía de calidad se usó principalmente en los hospitales de los países desarrollados, dependiendo en gran medida de las normas de atención formuladas por los organismos acreditantes. En la década de los años 1980, la garantía de calidad se extendió a la atención primaria de la salud en los Estados Unidos y en Europa. Simultáneamente, los algoritmos desarrollados por la OMS para el control de casos de diarrea e infección respiratoria aguda (ARI) introdujeron las normas de atención. Después de 1985, la OMS comenzaron a utilizar el análisis de sistemas y las supervisión de los establecimientos para evaluar la calidad de la atención brindada en ellos.

2.3.2. Principios de Garantía de la Calidad

1. La garantía de calidad se orienta hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y de la comunidad a la que sirve.
2. La garantía de calidad utiliza información para analizar los procesos de prestación de servicios.

3. La garantía de calidad alienta un enfoque de trabajo en equipo para la solución de problemas y la mejora de la calidad.

2.3.2.1. La garantía de calidad se orienta hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y de la comunidad a la que sirve.

La garantía de calidad exige un compromiso para determinar qué necesitan los pacientes y la comunidad, qué quieren y qué esperan de los servicios de salud. El equipo de salud tiene que trabajar con las comunidades para satisfacer las demandas y promover la aceptación de los servicios preventivos necesarios.

La planificación de programas y los esfuerzos subsiguientes de mejora de calidad deben evaluarse de acuerdo con estas necesidades y expectativas. Además, la garantía de calidad también requiere que se satisfagan las necesidades y expectativas de los trabajadores de salud que prestan los servicios de atención.

2.3.2.2. La garantía de calidad utiliza información para analizar los procesos de prestación de servicios.

Otro aspecto importante de la garantía de calidad son las técnicas cuantitativas para el análisis y la supervisión de problemas. Este enfoque orientado hacia la información sirve para que el equipo de supervisor pruebe sus teorías sobre las causas de fondo los problemas encontrando una solución eficaz de los problemas, basándose en los hechos, no en suposiciones.

2.3.2.3. La garantía de calidad alienta un enfoque de trabajo en equipo para la solución de problemas y la mejora de la calidad.

La participación del personal y el uso de enfoques de equipo, cuando corresponda, son esenciales para la garantía de calidad.

Las perspectivas de participación ofrecen dos ventajas. En primer lugar, el producto técnico de un proceso participatorio es probable que sea de mejor calidad porque cada uno de los miembros del equipo aporta perspectiva e información originales al esfuerzo de mejora de la calidad.

El trabajo en equipo posibilita un análisis completo del problema y una solución factible.

En segundo lugar, es más probable que la gente acepte y respalde los cambios en que participó. Por ende, la participación genera el consenso y reduce la resistencia que normalmente se experimenta cuando se inician cambios institucionales

2.4. TENDENCIAS REGIONALES EN LOS PROGRAMAS DE GARANTIA DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ATENCION

Los programas en América Latina y el Caribe han mostrado hasta ahora cinco tendencias regionales.

La primera consiste en el desarrollo de procesos, con lo cual se pretende llevar a cabo una acción continuada y establecer estrategias integradas, en lugar de promover medidas y acciones aisladas y esporádicas.

La segunda tendencia es el desarrollo de una acción integrada que haga uso combinado y simultáneo de varias de las herramientas de calidad, como se observa claramente en los procesos de mejoramiento continuo.

Como tercera tendencia se observa una mayor orientación hacia los usuarios, tanto en los procesos como en los resultados, con la población y otros actores asumiendo una mayor participación en todo el proceso de gestión de la calidad.

En cuarto lugar, se percibe la tendencia a adoptar una visión sistémica en la cual los hospitales dejan de ser el centro del sistema de salud. El pasado énfasis en los establecimientos se transforma ahora en un interés por el conjunto de la red de servicios.

Como quinta y última tendencia se observa la creciente búsqueda de indicadores de desempeño. Para cuantificar el desempeño y demostrarlo, es preciso contar con sistemas de información adecuados y con indicadores y estándares apropiados.

2.5. LOS RETOS DEL FUTURO

La garantía de calidad de los servicios de salud plantea grandes dificultades, tanto para las autoridades de salud como para los otros actores del sector; al mismo tiempo, ofrece a los países oportunidades interesantes no solamente para establecer alianzas estratégicas entre los diversos organismos, sino también para cooperar con las autoridades de otros países a fin de resolver las nuevas necesidades que surgen al paso.

El reto fundamental para las autoridades de salud en los albores del nuevo siglo es garantizar el acceso de toda la población a servicios de calidad cuyo costo pueda ser enfrentado por la sociedad.

Para lograrlo, deberán definirse estrategias y acciones claras que integren los intereses de los diversos actores del sector de la salud.

Además, resulta conveniente que las autoridades de salud y los otros actores involucrados exploren el tema de la calidad a fin de:

1. Definir y aclarar el concepto de calidad que se va a adoptar en los programas.
2. Estudiar y dar a conocer la situación de la calidad de los servicios de salud en los países.
3. Dar prioridad a las acciones que se deben llevar a cabo en el corto y mediano plazo.
4. Lograr que las expectativas de los prestadores y de los usuarios sean compatibles con la disponibilidad de los recursos.
5. Definir la manera de incorporar al usuario y a la ciudadanía en el proceso.
6. Investigar la relación entre el costo y la utilidad de los servicios que se prestan sin atención a la calidad (es decir, el costo real de la falta de calidad).

7. Definir los instrumentos certificación, acreditación, licenciamiento, etc. que van a utilizarse y a integrarse dentro de un programa
8. Prestar atención desde un principio a los aspectos antropológicos y de género.⁴

A nivel internacional, El Salvador como país suscriptor de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ha adquirido compromisos como: reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, garantizar la sostenibilidad del medio ambiente, entre otros, estableciendo metas e indicadores para cada uno de ellos; de acuerdo al análisis de problemas en la calidad de atención y sus causas, en los establecimientos de salud, se reconocen elementos críticos, entre los cuales podemos mencionar: deficiencia en la dotación y competencia de los recursos humanos en salud, encontrándose limitaciones en el mejoramiento de los procesos de atención y administrativos, lo cual es una limitante para disminuir las brechas en salud.

En el marco del plan de gobierno una de las acciones estratégicas es la promoción de los programas de mejoramiento de la calidad en los establecimientos de salud.

En nuestro país en el área de salud, se ha aplicado el modelo de mejora continua de la calidad de la fundación europea para la gestión de la calidad, y el modelo de mejora de la calidad participativo basado en evidencia impulsado por el gobierno de Japón.

Los modelos de calidad también han evolucionado desde el control de la calidad hasta el mejoramiento continuo en la búsqueda de articular todos los sistemas, subsistemas y procesos interdependientes en un todo, con el propósito de crear un valor agregado para así poder cumplir con las expectativas de mejorar la calidad de atención y satisfacer si no a todos pero si a la mayoría de los usuarios, personal, proveedores y la sociedad en general que asiste a los sistemas de atención del primer nivel en salud.

⁴ Ministerio de Salud pública y Asistencia social. *Guía Técnica para la mejora continúa de la Calidad*. El salvador 2008. 75 paginas

2.6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **CALIDAD EN SALUD**

Es el grado en el cual los servicios de salud establecidos para las personas, la familia y la comunidad en su conjunto, garantizan un acceso oportuno y continuo, brindándose de manera ética con eficiencia, eficacia, efectividad, equidad, seguridad, integralidad y calidez.

- **EFICACIA**

Se refiere al grado de relación entre un procedimiento aplicado y los resultados esperados, estos resultados expresados en términos de normas de provisión de servicios.

- **CONTINUIDAD**

Se refiere al grado en el cual los usuarios reciben la serie completa de servicios que necesitan sin sufrir interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento.

- **SEGURIDAD**

Es el grado de relación entre el conjunto de beneficios a brindar y los riesgos a que se somete el usuario.

- **COMODIDAD**

Son las características de los servicios de salud que agregan valor y aumentan la satisfacción del usuario.

- **EFICIENCIA**

Es suministrar el mayor beneficio con los recursos que se cuentan.

- EQUIDAD

Se refiere a la provisión de servicios de salud a los diferentes grupos socioeconómicos, demográficos, étnicos y género según su necesidad.

- ACCESO

Grado en el cual el otorgamiento de los servicios de salud no son restringidos por barreras geográficas, económicas, sociales, culturales y organizacionales.

- COMPETENCIA TÉCNICA

Es el nivel de conocimientos, habilidades y destrezas del personal de salud.

- CALIDEZ

Complementa a la calidad técnica y se refiere a la relación interpersonal de los proveedores hacia los usuarios en el marco de derechos humanos, basados en el respeto y la empatía.

- MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

Son los ciclos sistemáticos de mejora para disminuir las brechas que inciden en el logro de los estándares de la calidad, centrado en el usuario, sistemas y procesos, trabajo en equipo y la evidencia.

- EMPATÍA:

Es la capacidad que tiene el ser humano para conectarse a otra persona y responder adecuadamente a las necesidades del otro, a compartir sus sentimientos, e ideas de tal manera que logra que el otro se sienta muy bien con él.

CAPÍTULO III

SISTEMA DE HIPÓTESIS

CAPÍTULO III

3 SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.1 HIPÓTESIS GENERAL

Hi: La calidad de atención influye en la satisfacción percibida por el usuario de las unidades de salud objeto de estudio.

CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

CAPÍTULO IV

4 DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó una investigación descriptiva, para conocer la satisfacción percibida por el usuario en relación con la calidad de atención brindada y transversal porque se analizó el fenómeno en un periodo de tiempo corto, registrando la Información de un problema de salud en un lugar y tiempo específico.

4.2. UNIVERSO Y MUESTRA

Se tomo en cuenta las poblaciones sobre las cuales tiene jurisdicción las unidades de salud de Comacarán, Las Placitas y Llano Los Patos para ejecutar el instrumento mediante el cual se obtendrá la información en cuestión; teniendo una población total de 25,861 usuarios.

4.3. MUESTRA

Pacientes que consultan en las Unidades de Salud mencionadas durante los meses de julio y agosto de 2009

UNIDADES DE SALUD	NUMERO DE USUARIOS	PORCENTAJE	MUESTRA
COMACARÁN	3199	12.4%	47
LAS PLACITAS	16364	63.27%	239
LLANOS LOS PATOS	6298	24.3%	92
TOTAL	25861	100%	378

Fuente: censo poblacional 2007

Fórmula utilizada para determinar la muestra:

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{(n-1) E^2 + Z^2 p q}$$

Donde:

n = Muestra

N = Población

Z = Nivel de confianza (Anexo No. 10)

pq = Variabilidad

E = Nivel de precisión

Datos:

n= ¿...?

N= 25,861

Z= 95% = 1.96

p= 50% = 0.5

q= 50% = 0.5

E= 5% = 0.05

Sustituyendo:

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 25,861}{(25,861-1) \times 0.05^2 + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{3.84 \times 0.5 \times 0.5 \times 25,861}{25,860 \times 0.0025 + 3.84 \times 0.5 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{0.96 \times 25,861}{64.65 + 0.96} = \frac{24826.56}{65.61} = 378$$

n= 378 usuarios a encuestados

4.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Personas que consultaron en las unidades de salud en estudio
2. De 18 a 59 años de edad
3. Ser hombre o mujer
4. Que pertenecieran a la zona geográfica de influencia de las unidades de salud en estudio
5. Que consultaron más de una ocasión en el año 2009
6. Usuarios sin padecimientos crónicos
7. Que aceptaron voluntariamente participar en el estudio

4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Personas que no consultaron las unidades de salud en estudio
2. Hombre o mujer menor de 18 años y mayor de 60 años de edad
3. Que no pertenecían al área geográfica de influencia de las unidades de salud en estudio
4. Personas que consultaron por primera ocasión
5. Usuarios con enfermedades crónicas degenerativas
6. Que no aceptaron voluntariamente participar en el estudio

4.4 TIPO DE MUESTREO

No probabilístico por conveniencia o cuota ya que se tomaron en consideración ciertas características propias de la investigación, en este caso, las características o criterios de inclusión y exclusión descritos anteriormente.

4.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica documental: Se nos permitió la obtención de la información de libros documentos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y sitios web tanto en forma impresa y electrónica.

Técnica de campo: La entrevista que se utilizó para la recolección de la información, permitió la obtención y consolidación de los datos y llegar a las conclusiones del presente trabajo.

4.6 INSTRUMENTO

Para la investigación de campo se utilizó un guía de entrevista de 27 preguntas cerradas, las cuales fueron dirigidas a los usuarios de las unidades de salud objeto de estudio y que cumplieron los requisitos mencionados en los criterios de inclusión; con la finalidad de obtener respuestas objetivas.

4.7. PROCEDIMIENTO

Una vez recolectada la información se tabularon los datos manualmente para luego elaborar tablas de frecuencia u gráficos auxiliándose el grupo investigador del programa Excel/2000.

4.7.1. PLANIFICACIÓN

En ésta fase se elaboró el perfil de investigación que comenzó a realizarse en la 1ra. Semana de Marzo y se entregó en la 1ra semana de Abril; una vez aprobado el perfil se dio inicio a la elaboración del protocolo de investigación que inició la última semana de Abril y se entregó en la primera semana de Julio, el grupo integró todos los elementos básicos iniciales para el abordaje de la evaluación de la satisfacción percibida por los usuarios de las unidades de salud a partir de la calidad de atención brindada, así como también el diseño metodológico, en el cual se definió el tipo de estudio, universo, muestra, tipo de muestreo y técnicas de obtención de la información e instrumento.

4.7.2. EJECUCIÓN

Esta segunda etapa del procedimiento se llevo a cabo durante un periodo de 6 semanas, la cual se dividió en dos fases:

4.7.2.1. Validación del instrumento:

La validación del instrumento se realizó a través de una prueba piloto la cual se llevó a cabo en la cuarta semana del mes de julio del año 2009, para ello cada miembro del grupo administró los instrumentos, en base a la muestra identificada en establecimientos de salud ajenos a las unidades de salud objetos de estudio, estos no formarán parte del estudio, pero tienen las mismas características de la población en estudio.

4.7.2.2. Recolección de datos:

La recolección de datos se realizó a través de la administración de la entrevista en cada unidad de salud en estudio, a partir de la tercera semana de julio hasta la cuarta semana de agosto y se distribuyó de la siguiente manera:

Cuadro N°3

Nombre	Julio				Agosto				Total
	2009				2009				
	1	2	3	4	1	2	3	4	
Marvin Evelio Claros			16	16	15	15	15	15	92
René Antonio Rosa			8	8	7	8	8	8	47
Rafael Antonio Cazares			40	40	40	39	40	40	239
Total									378

CAPITULO V

REPRESENTACIÓN DE LOS

RESULTADOS

5.1 . PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se dan a conocer los resultados acerca de la investigación realizada en las unidades de salud de: Comacarán y Placitas del Departamento de San Miguel, y Llanos los Patos del Departamento de La Unión, durante el periodo comprendido de julio y agosto del año 2009.

Los datos que a continuación se presentan se obtuvieron a través de guía de entrevista elaborada con preguntas cerradas dirigidas a las personas que consultaron las Unidades de Salud en estudio con un universo de 378 encuestados, durante el periodo antes mencionado.

Luego de la obtención de datos se procedió a la tabulación, análisis e interpretación de los resultados, los cuales se representaran a continuación mediante tablas de frecuencia y grafica de barras.

5.1.1 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

CUADRO N° 1

¿Le es accesible a usted asistir a este centro de salud?

OPINION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	352	93%
NO	26	7%
TOTAL	378	100%

Fuente: encuesta de opinión.

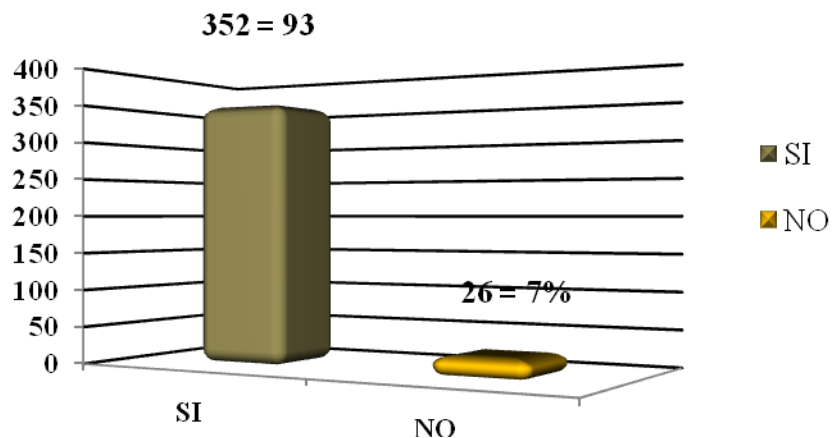
Análisis: En el cuadro del total de los usuarios 352 que corresponden a 93 por ciento del total responden que le es accesible asistir al centro de salud y únicamente 26 que es 7 por ciento contestaron lo contrario.

Interpretación:

La ubicación de la unidad de salud para la mayoría de los usuarios es accesible para asistir a la consulta desde sus lugares de residencia

GRÁFICO N°1

¿ Le es accesible a usted asistir a este centro de salud?



Fuente: cuadro N° 1

CUADRO N° 2

¿Que tipo de transporte utilizó para llegar a este centro de salud?

TIPO DE TRANSPORTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUS	284	75%
CAMINANDO	92	24%
CARRO	2	1%
TOTAL	378	100%

Fuente: encuesta de opinión.

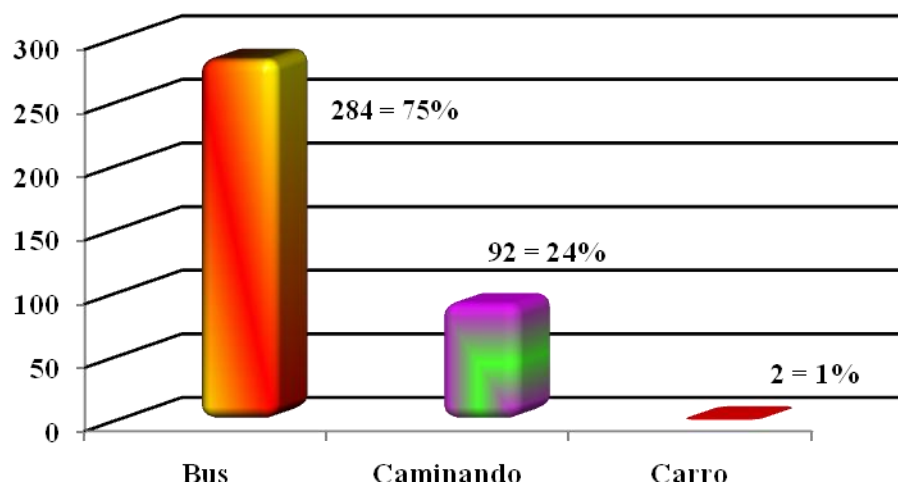
Análisis: En el cuadro se observa que del total de los usuarios 284 de ellos manifestaron que utilizan el bus para llegar al centro de salud, 92 usuarios asisten caminando y solamente 2 de ellos tiene vehículo propio.

Interpretación:

Los usuarios entrevistados refieren que para acceder al centro de salud lo hacen por medio del transporte colectivo y unos pocos usuarios caminando ya que viven en zonas próximas al centro de salud y otros utilizan vehículo propio.

GRÁFICO N°2

¿Que tipo de transporte utilizó para llegar a este centro de salud?



Fuente: cuadro N° 2

CUADRO N° 3

¿Considera usted que la ubicación de la unidad de salud se encuentra en una área segura?

OPINION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	378	100%
NO	0	0%
TOTAL	378	100%

Fuente: encuesta de opinión.

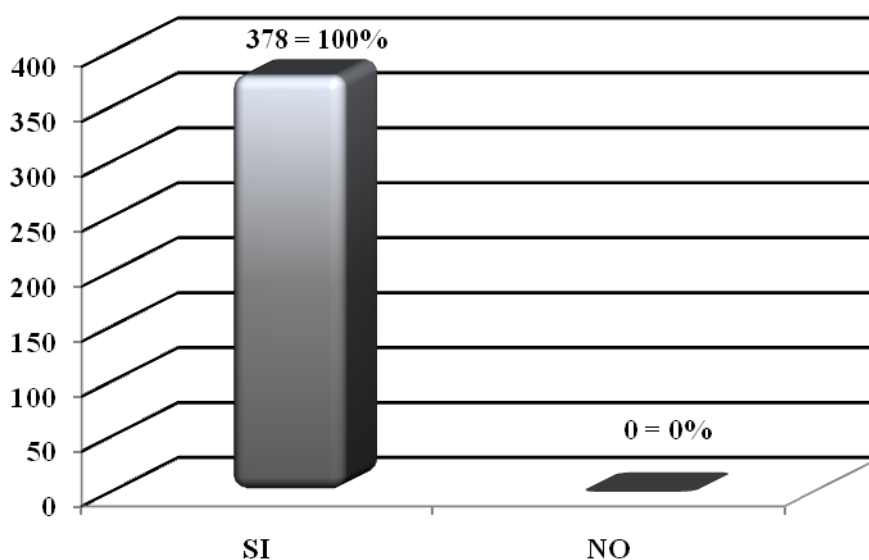
Análisis: En este cuadro el total de la muestra 378 considera que la ubicación de la unidad de salud a la que asisten se encuentra en un área segura.

Interpretación:

La totalidad de los encuestados manifiestan que la ubicación de las unidades de salud se encuentra en una zona adecuada y segura lo que garantiza la comodidad para la provisión de los servicios de salud demandados por la población.

GRÁFICO N°3

¿Considera usted que la ubicación de la unidad de salud se encuentra en una área segura?



Fuente: cuadro N° 3

CUADRO N° 4

¿Le parece conveniente el horario de atención de la unidad de salud?

OPINION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	323	85%
NO	55	15%
TOTAL	378	100%

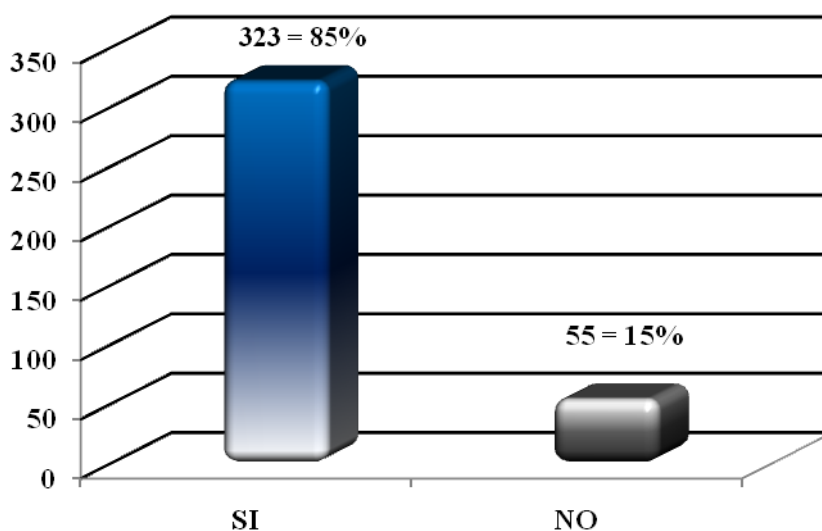
Fuente: encuesta de opinión.

Análisis: En este cuadro se muestra que del total de los usuarios 323 de ellos aceptan que les parece conveniente el horario de atención de la unidad de salud a la que asisten, y 55 usuarios opinan lo contrario.

Interpretación:

Los horarios de atención de las unidades de salud son adecuados, según la opinión de la población, en su mayoría, esa disposición garantiza el acceso oportuno y continuo a los servicios de salud.

GRÁFICO N°4
¿Le parece conveniente el horario de atención de la unidad de salud?



Fuente: cuadro N° 4

CUADRO N° 5

¿Cuanto tiempo pasó desde la hora que llego al establecimiento hasta que fue atendido?

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menor de 2 horas	279	74%
Mayor de 2 horas	99	26%
TOTAL	378	100%

Fuente: encuesta de opinión.

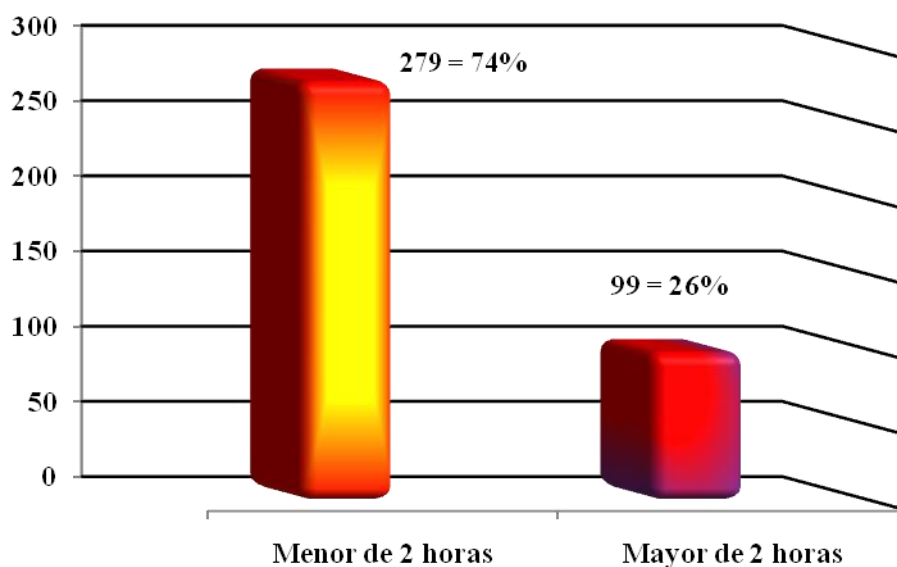
Análisis: En este cuadro del total de usuarios, 279 usuarios afirman que el tiempo de espera para ser atendido fue menor a 2 horas y 99 usuarios responden que el tiempo de espera fue mayor a 2 horas.

Interpretación:

La mayoría de usuarios manifiestan que para ser atendidos esperaron un tiempo considerablemente aceptable en general, menor al que ellos esperaban para ser atendidos, y unos pocos refieren haber esperado demasiado tiempo.

GRÁFICO N°5

¿Cuanto tiempo pasó desde la hora que llego al establecimiento hasta que fue atendido?



Fuente: cuadro N° 5

CUADRO N° 6

¿Cómo le parece este tiempo de espera para la atención?

OPINION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Aceptable	197	52%
No aceptable	181	48%
TOTAL	378	100%

Fuente: encuesta de opinión.

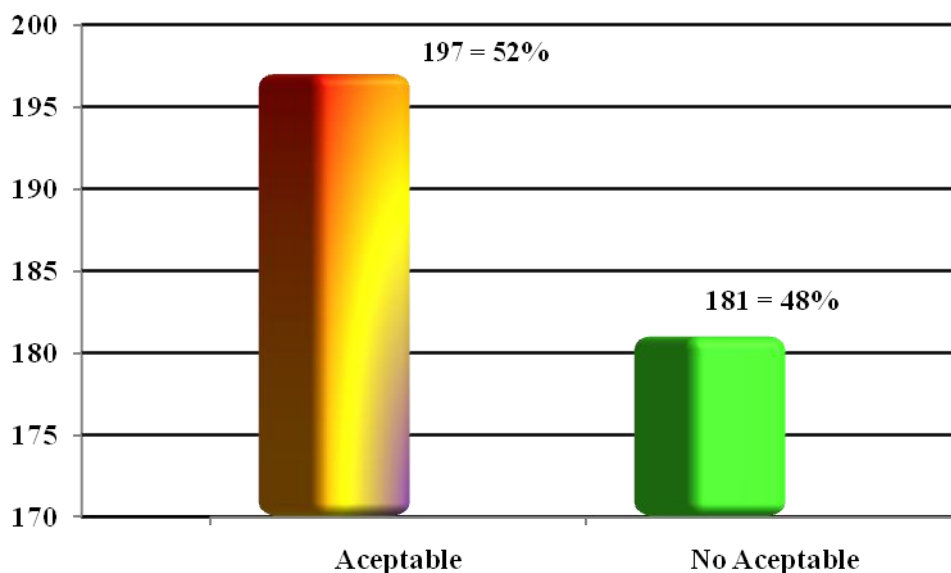
Análisis: En este cuadro se aprecia que de los encuestados 197 contesta que el tiempo de atención es aceptable para ellos y 181 encuestados responden lo contrario.

Interpretación:

No existe mucha diferencia con respecto a la opinión del tiempo de espera para la atención, esa depende de la demanda de los servicios y los recursos médicos disponibles.

GRÁFICO N°6

¿Como le parece el tiempo de espera para la atencion?



Fuente: cuadro N° 6

CUADRO N° 7

¿Cuál fue el tiempo de espera la última vez que consulto?

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menor de 2 horas	161	58%
Mayor de 2 horas	117	42%
TOTAL	378	100%

Fuente: encuesta de opinión.

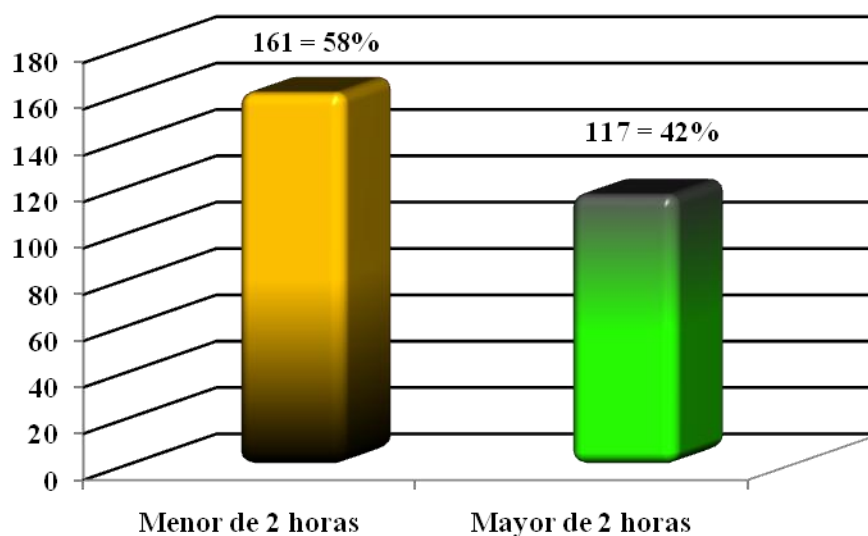
Análisis: En este cuadro el 161 de los usuarios responde que el tiempo de espera la última vez que consulto fue menor de 2 horas y 117 responde que fue mayor de 2 horas.

Interpretación:

En cuanto al tiempo de espera de la última consulta, se identifica que la situación es similar, no existe mucha diferencia en cuanto a mayor o menor de 2 horas. En la consulta realizada durante la investigación, se observa una notable mejoría en relación a la interrogante número 5, que describe que la espera del paciente fue menor a 2 horas en su mayoría.

GRÁFICO N°7

¿Cual fue el tiempo de espera la última vez que consulto?



Fuente: cuadro N° 7

CUADRO N° 8

¿El médico lo interrogó sobre algún padecimiento?

OPINION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	337	89%
NO	41	11%
TOTAL	378	100%

Fuente: encuesta de opinión.

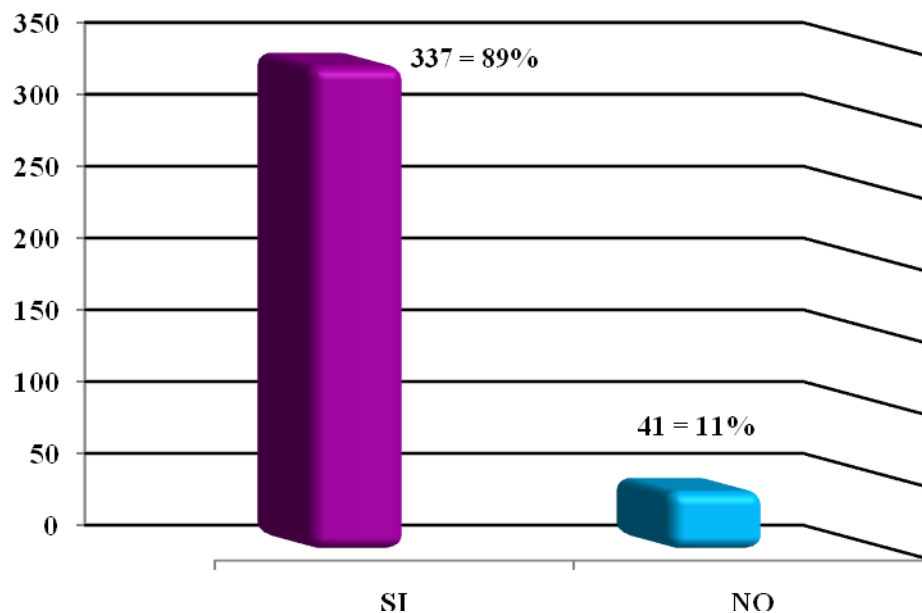
Análisis: En este cuadro se aprecia que el 89 por ciento de los usuarios responde que el medico si lo interrogó sobre algún padecimiento, y el 11 por ciento contesto lo contrario.

Interpretación:

Se determina que del 100 por ciento de los usuarios entrevistados, la mayoría afirma haber sido interrogado sobre su padecimiento por el médico al momento de la consulta y solamente un pequeño grupo de ellos expresa que no se indago sobre su situación en particular.

GRÁFICO N°8

¿El medico le interrogó sobre algun padecimiento?



Fuente: cuadro N° 8

CUADRO N° 9

¿El médico lo examinó?

OPINION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	327	87%
NO	51	13%
TOTAL	378	100%

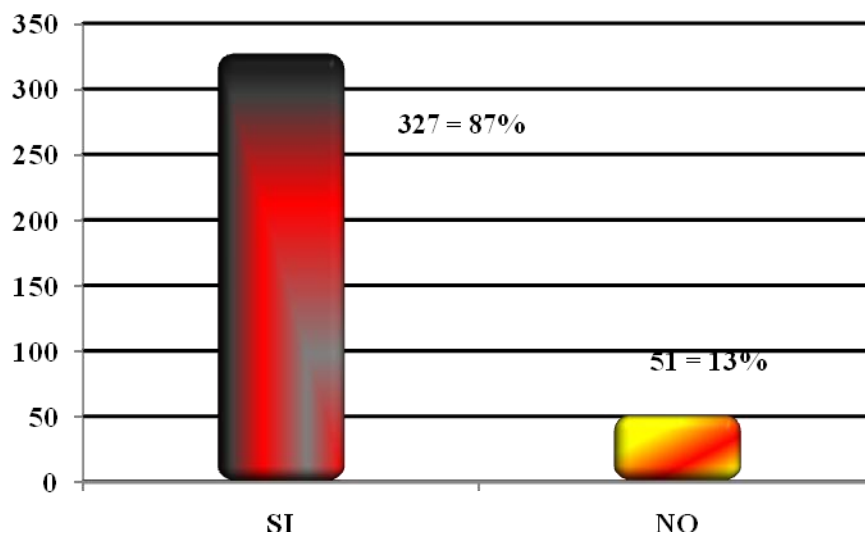
Fuente: encuesta de opinión.

Análisis: En este cuadro se observa que 327 usuarios respondieron que el medico los examino en el momento de la consulta y que 51 respondió que no fueron examinados.

Interpretación:

Se puede inferir que la mayor parte de los entrevistados responde afirmativamente haber sido examinado físicamente por el médico que los atendió, poniendo de manifiesto que a pesar de los pocos recursos y la gran demanda poblacional de usuarios solo una poca proporción de los entrevistados responden negativamente.

GRÁFICO N°9
¿El médico lo examinó?



Fuente: cuadro N° 9

CUADRO N° 10

¿El médico le explico lo que tiene?

OPINION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	329	87%
NO	49	13%
TOTAL	378	100%

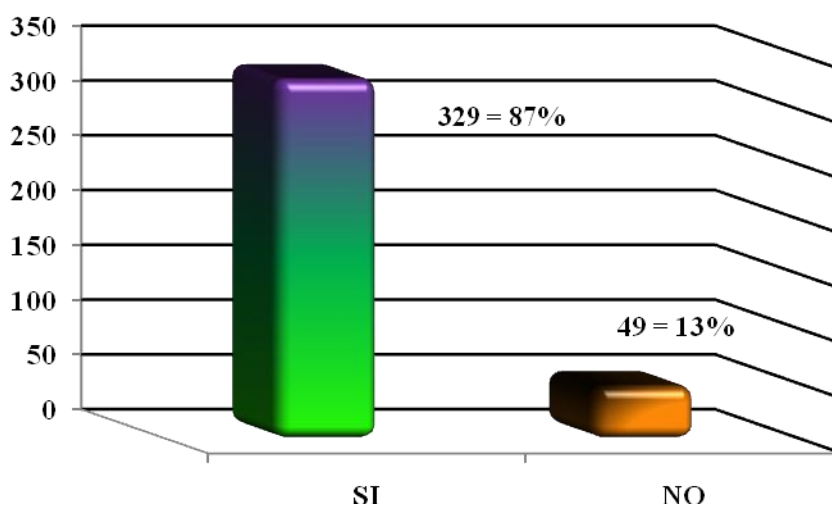
Fuente: encuesta de opinión.

Análisis: En este cuadro se observa que el 329 usuarios entrevistados afirmaron que el medico les explico lo que tenían, y que 49 no recibieron la explicación medica requerida.

Interpretación:

Este cuadro revela que la mayoría de usuarios recibieron una explicación por parte del medico acerca del padecimiento por el cual consultaron, es responsabilidad del médico brindar la información y consejería necesaria sobre el padecimiento y las acciones que el usuario debe tomar para obtener resultados favorables a su padecimiento

GRÁFICO N°10
¿El médico le explico lo que tiene?



Fuente: cuadro N° 10

CUADRO N°11

¿El médico le explicó los tratamientos a realizar, sus beneficios así como sus complicaciones?

OPINION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	335	89%
NO	43	11%
TOTAL	378	100%

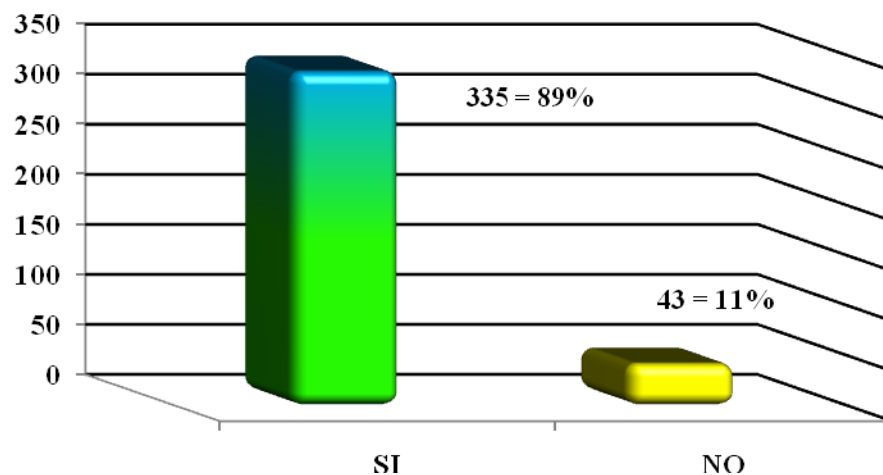
Fuente: encuesta de opinión.

Análisis: En este cuadro se observa que a 335 usuarios les explicó el médico, los tratamientos a realizar como riesgos posibles en cambio 43 no recibieron mencionada aclaración.

Interpretación:

Tal como se expreso anteriormente es responsabilidad del medio explicar todo lo concerniente a la consulta o demanda del paciente sobre su padecimiento, para el caso, si el medioc le explico los tratamientos a realizar, sus beneficios así como sus complicaciones, la mayoría de usuarios expresan que si se cumplió con tal objetivo.

GRÁFICO N°11
¿El médico le explico los tratamientos a realizar, sus beneficios así como sus complicaciones?



Fuente: cuadro N° 11

CUADRO N°12

¿Tuvo disposición el médico para escuchar sus planteamientos o dudas sobre el tratamiento prescrito?

OPINION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	321	85%
NO	57	15%
TOTAL	378	100%

Fuente: encuesta de opinión.

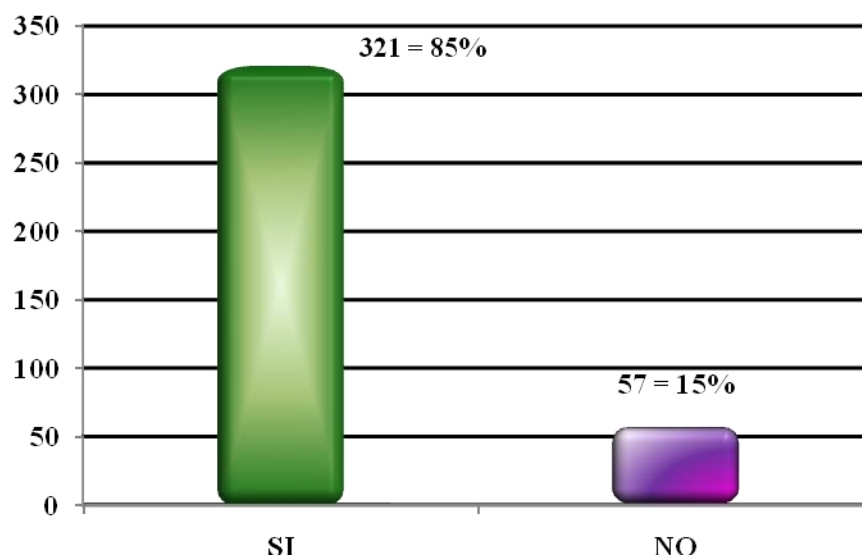
Análisis: En este cuadro se aprecia que a 321 usuarios les fueron escuchadas las dudas sobre el tratamiento por parte del médico, no así a 57 de ellos.

Interpretación:

El cuadro revela que la mayor parte de los usuarios fueron escuchados por el medico con buena disposición acerca de las dudas sobre el uso del tratamiento prescrito y sobre las dudas planteadas sobre los efectos benéficos a obtener, pocos usuarios expresaron lo contrario a tal interrogante.-

GRÁFICO N°12

¿Tuvo disposición el médico para escuchar sus planteamientos o dudas sobre el tratamiento prescrito?



Fuente: cuadro N° 12

CUADRO N°13

¿El médico le dejó exámenes o pruebas de laboratorio?

OPINION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	204	54%
NO	174	46%
TOTAL	378	100%

Fuente: encuesta de opinión.

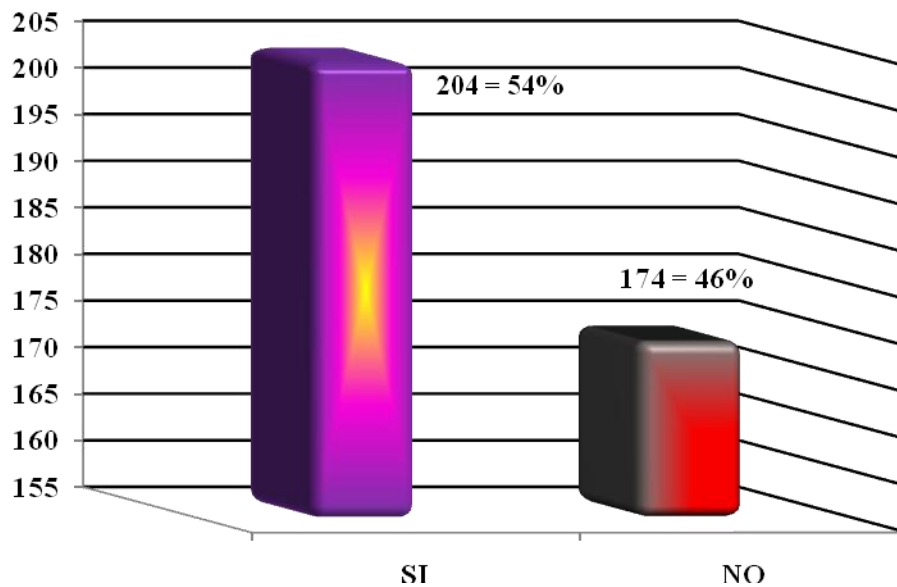
Análisis: En este cuadro se aprecia que al 204 de los usuarios se les dejó exámenes, y que a 174 no les fueron indicados dichos estudios.

Interpretación:

En el presente grafico se observa que la indicación de exámenes fueron prescritos de acuerdo a la patología que demandara que se cumpliera dicho objetivo, esto según las normativas institucionales.

GRÁFICO N°13

¿El médico le dejó exámenes o pruebas de laboratorio?



Fuente: cuadro N° 13

CUADRO N° 14

¿Entendió las recomendaciones del médico?

OPINION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	336	89%
NO	42	11%
TOTAL	378	100%

Fuente: encuesta de opinión.

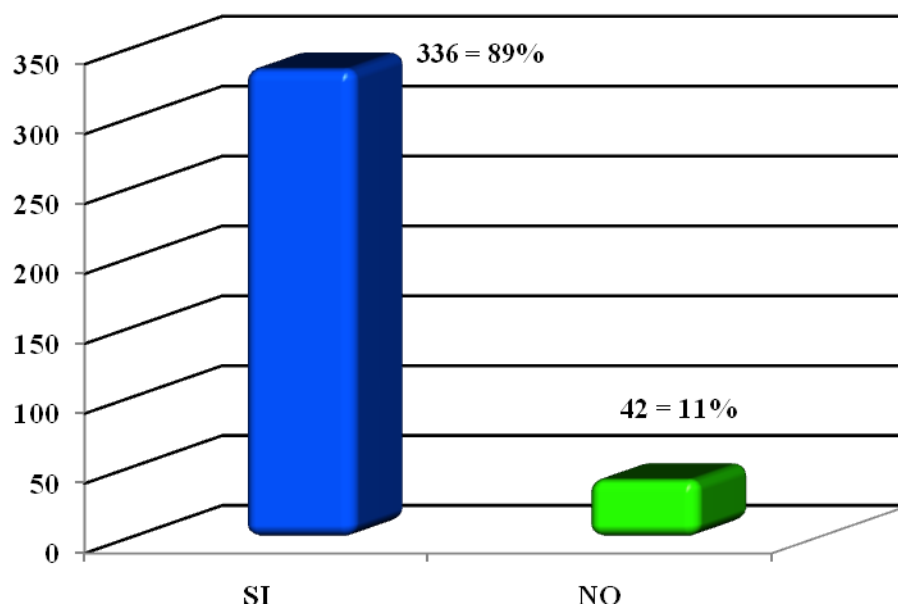
Análisis: En este cuadro se aprecia que 336 de los usuarios entrevistados, manifiestan haber entendido las recomendaciones del médico, no así 42 de estos.

Interpretación:

En este cuadro se aprecia que la mayor parte de los pacientes manifiestan que comprendieron las recomendaciones del medico, y que todas sus inquietudes fueron contestadas satisfactoriamente, esta medida contribuye a la satisfacción del usuario quien busca mejorar su estado de salud

GRÁFICO N°14

¿Entendió las recomendaciones del médico?



Fuente: cuadro N°14

CUADRO N° 15

¿Como fue el trato del médico?

OPINION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy bueno	248	66%
Bueno	130	34%
TOTAL	378	100%

Fuente: encuesta de opinión.

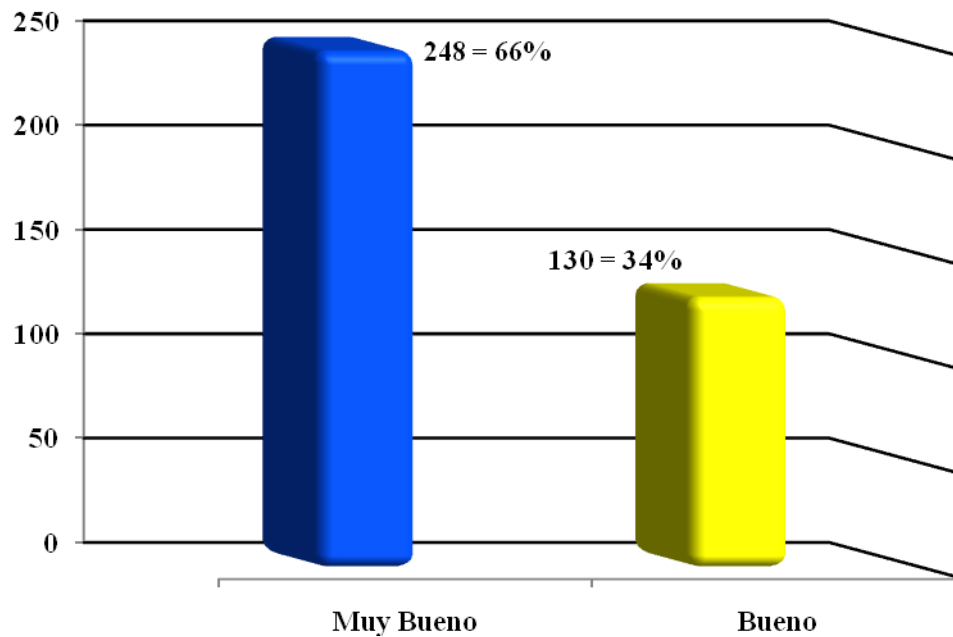
Análisis: En este cuadro se aprecia que los usuarios entrevistados afirman haber recibido un trato muy bueno por parte del médico que los atendió

Interpretación:

Los resultados obtenidos muestran que el personal médico cumple los criterios de calidez de la atención, aparte de escuchar las dudas y explicar todo lo concerniente a la situación del paciente, lo cual genera empatía y confianza por parte de los usuarios.

GRÁFICO N°15

¿Cómo fue el trato del medico?



Fuente: cuadro N° 15

CUADRO N°16

¿Tuvo privacidad durante la consulta?

OPINION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	334	88%
NO	44	12%
TOTAL	378	100%

Fuente: encuesta de opinión.

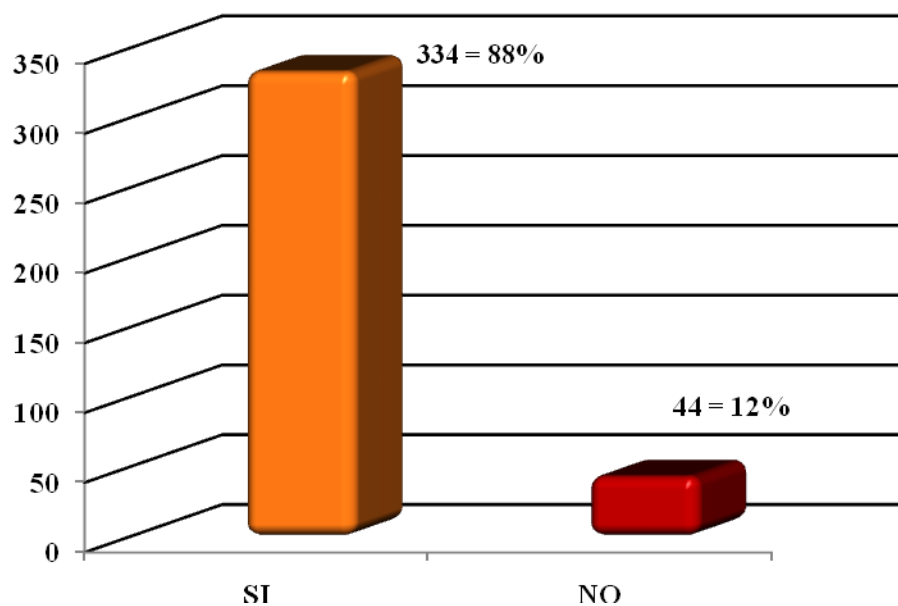
Análisis: 334 usuarios manifestaron que tuvieron privacidad al momento de la consulta médica y 44 usuarios mencionan que no tuvieron privacidad al momento de recibir la consulta médica.

Interpretación:

En este cuadro se aprecia que la mayoría de los pacientes entrevistados manifestó que a la hora de estar en su respectiva consulta hubo privacidad durante, gracias a la adecuada distribución de las instalaciones del establecimiento de salud.

GRÁFICO N°16

¿Tuvo privacidad durante la consulta?



Fuente: cuadro N° 16

CUADRO N° 17

¿Recibió buen trato del personal de archivo?

OPINION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	217	57%
NO	161	43%
TOTAL	378	100%

Fuente: encuesta de opinión.

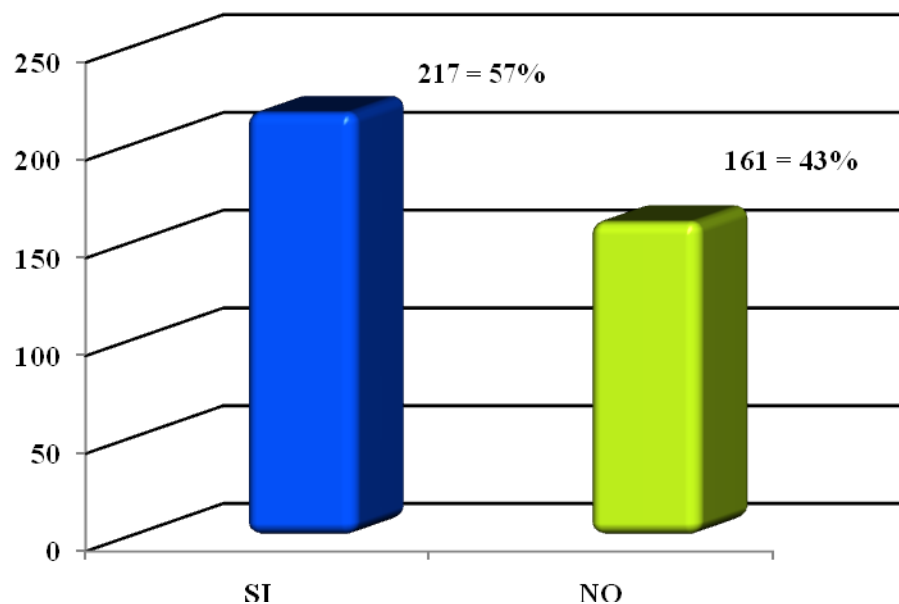
Análisis: 217 usuarios manifestaron que tuvieron un buen trato por el personal de archivo y 44 usuarios entrevistados mencionan que no tuvieron un buen trato por el personal de archivo.

Interpretación:

Con respecto al trato del personal de archivo es el primer acercamiento que los usuarios tiene en el establecimiento, aunque no hay mucha diferencia en la opinión de los usuarios es un area que amerita una evaluación y sensibilización del personal de dicho servicio para la mejora del mismo

GRÁFICO N°17

¿Recibió buen trato del personal de archivo?



Fuente: cuadro N° 17

CUADRO N° 18

¿Recibió buen trato del personal de enfermería?

OPINION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	221	58%
NO	157	42%
TOTAL	378	100%

Fuente: encuesta de opinión.

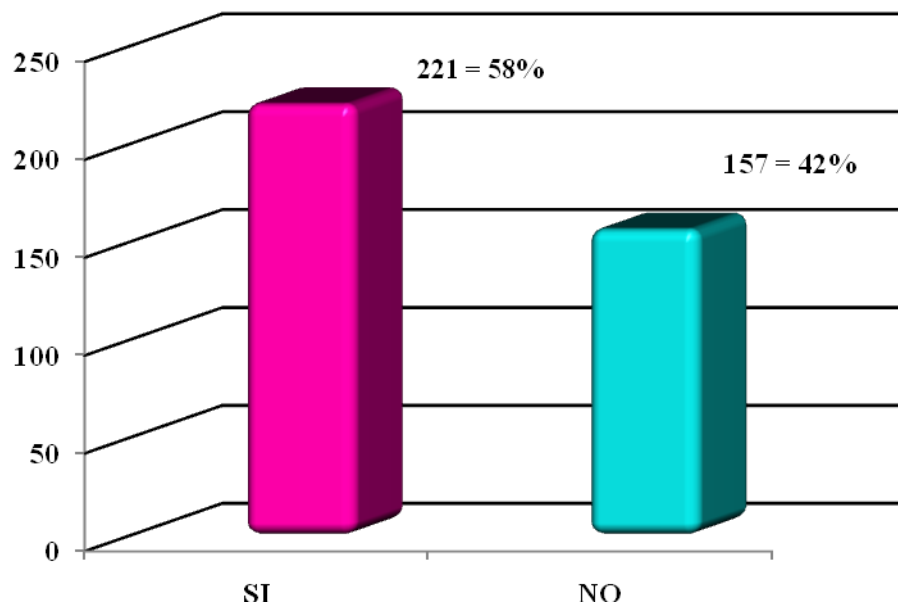
Análisis: 221 entrevistados manifiestan haber recibido un buen trato por el personal de enfermería, y 157 usuarios manifiestan lo contrario

Interpretación:

Con respecto al personal de enfermería la cual realiza diversas funciones de servicio a los usuarios dentro del establecimiento, el trato contribuye a la confianza y satisfacción de los usuarios. Es un área de servicio que necesita de una reevaluación y sensibilización para la mejora del mismo.

GRÁFICO N°18

¿Recibió buen trato del personal de archivo?



Fuente: cuadro N° 18

CUADRO N° 19

¿El personal de salud fue amable con usted?

OPINION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	271	72%
NO	107	28%
TOTAL	378	100%

Fuente: encuesta de opinión.

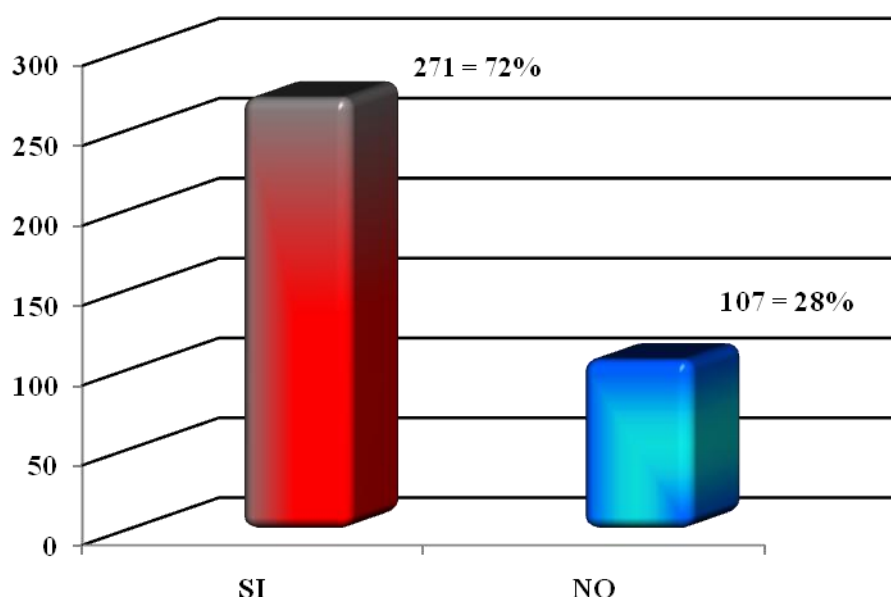
Análisis: 271 usuarios manifiestan que el personal de salud les brindó un trato amable al momento de su consulta y 107 usuarios refieren no haber recibido un buen trato por dicho personal.

Interpretación:

En las dos preguntas anteriores se evidencia que las deficiencias con respecto a la calidez es evidente en el personal de archivo y enfermería según la opinión de los usuarios. Y que son áreas que ameritan una intervención para la mejora de los servicios.

GRÁFICO N°19

¿El personal de salud fue amable con usted?



Fuente: cuadro N° 19

CUADRO N° 20

¿Sintió confianza para consultar sus dudas?

OPINION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	361	96%
NO	17	4%
TOTAL	378	100%

Fuente: encuesta de opinión.

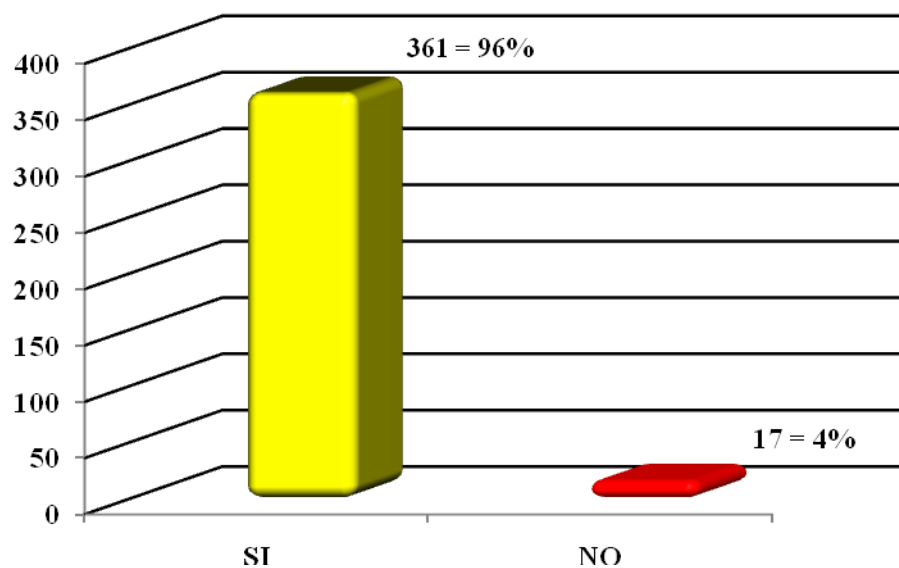
Análisis: Ver que 361 usuarios sintieron confianza al momento de consultar sus dudas; no así 17 usuarios manifestaron no haber sentido confianza para consultar sus dudas.

Interpretación:

Este cuadro se muestra que la mayor parte de los pacientes encuestados manifestó haber tenido la confianza de poder realizar preguntas al personal médico y así poder despejar todas sus dudas y una pequeña minoría manifestó que no sintió confianza de preguntar. Esto tiene mucha relación ya que el trato del médico fue aceptable para los usuarios

GRÁFICO N°20

¿Sintió confianza para consultar sus dudas?



Fuente: cuadro N° 20

CUADRO N° 21

¿Considera que la atención recibida es diferente a las ocasiones anteriores?

OPINION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	331	88%
NO	47	12%
TOTAL	378	100%

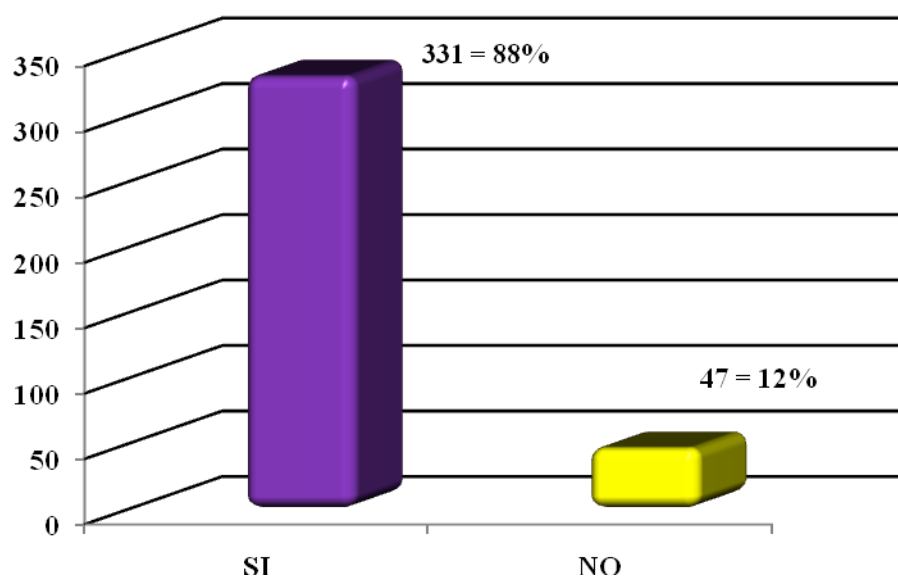
Fuente: encuesta de opinión.

Análisis: En este cuadro se observa que 331 usuarios entrevistados consideran que la atención recibida al momento de consultar fue diferente a la recibida en consultas anteriores, no así 47 usuarios expresaron que no había diferencia alguna.

Interpretación: Se evidencia que la mayor parte de los usuarios percibieron en esta ocasión una diferencia en torno a la atención recibida en su consulta médica ya que su tiempo de espera fue menor, fue examinado por el médico, sus dudas fueron aclaradas y un pequeño grupo no percibió diferencia alguna y manifestó que la atención sigue siendo igual.

GRÁFICO N°21

¿Considera que la atención recibida es diferente a las ocasiones anteriores?



Fuente: cuadro N° 21

CUADRO N° 22

¿En sus consultas anteriores su problema de salud fue resuelto?

OPINION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	368	97%
NO	10	3%
TOTAL	378	100%

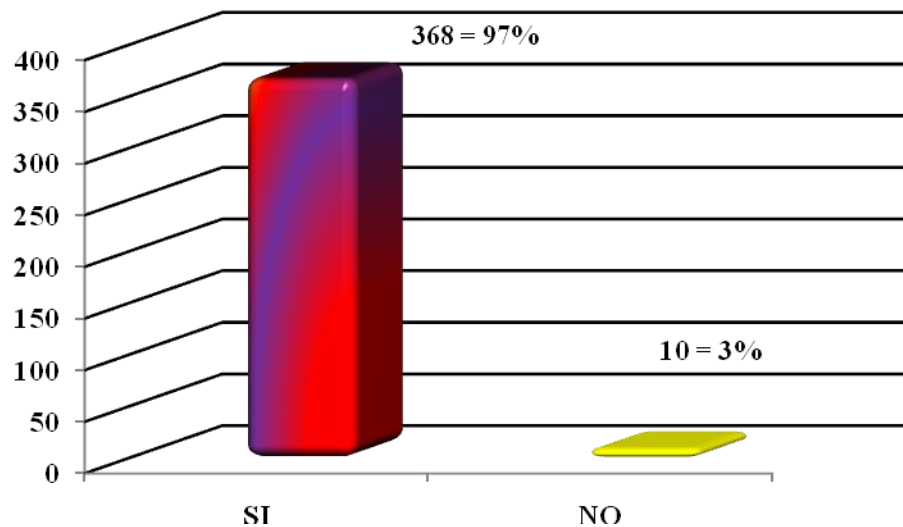
Fuente: encuesta de opinión.

Análisis: Este cuadro muestra que a 368 usuarios les fue resuelto su problema en consultas anteriores y a 10 usuarios no les fue resuelto su problema en consultas anteriores.

Interpretación:

Aquí se puede observar que la totalidad de los entrevistados manifiesta que su problema de salud fue resuelto en consultas anteriores, y un pequeño grupo manifestó que a la fecha no encontró mejoría a su problema.

GRÁFICO N°22
¿En sus consultas anteriores su problema de salud fue resuelto?



Fuente: cuadro N° 22

CUADRO N° 23

¿Considera que el consultorio estaba limpio?

OPINION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	376	99%
NO	2	1%
TOTAL	378	100%

Fuente: encuesta de opinión.

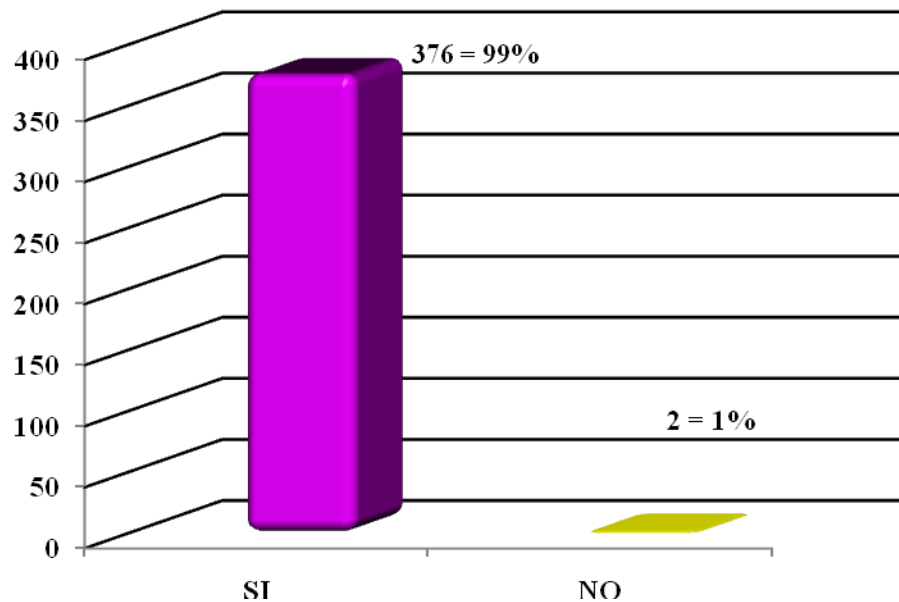
Análisis: En el presente cuadro 376 usuarios expresaron que el consultorio se encontraba limpio y 2 usuarios manifestaron que el consultorio no estaba limpio.

Interpretación:

En este cuadro se observa que casi la totalidad de los usuarios encuestados expresaron que el consultorio estaba limpio a la hora de su consulta manifestando su satisfacción entorno a la limpieza del lugar.

GRÁFICO N°23

¿Considera que el consultorio estaba limpio?



Fuente: cuadro N° 23

CUADRO N° 24

¿Considera que el servicio sanitario estaba limpio?

OPINION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	371	98%
NO	7	2%
TOTAL	378	100%

Fuente: encuesta de opinión.

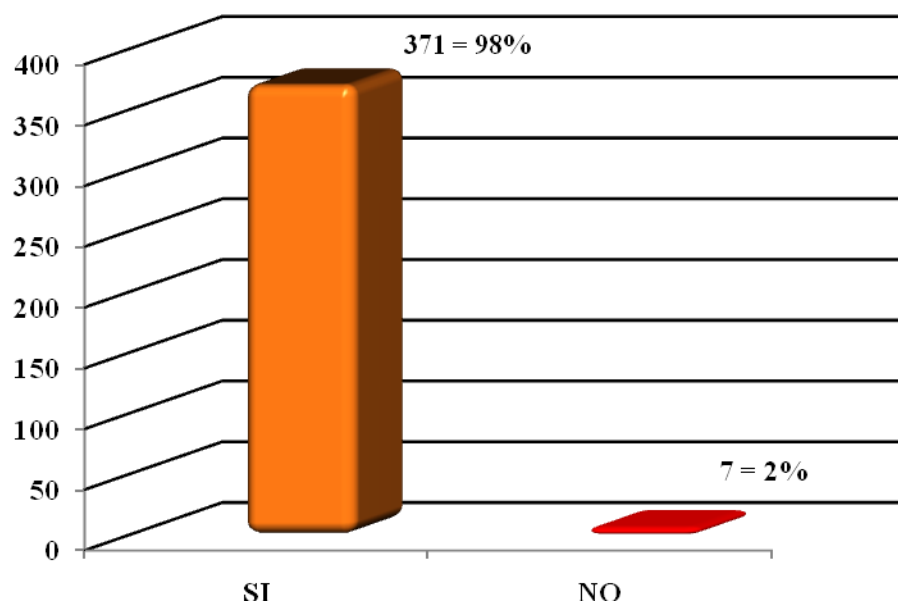
Análisis: En este cuadro 371 usuarios manifestaron que el servicio sanitario estaba limpio y 7 usuarios expresaron que no se encontraban limpios.

Interpretación:

Aquí se muestra que la mayor parte de los entrevistados expresó que los servicios sanitarios se encontraban limpios cuando los utilizaron, evidenciando en general que existe satisfacción por parte de los usuarios al utilizar este servicio.

GRÁFICO N°24

¿Considera que el servicio sanitario estaba limpio?



Fuente: cuadro N° 24

CUADRO N° 25

¿Considera que la sala de espera estaba limpia?

OPINION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	370	98%
NO	8	2%
TOTAL	378	100%

Fuente: encuesta de opinión.

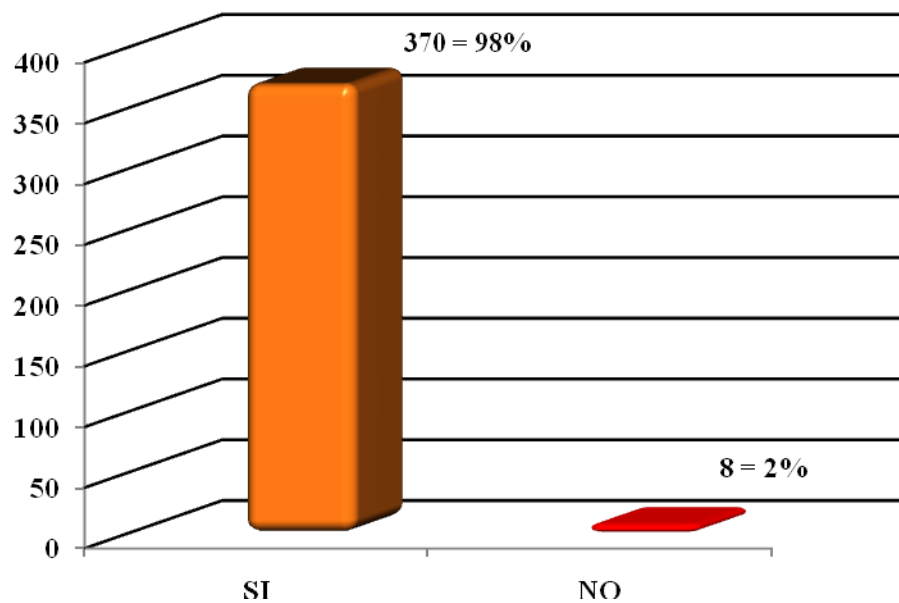
Análisis: En este cuadro se observa que 370 usuarios consideraron que la sala de espera estaba limpia y 8 usuarios expresaron que no estaba limpia.

Interpretación:

La mayoría de los usuarios entrevistados se mostraron satisfechos con la limpieza y el ornato de la sala de espera lo cual muestra una relación favorable con los dos enunciados anteriores, demostrando así la satisfacción de los usuarios con relación al saneamiento del establecimiento.

GRÁFICO N°25

¿Considera que la sala de espera estaba limpia?



Fuente: cuadro N° 25

CUADRO N° 26

¿En general, como fue la atención que usted recibió?

OPINION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Aceptable	323	85%
No aceptable	55	15%
TOTAL	378	100%

Fuente: encuesta de opinión.

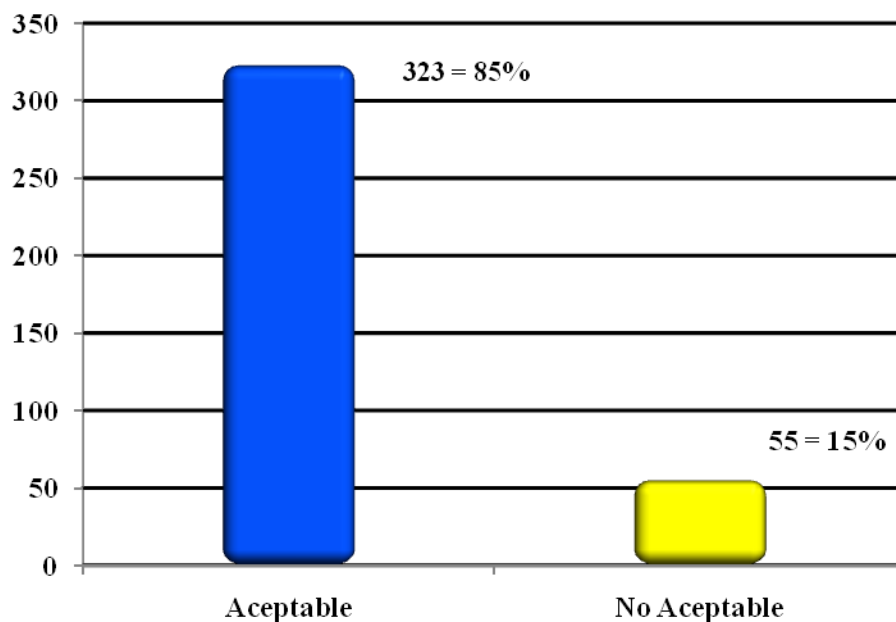
Análisis: En el presente cuadro se observa que 323 entrevistados dice haber tenido una buena atención, y que 55 de ellos manifestó que la atención que recibieron fue mala.

Interpretación:

A pesar de los inconvenientes encontrados en las áreas de archivo y enfermería, los usuarios manifiestan haber recibido una atención aceptable por parte del personal de las unidades de salud.

GRÁFICO N°26

¿En general, como fue la atención que usted recibió?



Fuente: cuadro N° 36

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

1. La calidad de la atención influye en la satisfacción del usuario; los servicios médicos en general recibidos cumplieron las expectativas del usuario respecto a la anamnesis, examen físico, diagnóstico, tratamiento, consejería y seguimiento de su enfermedad, existió empatía, calidez y confianza durante los servicios obtenidos.
2. Los establecimientos de salud objeto estudio son accesibles geográficamente y cuentan con servicio y horario de transporte regular, además de estar ubicados en áreas libres de riesgos para los usuarios y la comunidad en general.
3. Los horarios de atención de los establecimientos de salud responden a las necesidades de los usuarios, no así los tiempos de espera, la percepción del usuario no es de satisfacción al respecto.
4. Existe satisfacción por la infraestructura por que se percibe como adecuada en distribución, aseo y ornato.
5. La percepción del usuario fue de insatisfacción respecto al trato del personal de archivo y enfermería
6. Los usuarios se mostraron satisfechos por el trato recibido por parte del personal médico y de limpieza.

6.2. RECOMENDACIONES.

Aunque la percepción sobre los servicios generales recibidos en los establecimientos de salud fue satisfactoria se recomienda:

1. Crear un programa de estímulos para el personal de salud que refuerce el compromiso de brindar un servicio de calidad y calidez a los usuarios del primer nivel de atención
2. Integrar a las capacitaciones continuas brindadas al personal de salud los conocimientos básicos de servicio y atención al usuario que garanticen empatía equidad, calidez y otros valores que corresponden a la misión y visión de la institución.
3. Que el Ministerio de Salud y Asistencia Social mediante la instancia correspondiente, realice periódicamente consulta de monitoreo comunitario sobre el servicio brindado en las unidades de salud.
4. Distribuir el recurso humano en los establecimientos de salud que presentan mayor demanda, con el objetivo de disminuir los tiempos de espera y mejorar el servicio.

BIBLIOGRAFIA

DONABEDIAN, Avedis, *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*, Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980, pp. 5-6.

FIELD, Marilyn J., y Lohr, Kathleen N. (editors), *Clinical Practice Guidelines - Directions for a New Program, Institute of Medicine*, National Academy Press, Washington, D.C., 1990, p.8.

http://www.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia_mejora_continua_P1.pdf

<http://www.scielosp.org/>

Ministerio de Salud pública y Asistencia social. *Guía Técnica para la mejora continua de la Calidad*. El salvador 2008. 75 paginas

Nicholas, David D., HEIBY, James R., y Hatzell, Theresa A., *“The Quality Assurance Project: Introducing Quality Improvement to Primary Health Care in Less Developed Countries,”* Quality Assurance in Health Care, 3:3, Great Britain, 1991, pp. 147-165.

Organización Panamericana de la Salud. *La cooperación de la OPS ante Los procesos de Reforma del Sector Salud*. Washington, D.C.: OPS; 1997.

Organización Panamericana de la Salud. *Programa de Garantía y Mejoramiento de Calidad de los Servicios de Salud en América Latina y El Caribe*. Washington, D.C.: OPS; 1999.

Proyecto de Investigaciones Operativas en Atención Primaria de Salud, Center for Human Services Chevy Chase, Md. publicado en 1986,

ROEMER, M.I., y Montoya-Aguilar, C., ***“Quality Assessment and Assurance in Primary Health Care,”*** WHO Offset Publication No., 105, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 1988.

ANEXOS

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

ANEXO N° 1

Guía de entrevista a los Usuarios

Objetivo: Determinar la calidad de la atención y su relación con la satisfacción percibida por el usuario de las unidades de salud objeto de estudio.

Fecha: _____ Unidad de Salud: _____ Encuesta N° _____

Hora de llegada: _____ Motivo de Consulta: _____

1. Le es accesible a usted asistir a este centro de salud?

Si No

2. Que método de transporte utilizó para llegar a este centro de salud

3. ¿Considera usted que la ubicación de la unidad de salud está en un área segura?

Si No

4. Le parece conveniente el horario de atención de la Unidad De Salud:

Si No

5. ¿Cuánto tiempo pasó desde la hora que llego al establecimiento hasta que fue atendido?

Horas _____ Minutos _____

6. Este tiempo le parece:

Aceptable No aceptable

7. Cual fue el tiempo de espera la última vez que consulto:

Horas _____ Minutos _____

8. ¿El médico lo interrogó sobre algún padecimiento?

Si No NA

9. ¿El médico lo examinó?

Si No NA

10. ¿El médico le explicó lo que tiene?

Si No NA

11. ¿El médico le explicó los tratamientos a realizar, sus beneficios, así como complicaciones de estos?

Si No NA

12. ¿Tuvo disposición el médico para escuchar sus planteamientos o dudas sobre el tratamiento prescrito?

Si No NA

13. ¿El médico le dejó exámenes, pruebas de laboratorio?

Si No

14. ¿Entendió las recomendaciones del médico?

Si No NA

15. ¿Cómo fue el trato del médico que lo atendió?

Excelente Bueno Regular

16. ¿Tuvo privacidad durante la consulta?

Si No NA

17. ¿Recibió buen trato del personal de archivo?

Si No NA

18. ¿Recibió buen trato del personal de enfermería?

Si No NA

19. ¿El personal de salud fue amable con usted?

Si No NA

20. ¿Sintió confianza para consultar sus dudas?

Si No NA

21. ¿Considera que la atención recibida es diferente a la recibida en ocasiones anteriores?

Si No

22. ¿En sus consultas anteriores su problema de salud fue resuelto?

Si No

23. ¿Considera que el consultorio estaba limpio?

Si No

24. ¿Considera que el servicio sanitario se encontraba limpio?

Si No

25. ¿Considera que la sala de espera se encontraba limpia?

Si No

26. En general: ¿cómo fue la atención que usted recibió?

Aceptable No aceptable

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN EL PROCESO DE GRADUACION EN EL PROCESO DE GRADUACION DE LA CARRERA DE DOCTORADO EN MEDICINA CICLO I Y II AÑO ACADEMICO 2009

ACTIVIDAD/	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEM				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Reunión general con la coordinación del proceso		x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x										
2. Inscripción del proceso				x																																								
3. Elaboración del perfil de investigación					x	x	x	x																																				
4. Entrega del Perfil de investigación a la comisión									3 de abril 09																																			
5. Exposición oral del Perfil de investigación									17 de abril 09																																			
6. Elaboración del Protocolo de investigación									x	x	x	x	x	x	x	x																												
7. Entrega del Protocolo de investigación													25 al 29 de mayo de 09																															
8. Exposición del Protocolo de investigación																	5 de junio 09																											
9. Ejecución de la investigación																	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x																	
10. Tabulador, Análisis e interpretación de resultados																												x	x	x														
11. Elaboración de informe final																													x	x	x	x												
12. Entrega del informe final																																	27 al 31 de octubre 09											
13. Exposición oral (defensa) de los resultados de la investigación																																					del 23 de Noviembre al 04 de Diciembre 09							



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
 DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
 UNIDAD DE INFORMACIÓN EN SALUD



DEPARTAMENTO SAN MIGUEL

Total Población 2,007: 555,777





DEPARTAMENTO LA UNION

Total Población 2,007: 291,478



2 Hospitales



30 Unidades de Salud



15 Casas de Salud



1 Centro Rural de Nutrición

