

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MORÓN

TÍTULO: Satisfacción de usuarios y prestadores en los servicios de salud del municipio Bolivia en la provincia Ciego de Ávila.

AUTORA: Dra. Marbelis Avilés Blanes.

2020

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MORÓN

TÍTULO: Satisfacción de usuarios y prestadores en los servicios de salud del municipio Bolivia en la provincia Ciego de Ávila.

Tesis para optar por el título de Especialista Primer grado en Medicina General Integral.

AUTORA: Dra. Marbelis Avilés Blanes.
Aspirante a Especialista en MGI.

TUTORA: Dra. Narely Abreu González. Especialista de Primer grado en Medicina General Integral. Especialista en Organización y Administración de Salud. Profesora Asistente.

PENSAMIENTO

"Estamos luchando por crear el mejor capital médico del mundo. Y no solo para nosotros, sino para los pueblos de América Latina, y otros pueblos del mundo."

Fidel Castro Ruz.

DEDICATORIA

A mi esposo que transforma con amor el cansancio de cada día.

A mi madre por ser ejemplo y modelo a seguir.

AGRADECIMIENTOS

A nuestra revolución que me dio la oportunidad de formarme como médico y futura especialista.

A la Dra. Narely Abreu González, mi tutora, por su incondicional y oportuna ayuda, sin la cual hubiera sido aún más difícil la realización de este trabajo.

Sería impropio no agradecer de todo corazón a aquellos que me ayudaron, con su cooperación desinteresada, su altruismo, su respeto y su amistad posibilitaron la conclusión del estudio.

A Ana Manzano Cué, querida profesora que amablemente me ayudó en el razonamiento metodológico de la tesis, a la que confieso admiración infinita por su incondicional ayuda, su sabiduría, sencillez y fuerza de voluntad.

A todos, que no enumero por el temor a la omisión involuntaria, gracias por existir, gracias por ayudar, gracias por ser AMIGOS.

RESUMEN

La salud pública desde el triunfo de la Revolución, ha constituido uno de los pilares de nuestro Socialismo, basado en un sistema de salud universal, gratuita, accesible, con participación comunitaria e intersectorial y concepción internacionalista. Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal en el periodo comprendido de septiembre de 2018 a abril de 2019, con el objetivo de evaluar la satisfacción de usuarios y prestadores en los servicios de salud del Policlínico Rafael Pérez González del municipio Bolivia en la provincia Ciego de Ávila. El estudio estuvo constituido por los 17 consultorios del médico de la familia distribuidos en todo el territorio y 4458 pacientes atendidos en el periodo de estudio, la muestra se conformó por los 17 médicos y 17 enfermeras de los consultorios ubicados en todo el territorio y por muestreo simple aleatorio se tomaron 850 pacientes que fueron atendidos en los diferentes CMF. Los usuarios encuestados consideraron que las condiciones de locales para la atención médica eran favorables para brindar calidad en la atención por parte del médico y enfermera de la familia. La calidad del trato del equipo básico de salud y el personal de servicio fue percibida como buena. Se evidenció de manera positiva que los usuarios y prestadores están satisfechos con la calidad de los servicios. Existe un alto reconocimiento de la labor realizada por el personal de salud por parte de la población.

Palabras claves: Satisfacción de usuarios.

ÍNDICE

Introducción	1
Objetivos.....	5
Marco Teórico.....	7
Método.....	13
Análisis y Discusión de los Resultados.....	17
Conclusiones.....	31
Recomendaciones.....	32
Bibliografía.....	33
Anexos	

INTRODUCCIÓN.

La salud pública desde el triunfo de la Revolución, ha constituido uno de los pilares del Socialismo, basado en un sistema de salud de cobertura universal, gratuita, accesible, con participación social y comunitaria e intersectorial, con cooperación internacionalista. En las condiciones más adversas del período especial, constituyó un reto mantener los servicios, con el compromiso y la voluntad de los trabajadores y la firmeza de nuestro pueblo de preservar con buenos resultados los principales indicadores de salud, como bastión inexpugnable de la Revolución.¹

A finales del 2010, comenzó en el país el desarrollo de un proceso de reorganización, compactación y regionalización de los servicios de salud, que tenía entre sus antecedentes, el discurso pronunciado en diciembre de 2009 por el Presidente del Consejo de Estado de Cuba, y en el que afirmaba que "...sin afectar la calidad de la salud, que se brinda gratuitamente a todos los ciudadanos, e incluso mejorándola, es posible reducir de modo apreciable los gastos...".²

Comenzarían las transformaciones del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y en su documento Transformaciones necesarias en el sistema de Salud Pública, considera "... el uso más eficiente y racional de los cuantiosos y costosos recursos de que disponemos, especialmente los tecnológicos, así como su permanente disponibilidad, lo que garantizará la sostenibilidad de los servicios de salud..."^{2, 3}. Aunque en términos económicos y tecnológicos, estos procesos de reorganización, compactación y regionalización de los servicios de salud, permiten la sostenibilidad del sector, del mismo modo es cierto que ameritan una readaptación al principio desplegado por la salud pública cubana, de acercar lo más posible a la población los servicios prestados. Es por ello que se espera mayor calidad, pero aspectos como accesibilidad, equidad y satisfacción pueden restringir los logros esperados de las transformaciones propuestas hoy en ejecución en su tercera etapa.

Hoy, son otros los desafíos, la crisis financiera internacional, de la cual no escapa el país, el recrudecimiento del bloqueo impuesto, así como la existencia de plantillas sobregiradas, de enfoques paternalistas, entre otras causas, han afectado la

economía y sus pronósticos de crecimiento. La realidad es que la sostenibilidad del sistema, depende hoy de la racionalización de los recursos con que contamos. ⁴ Todas las medidas y los esfuerzos por alcanzar el uso eficiente y racional de los recursos, permiten cumplir las misiones que los trabajadores de la salud tienen con la Patria: en primer lugar, prestar un servicio de calidad al pueblo, para ello se hace imprescindible conocer el estado de satisfacción de los usuarios y prestadores en el proceso de implementación de las “Transformaciones Necesarias en el Sistema de Salud”.^{2, 3}

Hablar de calidad en la atención de salud conlleva el imperativo ético de hacer las cosas de la mejor manera posible, a través de una actividad en donde se minimiza al máximo la subjetividad. ⁴

Definir calidad en la atención de salud no es algo simple. Tiene su complejidad en virtud de que la atención de salud puede o no poseer este atributo (calidad), y que de poseerlo, éste puede presentarse en un amplio gradiente.

Una de las contribuciones más significativas al estudio de la calidad de la atención médica se debe a Avedis Donabedian, quien para definirla ha identificado algunos aspectos que ayudan a su análisis: el técnico y el interpersonal. Se refiere a la atención técnica como la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud al manejo de un problema personal de salud, la cual va acompañada de las relaciones interpersonales entre el paciente y el médico o proveedor del servicio. ⁵

Un aspecto que lo denomina “las amenidades”, cuyo término lo comprenden las características propias del entorno en que se presta la asistencia médica, tales como la sala de espera agradable, sábanas limpias, temperatura agradable, etc., las cuales las describe de una manera más abstracta como comodidad, privacidad, cortesía y las incluye dentro del manejo de las relaciones interpersonales, ya que significan interés por la satisfacción del paciente. Con estos elementos intenta precisar un concepto unificador definiéndola como aquella clase de atención que se espera pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de

haber uno tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan el proceso de la atención en todas sus partes. ⁵

En los años Noventa, fueron algunos los autores que estudiaron la calidad de la atención a la salud apoyándose en la perspectiva del mercado otorgando gran importancia a la exactitud de los procesos, concibiendo las entidades de salud y en los últimos años, el concepto de calidad aplicado a los servicios de salud ha ganado cada vez más terreno. Ello no implica que históricamente estos servicios no hayan estado en pos de la excelencia, sino que ya no se trata exclusivamente de poseer calidad técnica o intrínseca, sino de producir actos de calidad y que esta sea percibida por el usuario. ⁵

Habitualmente se enmarca el accionar en el sector salud con cuatro palabras: la efectividad, eficacia, eficiencia y la equidad, la prestación de servicios debe realizarse con equidad, esto es, dar más a quién más necesita garantizando la accesibilidad; con eficacia, o sea, con metodologías y tecnologías adecuadas; con efectividad, alcanzar cobertura e impacto adecuados; y con eficiencia, con rendimiento y costos acordes.

Sin embargo, existen algunas consideraciones importantes respecto al término calidad que es necesario tener en cuenta. Primero, calidad no es sinónimo de lujo o de complejidad, sino que, por el contrario, debe ser la misma en todos los niveles de atención. En segundo lugar, no constituye un término absoluto sino que es un proceso de mejoramiento continuo. Tercero: es una cualidad objetivable y mensurable y no depende de un grupo de personas sino que involucra a toda la organización. El desafío es lograr evaluar este proceso en su conjunto de modo tal que pueda ser objetivado y comparado, que permita conformar estándares y elaborar procesos correctivos para producir mejoras continuas.

En la provincia las investigaciones encontradas se han realizado, en sentido general, en determinadas especialidades o servicios particulares de algunas instituciones y no representa la satisfacción de usuarios y prestadores, aunque las fuentes de insatisfacción identificadas en los estudios son comunes en casi todos ellos.

El municipio Bolivia se encuentra ubicado al norte de la provincia de Ciego de Ávila, es un territorio generalmente llano. Posee suelos negros húmedos y rojos ferruginos en su mayor extensión, los suelos negros están relacionados con las zonas bajas y costeras y los suelos rojos con las zonas altas.

El municipio posee una extensión territorial de 917,2 Km² y una población de 15838 habitantes para una densidad poblacional de 17,3 habitante por Km².

En el sector de la salud tenemos una nomenclatura estructurada en una dirección municipal, una sala de rehabilitación integral, un hogar de ancianos, una casa de abuelos, 17 consultorios médicos de la familia, un policlínico docente con camas y una unidad municipal de higiene y epidemiología, por lo que existen razones para emprender nuevas investigaciones, que aporten evidencias científicas y sirvan de base para futuras intervenciones, encaminadas a la necesidad de abordar los elementos que afectan la satisfacción de usuarios y prestadores. Teniendo en cuenta lo planteado con anterioridad y el hecho de no encontrar antecedentes publicados sobre el tema, se plantea el siguiente **problema científico** ¿Cómo evaluar la satisfacción de usuarios y prestadores en los servicios de salud en el Policlínico Rafael Pérez González del municipio Bolivia en la provincia Ciego de Ávila en el periodo comprendido de septiembre de 2018 a abril de 2019?

Novedad científica: La propuesta es novedosa porque por primera vez se realiza en el territorio una evaluación de la satisfacción de usuarios y prestadores en los servicios de salud en el Policlínico Rafael Pérez González del municipio Bolivia en la provincia Ciego de Ávila.

OBJETIVOS.

General.

Evaluar la satisfacción de usuarios y prestadores en los servicios de salud del Policlínico Rafael Pérez González del municipio Bolivia en la provincia Ciego de Ávila, periodo comprendido de septiembre de 2018 a abril de 2019.

Específicos.

1. Distribuir los prestadores según variables sociodemográficas.
2. Evaluar satisfacción de los usuarios con la atención recibida en los consultorios médicos en cuanto a:
 - Percepción sobre el tiempo de espera para la atención de los usuarios.
 - Percepción de los usuarios externos en relación con las condiciones estructurales de los consultorios médicos.
 - Percepción en cuanto a la calidad del trato del personal.
 - Percepción de usuarios externos sobre la Privacidad.
 - Percepción sobre la Información brindada en el proceso de atención.
 - Percepción de los usuarios de consultorio en relación con la coordinación de problemas de salud.
3. Evaluar satisfacción de los prestadores con los servicios que brindan en cuanto a:
 - Percepción del prestador en relación a las condiciones estructurales de las instalaciones de salud.
 - Recursos necesarios para el trabajo.
 - Percepción de los prestadores en relación al trato de la población.
 - Percepción de los prestadores sobre la atención al hombre.

El **aporte científico** de la investigación radica en la atención técnica como la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la

salud al manejo de un problema personal de salud, la cual va acompañada de las relaciones interpersonales entre el paciente y el médico o proveedor del servicio.

El **aporte social** radica en que la calidad de la atención, es la maximización del bienestar del paciente.

MARCO TEÓRICO.

La búsqueda y control de la calidad ha estado presente desde el propio surgimiento de la sociedad. Durante la edad antigua existían funcionarios encargados del cumplimiento de las normas sanitarias. En Babilonia, el Código del Rey Hamurabi (XVIII a.n.e) regulaba el trabajo médico. Para algunos autores el juramento hipocrático (IV a.n.e), cuyo fin era mejorar la práctica médica así como las regulaciones que estableció la primera escuela de medicina del mundo, en Salerno, Italia (XIII a.n.e.), contenían elementos de auditoría. ⁶

El término Calidad empezó a ser utilizado como tal desde principios del siglo XX en el ámbito de la Administración con Frederick W. Taylor, quien originó un nuevo concepto en la producción, separando las tareas de inspección de las de producción, y el trabajo de planificación del de ejecución De esto deriva que en los años Veinte, la Western Electric Company crea un departamento de inspección independiente para respaldar a las compañías operativas de la Bell Telephone, departamento de donde nacen los pioneros del aseguramiento de la calidad, siendo Walter Shewart el más sobresaliente por lo que se le ha considerado el padre de los sistemas de Gestión de la Calidad actual. ⁶

Durante la década de los años cincuenta, los japoneses hacen suyas las ideas del Control de Calidad para mejorar la tan golpeada economía nipona de la postguerra, Mientras en occidente los niveles de calidad permanecieron estacionarios hasta los años ochenta, en Japón la calidad se convirtió un asunto de Estado.

Desde la integración del Sistema Nacional de Salud (SNS) a pocos meses de ocurrido el triunfo revolucionario de 1959, se trabaja por la calidad y se han desarrollado múltiples acciones entre las que se destacan, la habilitación y acreditación de unidades de salud, normalización y seguimiento de los indicadores de la calidad de los servicios asistenciales, incluyendo la evaluación de su eficacia y eficiencia. ^{1, 3}

El Comandante en Jefe Fidel Castro – en referencia a la salud – ha manifestado **"¿En qué se puede mejorar indefinidamente, ilimitadamente? En la calidad de los servicios médicos".** ⁷

En los inicios de la década de los 70 del pasado siglo, en el sistema de salud cubano, se realizó un diagnóstico de sus debilidades y fortalezas. Entre las principales dificultades detectadas se encontraban las referidas a los cambios en el patrón salud – enfermedad, el incremento de la expectativa de vida y las exigencias de salud crecientes en la población. Ello evidenció la necesidad de organizar un nuevo modelo de atención médica, surgido en 1984, conocido por el pueblo por el nombre de "*Médico de la Familia*", con el objetivo de alcanzar nuevos niveles de salud y mayor satisfacción y calidad de los servicios a la población. ⁸

En Cuba desde la década del 80 para el control de la calidad de los servicios de salud se habla de administración estratégica de la calidad, y dentro de los términos actuales se encuentra el de garantía de la calidad, lo que va acompañada de cómo o con qué puede ser medida; y dentro de esta se encuentra la calidad científico–técnica de la atención que se ofrece a la población o colectivo específicos como los trabajadores y nos permite analizar los datos de estructura como son: los recursos humanos, los físicos y los financieros. ^{3, 8}

Actualmente y a través del nuevo Reglamento General de Hospitales y del Programa de Perfeccionamiento de la Calidad, el Ministerio de Salud Pública cubano llama a lograr la Excelencia en los servicios; tarea que incluye necesariamente la calidad de la atención sanitaria, cuyo centro es el paciente. ^{4, 8}

En 1986 se terminó y publicó el primer juego de normas ISO 9000, las cuales han sido revisadas y actualizadas en varias ocasiones. Las llamadas normas ISO 9000 son realmente cinco. La ISO 9000 contiene algunos lineamientos para la selección y uso de las otras normas. La 9001 es la norma de calidad para las organizaciones que diseñan, producen, ofertan servicios e instalan equipos; es la más compleja. La 9002 es similar a la 9001, pero no incluye el diseño y servicios del producto, su uso es apropiado, por ejemplo, en las empresas que producen diseños de otras compañías.

La 9003 está limitada solo para almacenaje. Finalmente, la 9004 contiene guías para la interpretación de las otras normas, por lo que no es una norma en sí, sino un documento a consultar. ⁹

Las normas ISO 9000 han sido motivo de señalamientos, pues no son perfectas además, los clientes no siempre quedan satisfechos, debido a que los requisitos ISO no exigen que los productos satisfagan al cliente, es decir, no miden resultados, solamente requieren que se cumplan los procedimientos y requerimientos del proceso que establece el propio sistema y empresa que va a ser evaluada o auditada, lo que significa que sus productos pueden o no tener calidad. ¹⁰

Algunos países de América Latina lo han aplicado, sobre todo en los sectores industriales, tal es el caso de Brasil. En Cuba se ha puesto en práctica en la industria y la salud pública, por ejemplo, en el caso del hospital "Cira García" de La Habana ha sido aprobado y ratificado, así como en el Centro Nacional de Biopreparados (BioCen). ¹¹

En relación con el sistema de normas, es de interés mencionar lo que se conoce como implantación de "buenas prácticas", por ejemplo, en el sistema de calidad de la industria farmacéutica cubana, que establece los requisitos y normas que cumplan las características del diseño, cuyo objetivo es la producción de medicamentos para hacerlos adecuados al consumo humano y está aprobado por el Comité Estatal de Normalización. ¹²

En el empeño de lograr sistemas de gestión de la calidad eficientes y orientados a la excelencia, las normas ISO 9000 constituyen, también, la herramienta idónea para dotar a las instituciones de salud de reglas para la acción así como de una metodología para el seguimiento y evaluación de la conformidad.

La Organización Internacional de Normalización ha establecido estas normas, basada en principios científicamente demostrados, para definir procesos que faciliten la integración de las acciones para la calidad, con el objetivo de lograr una mejora continua en el contexto que se aplique, en éste caso específico, la atención a la salud. ^{11, 12}

La Certificación de un Sistema de Gestión de la Calidad basado en las Normas ISO 9001:2000 se traduce, en el mundo de hoy, en un reconocimiento nacional e internacional y la confianza y credibilidad de la competencia, integridad y calidad de los servicios que prestan las entidades certificadas.^{10, 12}

La eficacia y la eficiencia de los servicios de salud se logran con una adecuada aplicación y combinación de recursos y tecnologías, de manera que se pueda prestar un mejor servicio con el menor costo posible y producir un impacto positivo en la situación de salud de la población.

Años más tarde, concretamente en 1989, la *International Organization for Standardization (ISO)* definió que: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado". Esta definición que gozó desde el inicio de una amplia aceptación, transmite dos conceptos fundamentales. El primero de ellos es que la calidad de la asistencia puede medirse y de otro lado que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de cómo se define éste. Efectivamente, el concepto de calidad varía en función de quién lo utiliza y en consecuencia la idea de calidad será distinta cuando la aplica la administración, la gerencia del centro, que cuando el término es aplicado por los profesionales y aún por los usuarios. Sin embargo, es evidente que estas tres ideas distintas de la calidad se entrelazan y se encuentran en una zona común.

En los años Noventa, fueron algunos los autores que estudiaron la calidad de la atención a la salud apoyándose en la perspectiva del mercado otorgando gran importancia a la exactitud de los procesos, concibiendo las entidades de salud como empresas. Los trabajos de Ruela, Vuori, Zimmerman y otros, hicieron aportaciones sustanciales en las estrategias que proponen para su análisis. Si bien no fueron los únicos que estudiaron esta problemática, son los únicos importantes en el campo de la calidad de la atención en los servicios de salud que han marcado cambios en la manera de abordar esta problemática.^{13, 14, 15}

En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas,

curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total que precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite.

El concepto de calidad en la estrategia de APS debe centrarse desde la concepción biopsico – social de salud y desde el compromiso y responsabilidad del sistema sanitario por ofrecer prestaciones con los medios necesarios y con la garantía de un desempeño profesional pertinente.

A partir de este análisis numerosos autores han postulado las dimensiones que abarca la calidad, siendo la clasificación más conocida la de H. Palmer que incluye:

16

1. Efectividad: Capacidad de un determinado procedimiento o tratamiento en su aplicación real para obtener los objetivos propuestos.
2. Eficiencia: La prestación de un máximo de unidades comparables de cuidados por unidad de recursos utilizada.
3. Accesibilidad: Facilidad con que puede obtenerse la asistencia frente a barreras económicas, organizativas, culturales, etc. Aceptabilidad: Grado de satisfacción de los usuarios respecto a la atención.
4. Competencia profesional: Capacidad del profesional para la mejor utilización de sus conocimientos a fin de proporcionar cuidados y satisfacción a los usuarios.
5. Eficacia: es hacer lo necesario para alcanzar o lograr los objetivos deseados o propuestos.
6. Equidad: Las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales.

Enfoques para evaluar la calidad de la atención médica. ^{17,18}

Estructura: Características relativamente estables de la organización. Recursos financieros, materiales y humanos, así como también a la forma en que estén organizados para proveer el servicio a la población; reglas, normas, procedimientos, documentos que integran el sistema de información. Incluye los conocimientos y habilidades que aplica el personal de salud para brindar la atención.

Proceso: Conjunto de actividades realizadas por el personal de salud para atender a los usuarios y solucionar sus problemas. Incluye actividades que realizan los propios usuarios en beneficio de su salud. Son elementos del proceso de atención, la forma en que el médico examina al paciente, sus decisiones diagnósticas y terapéuticas y el apego del paciente al tratamiento establecido como empresas.

Según criterio de la autora el permanente conocimiento del grado de satisfacción de la población con los servicios de salud recibidos, es una tarea prioritaria en el municipio de Bolivia y uno de los objetivos de trabajo del sector en el territorio, con énfasis en las instituciones de prestación de servicios en los CMF, que son las que de manera directa trabajan para brindar una atención de calidad. En este orden no puede dejar de tenerse en cuenta la satisfacción de los trabajadores, la cual debe abordarse de manera conjunta con la de los usuarios, dada la relación entre las mismas.

La evaluación de la satisfacción es de gran importancia en el marco de la medición de la calidad en salud. Si se quiere ofrecer servicios de mayor calidad y tener instituciones de excelencia, la evaluación de la satisfacción en los usuarios, familiares y proveedores debe ser una tarea permanente que aporte datos útiles a la gestión administrativa.

MÉTODO.

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal en todos los Consultorios médicos de la Familia del municipio de Bolivia, en el periodo comprendido de septiembre de 2018 y abril del 2019.

Universo de estudio.

Estuvo constituido por los 17 consultorios del médico de la familia distribuidos en todo el territorio y 4458 pacientes atendidos en el periodo de estudio, la muestra se conformó por los 17 médicos y 17 enfermeras de los consultorios ubicados en todo el territorio y por muestreo simple aleatorio se tomaron 850 pacientes que fueron atendidos en los diferentes CMF.

Criterios de inclusión.

- Pacientes que acudieron a la consulta en el período comprendido entre septiembre de 2018 y abril de 2019.
- Estar dispuesto a cooperar en el desarrollo de la investigación, que firmen el consentimiento informado (Anexo 1).

Criterios de exclusión.

- Pacientes que a pesar de entrar en el grupo tengan discapacidad mental.
- Los que residan temporalmente en el área en estudio.

Operacionalización de variables.

Variable Dependiente: Satisfacción de usuarios en los servicios de salud.

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Femenino Masculino	Según sexo biológico.	Según número y por ciento.
Percepción del Tiempo de espera para la atención de los usuarios.	Cuantitativa Discreta	Satisfecho Parcialmente Satisfecho No Satisfecho	Según horas laborables.	Según número y por ciento.
Percepción de los usuarios en relación con las condiciones estructurales de los consultorios médicos.	Cualitativa Nominal Politómica	Bueno Regular Mal	Según Percepción de los usuarios.	Según número y por ciento.
Percepción sobre la Calidad del trato recibido.	Cualitativa Nominal Politómica	Bueno Regular Mal	Según Percepción de los usuarios.	Según número y por ciento.
Percepción de usuarios sobre la Privacidad.	Cualitativa Nominal Politómica	Bueno Regular Mal	Según Percepción de los usuarios.	Según número y por ciento.
Percepción de los usuarios Sobre la información brindada en el proceso de atención.	Cualitativa Nominal politómica	Siempre A veces Nunca	Según Percepción de los usuarios.	Según número y por ciento.

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Percepción de los usuarios de consultorio en relación con la coordinación de problemas de salud.	Cualitativa Nominal politómica	Siempre A veces Nunca	Según percepción de los usuarios.	Según número y por ciento.
Percepción del prestador en relación a las condiciones estructurales de las instalaciones de salud.	Cualitativa Nominal politómica	Bueno Regular Mal	Según percepción de los prestadores.	Según número y por ciento.
Percepción de los prestadores en cuanto Recursos necesarios para el trabajo.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No	Según percepción de los prestadores.	Según número y por ciento.
Percepción de los prestadores en relación al trato de la población.	Cualitativa Nominal politómica	Siempre A veces Nunca	Según percepción de los prestadores.	Según número y por ciento.
Percepción de los prestadores sobre la atención al hombre.	Cualitativa Nominal politómica	Siempre A veces Nunca	Según percepción de los prestadores.	Según número y por ciento.

Para la recolección de datos se empleó una encuesta diseñada por la autora para tal fin y validada por una comisión de expertos de la Dirección Municipal de Salud, cual consta de dos partes: la primera para prestadores y la segunda para usuarios, con ocho preguntas cada uno, donde se recoge, en una primera parte (datos generales) se consigna la edad, el género y el grado de instrucción. En la segunda parte (calidad de atención), consiste en 8 preguntas con cuatro alternativas de respuesta (escala de Likert) las cuales se les ha asignado la calificación de muy buena = 5 puntos, buena = 4 puntos, regular = 3 puntos, mala = 2. En la tercera parte (satisfacción de atención) consiste en 20 preguntas con cinco alternativas de respuesta (Escala de Likert) las cuales se les ha asignado la calificación de muy satisfecho = 5 pts, satisfecho = 4 pts, insatisfecho = 3 pts. (Anexo 2 y 3).

Se tuvo en cuenta la ética de la investigación.

Es respetado el código ético de la profesión que se extiende desde el respeto de los profesionales de salud hacia el usuario, de si desea o no participar en el Programa o abandonarlo cuando lo desee, sin que su decisión pueda afectar sus relaciones. Además de ayudar, apoyar y brindar satisfacción a todos los pacientes que participen y estén afectados, sin dejar de mencionar dar respuesta de forma general a los pacientes de los resultados de la evaluación y al personal de salud involucrado. Estando de acuerdo firmaron el documento de consentimiento informado el paciente y el médico que brindó la información. (Anexo 1)

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Tabla 1. Distribución de los prestadores según profesión y sexo.

Especialidad	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Especialista en MGI.	1	3,0	-	-	1	3,0
Residente el 1 ^{er} año de MGI.	2	5,9	7	20,6	9	26,5
Residente el 2 ^{do} año de MGI.	2	5,9	5	14,7	7	20,6
Enfermera.	5	14,7	12	35,2	17	49.9
Total	10	29,5	24	70,5	34	100

En la tabla 1 se observa la distribución de los prestadores según profesión y sexo predominando los residentes de MGI con más del 50 % y del sexo femenino con el 70,5 %. El Sistema de Salud del territorio presenta un déficit de la fuerza de trabajo especializada en la Atención Primaria de Salud. Según la autora esto influye en la calidad de la atención médica.

Tabla 2. Distribución de los usuarios según sexo y edad atendidos en los CMF.

Edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
25-34	21	2,5	47	5,5	68	8,0
35-44	57	6,7	63	7,4	120	14,1
55-64	102	12,0	136	16,0	238	28,0
+ 65	185	21,8	239	28,1	424	49,9
Total	365	42,9	485	57,1	850	100,0

En la tabla 2 se observa que de los usuarios según sexo y edad atendidos en los CMF predominan los mayores de 65 años con el 49,9 % demostrando el envejecimiento poblacional, según Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM²³ plantea que el envejecimiento de la población de Cuba va en ascenso y es la causa por la que se debe seguir potenciando la calidad en la APS en este grupo etario.

Tabla 3. Percepción de los usuarios en relación con las condiciones estructurales de los consultorios médicos.

n=17

Condiciones de locales para la atención	Bueno		Regular		Mal	
	No.	%	No.	%	No.	%
Limpieza del local.	759	89,3	63	7,4	28	3,3
Iluminación.	688	80,9	128	15,1	34	4,0
Ventilación.	494	58,1	139	16,4	217	25,5
Estado de puertas y ventanas.	584	68,7	138	16,2	128	15,1
Estado de paredes y pintura.	554	65,2	185	21,7	111	13,1
Muebles de sala de espera y consulta.	463	54,4	231	27,2	156	18,4
Estado de las sabanas.	569	66,9	215	25,3	66	7,8
Estado y funcionamiento de los baños.	656	77,2	156	18,3	38	4,5

En la tabla se observa la relación con las condiciones de locales para la atención médica más del 85 % percibieron que las condiciones eran favorables para brindar una buena atención por parte del médico y enfermera de la familia, un 15 % percibe que aún existen condiciones que interfieren en realizar con calidad la consulta por ejemplo: algunos locales presentan pocas ventanas, lo que dificulta la iluminación natural, por ende hay poca ventilación, además la falta de muebles en la salas de espera de los pacientes. Esta situación es generalizada en todos los CMF. Coincidiendo con los estudios realizados en Las Tunas por Navarro AY³⁵ quien plantea que no todos los locales de los CMF reúnen todas las condiciones, según la autora plantea que el presupuesto asignado a la entidad no cubre los gastos para la reparación y adquisición de mobiliario no clínico.

Tabla No 4.Satisfaccion de usuarios sobre el tiempo de espera para atención

Tiempo de espera para la atención	Satisfecho	%	Parcialmente Satisfecho	%	No Satisfecho	%
Consulta del médico.	805	94,7	33	3,9	12	1,4
Procederes de enfermería.	810	95,3	25	2,9	15	1,8
Recogida de resultado de laboratorio clínico.	412	48,5	220	25,9	218	25,6
Gestión médica para asistencia social.	835	98,2	12	1,4	3	0,3
Traslado en ambulancia.	340	40,0	385	45,3	125	14,7

Con respecto al tiempo de espera para la atención del médico y enfermera, más del 95 % refieren sentirse satisfecho, aunque hubo criterios en que los pacientes eran atendidos con demora porque el médico y la enfermera tienen que cumplir varios programas priorizados, ejemplo, materno infantil, adulto mayor, lo que ocasiona que el tiempo de espera para ser atendido por el equipo de salud sea mayor, además persisten dificultades en la recogida de los resultados de laboratorios, en aquellos consultorios lejanos del policlínico, que los mismos demoran hasta más de 1 semana para que el paciente obtengan los resultados, según la autora esto conlleva a implementar un mecanismo más dinámico para la recogida de los complementarios y para la información oportuna al paciente. El tiempo de espera de la ambulancia para la recogida y traslado de pacientes marca insatisfacción con un 14.7 %, está dado en algunos casos por la demora a su llegada, según la autora están afectadas las comunidades alejadas de la cabecera municipal por el mal estado de las carreteras.

Tabla No 5. Percepción de usuarios sobre la calidad del trato recibido.
n= 850.

Calidad del trato del personal	Bueno		Regular		Mal	
	No.	%	No.	%	No.	%
Enfermería.	832	97,9	18	2,1	-	-
Médico.	807	94,9	43	5,1	-	-

La calidad del trato del equipo básico de salud y el personal de servicio fue percibida como buena en más del 95 % de los encuestados, este comportamiento fue percibido en todos los consultorios del Médico de la Familia, coincidiendo con los resultados obtenidos en 2016 por Rasua Hernández J. R ²⁵ que plantea que la satisfacción de usuario y prestadores es buena en los servicios de salud.

Tabla No 6. Percepción de usuarios sobre la privacidad.**n=850**

Privacidad	Bueno		Regular		Mal	
	No.	%	No.	%	No.	%
Consulta médica.	821	96,6	27	3,2	2	0,2
Procederes de enfermería.	842	99,1	7	0,8	1	0,1

En la tabla 6 se muestra que la percepción de usuarios sobre la privacidad en la consulta médica y los procederes de enfermería son buenos en 96,6 % y 99,1 % respectivamente, a pesar de que aun existen locales que no presentan paraban para realizar procederes de enfermería y examen físico a los pacientes.

Tabla No 7. Percepcion de usuarios sobre la Información brindada en el proceso de atención. **n= 850**

Información brindada en el proceso de atención	Siempre		A veces		Nunca	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sobre su situación de salud.	786	92,5	56	6,6	8	0,9
Sobre exploraciones físicas.	782	92,0	62	7,3	6	0,7
Sobre las pruebas diagnósticas.	804	94,6	34	4,0	12	1,4
Sobre orientaciones emitidas por el personal de salud.	787	92,6	42	4,9	21	2,5
Sobre como acudir a otros servicios para completar diagnósticos o tratamiento.	728	85,6	84	9,9	38	4,5
Aclaración de dudas o preocupaciones.	771	90,7	47	5,5	32	3,8
El proceso de atención se acompaña de la historia clínica.	576	67,7	145	17,1	129	15,2

En la tabla 7 se muestra la información brindada de forma general durante el proceso de atención relacionada con la situación de salud, exploraciones físicas, pruebas diagnósticas, aclaración de dudas y preocupaciones, mostró que más del 95 % de los usuarios se sienten satisfechos en todos los CMF. Estos resultados coinciden con los obtenidos por González Cárdena L T. y otros ²³ que plantean en sus estudios que la información brindada de forma general durante el proceso de atención relacionada con la situación de salud, exploraciones físicas, pruebas diagnósticas, aclaración de dudas y preocupaciones, mostró que más del 95 % de los usuarios se sienten satisfechos en todas las provincias.

Tabla 8. Percepción de los usuarios en relación con la coordinación de problemas de salud. **n=850**

Coordinación de problemas de salud por el SNS	Siempre		A veces		Nunca	
	No.	%	No.	%	No.	%
Problemas de salud tratados en lugar adecuado.	732	86,1	56	6,6	62	7,3
Problemas de salud tratados en el momento adecuado.	755	88,9	42	4,9	53	6,2
Problemas de salud tratados por personal calificado.	561	66,0	215	25,3	74	8,7

En la tabla 8 la coordinación de los problemas de salud por el Sistema Nacional de Salud, se constata que los problemas de salud son tratados en el lugar adecuado con 86,1 % y el 88,9 % son tratados en el momento adecuado. Los problemas de salud tratados por personal calificado están en un 66 % según la autora está dada por la falta de especialistas y el personal con que contamos en los CMF son residentes en primer año de MGI.

Tabla 9. Percepción de los prestadores en relación con las condiciones estructurales de las instalaciones de salud. **n=850.**

Condiciones del ambiente de trabajo	Bueno		Regular		Mal	
	No.	%	No	%	No.	%
Limpieza.	31	91,2	3	8,8	-	-
Iluminación.	31	91,2	3	8,8	-	-
Estado de puertas, ventanas.	26	76,5	6	17,6	-	-
Estado de paredes, pintura.	26	76,5	8	23,5	-	-
Mobiliario clínico.	27	79,4	7	20,6	-	-
Muebles para pacientes.	27	79,4	7	20,6	-	-
Ventilación.	27	79,4	6	17,6	1	2,9
Existencia y estado de sábanas, toallas, jabón.	28	82,4	6	17,6	-	-
Estado y funcionamiento de los baños.	29	85,3	5	14,7	-	-
Lugar donde tomar agua.	27	79,4	5	14,7	2	5,9
Condiciones de la consulta médica.	28	82,4	6	17,6	-	-
Condiciones del área de enfermería.	27	79,4	6	17,6	-	-
Agua para lavado de manos del personal que atiende.	29	85,3	5	14,7	-	-
Privacidad.	27	79,4	7	20,6	-	-
Modelajes y documentos de trabajo.	32	94,1	2	5,9	-	-

En relación con las condiciones estructurales de las instalaciones, la mayoría de los encuestados consideraron que el estado de puertas, ventanas y paredes son buenos, mientras que el 76,5 % consideran que el estado de paredes y pintura también se encontraban en estas categorías. Otras variables que presentaron resultados favorables es mobiliario clínico con 79,4%, no obstante, tenemos algunos CMF con el 20,7% que los encuestados refieren que el mobiliario con que cuentan se encuentra en estado regular; así como los muebles destinados para los pacientes en la sala de espera que se encuentran en esta situación.

En lo que respecta a la iluminación natural y artificial, es considerada inadecuada en el 8,8% de los encuestados, pues faltan lámparas de techo, bombillos. La ventilación constituye un problema percibido por los prestadores, más del 20 % de ellos refieren que la ventilación natural y artificial es regular o mala ya que no existen ventiladores en los locales y en algunos que lo poseen están rotos además algunos locales no cuentan con ventanas suficientes para la ventilación.

Otro aspecto evaluado en la dimensión estructura fue el estado y funcionamiento de los baños, del total de encuestados 85,3 % consideraron que los baños se encontraban en buen estado.

Por otra parte, en algunos lugares existen dificultades para tomar agua debido a: hay bebederos, pero están rotos o no se encuentran en lugares visibles para su accesibilidad.

En lo que concierne al modelaje y documentación de trabajo, también prevaleció el criterio de bueno entre los encuestados representando el 94,1%.

Tabla No 10. Percepción de los prestadores en cuanto a los recursos necesarios para el trabajo. **n=34**

Recursos necesarios para el trabajo	Si	%	No	%
Para realizar el examen clínico.	22	64,7	12	35,3
Para realizar curas, poner inyecciones o cualquier otro proceder de enfermería.	25	73,5	9	26,5

En la tabla se reseña que los prestadores cuentan con la mayoría de los recursos imprescindibles para ejecutar su trabajo, igualmente ocurre con los recursos necesarios para realizar curas, poner inyecciones o cualquier otro proceder de enfermería.

Tabla 11. Percepción de los prestadores sobre la atención al hombre. n=34

Atención al hombre	Siempre		A veces		Nunca		No responde	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Preocupación por problemas de trabajo.	32	94,1	2	5,9	-	-	-	-
Preocupación por problemas personales.	31	91,2	3	8,8	-	-	-	-
Carga de trabajo adecuada.	34	100	-	-	-	-	-	-
Alimentación adecuada.	30	88,2	4	-	-	-	-	-
Reconocimiento por su trabajo.	32	94,1	2	5,9	-	-	-	-
Preocupación por estado de salud.	34	100	-	-	-	-	-	-
Preocupación por superación.	34	100	-	-	-	-	-	-
Proporcionan medios de protección del trabajo.	32	94,1	2	5,9	-	-	-	-
Se consultan y toman en consideración sus criterios.	29	85,3	3	8,8	2	5,9	-	-
Estimulación.	32	94,1	2	5,9	-	-	-	-

En la tabla se destaca que hay preocupación por los problemas personales 94,1%, así como por garantizar una alimentación adecuada el 88,2%, Aunque no se constató un porcentaje elevado de prestadores que refieren tener una carga excesiva de trabajo, en la práctica cotidiana hay evidencia que resaltan lo relacionado a la sobre carga laboral. Los resultados no coinciden con estudios realizados por Rasua Hernández J. R. y Navarro AY que plantean que las razones más enunciadas por los prestadores son: 'no hay preocupación por la carga laboral', 'existen muchos programas que atender a la vez', 'mucha población que asistir y poco tiempo para la organización del trabajo', 'es muy distante la población que se atiende y no hay medios de transporte', 'la alimentación es mala y el salario no da para comprar todos

los días', 'se acumula el trabajo y es mucha la información que hay que manejar', 'no hay oportunidad para la superación', 'no se estimulan los esfuerzos' y 'existe presión sobre el trabajador ante un error médico'.

Tabla 12. Percepción de los prestadores en relación al trato de la población.
n=34

Trato de la población	Bueno		Regular		Mal	
	No.	%	No.	%	No.	%
Trato adecuado de pacientes y familiares.	32	94,1	2	5,9	-	-
Reconocimiento por su trabajo.	32	94,1	2	5,9	-	-

En la tabla se muestra que el trato de pacientes y familiares es bueno en su totalidad, al igual que el reconocimiento por su trabajo, la autora plantea que los reconocimientos se limitan a los que ofrece el sistema de salud y las personas individuales, pudiendo aprovecharse los escenarios de la comunidad para reconocerlos de manera pública por las autoridades competentes.

CONCLUSIONES.

Se evidenció que existe de manera general un alto nivel de satisfacción de los usuarios y prestadores. Las condiciones de locales para la atención médica son favorables, en cuanto al tiempo de espera para la atención del médico y enfermera, refieren sentirse satisfechos, la calidad del trato del equipo básico de salud y el personal de servicio fue apreciada como buena, este comportamiento fue percibido en todos los consultorios del Médico de la Familia. La información brindada de forma general durante el proceso de atención relacionada con la situación de salud, exploraciones físicas, pruebas diagnósticas, aclaración de dudas y preocupaciones, se mostró positiva en la mayoría de los usuarios que se sienten satisfechos en todos los CMF.

RECOMENDACIONES.

Seguir trabajando para mejorar la satisfacción de usuarios y prestadores de servicios, la relación con los pacientes y sus familias, localizar y disminuir los errores, trabajar en equipo, hacer partícipe a todos, sentirse parte de una organización que avanza hacia los nuevos cambios que el sistema y Cuba necesita, son la esencia de la cultura de calidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Sistema Nacional de Información de Ciencias Médicas. Incremento de la calidad de los recursos humanos de la salud. Carpeta Metodológica. Revisión, 2013.
2. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Evaluación de la satisfacción y calidad de la atención a la población. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2014
3. Syr Salas-Perea R. Educación en salud. Competencia y desempeño profesionales. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2009:117- 26
4. MINSAP (2007): "Programa para la mejoría continua de la calidad de los servicios de salud en Cuba". Ministerio de Salud Pública. La Habana
5. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. En: Explorations in quality assessment and monitoring.Vol.I. Health Administration Press. Ann Arbor. Michigan. 1980
6. Jáuregui Alejandro. (2014, enero 11). Principios de la administración científica, Taylor y Ford. *Recuperado de:*
<https://www.gestiopolis.com/principios-de-la-administracion-cientifica-taylor-y-ford/>
7. Discurso pronunciado por Fidel Castro Ruz, Presidente de la República de Cuba, en la clausura del v congreso del Sindicato de los trabajadores de la salud, efectuada en el teatro "principal" de Camagüey, el 9 de diciembre de 1981, "año del xx aniversario de Girón".
8. Indicadores para medir las transformaciones del Sistema Nacional de Salud. Segunda aproximación, abril 2011.La Habana: ENSAP;2011
9. Normas ISO sobre salud y seguridad del trabajo-sociedad:
http://www.medigraphic.com/medicospostgraduadosimss/capitulos/Cap_MedTra/MT-act-10.htm
10. Normas ISO 9000, Sistema de Gestión de la Calidad. Organización Internacional de Estandarización. [www iso/orga/iso](http://www.iso.org/iso)
11. Juran JM. Juran y el liderazgo para la calidad. Manual para directivos. Díaz de Santos. Barcelona. 1990.

12. El sistema de normas buenas prácticas industria farmacéutica.
<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18835es/s18835es.pdf>
13. Ruelas Barajas, E.; Vidal Pineda, L. "Unidad de Garantía de Calidad. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la Calidad de Atención Médica". Revista Salud Pública de México, Vol.32 N°.2, 2012.
14. Vuori, H. "El control de calidad en servicios sanitarios". Ed. Masson, Barcelona, 2015.
15. Zimmerman, D. Salko, J. "Reingeniería de la atención de salud. Una visión para el futuro". Engle Press, Wisconsin, 1994.
16. Palmer H. Ambulatory Health Care Evaluation. Principles and Practice. Am Hosp Publish. 2013.
17. DONABEDIAN, A. (1966). **Evaluating the quality of medical care.** The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44, N° 3, part 2, pp. 166-203, publicado nuevamente en junio 2005, Vol. 83, N° 4, pp. 691-729
18. Ortún, V. de la evaluación a la gestión: acortar la brecha entre eficacia y efectividad. EKONOMIAZ. 2015; 1 (60): 58-75.
19. Suñol R. El papel de la calidad de la asistencia en una política de contención de costes. En: Ética y Costes en Medicina Intensiva. A. Net, ed. Springer-Verlag. Barcelona. 1997.
20. Donabedian A. Setting up Quality Assessment and Assurance Hospitals. Material docente <EADA. Mayo 1989.
21. Cetina T., R.E., Chan-Canul, A.G. y Sandoval J., L. (2016). Nivel de satisfacción laboral y síndrome de desgaste profesional en médicos familiares. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 44(6), 535-540.
22. Moré L., G., Carmenate V., G. y Junco C., A.M. (2015). La satisfacción laboral y el empleo de herramientas de dirección en el perfeccionamiento empresarial.
23. González Cárdena L T. y otros (2014) Evaluación del nivel de satisfacción de usuarios y prestadores en el proceso de implementación de las transformaciones en el Sistema Nacional de Salud.
24. Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos [Internet]. 2014 [citado 24 Feb 2017];25(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014002200002&lng=es

25. Morales CF. Psicología de la salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo. La Habana: Científico técnica, 2009.
26. Rasua Hernández J. R. (2016) Satisfacción de usuarios y prestadores con los servicios de salud en el contexto de las transformaciones en el Hospital “Antonio Luaces Iraola”, Tesis para optar por el título de especialista en Organización y Administración de Salud.
27. Pozo M., C.A., Morillejo, E., Hernández P., S. y Martos M., M.J. (2015). Determinantes de la satisfacción laboral en trabajadores de la administración pública: el valor de las relaciones interpersonales en el lugar de trabajo. *Ansiedad y Estrés*, 11(2-3), 247-264.
28. Rodríguez LM, Labori JR. Satisfacción por los servicios brindados en la sala de Fisioterapia del Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas de Santiago de Cuba. *MEDISAN*[INTERNET].2012 Ago [citado 25 Nov 2013], 16(8): [aprox 5 p] Disponible en :<http://bvs.sld.cu/revistas>
29. Velásquez Z., R. (2011) La satisfacción con las condiciones de trabajo, una propuesta para su medición. *GestioPolis.Com.*, 10. Disponible en línea: <http://www.gestiopolis.com/canales/derrhh/articulos/25/seghso.htm#mas-autor> (Revisado en octubre de 2017).
30. Villar PA. Los conceptos de calidad en salud [disertación]. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2011. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/infod121211.htm>
31. Salazar AM, Martínez ME. El equipo de atención primaria de salud en equipo. En: Mazarraza-German-Sánchez y Merelles-Aparicio. *Enfermería profesional. Salud pública y enfermería comunitaria*. Madrid: MC Gaw Hill, Interamericana, 2006; vol 2:905-21.
32. Mejías Sánchez Y, Cabrera Cruz N, Rodríguez Acosta MM, Toledo Fernández AM, Norabuena Canal MV. Bases legales de la calidad en los servicios de salud. *RevCubana Salud Pública* 2017 [acceso: 10 de mayo de 2013]; 39(4): Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol39_4_13/spu16413.htm

33. Guerra Bretaña RM, Meizoso Valdés MC. Gestión de calidad. Conceptos, modelos y herramientas. La Habana: Editorial UH; 2016
34. Massip Pérez C, Ortiz Reyes RM, Llantá Abreu MC, Peña Fortes M, Infante Ochoa I. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Rev Cubana Salud Pública. 2014 [citado 11 Mar 2014]; 34 (4). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400013&lng=es
35. Suárez LN. Marketing de salud: calidad de los servicios. Competencia. Determinantes de la calidad. Calidad total. En: Fernández CE, Castell Florit SP. Sistema de capacitación gerencial en salud: selección de temas. La Habana: MINSAP; 2017. p. 222-8.
36. Noriega VM. Otra mirada al tema de las investigaciones en sistemas y servicios de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2005 Dic [citado 15 No 2013]; 21(5-6): [aprox. 6 p]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000500020&lng=es.
37. Zas RB, Grau JA, Hernández ME. Psicología de la salud y gestión institucional. En: Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones [Internet]. México: Universidad de Guadalajara. 1990 [citado 15 Nov 2013]; [aprox. 10 p]. Disponible en:
http://scholar.google.com.cu/scholar?q=PsicologiaDa+y+salud+y+gestiónB3n+institucional&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5.
38. Navarro AY. Satisfacción de usuarios y prestadores con los servicios de salud en el contexto de las transformaciones. Jesús Menéndez 2013. [Tesis de Maestría en Psicología de la Salud] Escuela Nacional de Salud Pública: La Habana; 2014.
39. Álvarez Lucas C H, Lara Esqueda A, Torres Lepe C, Covarrubias Ortiz E L del C, Guillermo Espinoza E, Toscano Reyes M. Modelo de evaluación de programas de salud. Colima[En línea]. 2014 [consulta:2018Feb26]. Disponible en:

<http://www.saludcolima.gob.mx/images/documentos/ModeloDeEvaluacionDeProgramasDeSalud.pdf>.

40. Alba Dios M^a A, Ruiz Moral R, Jiménez García C, Pérula de Torres L, Rodríguez Borrego M^a A. Valoración de la satisfacción de usuarios de consulta de enfermería en centros de salud a partir de indicadores de calidad técnicos y de comunicación. *Enferm. glob.* [En línea]. 2013 Jul [consulta: 2018 Feb 26]; 12 (3): 162-176. Disponible en:
<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/153131>.
41. Bernal González I, Pedraza Melo NA, Sánchez Limón ML. El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico. *Rev Estudios Gerenciales* [En línea]. 2015 [consulta:2018Feb 26]; 31:8-19. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.estger.2014.08.003>
42. Carrillo M., Ramos M. Lima cómo vamos: calidad de atención en salud. *Rev Panam Salud Pública*. 2012; 32(2): 168 -168.
43. Jiménez Caugas L, Báez Dueñas RM, Pérez Maza B, Reyes Álvarez I. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de la atención primaria de salud. *Rev Cubana Salud Pública* 2006;22(1):37
44. Navarro Arias Y. Satisfacción de usuarios y prestadores con los servicios de salud en el contexto de las transformaciones. Jesús Menéndez. 2013 [Tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2013.
45. Rodríguez Sánchez Y, León Rosales L, Gómez Figueroa O. Nivel de servicio y su efecto en la satisfacción de los pacientes en la Atención Primaria de Salud. *Rev Med Electrón [Internet]*. 2016 Jun [citado 15 Nov 2016;38(2). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729519X2015000300010&script=sci_arttext&lng=en

ANEXOS.

I. Datos Generales.					
1.1 Área de Salud: _____		1.2 GBT #: _____			
1.3 CMF #: _____					
1.4 Municipio: _____		1.5 Provincia: _____			
1.6 Edad ☐ ☐ años		1.7 Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐		1.8 Gestante ☐	
1.9 Adulto Mayor ☐		1.10 Hipertenso ☐			
II. Satisfacción con la atención en CMF					
2.1 Condiciones de locales de atención.		Bueno	Regular	Mal	No procede
a. Limpieza					
b. Iluminación	Natural				
	Artificial				
c. Estado de puertas, ventanas					
d. Estado de paredes, pintura					
e. Muebles para pacientes en sala de espera					
f. Muebles para pacientes en consulta					
g. Ventilación	Natural				
	Artificial				
h. Estado de sábanas					
i. Estado y funcionamiento de los baños					
En caso de evaluación regular o mal, especificar condición y motivos de esos criterios.					
2.2 Tiempo de espera para la atención.		Satisfecho	Parcialment e satisfecho	No Satisfecho	No ha usado el servicio
a. Consulta del médico					
b. Procederes de enfermería					
c. Para recogida de resultados de laboratorio clínico					
d. Para recogida de resultados de ultrasonido					

e. Recoger ambulancia				
f. Gestión médica para asistencia social				
En caso de respuesta parcialmente satisfecho o no satisfecho, especificar servicio y motivos de esos criterios.				
2.3 Calidad del trato del personal.	Bueno	Regular	Mal	No procede o no ha usado el servicio
a. Enfermería				
b. Médico (interrogatorio, examen físico, etc.)				
c. Personal de limpieza y otros servicios				
En caso de evaluación regular o mal, especificar tipo de personal y motivos de esos criterios.				
2.4 Privacidad	Bueno	Regular	Mal	No procede o no ha usado el servicio
a. Consulta médica				
b. Procederes de enfermería (inyecciones, curaciones, otros)				
c. Traslado en ambulancia				
En caso de evaluación regular o mal, especificar servicio y motivos de esos criterios.				
2.5 Información brindada en el proceso de atención.	Siempre	A veces	Nunca	No procede
a. Sobre su situación de salud				
b. Sobre exploraciones físicas				
c. Sobre las pruebas diagnósticas				
d. Sobre orientaciones emitidas por el personal de salud (si responde a veces o nunca especificar)				

e. Sobre cómo acudir a otros servicios o instituciones para completar diagnóstico y (o) tratamiento.				
f. La aclaración de dudas y preocupaciones				
g. El proceso de atención se acompaña de la historia clínica				
Para las respuestas a veces o nunca, especificar tipo de información y motivos de esos criterios.				
2.6 Coordinación de problemas de salud por el SNS.	Siempre	A veces	Nunca	
a. Sus problemas de salud son tratados en el lugar adecuado				
b. Sus problemas de salud son tratados en el momento adecuado				
c. Sus problemas de salud son tratados por el personal calificado que requieren				
Para las respuestas a veces y nunca especificar ítem y motivo de la evaluación.				
2.7 Evaluación de la solución brindada al problema de salud.	Bueno	Regular	Mal	No ha concluido proceso de atención
a. La solución que dieron al problema de salud se califica como				
En caso de evaluación regular o mal, especificar motivos de esos criterios.				
2.8 Percepción general sobre la calidad de la atención.	Bueno	Regular	Mal	No corresponde
a. La percepción general sobre la calidad de la atención brindada se considera				
En caso de evaluación regular o mal, especificar motivos de esos criterios.				

I. Datos Generales.			
1.1 Municipio _____		1.2 Provincia _____	
1.3 Institución o estructura donde trabaja	CMF	☐	Dirección Municipal ☐
	GBT	☐	Dirección Provincial ☐
	Policlínico	☐	
	Especificar _____		
1.4 Edad: _____			
1.5 Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐ _____			
1.6. Nivel profesional.			
Médicos		Enfermeras	
Interno ☐	R1 ☐ R2 ☐	Técnico ☐	Licenciada ☐
Especialista 1 ^{ro} ☐	2 ^{do} ☐	Especialista ☐	
1.7 Categoría docente.			
No tiene ☐	Asistente ☐ Titular ☐	No tiene ☐	Asistente ☐ Titular ☐
Instructor ☐	Auxiliar ☐	Instructor ☐	Auxiliar ☐
1.8 Categoría científica			
No tiene ☐	Máster ☐	No tiene ☐	Máster ☐
☐ Doctor en Ciencias ☐		☐ Doctor en Ciencias ☐	
II. Condiciones del ambiente de trabajo		Bueno	Regular
a. Limpieza			
b. Iluminación			
c. Estado de puertas, ventanas			
d. Estado de paredes, pintura			
e. Mobiliario clínico			
f. Muebles para pacientes			
g. Ventilación			
h. Existencia y estado de sábanas, toallas, jabón			
i. Estado y funcionamiento de los baños			
j. Lugar donde tomar agua			
k. Condiciones de la sala de observaciones			
l. Condiciones del área de emergencia			
m. Agua para lavado de manos del personal que atiende			
n. Privacidad			
o. Modelajes y documentos de trabajo (recetas, certificados, dietas, historias clínicas, etc.)			

Para las respuestas Regular y Malo especificar ítem y motivo de la evaluación.									
III. Recursos necesarios para el trabajo			<table border="1"> <tr> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Si	No				
Si	No								
a. Para realizar el examen clínico (tomar la TA, auscultar, pesar, medir, etc.).									
b. Para realizar curas, poner inyecciones y vacunas o cualquier otro proceder de enfermería.									
En caso negativo, especificar.									
IV. Atención al hombre	Siempre	A veces	Nunca						
a. Preocupación por problemas de trabajo									
b. Preocupación por problemas personales									
c. Carga de trabajo adecuada									
d. Alimentación adecuada									
e. Reconocimiento por su trabajo									
f. Preocupación por estado de salud									
g. Preocupación por superación									
h. Proporcionan medios de protección del trabajo									
i. Se consultan y toman en consideración sus criterios.									
j. Se estimulan, de alguna manera, los esfuerzos por garantizar una atención de calidad.									
Para las respuestas A veces y Nunca especificar ítem y motivo de la evaluación.									
V. Trato de la población.	Siempre	A veces	Nunca						
a. Trato adecuado de pacientes y familiares.									
b. Reconocimiento por su trabajo.									
Para las respuestas A veces y Nunca especificar ítem y motivo de la evaluación.									
VI. Evaluación sobre solución brindada a los problemas de salud.	Bueno	Regular	Malo						
a. La solución que se brinda a los problemas de salud atendidos en el último mes ha sido:									
En caso de evaluación regular o mala, especificar motivos de esos criterios.									
VII. Percepción sobre calidad de la atención que se brinda	Bueno	Regular	Malo						
a. En general considera que la calidad de la atención que se brinda.									
En caso de evaluación regular o mala, especificar motivos de esos criterios.									