



## ESTRATEGIAS PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD CON ENFOQUE DE PARTICIPACION CIUDADANA

### **OBJETIVOS:**

- ✓ Conocer la percepción de los usuarios sobre los servicios recibidos en este centro hospitalario, para coordinar estrategias que conlleven a la mejora continua y basada en evidencias en beneficio de los mismos.
- ✓ Fomentar la comunicación entre usuarios y proveedores de salud, para mejorar los servicios.

### **MECANISMOS DE PARTICIPACION CIUDADANA**

- ✓ Encuestas a usuarios de la consulta externa sobre la percepción de los servicios de salud brindados
- ✓ Sugerencias a través de buzones físicos de sugerencias (técnica interactiva), colocados en áreas estratégicas: consulta externa, emergencia, espacio entre el laboratorio clínico y farmacia.
- ✓ La ventana al director: el usuario se presenta a la dirección y solicita exponer su opinión, queja o denuncia al director, el director resuelve o delega a la disciplina competente para emitir una resolución favorable lo mas pronto posible.
- ✓ Participación de usuarios activos en grupos de apoyos para compartir experiencias, tanto personales como satisfacción percibida de los servicios brindados así como también información educativa para el cambio de comportamiento hacia estilos de vida saludable.
- ✓ Quejas y avisos a través de la Oficina de el derecho a la Salud.

**Contacto designado:**  
**Licda. Ana María López**  
**Jefe de Trabajo Social**  
**Teléfono: 2429-2219**

HOSPITAL NACIONAL DE SONSONATE  
 DR. JORGE MASSINI VILLACORTA  
 CONSULTA EXTERNA

ENCUESTA DE SATISFACION AL USUARIO DE CONSULTA EXTERNA

Lea detenidamente y llene el cuestionario, no es necesario su nombre

fecha: \_\_\_\_\_

variables	si	no	No responde
Esta satisfecho con la atención recibida este día			
Lo atendieron a la hora que tenía su cita?			
Si esta citado, esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?			
Considera que le dieron privacidad al ser atendido?			
Le dieron explicaciones sobre su enfermedad?			
El profesional que lo atendió le examinó?			
El tiempo de la consulta es adecuado para usted?			
Si le recetaron medicamentos, le entregaron sus recetas, le explicaron para que son y cuando vendrá a retirarlas.			
Si le indican exámenes le entregaron las boletas y le dijeron cómo y cuando se los hará			
El consultorio donde lo atendieron es limpio y agradable?			
La enfermera lo atiende bien?			
El médico lo atiende bien?			
El portero lo trata bien?			
En farmacia recibió buena atención?			
En laboratorio lo atienden bien?			
Su expediente se encontraba en Consulta Externa el día de la cita?			
Es fácil para usted ubicar cada uno de los lugares a donde debe ir?			
En general esta usted satisfecho con la atención que se le dio este día?			
Volvería a consultar con nosotros?			
Recomienda nuestro hospital a sus familiares y amigos?			

Recomendaciones \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Sabe el nombre de quien recibe maltrato?  
 escríbalo: \_\_\_\_\_

**Sugerencia o evaluación de la  
Atención del personal por área de servicio.**

En el Ministerio de Salud nos interesa mucho conocer su opinión acerca de los servicios que le brindamos para continuar mejorándolos y ofrecerle la calidad que usted y su familia se merece. Este formulario es anónimo por favor contestar de manera sincera, depositándolo en el Buzón de Sugerencia en cualquiera de nuestros establecimientos. La información será manejada con absoluta confidencialidad. ¡Muchas gracias!

Fecha y hora: \_\_\_\_\_ Sexo: Mujer ( ) // Hombre ( ) Edad: \_\_\_\_\_ años

**MARQUE UNA "X" BAJO LA OPCION QUE REFLEJA EL TRATO RECIBIDO POR PARTE DEL PERSONAL DE:**

- | Personal de:           | Bueno | Regular | Malo |
|------------------------|-------|---------|------|
| 1. Enfermería          |       |         |      |
| 2. Medico              |       |         |      |
| 3. Laboratorio         |       |         |      |
| 4. Farmacia            |       |         |      |
| 5. Archivo             |       |         |      |
| 6. Limpieza            |       |         |      |
| 7. Otro (especifique): |       |         |      |

Usted vino a este establecimiento porque: Tiene cita: Consulta espontánea: Procedimiento:

Evaluación de los tiempos de espera:

- Atención médica: horas: \_\_\_ minutos: \_\_\_; lo considera, Aceptable: Inaceptable:
- Laboratorio: horas: \_\_\_ minutos: \_\_\_; lo considera, Aceptable: Inaceptable:
- Farmacia: horas: \_\_\_ minutos: \_\_\_; lo considera, Aceptable: Inaceptable:

Entrega de medicamento(s): Completo: Incompleto: Ninguno: Si desea ampliar alguno de los puntos anteriores, hacer sugerencias, comentarios o felicitaciones, especifique área o persona de este centro:

---

---

---

*(Si necesita más espacio, utilice la parte de atrás de este formulario)*

Calle Arce No. 827 San Salvador, El Salvador, C. A. Teléfono Amigo: (503) 2221-1001 y Unidad por el Derecho a la Salud: (503) 2205-7219.  
Correo electrónico: [atencion@salud.gob.sv](mailto:atencion@salud.gob.sv) Página web: [www.salud.gob.sv](http://www.salud.gob.sv)

**Sugerencia o evaluación de la  
Atención del personal por área de servicio.**

En el Ministerio de Salud nos interesa mucho conocer su opinión acerca de los servicios que le brindamos para continuar mejorándolos y ofrecerle la calidad que usted y su familia se merece. Este formulario es anónimo por favor contestar de manera sincera, depositándolo en el Buzón de Sugerencia en cualquiera de nuestros establecimientos. La información será manejada con absoluta confidencialidad. ¡Muchas gracias!

Fecha y hora: \_\_\_\_\_ Sexo: Mujer ( ) // Hombre ( ) Edad: \_\_\_\_\_ años

**MARQUE UNA "X" BAJO LA OPCION QUE REFLEJA EL TRATO RECIBIDO POR PARTE DEL PERSONAL DE:**

- | Personal de:           | Bueno | Regular | Malo |
|------------------------|-------|---------|------|
| 1. Enfermería          |       |         |      |
| 2. Medico              |       |         |      |
| 3. Laboratorio         |       |         |      |
| 4. Farmacia            |       |         |      |
| 5. Archivo             |       |         |      |
| 6. Limpieza            |       |         |      |
| 7. Otro (especifique): |       |         |      |

Usted vino a este establecimiento porque: Tiene cita: Consulta espontánea: Procedimiento:

Evaluación de los tiempos de espera:

- Atención médica: horas: \_\_\_ minutos: \_\_\_; lo considera, Aceptable: Inaceptable:
- Laboratorio: horas: \_\_\_ minutos: \_\_\_; lo considera, Aceptable: Inaceptable:
- Farmacia: horas: \_\_\_ minutos: \_\_\_; lo considera, Aceptable: Inaceptable:

Entrega de medicamento(s): Completo: Incompleto: Ninguno: Si desea ampliar alguno de los puntos anteriores, hacer sugerencias, comentarios o felicitaciones, especifique área o persona de este centro:

---

---

---

*(Si necesita más espacio, utilice la parte de atrás de este formulario)*

Calle Arce No. 827 San Salvador, El Salvador, C. A. Teléfono Amigo: (503) 2221-1001 y Unidad por el Derecho a la Salud: (503) 2205-7219.  
Correo electrónico: [atencion@salud.gob.sv](mailto:atencion@salud.gob.sv) Página web: [www.salud.gob.sv](http://www.salud.gob.sv)

Ministerio de Salud  
Unidad por el Derecho a la Salud  
Formulario para registro de trámites de quejas o avisos

---

Nº Correlativo: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Datos de la persona afectada

1. Nombre del Usuario/a: \_\_\_\_\_

Conocido/a por: \_\_\_\_\_

2. Nº Documento de identificación: \_\_\_\_\_

3-. Dirección o Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

3. 4-Nombre o cargo del servidor público contra quien se interpone la queja o aviso (si fuere conocido): \_\_\_\_\_

5. Descripción de los hechos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre de la persona que interpone el caso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Número de identificación: \_\_\_\_\_

Firma o huella \_\_\_\_\_

6. Nombre y firma de la persona responsable del trámite de queja o aviso: