

ESPECIALIZACION GERENCIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

**EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN EL SERVICIO DE
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE
TAMALAMEQUE (CESAR).**

INVESTIGADOR

YURI MIGUEL CASTRO ZAMBRANO



BUCARAMANGA, JUNIO DE 2007



AGRADECIMIENTOS

A mi esposa y mi hijo por apoyarme y acompañarme siempre,

Y al personal del Hospital de Tamalameque que colobaró con la recolección de los datos .



Tabla de contenido	Página
Resumen en español	4
Resumen en inglés	5
Introducción	6
Capítulo 1. Marco teórico y estado del arte	8
Capítulo 2. Pregunta de investigación	19
Capítulo 3. Objetivos	20
3.1 Objetivo general	20
3.2 Objetivos específicos	20
Capítulo 4. Metodología	21
4.1 Diseño del estudio	21
4.2 Población a estudio	21
4.3 Criterios de selección	21
4.4 Desarrollo del proyecto	21
Capítulo 5. Consideraciones éticas	23
Capítulo 6. Cronograma	24
Capítulo 7. Resultados	25
Capítulo 8. Discusión	36
Capítulo 9. Matriz Dofa de los resultados de la investigación.	37
Capítulo 10. Conclusiones de los resultados sobre la generación de conocimiento	38
Bibliografía	39
Anexo	



Resumen

Resumen en español.

A raíz de los cambios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en los últimos años, se ha reemplazado el enfoque de “oferta” por el de “demanda” y al depender exclusivamente de la capacidad para adaptarse y conquistar al usuario, las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) han enfocado sus esfuerzos al trabajo en tres factores fundamentalmente: la calidad del servicio, la atención al usuario y el control de los costos. Dentro de las estrategias de evaluación de la atención en salud existentes, la cuantificación y sistematización de la satisfacción el usuario (SU) por su IPS, permite no solo estimar la magnitud del problema, sino también identificar posibles factores asociados a dicho estado. El presente estudio evaluó la calidad de la asistencia en el servicio de consulta externa del Hospital de Tamalameque (Cesar) a través de la aplicación de una encuesta de satisfacción del usuario. El análisis estadístico descriptivo incluyó el cálculo de frecuencias para las variables de interés. Se realizó un análisis bivariado para evaluar la asociación entre el nivel de satisfacción y las variables sociodemográficas, clínicas (del paciente) y del servicio de salud indagadas. El presente trabajo fue formulado y conducido de acuerdo con la reglamentación ética vigente. El 80% de los usuarios encuestados refirieron haber tenido alguna experiencia previa con el servicio de consulta externa del hospital, y el 57.5% de estos dio un concepto favorable sobre el mismo. Los elementos más comúnmente calificados como malos fueron en primer lugar la capacidad de respuesta del servicio a las inquietudes de los usuarios (18% de calificaciones negativas) y en segundo lugar tanto el cumplimiento del horario de asignación de las citas (15% de calificaciones negativas) como la capacidad de respuesta del servicio (15% de calificaciones negativas). La realización de este estudio, permitió medir y analizar estadísticamente factores perceptuales por parte del usuario con respecto a la calidad de la asistencia, lo cual motivará no solo el planteamiento de nuevas investigaciones en el campo administrativo y gerencial sino la identificación de oportunidades de mejora en los servicios de oferta del hospital.



Resumen en inglés.

Due to the changes in the Colombian's General Social Insurance in Health that have occurred during the last years, the system based on the "offer", has been replaced by a "demand" perspective. Depending exclusively to their capacity of adaptation and of recruitment of new users, and for that reason, hospitals and clinics have been orientated their efforts in three main areas: the quality of their services, people's assistance, and costs management.

Among the different strategies for the evaluation of the assistance of health services, the quantification and systematization of the user's satisfaction, allows not only to estimate the magnitude of the problem, but also to identify possible factors related to it. This study evaluated the quality of the assistance in the ambulatory consult service of the hospital of Tamalameque (Cesar), through a user's satisfaction survey. Statistical analyses included the calculation of frequencies for the variables of interest. Based on a bivariate analysis, the association between the user's level of satisfaction and sociodemographic, clinical and service-related variables was analyzed. This study was formulated and developed according the international ethic's norms. The 80% of the users that were interviewed reported some kind of previous experience with the ambulatory consult service of the hospital and the 57.5% of them emitted good references. The factors most commonly qualified as inadequate were: 1) the capacity of answer of the service to user's requests (18% of the bad qualifications), 2) the punctuality in the schedule of appointments (15% of the bad qualifications) and 3) the service-capacity of response (15% of the bad qualifications). This study allowed the measurement and statistical analysis of user's perceptual factors related to the quality of the assistance, which might motivate not only the postulation of new investigations in the administrative and managerial fields, but also the identification of opportunities of improvement in the hospital offer-services.



Introducción.

Con la revolucionaria transformación que ha sufrido el sistema de salud en Colombia a raíz de la puesta en marcha de la reforma a la constitución política de 1991 y de la aprobación de la ley 100 de 1993 por parte del congreso de la república, el estado reconoce al usuario como objetivo final del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Así, los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integridad, unidad participativa y la meta de cobertura universal; han obligado a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), entidades responsables de prestar el servicio público final de salud a los usuarios del SGSSS, a cumplir no solo con los principios básicos la calidad y eficiencia, sino a ser autónomos desde el punto de vista administrativo. Esto, si bien propende la libre concurrencia en sus acciones desde el punto de vista técnico y financiero, exige proveer información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, evitando el abuso de su posición dominante en el sistema.

Antes de la Ley 100, las IPS tenían como común denominador deficientes procesos de planeación y control (1). Adicionalmente, el usuario nunca tenía la oportunidad de discrepar lo ofrecido, sus inquietudes eran consideradas para efectos estadísticos y en raras ocasiones se analizaban sus necesidades (2).

A pesar de que las IPS han tenido que madurar en medio de condiciones particularmente difíciles, se han visto forzadas a disponer de los mejores recursos para atender a la población, a ir acorde con el desarrollo tecnológico y científico, a optimizar sus gastos y garantizar una acción efectiva y positiva sobre el sujeto de acción: el usuario (2).

Al reemplazar su antiguo enfoque centrado en la “oferta” por el de “demanda” y al depender exclusivamente de su capacidad para adaptarse y conquistar al usuario, las IPS han debido rectificar y en ocasiones replantear sus políticas administrativas y de mercado, dirigiendo sus esfuerzos al trabajo en tres factores fundamentalmente: la calidad del servicio, la atención al usuario y el control de los costos.

Hoy por hoy, luego de 12 años de existencia de la ley, se evidencia una crisis en la mayoría de las IPS, principalmente de tipo financiero, que ha desencadenado en algunas ocasiones la desaparición de las instituciones (2).

Ante esta crisis se ha planteado la implementación de diversas estrategias de solución. Una de ellas, la de cuantificar y sistematizar la satisfacción el usuario (SU)



por su IPS, permite no solo estimar la magnitud del problema (punto de arranque fundamental en la investigación de resultados), sino también identificar posibles factores asociados a dicho estado (3). De esta alternativa, se pueden derivar intervenciones objetivas, dirigidas y oportunas según el costo-beneficio y el valor agregado generado (4).

Capítulo 1. Marco Teórico y Estado del Arte.

Con la promulgación de la ley 10 de 1990, la participación social y la descentralización administrativa empezaron a ser materia importante para el legislador, pero es en 1991 cuando el estado define claramente en la constitución política del país la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio (artículo 48) y otorga el derecho de prestarlo en igualdad de condiciones, reservando para sí el derecho de la dirección, organización, reglamentación y vigilancia, al sector público y privado. Con lo anterior se garantizarían los preceptos de eficiencia, solidaridad y universalidad (artículo 49) (5).

El artículo 173 de la ley 100 establece las funciones del Ministerio de Salud como ente rector del sistema y en el artículo 233 de la misma ley se designan las funciones de la Superintendencia Nacional de Salud como ente de supervisión y control (2).

El decreto 1485 de 1994 regula la organización y el funcionamiento de las entidades promotoras de salud (EPS) y de las IPS y la protección del usuario en el sistema. En su artículo 14 establece el régimen de libre escogencia para el usuario, precisando aquí sus obligaciones (y de las de las EPS) para su afiliación y desafiación. El decreto 806 de abril 30 de 1998 reglamenta la afiliación al régimen de seguridad social.

El decreto reglamentario 1757 de 1994 en su artículo primero, se refiere a la participación en salud como "... ejercer sus derechos y deberes en salud, gestionar planes y programas, planificar, evaluar y dirigir su propio desarrollo en salud", y la define como "la interacción de los usuarios con los servidores públicos y privados para la gestión, evaluación y mejoramiento en la prestación de los servicios de salud". Así mismo establece y organiza las modalidades de participación social y define sus funciones.

La ley 100 en sus artículos 198 y siguientes es clara en establecer la obligación de las IPS de salud de organizar sistemas de información accesibles al usuario y de garantizar a estos el derecho de estar informados oportunamente (2).

Así mismo, el decreto número 2174 de noviembre 28 de 1996 presenta la organización del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del SGSSS, que



enuncia, particularmente en su artículo 9, los componentes que éste debe contener, dentro de los cuales se considera el desarrollo de procesos que permitan conocer el nivel de satisfacción de los usuarios y atender las reclamaciones y sugerencias que éstos presenten. De la misma manera, se declara en la circular externa No. 009 de julio 3 de 1996, del Ministerio de Salud/Superintendencia Nacional de Salud, que es deber de las IPS "disponer lo necesario para organizar una dependencia encargada de recibir, tramitar y resolver las quejas y reclamos que los ciudadanos formulen y que se relacionen con el cumplimiento de la misión de la entidad".

Recientemente, en el decreto 1011 de abril de 2006, el Ministerio de Seguridad Social crea el Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud (SOGCS) (6). Dentro de las disposiciones generales de este decreto se indican las instituciones sobre las cuales aplica (IPS, EPS, Administradoras del Régimen Subsidiado - ARS, Entidades Adaptadas, Empresas de Medicina Prepagada y Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud). Igualmente, sobre las IPS que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y en la Ley 647 de 2001 (6).

Dentro de las definiciones que se enmarcan dentro del SOGCS se encuentran (6):

- La atención de salud se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.
- El mejoramiento de la calidad de la atención de salud, se define como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.
- Las condiciones de capacidad tecnológica y científica, son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

El SOGCS se define en este decreto como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país (7). Sus acciones se orientan a la mejora de los resultados de la atención en



salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerequisite para alcanzar los mencionados resultados (6).

Componentes del SOGCS

1. Sistema único de habilitación.
2. Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.
3. Sistema único de acreditación.
4. Sistema de información para la calidad.

Evaluación de la calidad de la atención en salud

La atención en salud, en un sentido general, involucra la aplicación de todos los conocimientos científicos relevantes, la actividad de los servicios de todos los profesionales del área de la salud y las intervenciones sanitarias y sociales en la comunidad. La calidad de la atención de salud, se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios (8).

Las debilidades que se han atribuido a las evaluaciones de la calidad de la atención en salud se han centrado en la falta de consenso para determinar los atributos que la componen, para establecer unidades de medida para cada uno de ellos, para diseñar instrumentos de medición adecuados y para fijar valores estándar que permitan emitir juicios y realizar comparaciones. Se ha planteado que la mezcla de técnicas de investigación cualitativa con preguntas que exploren y caractericen las experiencias de los pacientes en aspectos específicos de la atención (9), constituye una de las mejores formas de garantizar la riqueza de la información recolectada y su potencial uso en la gestión (3).

Para efectos de la evaluación de la calidad de la atención de salud, el SOGCS debe cumplir con las siguientes características (7):

1. Accesibilidad. Posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el SGSSS.



2. Oportunidad. Posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

3. Seguridad. Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

4. Pertinencia. Grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

5. Continuidad. Grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

La calidad en los servicios de salud contempla tres dimensiones: **la técnica científica**, con la cual se pretende garantizar servicios seguros a los usuarios manteniendo el equilibrio riesgo/beneficio; **la administrativa**, referida a las relaciones prestadores consumidores que se asocian con los procesos de atención de que dispone la organización; y **la humana**, tradicionalmente desconocida y poco tratada cuando se habla de calidad, siendo la parte fundamental de la atención en salud (la razón de ser del servicio de salud es el ser humano dentro de la perspectiva biopsicosocial) (10).

Mejoramiento de la calidad de la atención en salud

El programa de mejoramiento de la calidad de la atención en salud debe ser realizado desde el interior de las instituciones y en él deben participar todos los estamentos comprometidos en el desarrollo de cada uno de los productos y/o servicios (6). La calidad de los servicios de salud debe responder a un proceso sistemático enmarcado en una cultura institucional liderado por la gerencia y con participación de todas las personas de la empresa. Este programa exige como elementos claves de desarrollo la planificación, el control y la evaluación de los servicios ofrecidos y su propósito debe ser el ofrecer resultados con el “sello de

calidad” de cada organización. Este último es un importante factor de diferenciación entre instituciones de un mismo nivel (4).

A través de procesos de evaluación y de auditoria continua se asegura el mantenimiento de unos niveles de calidad aceptables y preestablecidos, o se hace cribado sobre la existencia de problemas, mientras que se intentan buscar sus causas y se promueven acciones correctivas oportunas.

Las iniciativas del proceso de evaluación y mejoramiento continuo pueden tener un enfoque interno o externo según la fuente generadora: auto evaluación o evaluación por agentes externos.

El usuario

El SGSSS debe proporcionar la información, el tiempo y la libertad a los usuarios (los pacientes y sus familias) que les permita tomar decisiones acertadas cuando seleccionen el plan de salud, el hospital y la práctica clínica y las alternativas de tratamiento, respetando los principios éticos de justicia, respeto, equidad, autonomía, autodeterminación, protección, beneficio, y no maleficencia; y evaluando en cada caso particular que la relación profesional de la salud-paciente gire hacia confianza informada y no hacia la confianza ciega (11).

La participación del usuario como cliente externo del servicio de salud, se considera requisito indispensable en los programas de evaluación y mejoramiento de la calidad. La incorporación de la evaluación de la SU y de sus expectativas dentro del funcionamiento del SGSSS y de las actividades de mejoramiento de la calidad en particular no es algo novedoso, varios países han incorporado métodos para ésta evaluación y su respectiva interpretación (12) (9) (13) (14) (15) (16) (17).

Participación del usuario dentro del proceso de evaluación de la atención de salud

En general la participación del usuario (PU) puede ser de manera activa (por iniciativa del usuario a través de asociaciones de consumidores o formulando quejas) o pasiva por requisición del sistema (por iniciativa de la institución a través de informes o encuestas de satisfacción y expectativas) (18). Ambas son útiles, teóricamente necesarias, y por tanto el grado de desarrollo de una no debe reemplazar la otra.

El usuario puede cambiar de proveedor, formular quejas y reclamaciones, actuar a través de todas las formas de participación que la ley le ofrece (asociaciones, ligas,



comités, etc.). Estas formas de participación activa constituyen la que Donabedian llamo “el papel del usuario como reformador del sistema” (10). Así mismo percibe una imagen de proveedor, percibe a su manera la calidad del servicio al momento de tomar la decisión de elegirlo, ira a quien le ofrezca mejor calidad o mejor calidad/costo, contribuyendo así a que instituciones y profesionales se esfuercen en no perder “clientes”, por no definir la calidad de su servicio y su eficacia.

Formas de participación del Usuario

- Buzones de quejas y reclamos

Existen desde hace mucho tiempo. Su uso, aunque limitado, en la mayoría de los casos no obedece a una política de calidad de la institución, sino a una forma práctica de identificar problemas y oportunidades de mejora del servicio. Requieren de una persona responsable que cada día recoja, responda y registre información. En algunas instituciones se ubican en sitios visibles por los usuarios, mientras que en otras, formatos prediseñados están a disponibilidad de los usuarios en el sitio de recepción. Su principal ventaja radica en la facilidad para detectar factores que inciden agudamente en la SU (19).

- Asociaciones de usuarios

Existen usuarios de EPS o IPS, cuya función esta reglamentada por el estado y que actúan como veedores de los servicios que se les ofrecen las instituciones prestadoras. A pesar de que en Colombia es poca la experiencia a este respecto, en teoría, es un campo potencialmente rico y que debiera desarrollarse más. Su principal desventaja radica en el desconocimiento de la ley y por consiguiente de sus objetivos. En la medida en que se conozcan sus funciones y se descubran sus beneficios, serán instituciones claves en el desarrollo del sistema (19).

- Consejos de salud

Útiles para priorizar problemas y oportunidades de mejora (Ej. creación de nuevos servicios o modificaciones de los existentes) y para el diseño de programas que afecten el trato y la accesibilidad del usuario. Pilar fundamental en los programas de atención primaria.

- Participación solicitada

Es la forma mas utilizada y es considerada en muchas instituciones como imprescindible. Se puede implementar como encuesta y/o como informe sobre aspectos previamente determinados por la institución. Requiere una adecuada estructuración en el cuestionario para obtener el beneficio deseado. Puede ser objetiva (informe de usuarios) o subjetiva (encuesta de opinión).



- Informe de usuarios

Método de evaluación de participación solicitada, más recientemente incorporado a los programas de evaluación y mejora de la calidad. Consiste esencialmente en indagar determinados aspectos objetivos considerados relevantes, en relación con problemas asistenciales en los que haya participado el usuario encuestado, con la idea de construir indicadores que sirvan para el monitoreo de la calidad de la atención prestada. En el informe, el usuario responde con aspectos objetivos, por lo cual su principal dificultad radica en el diseño de cuestionarios que permitan realizar procesos de medición válidos y obtener información cierta. Los principales problemas a los que se enfrenta este tipo de evaluación es la objetividad de los pacientes en las respuestas de aspecto técnico y la confiabilidad de la información facilitada por el usuario. A pesar de esto, los resultados obtenidos en su corta existencia son positivos (Tabla 1).

Tabla 1. Características del cuestionario de un informe de los usuarios

BAJO COSTO.
ESTIMULA RESPUESTA POR PARTE DE LOS USUARIOS.
SENCILLO, ATRACTIVO, FACILITA RESPUESTAS.
INCLUYE PREGUNTAS SOBRE EXPERIENCIAS ASISTENCIALES CONCRETAS.
DIRIGIDO ÚNICAMENTE A PERSONAS QUE HAN UTILIZADO EL SERVICIO.
PERMITE SELECCIONAR INFORMACIÓN RELEVANTE.
ÚTIL EN LA CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN.

La mayor utilidad de estas herramientas radica en la posibilidad de obtener información que permite comparar servicios y centros asistenciales, manejar indicadores sobre actividades institucionales y la construcción de perfiles de la práctica de los diferentes centros de atención estableciendo comparaciones entre ellos y monitoreando sus cambios (19).

- Encuestas de opinión



Encuestas de satisfacción. A pesar de que existen diferentes escalas y modelos para su uso, todas deben cumplir dos condiciones fundamentales: ser válidas y útiles. Para ser válida es necesario garantizar un buen diseño de la encuesta (que pueda ser fácilmente interpretada y comparada) y conocer de antemano los posibles factores de confusión que puedan influir sobre el nivel de satisfacción y desviar sistemáticamente los resultados (19). Para ser útil debe evaluar el grado de satisfacción o insatisfacción y las causas con que se relaciona de una manera práctica y sencilla.

Encuestas de expectativas del usuario. Han ido ganando terreno con el paso del tiempo. Es necesario conocer el sector de mercado que vamos a atender y diseñar un servicio que los mantenga fieles y satisfechos (segmentación de mercado). Además de su utilización en la creación de servicios, son útiles para objetivar el tipo de preguntas a hacer en las encuestas de satisfacción. Las expectativas pueden valorarse con técnicas cualitativas (grupos focales) y con cuestionarios específicos o unidos a los de satisfacción.

Las expectativas son de vital importancia para no sobre-valorar la insatisfacción o la calidad percibida. El peligro es ignorar otras expectativas no esperadas o no sistematizadas por el usuario. El usuario expresa sus expectativas y la calidad según su óptica de la misma. Las experiencias esperadas, se consideran normales y su inexistencia es insatisfacción; las experiencias inesperadas, son cualidades del servicio que sorprenden al usuario, sobre satisfacen al usuario (19).

- **Informes de Grupos Focales**

Utilizan técnicas de investigación cualitativa, útiles para deficiencias percibidas por el usuario, averiguan sus expectativas y se utilizan para diseñar los servicios y las encuestas de satisfacción en torno al cumplimiento de las expectativas.

Evaluación de la calidad de los servicios de salud a través de la SU

La SU, es uno de los aspectos que dentro de los procesos de evaluación de los servicios de salud y de la calidad de la atención, ha venido cobrando mayor atención (20). Si bien existe una gran controversia a nivel mundial en cuanto a su definición y métodos de medición, también se ha llegado a reconocer la relevancia de considerar la visión de los usuarios sobre los servicios como un elemento clave a la hora de formular o replantear procesos de mejoría de las organizaciones y de provisión de servicios de salud (21) (22).

La evaluación de la SU, la cual involucra la medición de sus necesidades y en algunos casos se complementa con sus expectativas, constituye todo un reto para el campo de la salud pública, para los gestores y planificadores en salud, para el sector académico-investigativo y para los usuarios en general.

La definición de Pascoe sobre la SU: “comparación de la experiencia del paciente con sus estándares subjetivos al salir de la atención sanitaria”, es una de las más simples y más aceptadas (23).

La SU, considerada como una respuesta actitudinal y de juicio de valor que el usuario construye producto de su encuentro e interacción con el servicio, es relevante al menos en 4 áreas de acción: comparación de sistemas o programas de salud, evaluación de la calidad de los servicios de salud (24), identificación de aspectos de los servicios que necesitan cambio para mejorar la satisfacción y de consumidores con poca aceptabilidad de los servicios. También permite evaluar las conductas de los pacientes y sus resultados en términos de salud individual (25).

Dentro de las razones que se han justificado el considerar la SU como una medida importante de resultado de la utilización de los servicios, de la conducta terapéutica del paciente, de su continuidad y resultados en salud (26). También se ha encontrado que la SU es un elemento útil para evaluar las consultas y los modelos de comunicación (Ej. el éxito que ha tenido el informar e involucrar a los pacientes en la toma de decisiones sobre el tipo de atención). Por otro lado la opinión del paciente puede utilizarse sistemáticamente para mejorar la organización de los servicios a proveer (27).

La evaluación de la SU puede hacerse esporádica o sistematizada. En el primer caso se tiene en cuenta la queja espontánea para su análisis. En el segundo caso es un proceso sistematizado dirigido a obtener los datos permanentes y las curvas de tendencia que permitan gerenciar el servicio (28).

Si bien las encuestas, son quizás, el tipo de instrumento mas objetivo para medir la SU en las instituciones, los formatos a utilizar deben ser diseñados y analizados detalladamente por el respectivo comité de calidad, para que éstos se ajusten a sus particularidades organizacionales y para puedan ser evaluados en el tiempo (dinámicos) (10).



Finalmente, los resultados de las encuestas (indicadores) deben ser analizados periódicamente y comparados con los estándares propuestos. Los comités de calidad deben proponer estrategias de solución que conduzcan a la situación ideal. La retroalimentación de los mismos permite hacer seguimiento a los correctivos implementados (10). Durante la evaluación de la SU, las instituciones deben establecer contacto permanente con asociaciones de usuarios, autoridades locales, voluntarias, otras IPS-EPS, organizaciones comunitarias, usuarios de otras instituciones y llevar un registro sistemático de ellas (18). Del análisis integral de los resultados de las encuestas pueden surgir soluciones de aplicación inmediata o propuestas a mediano y largo plazo para llevar a organismos de dirección. También puede detectarse la necesidad de cambiar las preguntas y de rediseñar los formatos. Con esto, se favorece el fortalecimiento de una cultura de calidad y el mejoramiento de procesos de evaluación (agilización, simplificación, eficiencia, disminución de costos, y disponibilidad permanente de elementos).

Según la experiencia acumulada, existen varios factores que influyen en la SU: De una manera sistemática se podrían agrupar así:

- Individuales: demográficos (edad, sexo, raza).
- Sociales: estado marital, grupo social, nivel educacional, dinámica organizacional de la comunidad: redes de participación social).
- Económicos: niveles de ingresos, gastos.
- Culturales: etnia, expectativas, concepciones culturales sobre los servicios de salud y el proceso salud-riesgo-enfermedad).
- Experiencia con el servicio: desenlace del contacto previo entre el usuario y el servicio.
- Familiares/sociales: experiencias con el servicio por parte de amigos, familiares, de la red social circundante, conducta y concepción del entorno familiar sobre el proceso salud-enfermedad.
- Del servicio de salud: accesibilidad geográfica
- De la organización del servicio de salud: comunicación interpersonal, resolutivez del servicio, tiempo de espera para la atención, eficacia de las acciones, trato y cordialidad en el personal, disponibilidad de medicamentos, confort local, privacidad, entre otros.

En la década de los ochenta Parasuraman y colaboradores, partir de un estudio exploratorio, indicaron diez criterios determinantes de la evaluación de la calidad del servicio. En investigaciones posteriores (1990), Zeithaml y colaboradores et al encontraron un elevado grado de correlación entre algunas de estas variables, por lo cual se propuso condensarlas en cinco dimensiones para evaluar la calidad desde la perspectiva del cliente:



- *Tangibilidad* (aparición de los elementos físicos).
- *Fiabilidad* (un desempeño confiable y preciso).
- *Capacidad* de respuesta (prontitud y espíritu servicial).
- *Empatía* (acceso fácil, buenas comunicaciones y comprensión del cliente) (10).

Una de las encuestas que sirve de modelo en el mundo y ha gozado de una gran difusión es la denominada *MODELO SERVQUAL*, desarrollada en 1988 por Parasaraman, Zeithaml, y Berry. Ella contempla la calidad del servicio como una función de la discrepancia entre las expectativas de los consumidores sobre el servicio que van a recibir y sus percepciones sobre el servicio efectivamente prestado por la empresa. De esta forma el cliente valora (negativamente o positivamente) la calidad de un servicio en el que las percepciones que ha obtenido sean inferiores o superiores a las expectativas que tenía (29). Dicha escala consta de dos partes, una con asuntos relativos a las expectativas de los consumidores y otra con asuntos sobre las percepciones de los mismos, las cuales constan cada una de 22 ítem que son evaluados en una escala Likert de 7 puntos. Los clientes primero califican las expectativas del servicio y posteriormente evalúan las percepciones del desempeño en términos de las mismas características específicas. Cuando las calificaciones del desempeño percibido son más bajas que las expectativas, es señal de una mala calidad; lo contrario indica una buena calidad (10).

Varios estudios sobre evaluación de la calidad en la atención en salud, han reflejado una situación preocupante en cuanto a la SU frente a la organización y funcionamiento de los servicios evaluados, y más aún frente a las profesiones comprometidas, que atraviesan hoy más que en cualquier otro momento por un fenómeno alarmante de desconocimiento de la importancia y del fin último de su quehacer (12).



Capítulo 2. Pregunta de investigación que soporta el estudio.

¿Que tan satisfechos se encuentran los usuarios del servicio de consulta externa del hospital local del municipio de Tamalameque (cesar)?



Capítulo 3. Objetivos.

3.1. Objetivo General

Evaluar la SU en el servicio de consulta externa del Hospital de Tamalameque (Cesar) a través de la aplicación de una encuesta.

3.2 Objetivos específicos

1. Definir las características del servicio de salud que determinan en mayor medida la SU.
2. Diseñar y aplicar un formato de recolección de información para medir el nivel de SU.
3. Describir factores sociodemográficos de los usuarios, así como algunas características del servicio de consulta externa del Hospital de Tamalameque que sean de interés para el estudio.
4. Analizar la asociación entre las variables de estudio y el nivel de SU según los resultados de la encuesta a través de un análisis bivariado.
5. Detectar los indicadores de la IPS sobre los cuales deban operar los resultados del estudio
6. Realizar una matriz DOFA con los resultados de la investigación.
7. Plantear un modelo evolutivo de la IPS a partir de los resultados de la investigación.

Capítulo 4. Metodología.

4.1 Diseño del estudio

Estudio descriptivo, transversal (aplicación de una encuesta estructurada).

4.2 Población del estudio

La población de estudio estuvo conformada por una muestra correspondiente al 10% del total de los usuarios del servicio de consulta externa del Hospital de Tamalameque (Cesar) durante el mes de septiembre de 2006 (n=100).

4.3 Criterios de selección

- * Edad mayor o igual a 18 años.
- * Haber sido usuario del servicio de consulta externa del Hospital de Tamalameque.

4.4 Desarrollo del estudio

El estudio se desarrolló en las siguientes fases:

Fase 1: logística

Esta fase tuvo una duración de 1 mes. En esta fase se diseñó el formato de recolección de datos (Anexo) y se discutió el mismo con el comité administrativo del hospital.

Fase 2: recolección de la información

Esta fase tuvo una duración de 1 mes. Durante el mes de septiembre de 2006, diariamente, se aplicó una encuesta estructurada a las 5 primeras personas consultantes al servicio de consulta externa que cumplieron con los criterios para entrar en el estudio. Para asegurar la calidad de la información, la aplicación de la encuesta estuvo a cargo de personal entrenado y fue coordinada por los investigadores del estudio. Continuamente se revisó que las encuestas estuvieran adecuadamente llenadas y que los datos allí consignados fueran legibles, ciertos y consistentes a nivel interno. Los errores detectados fueron debidamente corregidos por quienes diligenciaron los formatos. Una vez recolectada la totalidad de la información, se digitó una base de datos por duplicado en tiempos distintos.

Fase 3: procesamiento de la información y análisis de los datos



Esta fase tuvo una duración de 2 meses. Una vez terminada la recolección de la totalidad de la información, se realizó una depuración y comparación de las dos bases de datos digitadas utilizando un software estadístico (Epi-Info 2000). Las inconsistencias entre éstas fueron corregidas con las fuentes originales (formato de recolección de la información), dejando registro de los cambios realizados.

El análisis estadístico descriptivo incluyó el cálculo de frecuencias para las variables de interés. Se realizó un análisis bivariado (prueba de t de student o rangos sumados de Wilcoxon según la distribución de las variables) para evaluar la asociación entre el nivel de satisfacción y las variables sociodemográficas, clínicas (del paciente) y del servicio de salud indagadas. Las modificaciones y los procedimientos estadísticos durante el análisis de los datos fueron realizados en Stata 8.0 SE.

Fase 4: generación de informe final

Esta fase tuvo una duración de 2 meses. Durante esta fase se estructuró un informe con los resultados obtenidos.



Capítulo 5. Consideraciones éticas.

Este estudio fue formulado y conducido de acuerdo con la reglamentación ética vigente (Declaración de Helsinki, Resolución 8430 de 1993). La participación fue voluntaria (no se obtuvo consentimiento informado por escrito).



Capítulo 6. Cronograma de actividades realizadas.

Logística (1 mes: Agosto 2006)

Recolección de información 1 mes: (Septiembre 2006)

Depuración y análisis de datos (2 meses: Octubre-Noviembre 2006)

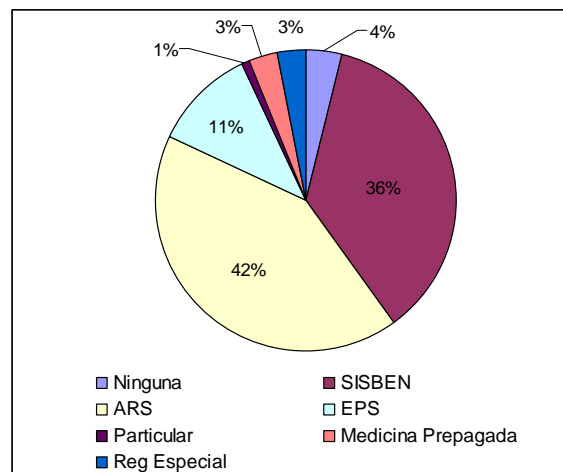
Generación del informe final (2 meses: Diciembre 2006 – Enero 2007)

Capítulo 7. Resultados.

Descripción general de la población participante en el estudio.

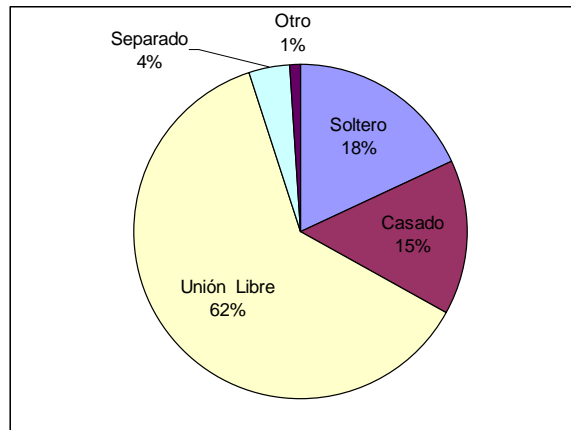
Durante el mes de Septiembre de 2006 se aplicó la encuesta diseñada (Anexo1) a 100 usuarios de los servicios de consulta externa del Hospital de Tamalameque (Cesar). El promedio de edad de la población encuestada fue 37.08 ± 14.04 años y el 38% fue de sexo masculino. La mayor parte de los entrevistados correspondió a personas adscritas a entidades administradoras de régimen subsidiado (ARS) (42%) y al SISBEN (36%). La distribución de frecuencias según el tipo de seguridad social de los usuarios encuestados se muestra en la Figura 1.

Figura 1. Distribución de frecuencias de los diferentes tipos de seguridad social a los que estaban adscritos los usuarios entrevistados.



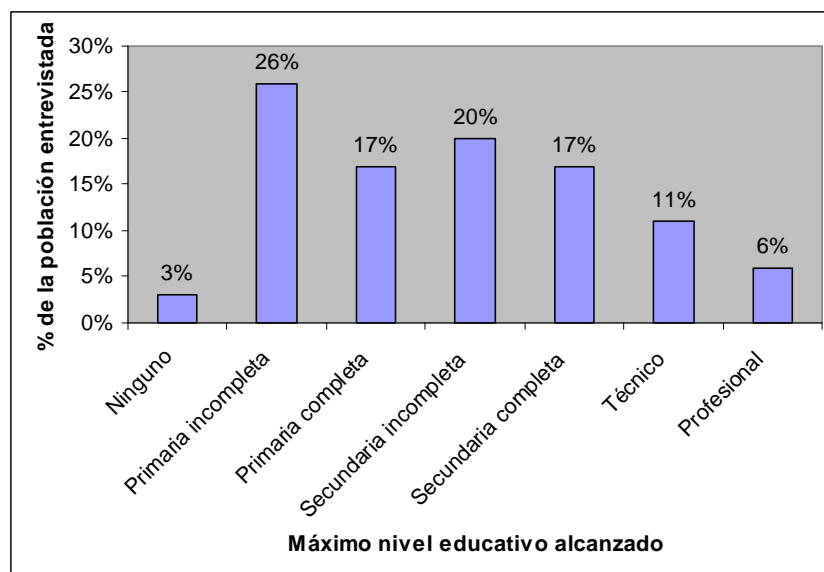
El estado civil más común en la población encuestada fue Unión libre (62 %) seguido por los sujetos Solteros (18%) y casados (15%) (Figura 2).

Figura 2. Distribución del estado civil de la población encuestada.



El 3% de la población entrevistada no tenía ningún nivel de formación académica, el 43% tenía algún nivel de formación básica primaria. El 37% había cursado parcial o completamente la formación secundaria y un 17% tenía formación técnica o profesional (Figura 3).

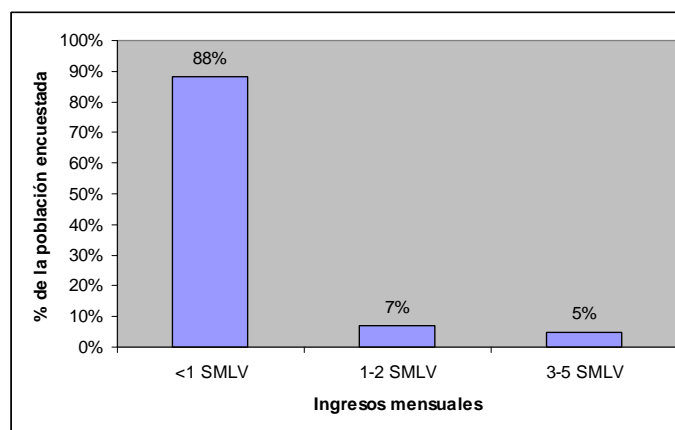
Figura 3. Distribución del nivel educativo máximo alcanzado en la población encuestada.





El 88% de la población encuestada tenía ingresos mensuales menores a 1 salario mínimo legal vigente (SMLV) y ninguno de los encuestados reportó ingresos mensuales mayores a 5 SMLV (Figura 4). El 51% de los encuestados pertenecía a algún grupo social (como clubes deportivos, grupos religiosos, grupos de trabajo asociado, etc).

Figura 4. Distribución de frecuencias según los ingresos económicos mensuales reportados.

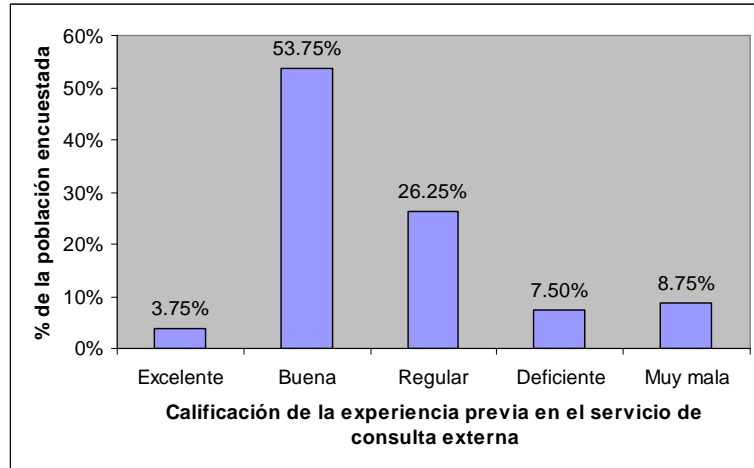


SMLV: Salario Mínimo Legal Vigente 2006

Características de las experiencias previas de los usuarios entrevistados.

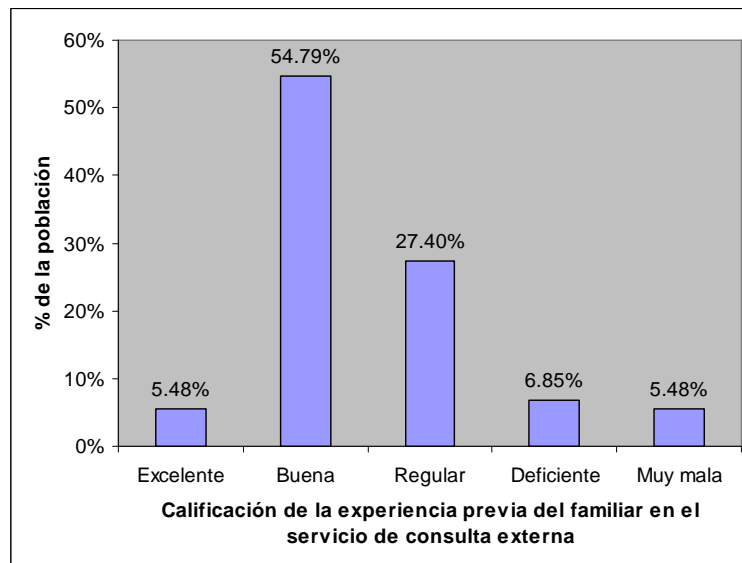
El 80% de los usuarios encuestados refirieron haber tenido alguna experiencia previa con el servicio de consulta externa del Hospital de Tamalameque, de los cuales el 57.5% dieron un concepto favorable al respecto (Figura 5). De igual manera el 73% de los encuestados refirieron que algún familiar cercano había tenido alguna experiencia como usuario del servicio de consulta externa del Hospital, y de estos el 60.27% emitieron un concepto favorable respecto a esta experiencia (Figura 6).

Figura 5. Calificación del servicio de consulta externa de Tamalameque según las experiencias de los usuarios entrevistados.



n=80

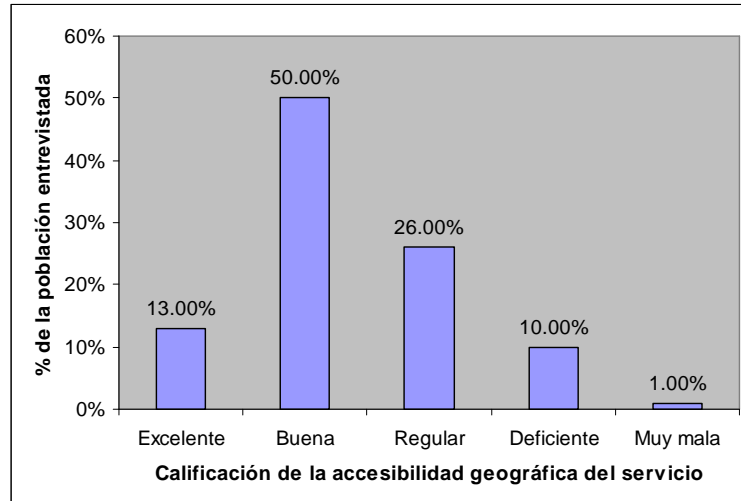
Figura 6. Calificación del servicio de consulta externa de Tamalameque según las experiencias de los familiares de los usuarios entrevistados.



n=73

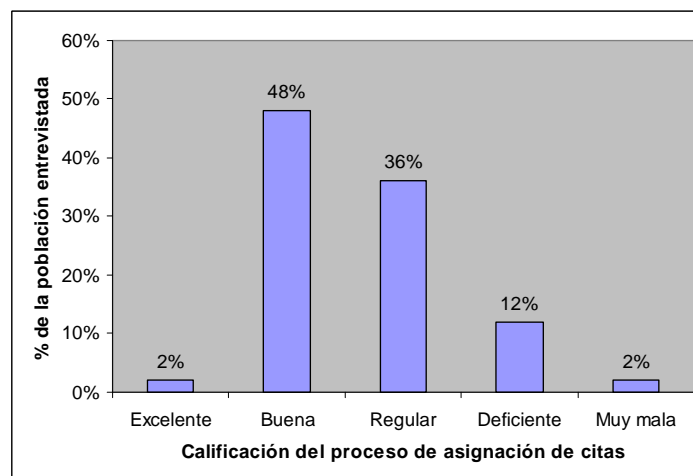
Cuando se indagó respecto a la accesibilidad geográfica del servicio, se encontró que el 63% de los usuarios consideraba que ésta era excelente o buena en tanto que el 11% refirieron que era deficiente o muy mala (Figura 7).

Figura 7. Calificación de la accesibilidad al servicio de consulta externa de Tamalameque según las experiencias de los usuarios entrevistados.



El 50% de los usuarios entrevistados dieron una calificación favorable al proceso de asignación de las citas médicas (Figura 8).

Figura 8. Calificación del proceso de asignación de citas en el servicio de consulta externa de Tamalameque según las experiencias de los usuarios entrevistados.





Según la percepción de los usuarios, el 48% de los entrevistados consideraron que el servicio de consulta externa tenía una capacidad de respuesta a las necesidades de los usuarios Excelente o buena (Figura 9). De igual forma el 43% de los entrevistados percibe que la respuesta del servicio ante las inquietudes y sugerencias de los usuarios es buena o excelente (Figura 10).

Figura 9. Calificación de la capacidad de respuesta del servicio de consulta externa de Tamalameque según las experiencias de los usuarios entrevistados.

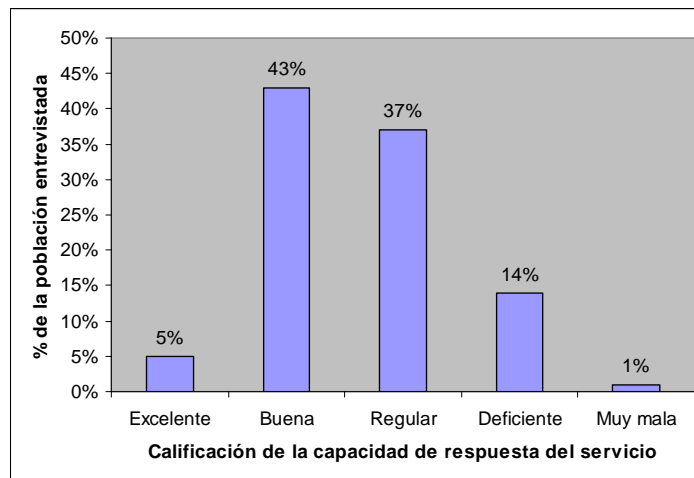
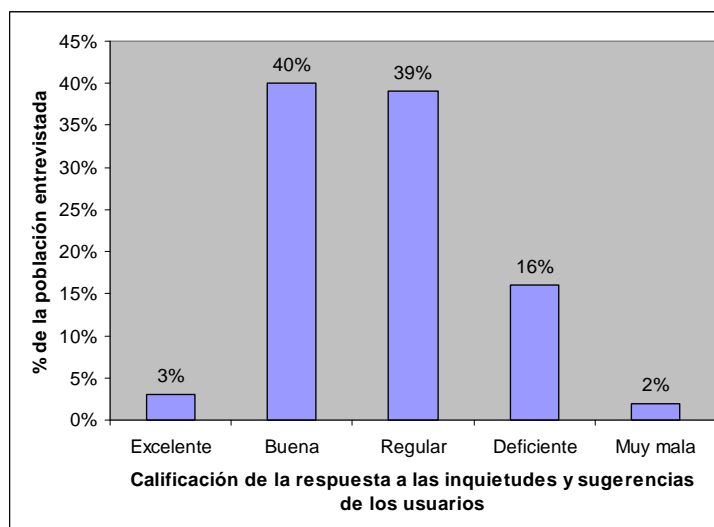


Figura 10. Calificación de la respuesta del servicio ante las inquietudes y sugerencias de los usuarios del servicio de consulta externa de Tamalameque según las experiencias de los usuarios entrevistados.





El 54% de los usuarios entrevistados consideran que los horarios de asignación de las citas se cumplen siempre o casi siempre (Figura 11). El 51% de los usuarios consideran que el servicio de consulta externa esta excelente o bien organizado (Figura 12). En términos generales el 51% están muy satisfechos con el servicio prestado, el 34% están parcialmente satisfechos y el 15% de los usuarios mostraron algún grado de insatisfacción con el servicio (Figura 13).

Figura 11. Frecuencias con las que se cumplen los horarios de asignación de las citas según la percepción de los usuarios del servicio de consulta externa de Tamalameque.

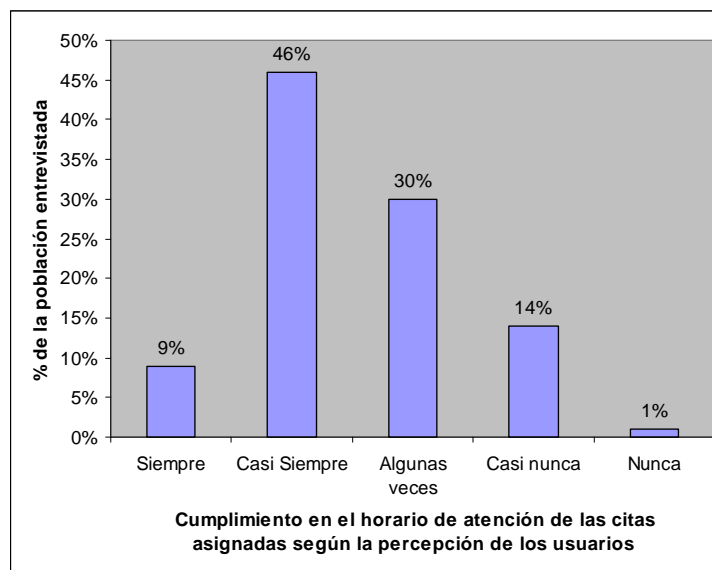




Figura 12. Percepción de los usuarios con respecto a la organización general del servicio de consulta externa del hospital de Tamalameque.

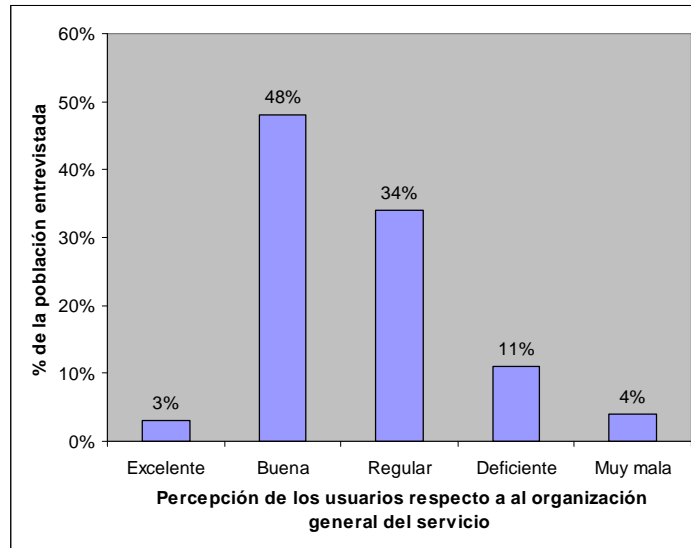
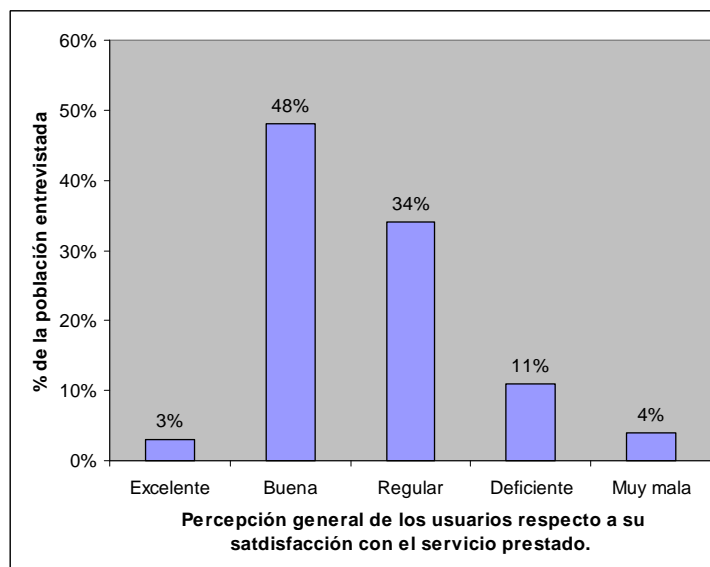


Figura 13. Percepción general de los usuarios respecto a la satisfacción con la atención prestada por el servicio de consulta externa del hospital de Tamalameque.



En aras a identificar los principales factores que producen insatisfacción de los usuarios del servicio se alisaron las respuestas de los usuarios en cada una de las



preguntas sobre la calidad del servicio reagrupando las respuestas en 3 categorías (bueno, regular o malo). Los resultados de este análisis (Figura 14) evidenciaron que la percepción de los usuarios sobre los diferentes factores evaluados fue muy similar, y que los elementos más comúnmente calificados como malos fueron en primer lugar la capacidad de respuesta del servicio a las inquietudes de los usuarios (18% de calificaciones negativas) y en segundo lugar tanto el cumplimiento del horario de asignación de las citas (15% de calificaciones negativas) como la capacidad de respuesta del servicio (15% de calificaciones negativas).

Finalmente, ante la pregunta de si volverían a consultar al servicio de consulta externa el 80% de los entrevistados contestó que sí, y ante la pregunta de si recomendaría el servicio de consulta externa a familiares y conocidos el 80% de los encuestados contestó que sí lo haría.

Al comparar las características sociodemográficas de las poblaciones que reportaron una satisfacción general Buena o excelente (satisfechos $n=51$) y aquellos cuyo nivel de satisfacción fue regular, deficiente y muy malo (insatisfechos $n=49$) se encontró que el grupo de sujetos con un menor nivel de satisfacción eran significativamente más jóvenes (34 (desviación estándar: 13) vs 40 (desviación estándar: 14), $p=0.02$) y tenían una mayor proporción de hombres que el grupo de personas que manifestaron estar satisfechas (razón hombres:mujeres 24:25 vs 14/37, $p=0.03$) (Tabla 2). De igual manera se detectó que el total de los sujetos con ningún tipo de seguridad social, así como aquellos que acudían como usuarios particulares correspondían a sujetos que referían no estar satisfechos con el servicio prestado. No se encontraron diferencias en el nivel educativo de los sujetos insatisfechos al compararles con los satisfechos, pero sí se encontró que aquellos insatisfechos tendían a tener un mayor nivel de ingresos económicos y una mayor proporción de sujetos que pertenecían a algún grupo social.



Figura 14. Nivel de satisfacción de los diferentes elementos evaluados

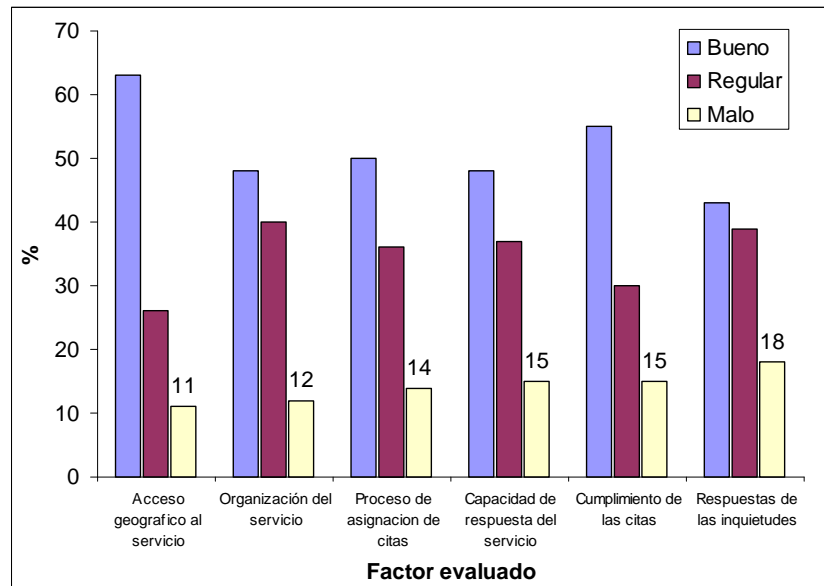




Tabla 2. Características sociodemográficas de los sujetos entrevistados según su nivel de satisfacción general.

	Insatisfechos (n=49)	Satisfechos (n=51)	Valor de p
	Porcentaje (%)	Porcentaje (%)	<0.0001
Seguridad social			
<i>Ninguna</i>	8,1	0	
<i>SISBEN</i>	53,06	19,6	
<i>ARS</i>	18,3	64,7	
<i>EPS</i>	12,2	9,8	
<i>Particular</i>	2,04	0	
<i>Medicina Prepagada</i>	2,04	3,9	
<i>Reg Especial</i>	4,08	1,9	
Estado civil			0.04
<i>Soltero</i>	20,4	15,6	
<i>Casado</i>	24,4	5,8	
<i>Unión Libre</i>	51,02	72,5	
<i>Separado</i>	2,04	5,8	
<i>Otro</i>	2,04	0	
Nivel Educativo			0.24
<i>Ninguno</i>	2,04	3,9	
<i>Primaria incompleta</i>	22,4	29,4	
<i>Primaria completa</i>	10,2	23,5	
<i>Secundaria incompleta</i>	24,4	15,6	
<i>Secundaria completa</i>	20,4	13,7	
<i>Técnico</i>	10,2	11,7	
<i>Profesional</i>	10,2	1,9	
Nivel de ingresos			0.02
<i><1 SMLV</i>	79,5	96,08	
<i>1-2 SMLV</i>	10,2	3,9	
<i>3-5 SMLV</i>	10,2	0	
Pertenencia a algún grupo social	61,2	41,1	0.04

Capítulo 8. Discusión.

La encuesta clásica, como medio para la evaluación de la SU, resultó útil y permitió alcanzar los objetivos del estudio. Sin embargo, la combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas, como lo recomiendan los expertos sigue siendo la mejor forma de evaluar aspectos tan complejos como los perceptuales. El instrumento de medición utilizado, si bien es susceptible de mejora, permitió tener una visión global del contexto social de los usuarios del servicio de consulta externa del hospital.

Al analizar las características sociodemográficas de la población encuestada, éstas son muy similares al promedio de la población del municipio de Tamalameque. Esto sugiere que la muestra, a pesar de haber sido seleccionada a conveniencia fue muy similar a la población municipal.

La calificación de satisfacción general (80%) puede obedecer a que dentro del municipio no hay otro centro donde se preste este tipo de servicio y que a su vez le permita realizar un análisis comparativo. Dentro de lo indagado a nivel regional, no hay evidencia de que en las instituciones con igual nivel de atención se hayan realizado estudios que objetivicen el grado de satisfacción de sus usuarios, lo cual dificulta igualmente hacer un análisis interinstitucional.

El comportamiento de algunos factores clásicos como la accesibilidad, la capacidad de respuesta y el cumplimiento de citas, fue muy similar. El predominio de percepciones negativas en lo referente a las inquietudes de los usuarios, puede obedecer a que dentro de la institución se carece de medios o herramientas por las cuales los usuarios puedan plasmar, expresar y comunicar sus opiniones al sector administrativo de la institución.



Capítulo 9. Matriz Dofa de los resultados de la investigación.

Debilidades <ul style="list-style-type: none">• Los resultados se fundamentan en la aplicación de una sola técnica de medición de la SU.	Oportunidades <ul style="list-style-type: none">• Medir la SU a través de otras técnicas (combinación de métodos cualitativos y cuantitativos).• Realizar un análisis sobre los aspectos calificados de forma negativa por parte de los usuarios con el fin de plantear opciones de mejora.
Fortalezas <ul style="list-style-type: none">• Los resultados son el producto de una primera aproximación a la medición de la SU del servicio de consulta externa del Hospital de Tamalameque.	Amenazas <ul style="list-style-type: none">• No continuar con este proceso de evaluación.• No poder comparar los resultados a nivel local.



Capítulo 10. Conclusiones de los resultados sobre la generación de conocimiento.

La realización de este estudio, permitió medir y analizar estadísticamente factores perceptuales por parte del usuario con respecto a la calidad de la asistencia, lo cual motivará no solo el planteamiento de nuevas investigaciones en el campo administrativo y gerencial sino la identificación de oportunidades de mejora en los servicios de oferta del hospital.

Considerando la satisfacción del cliente externo como el indicador de la IPS sobre el cual deban operar los resultados del estudio, los factores calificados negativamente (capacidad de respuesta del servicio a las inquietudes de los usuarios, cumplimiento del horario de asignación de las citas y capacidad de respuesta del servicio), se convierten en un blanco interesante de trabajo para las directivas del Hospital a la hora de formular sus planes de acción. Igualmente, el seguimiento a estos planes de acción y el de las estrategias de mejoramiento que surjan (medición de su impacto) podrían soportar la postulación de reformas a las políticas sanitarias actuales.

Bibliografía.

1. Castaño RA. ¿Cómo medir calidad? Vía Salud. 7-13. 1998.
2. Ley de Seguridad social. Ley 100 de 1993. 1993.
3. Juan Seclén-Palacin, Christian Darras. Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Perú, 2000. An Fac Med Lima 2005; 66:127-141.
4. Organización Panamericana de la Salud. Información Poblacional y Económica. 2001. Bogotá, Colombia.
5. Constitución política de Colombia. 1991.
6. Ministerio de protección social - Decreto No 1011 de 2006. 2006.
7. Ministerio de protección social - Resolución No 1043 de 2006. 2006.
8. Bigne JE, Moline MA, Vallet TM, Sanchez J. Un estudio comparativo de los instrumentos de Medición de la calidad de los servicios Públicos. Revista española de Investigación de Marketing , 33-53. 1997.
9. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S, Richards N, Chandola. Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. QualSaf Health Care 2002; 11:335-339.
10. Zeithmanl V, Parasuraman A, Berry. Calidad total en la gestión de servicios. 1993.
11. Descentralización administrativa. Ley 10 de 1990. 1990.
12. Sistema de Seguridad Social en Salud. Especialización en Gerencia Hospitalaria, Programa de Gerencia en Servicios de Salud, Escuela Superior de Administración Pública. 1998. Bogotá, Colombia.
13. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: important general considerations. Br Med J 1991; 302:887-889.
14. Williams B, Coyle J, Healy D. The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. Soc SciMed 1998; 47:1351-1359.
15. Jackson J, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. Soc Sci Med 2001; 52:609-620.



16. Ministerio de Salud del Perú, Proyecto 2000. Calidad del servicio de salud desde la percepción de la usuaria: Diagnóstico de necesidades de comunicación. Lima: Pathfinder International, USAID. 2002.
17. Delgado A, López LA, Luna JD. Influencia del modelo organizativo en la satisfacción de los usuarios. *Aten Primaria* 1995; 16:314-321.
18. Encuesta de Calidad de vida. Primera Encuesta Nacional de Calidad en Salud percibida por los usuarios. Defensoría del Pueblo. Organización Panamericana de la Salud, editor. 1997. Santa Fé de Bogotá.
19. Santurmo PJ. Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Revista Española de Salud Pública* 69, 163-175. 1995.
20. Schneider H, Palmer N. Getting to the truth? Researching user views of primary health care. *Health Policy Plann* 2002; 17:32-41.
21. Edwards C, Staniszewska S. Accessing the user's perspective. *Health Soc Care Community* 2000; 8:417-424.
22. Traverso-Yèpez M, Morais NA. Reinvidicando la subjetividad de dos usuarios da Rede Básica de Saùde: para uma humanizacao do atendimento. *Cad Saùde Pùblica* 2004; 20:80-88.
23. Pascoe G. Patient satisfaction in primary care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning* 1983; 6:185-210.
24. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: II-Designing a questionnaire and conducting a survey. *BMJ* 1991; 302:1129-1132.
25. Wensing M, Elwyn G. Research on patients' views in the evaluation and improvement of quality of care. *Qual Saf Health Care* 2002; 11:153-157.
26. Lafond A. Improving the quality of investment in health: lessons on sustainability. *Health Policy Plann* 1995; 10:63-76.
27. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: I-Important general considerations. *BMJ* 1991; 302:887-889.
28. Camp RC. Best practice benchmarking: the path to excellence. *CMA Magazine* 72, 10-20. 1998.



29. Méndez A, Carlos E. Metodología, Guía para elaborar diseños de Investigación en ciencias económicas, contables y administrativas. 2ª edición ed. Santa Fé de Bogotá: McGrawHill, 1995.

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE TAMALAMEQUE (CESAR).



ANEXOS	DATOS DEL PACIENTE															
INICIALES DEL PACIENTE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CEDULA DE CUIDADANÍA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
FECHA DE NACIMIENTO³	Día	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Mes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Año	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
SEXO⁴:	Masculino	<input type="text" value="1"/>	Femenino	<input type="text" value="0"/>	EDAD⁵: (años cumplidos)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
SEGURIDAD SOCIAL⁶:	Ninguna	<input type="text" value="1"/>	SISBEN	<input type="text" value="2"/>	ARS	<input type="text" value="3"/>	EPS	<input type="text" value="4"/>	Particular	<input type="text" value="5"/>	Prepagada	<input type="text" value="6"/>	Reg. Especial	<input type="text" value="7"/>	Otro	<input type="text" value="8"/>
ESTADO CIVIL⁷:	Soltero	<input type="text" value="1"/>	Casado	<input type="text" value="2"/>	U. Libre	<input type="text" value="3"/>	Separado	<input type="text" value="4"/>	Divorciado	<input type="text" value="5"/>	Viudo	<input type="text" value="6"/>	Otro	<input type="text" value="7"/>		
NIVEL EDUCATIVO⁸:	Ninguno	<input type="text" value="1"/>	Primaria Incompleta	<input type="text" value="2"/>	Primaria Completa	<input type="text" value="3"/>	Secundaria incompleta	<input type="text" value="4"/>	Secundaria completa	<input type="text" value="5"/>	Técnico	<input type="text" value="6"/>	Profesional	<input type="text" value="7"/>		
NIVEL DE INGRESOS MENSUAL PROMEDIO (1 SMLV \$408.000)⁹:	<1 SMLV	<input type="text" value="1"/>	1-2 SMLV	<input type="text" value="2"/>	3-5 SMLV	<input type="text" value="3"/>	5-10 SMLV	<input type="text" value="4"/>	>10 SMLV	<input type="text" value="5"/>						
PERTENECE A ALGUN GRUPO SOCIAL? (clubes deportivos, grupos religiosos, grupos de trabajo asociado, etc.)¹⁰	Si	<input type="text" value="1"/>	No	<input type="text" value="0"/>	Cual	<input type="text"/>										
HA TENIDO USTED ALGUNA EXPERIENCIA PREVIA EN CALIDAD DE USUARIO CON ESTE SERVICIO?¹¹	Si	<input type="text" value="1"/>	No	<input type="text" value="0"/>												
SI LA HA TENIDO, CÓMO CALIFICARÍA ESTA EXPERIENCIA?¹²:	Excelente	<input type="text" value="1"/>	Buena	<input type="text" value="2"/>	Regular	<input type="text" value="3"/>	Deficiente	<input type="text" value="4"/>	Muy mala	<input type="text" value="5"/>	N/A	<input type="text" value="6"/>				
ALGUN FAMILIAR SUYO HA TENIDO ALGUNA EXPERIENCIA PREVIA EN CALIDAD DE USUARIO CON ESTE SERVICIO?¹³	Si	<input type="text" value="1"/>	No	<input type="text" value="0"/>	Cual familiar	<input type="text"/>										
SI SU FAMILIAR LA HA TENIDO, CÓMO CALIFICARÍA ESTA EXPERIENCIA¹⁴:	Excelente	<input type="text" value="1"/>	Buena	<input type="text" value="2"/>	Regular	<input type="text" value="3"/>	Deficiente	<input type="text" value="4"/>	Muy mala	<input type="text" value="5"/>	N/A	<input type="text" value="6"/>				
CÓMO CALIFICARÍA USTED EL ACCESO GEOGRÁFICO AL SERVICIO (Que tan fácil fue llegar al servicio)¹⁵:	Excelente	<input type="text" value="1"/>	Bueno	<input type="text" value="2"/>	Regular	<input type="text" value="3"/>	Deficiente	<input type="text" value="4"/>	Muy malo	<input type="text" value="5"/>						
COMO CALIFICARÍA USTED EL PROCESO DE ASIGNACIÓN DE CITAS (Que tan rápido pudo obtener su cita)¹⁶:	Excelente	<input type="text" value="1"/>	Bueno	<input type="text" value="2"/>	Regular	<input type="text" value="3"/>	Deficiente	<input type="text" value="4"/>	Muy malo	<input type="text" value="5"/>						
COMO CALIFICARÍA USTED LA CAPACIDAD DE RESPUESTA DEL SERVICIO¹⁷:	Excelente	<input type="text" value="1"/>	Bueno	<input type="text" value="2"/>	Regular	<input type="text" value="3"/>	Deficiente	<input type="text" value="4"/>	Muy malo	<input type="text" value="5"/>						
COMO ES LA RESPUESTA A SUS INQUIETUDES Y/O SUGERENCIAS?¹⁸:	Excelente	<input type="text" value="1"/>	Buena	<input type="text" value="2"/>	Regular	<input type="text" value="3"/>	Deficiente	<input type="text" value="4"/>	Muy mala	<input type="text" value="5"/>						
SE CUMPLEN LOS HORARIOS ASIGNADOS PARA LAS CITAS?¹⁹:	Siempre	<input type="text" value="1"/>	Casi Siempre	<input type="text" value="2"/>	Algunas veces	<input type="text" value="3"/>	Casi Nunca	<input type="text" value="4"/>	Nunca	<input type="text" value="5"/>						
COMO CALIFICARÍA USTED LA ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO²⁰:	Excelente	<input type="text" value="1"/>	Buena	<input type="text" value="2"/>	Regular	<input type="text" value="3"/>	Deficiente	<input type="text" value="4"/>	Muy mala	<input type="text" value="5"/>						
COMO CALIFICARÍA USTED, SU NIVEL DE SATISFACCIÓN GENERAL CON EL SERVICIO²¹	Excelente	<input type="text" value="1"/>	Bueno	<input type="text" value="2"/>	Regular	<input type="text" value="3"/>	Deficiente	<input type="text" value="4"/>	Muy malo	<input type="text" value="5"/>						
RECOMENDARÍA USTED ESTE SERVICIO A OTRAS PERSONAS²²	Si	<input type="text" value="1"/>	No	<input type="text" value="0"/>												
VOLVERIA USTED A CONSULTAR A ESTE SERVICIO²³	Si	<input type="text" value="1"/>	No	<input type="text" value="0"/>												

