



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE LOJA

DIPLOMADO EN GERENCIA Y CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD.

TEMA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Satisfacción de usuarios con la implementación de un sistema de entrega diferenciado de turnos

TESIS DE GRADO PREVIO LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE: DIPLOMADO EN GERENCIA Y CALIDAD EN
SERVICIOS DE SALUD

Autor: Dr. Oswaldo Efraín Obando Landázuri

Director: Dr. Galo Antonio Sánchez del Hierro

CENTRO UNIVERSITARIO: DE QUITO



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE LOJA
DIRECCION DE POSTGRADOS

Dr. Galo Antonio Sánchez del Hierro

DIRECTOR DE LA TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación realizado por el estudiante DR. Oswaldo Efraín Obando Landázuri ha sido orientado y revisado durante su ejecución, ajustándose a las normas establecidas por la Universidad Técnica Particular de Loja; por lo que autorizo su presentación.

Loja , septiembre 27 del 2011mes, día, año)

f)

DIRECTOR



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE LOJA

DIRECCION DE POSTGRADOS

AUTORIA

Yo Dr. Oswaldo Efraín Obando Landázuri, como autor del presente trabajo de investigación, soy responsable de las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el mismo.

f.....

AUTOR DE LA TESIS

CI. 1704948692



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE LOJA

DIRECCION DE POSTGRADOS

CESIÓN DE DERECHOS

Yo Dr. Oswaldo Efraín Obando Landázuri, declaro ser autora del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art.67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

Loja, septiembre 27 del 2011

f.....

AUTOR: Oswaldo Efraín Obando Landázuri

C.I.: 1704948692



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE LOJA

DIRECCION DE POSTGRADOS

DEDICATORIA

DEDICO ESTE TRABAJO A MIS HIJOS PABLO Y NADIA, A MIS PADRES, A LA COMPAÑERA DE MI VIDA Y A LOS PACIENTES QUE SON LA RAZÓN Y MOTIVO DE TODO ESTE ESFUERZO.

OSWALDO OBANDO LANDÁZURI

f.....

AUTOR



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE LOJA

DIRECCION DE POSTGRADOS

INDICE DE CONTENIDOS

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR	II
AUTORÍA	III
CESIÓN DE LOS DERECHOS	IV
DEDICATORIA	V
INDICE DE CONTENIDOS	VI
RESUMEN	VIII
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	8
JUSTIFICACIÓN	9
MARCO TEÓRICO	10
PLAN CONTENIDOS	15
CAPITULO I	15
CAPITULO II	21
CAPITULO III	27
RESULTADOS ESPERADOS	28

CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES	56
BIBLIOGRAFÍA	57

RESUMEN

La atención de salud en el sector público siempre ha adolecido de calidad y eficiencia y siempre eso ha generado insatisfacción en los usuarios. En el Centro de Atención Primaria Calderón parte del Subsistema de Salud Metropolitano, optamos por realizar un trabajo con los recursos que disponíamos, optimizándolos, contando con el concurso del personal interno y externo, para lo que fue necesario socializar la propuesta. Los resultados estuvieron dentro de lo programado: se logró reducir en una hora el tiempo de espera a todos los pacientes en general, de 5.93 horas a 4.94 horas, sin embargo, en los grupos de pacientes que fueron directamente afectados por los cambios la reducción marcadamente mayor: el 93.33 % cree que debe esperar entre menos de 1 hora y 2 horas, de éstos el 53.33 % menos de una hora. Igualmente, los resultados de las encuestas de satisfacción pos cambios son satisfactorios, sobretodo y muy importante, es la percepción del usuario de que participó en los cambios. Creemos que un poco de imaginación supera la falta de recursos.

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE LOJA

DIRECCIÓN DE POSTGRADOS

Tema: Satisfacción de usuarios con la implementación de un sistema de entrega diferenciado de turnos

Fecha de inicio	Abril 4 de 2011	Fecha de término	de Agosto 31 de 2011
-----------------	-----------------	------------------	----------------------

INTRODUCCIÓN

Los servicios de salud en nuestro país enfrentan serios problemas, básicamente por falta de calidad, Los problemas visibles para el usuario, como: el desperdicio de insumos, trámites complicados y papeleo exagerado, subutilización del recurso humano, infraestructura poco funcional, equipos deteriorados, insumos insuficientes, maltrato del personal y otros no tangibles como la falta de rectoría, ausencia de liderazgo, ineficiencia de procesos, pérdida de imagen, mal manejo de inventarios, altos niveles de ausentismo. Esto origina y establece un perjuicio al usuario y tiene alto costo en la gestión de un proceso que se refleja en sobrecarga en los servicios, como largos tiempos de espera, demanda rechazada, gastos extras para el paciente y la familia en transporte y tiempo, riesgo de violencia, inseguridad, largas esperas, deserción en la atención, solución incompleta de su patología, tratamientos inadecuados y empíricos, etc.

La Administración Zonal de Calderón abarca un área de 8.731 hectáreas que representa el 2,06% del territorio del DMQ. La parroquia Calderón abarca el 91,19% de

la extensión de la zona, mientras que Llano Chico el 8,81%, con una población según el censo de 2001 de 90.983 habitantes, y que debido al gran crecimiento urbanístico y de vivienda este sector del distrito ha crecido hasta ahora tener cerca de los 200.000 habitantes. La Administración Municipal Calderón administrativamente comprende 9 subsectores con aproximadamente 173 barrios, muchos de los cuales tienen el carácter de ilegales.¹ (Administración Zonal Calderón, octubre 2009)



Fuente: Administración Zonal de Calderón, 2009

La atención de salud es altamente deficitaria en la zona Calderón, pese a que en la localidad residen cerca de 200000 personas, no se dispone de camas hospitalarias en los establecimientos de salud de la localidad, no existe un hospital general y para concurrir al hospital más cercano, en situaciones de emergencia se requiere de 30 minutos o más. El área 21 dispone de una sola ambulancia y es la única en toda la zona (aparte de las que puede proporcionar el 911) y no siempre está disponible, esta fue una de las quejas más sentidas en una encuesta realizada en nuestra unidad anterior al presente trabajo). El ruido y la contaminación atmosférica son los dos principales elementos que afectan la salud de la población, si a esto se añade los focos de contaminación que genera la basura colocada a la intemperie en las bocacalles y

quebradas, tenemos los elementos que completan los factores ambientales del deterioro de la salud en la zona Calderón.² (Grupo de análisis: Mujica, Schneider, Vidaurre, Fernández, Roca, Loyola, 2002)

En nuestro sector, especialmente la población autóctona, acude a la atención de la medicina alternativa (yachas). El sector es conocido por este tipo de medicina, inclusive gente de otros sectores de Quito acuden con cierta regularidad, aunque es preciso anotar que muchos de éstos no son lo que presumen y este tipo de medicina tiene un componente comercial y cultural bastante marcado.

Además el MSP posee el área 21 con su centro base que funciona en el centro urbano de la parroquia Calderón, actualmente refaccionado y ubicada en el centro urbano de la parroquia, 2 subcentros de salud urbanos, 7 subcentros de salud rurales y 2 puestos de salud, que dependen del área y que están ubicados estratégicamente³ (Propuesta para la construcción del Hospital Universitario del Norte de Quito, 2010). También hay la presencia de ONG'S, centros de atención, clínicas, consultorios particulares y el MDMQ con nuestro Centro de Atención Primaria ubicado en una zona particularmente idónea para el propósito de prestar atención en salud, ya que no existe otro prestador de servicios en un radio de aproximadamente tres kilómetros a la redonda.

En una encuesta realizada por Corporación Municipal. Instituto de la Ciudad EPCV, Quito 2009³², se determina que el 63 % de los encuestados del sector manifiesta que se atiende en instituciones de salud del sector público, mientras el 37% lo hace en instituciones privadas o ONG'S. Ninguno de los encuestados manifestó que se atendió en instituciones municipales (cabe la interpretación de que al estar nosotros ubicados en el sector y somos identificados como público, a lo mejor fuimos incluidos en el sector ministerial y tal vez la encuesta no era explícita para tal propósito).

Es preciso señalar que en estos momentos está en etapa de planificación y seguramente para el mes de noviembre próximo se inicia la construcción del Hospital Docente Universitario, de ciento cincuenta camas, que se está ejecutado en base a un acuerdo tripartito entre el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, Ministerio de Salud Pública y la Facultad de Medicina de la Universidad Central, la construcción de esta necesidad muy sentida, significará el derrocamiento de nuestro Centro de Atención

Primaria, ya que el espacio en el que estamos ubicados será utilizado para la construcción del hospital y está contemplado, precisamente como parte del espacio donde se construirá el mencionado hospital.

En marzo del 2010 la Secretaría de Salud del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, en base a un análisis técnico y al área de terreno disponible, recomienda la Construcción de un Hospital General con dotación normal de 150 camas y que cuente con los componentes de docencia e investigación.³ (Propuesta para la construcción del Hospital

Universitario del Norte de Quito, 2010)



“CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD CALDERON”

De encuestas previas a este ensayo realizadas en nuestro CAP y de los problemas planteados en el Consejo Zonal de Salud de Calderón, se concluye que la población tiene poca accesibilidad que la población tiene poca accesibilidad con relación a los servicios de salud, los elevados costos de las medicinas, los tratamientos incompletos, automedicación, prescripción de medicinas por personal no capacitado, el cuadro de medicamentos básicos limitado en los servicios de salud, la opción por medicinas alternativas o tradicionales, un sistema de redes incipiente y casi inexistente sistema de referencia y contra referencia, deficiencia de personal y carga horaria limitada (4 HD), que dificultan cumplir programas y proyectos, ausencia de servicios de emergencia, de atención nocturna, maternidad y hospitalización. El hospital más cercano está a 15 km. de distancia (Pablo Arturo Suárez), y el HGOIA a 25 km, una situación que es muy evidente es la casi ausencia de coordinación interinstitucional, por tanto no se pueden optimizar los escasos recursos que se disponen.

En la provincia de Pichincha se dispone de 188 unidades del Ministerio de Salud de las cuales 174 son ambulatorias. En el cantón Quito existen 108 establecimientos de salud con internación, 81 clínicas privadas y 381 establecimientos ambulatorios, de los cuales 288 son dispensarios médicos, que dan un total de 484, esta cifra no incluye a los consultorios privados. En la parroquia de Calderón funcionan alrededor de 76 servicios de salud entre públicos y privados, con y sin fines de lucro, el sector privado representa el 56,7% del total, a continuación, se puede visualizar su distribución.

SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL PARROQUIA CALDERÓN DISTRITO METROPOLITANO QUITO 2010														
ZONA MUNICIPAL DE SALUD NORTE	PARROQUIA,	CENSO 2001	U.S. MSP		UNIDADES MUNICIP. DE SALUD				U.S. GOB. PROV. PICHIC.		U.S. IESS	U.S.PCT. DISCAPAC.	U.S.PRIVADOS	
	CALDERON: Calderón-Carapungo, Llano Chico	93.989	CENTROS DE SALUD	SUBC. DE SALUD	"CAPS" MDMQ	CEMEIS	UNIDAD.EDU CATIVAS	UNIDAD. MÓVILES	CENTRO SALUD	UNIDAD. MÓVILES	DISPENS. IESS	FUNDACIONES	LUCRO	SIN LUCRO
TOTAL			2	13	1	2		2	3				43	10

FUENTE : Datos de Salud de Altura 2008
Actualización: Dr. Luis G / Técnico UPIES/SMS AÑO 2010

La Zona Norte de Quito dispone del Hospital Pablo Arturo Suárez con una dotación normal de 256 camas, para atender a una población de 506.748 habitantes, la relación número de camas/ habitantes en este sector es de 1,37 camas por 1000 habitantes, la norma es de 2 camas por cada 1.000 habitantes, Actualmente existe un déficit de 756 camas. Esta cifra se duplicaría si consideramos que el mayor porcentaje de la población es urbana.

CAMAS HOSPITALARIAS EXISTENTES ZONA NORTE CANTÓN QUITO. Año 2010				
POBLACIÓN ZONA DE INFLUENCIA AL 2010.	INSTITUCIÓN	CAMAS DISPONIBLES	CAMAS NECESARIAS	DÉFICIT
506.748 habitantes	Hospital Pablo Arturo Suárez	256	1012 (2 camas por cada 1.000h)	756

Fuente: Sistema Regionalizado de servicios de Salud MSP 2006

Existe un alto porcentaje de demanda insatisfecha procedente del Distrito Metropolitano

de Quito y de todo el país que busca atención de salud especializada; la Red de servicios a nivel provincial se encuentra en proceso de deterioro progresivo por falta de mantenimiento preventivo y correctivo y en su mayoría no cumplen con los estándares mínimos para su licenciamiento. El sector público del área Calderón en cuanto a profesionales de servicios de salud cuenta con 22 médicos y 2 con funciones administrativas, 15 odontólogos, 14 enfermeras, 1 con funciones administrativas, 11 obstétricas, 3 siquiátras, 3 sicólogos clínicos repartidos en 8 unidades urbanas (incluidos el Centro de Salud y nuestro CAP) y 5 unidades rurales.³ (Propuesta para la construcción del Hospital Universitario del Norte de Quito, 2010)

La fuente de información de las causas de morbilidad proviene del informe elaborado por el Área de Salud Nº 21 del MSP, la fuente de información para el resto de indicadores se ha obtenido de los informes de la Jefatura de Salud de la Administración zona Calderón y de los informes, consolidados y perfiles epidemiológicos obtenidos y procesados en nuestra unidad CAP Calderón, donde las enfermedades más relevantes están la enfermedades respiratorias, parasitosis, seguida de enfermedades crónico degenerativas, infecciones urinarias e infecciones genitales femeninas. Los problemas de salud identificados y seleccionados en el CAP Calderón son los que a continuación describimos:

Servicios finales: consulta externa, hospitalización, emergencia

En nuestro servicio, solamente tenemos consulta externa y emergencia para situaciones muy puntuales y los problemas que tenemos son: limitada oferta con relación a la demanda que se traduce en demanda rechazada; espacio físico reducido (2 consultorios médicos y 1 de odontología), para el efecto contamos con dos médicos y un odontólogo, una enfermera y una auxiliar de enfermería, todos con carga horaria de 8 horas diarias. Además disponemos de una Unidad Móvil que brinda atención en el sector urbano marginal de la Administración Zonal carente de algunos servicios básicos y de servicios de salud, dando atención médica odontológica con énfasis en el componente promoción y prevención y para lo que se dispone de un médico, un odontólogo y un chofer.

En la mañana se entregan 40 turnos para Medicina General y 8 turnos para Odontología y en la tarde 10 turnos para Medicina y 8 para Odontología. Se debe

señalar que en la tarde el médico que funge como director se dedica a labores administrativas, por lo cual se disminuyen los turnos. En emergencia nuestra capacidad es reducida; los escasos recursos para la atención (equipos, hilos de sutura, equipos de venoclisis, solución salina, dextrosa, etc.) nos limitan a atenciones emergentes puntuales y a referir a lo más complejo, generalmente a la UMSN o eventualmente a otro sitio dependiendo del caso.

Servicios intermedios: diagnóstico, tratamiento, nutrición, rehabilitación.

Los servicios intermedios son limitados: disponemos de laboratorio una vez por semana, los días lunes y los otros días debemos referir a la Unidad Municipal de Salud Norte, igualmente si necesitamos imagenología y otros auxiliares de diagnóstico el procedimiento es la referencia a la Unidad Municipal de Salud Norte. En cuanto a tratamiento disponemos de un limitado stock de medicamentos adquiridos de acuerdo al perfil epidemiológico de nuestro servicio, los mismos que son provistos por la UMSN. No disponemos de servicios de nutrición y rehabilitación.

Servicios de apoyo: Gerencia de la unidad, admisión, estadística, servicios administrativos-financieros.

Existe un coordinador o director de la Unidad que cumple funciones administrativas y de atención médica en proporción de 2 y 6 horas diarias respectivamente, una secretaria, que realiza funciones de admisión (apertura y archivo de historias clínicas, archivo, recepción y envío de documentos, atención telefónica), el servicio de guardianía que tiene sus funciones determinadas por la empresa que presta el servicio, sin embargo de lo cual al ser este personal la puerta de entrada del usuario a nuestro servicio se capacitó y presta una labor importante en lo que significa entrega de turnos, medición de tiempos, enlace comunitario. Como se infiere, el recurso humano es limitado, y al depender administrativa y financieramente de la UMSN, nos limita en nuestra capacidad de gestión y por tanto debemos optimizar los limitados recursos de que disponemos.

Diariamente para recibir atención médica, los pacientes acuden al CAP desde las 3, 4 o 5 de la mañana y requieren disponer de una mañana o todo un día, para tal propósito (si el turno es en la tarde), y esperan hasta las 06:00 horas para ingresar a la Unidad, y hacer cola para recibir un turno, (queda cerca de un 30% o más de pacientes en cola

que no pueden ser atendidos y no reciben su turno para el mismo día, por la limitada capacidad operativa del CAP). Luego en la ventanilla de secretaría deben hacer una larga fila, recibir su turno e ir a archivo en caso de ser paciente nuevo para abrir una historia clínica, y luego esperar a ser atendido en pre consulta para la toma de signos vitales; en caso de ser paciente subsecuente irá directamente a esperar su atención en pre consulta, luego de lo cual esperan en sala, a ser llamados a la consulta médica que generalmente se prolonga mucho tiempo, lo que se considera es uno de los principales factores que genera un alto grado de insatisfacción en los usuarios por la atención recibida.

En ese sentido, creemos que la asignación de turnos es inadecuada, ya que al momento es exclusivamente presencial, con largas colas de espera para ser atendidos, la falta de una sistematización para la apertura de historias clínicas, la no optimización en la preparación de pacientes, son problemas identificados que tienen prolongados tiempos de realización, así como tiempos de espera prolongados, situación que pueden ser mejorada realizando cambios en este proceso, y mejorando por tanto la satisfacción del usuario.

OBJETIVOS:

GENERAL

Incrementar la satisfacción de los usuarios del CAP Calderón, mediante la implementación de estrategias de mejoramiento del proceso de admisión y asignación de turnos en el Centro de Atención Primaria Calderón, disminuir la demanda rechazada, durante el año 2011

ESPECÍFICOS

- Lograr una mayor agilidad en la atención de pacientes en los procesos de admisión y pre consulta en base a procedimientos normados

- Disminuir el porcentaje de quejas y reclamos por tiempos de espera y demanda rechazada
- Lograr un mejor trabajo en equipo del personal que interviene en el proceso de admisión.
- Estandarizar criterios básicos de atención con énfasis en Atención Primaria de Salud
- Lograr manejar una agenda de subsecuentes con enfoque a grupos vulnerables.
- Mejorar la percepción de calidad en la población usuaria y en la población en general.

JUSTIFICACIÓN

El hecho de que el Centro de Atención Primaria Calderón fue creado como una alternativa para descongestionar a la Unidad Municipal de Salud Norte, era visualizado en su inicio como una propuesta diferente a lo establecido, ya que inclusive se impartió un taller de conocimientos básicos de lo que significa APS. Sin embargo, al no estar inmersa esta propuesta en un modelo de atención que responda a la actualidad y basado en algo probado, como es la Atención Primaria de Salud como parte de políticas institucionales, no pasó de ser otro más de los servicios y por tanto se constituyó en un prestador de servicios similar a los existentes.

La larga espera que tenían que soportar los usuarios de nuestro servicio, ya que al ser la oferta limitada, la demanda la superaba ampliamente y eso se traducía en insatisfacción. De la misma manera, al ser limitada la oferta había un porcentaje de pacientes que se quedaba sin ser atendido. Entonces, planteamos que al seleccionar a grupos de pacientes a quienes les significaba más conflictos y dificultades el madrugar, el esperar largamente o eventualmente no conseguir atención, son estos los problemas seleccionados y por tanto los debíamos abordar de una manera frontal.

Para ello nos planteamos realizar encuestas de satisfacción a los usuarios para determinar el grado de insatisfacción, pero al mismo tiempo recabar de las mismas,

otras percepciones que el público tiene sobre el servicio; al mismo tiempo realizar mediciones de tiempo, mediante matrices con la intención de cuantificar esa realidad y visualizar la demanda rechazada. Sabemos de antemano que las encuestas no son suficientes para reconocer las señales de alarma y que las realidades contradicen las creencias axiomáticas o carentes de base, ni las posibilidades de mejorar la calidad que han pasado desapercibidas.⁴ (L., 2002)

El objetivo fundamental fue que al implementar estos cambios lograríamos reducir los tiempos de espera del usuario para recibir atención médica y/o odontológica y al mismo tiempo si optimizamos las funciones, los tiempos, si la comunidad de usuarios tiene una participación más activa y el personal se empodera de la propuesta, entonces probablemente también se reduzca la demanda rechazada. El propósito final es que si estos cambios tienen resultados favorables en nuestro centro médico, los mismos sean replicados, por lo menos en los otros centros médicos municipales de características similares al nuestro.

Sobre la marcha se fueron planteando otras necesidades y algunas dificultades que la misma dinámica del proyecto las fue absolviendo, como por ejemplo realizar una encuesta a los grupos beneficiarios de los cambios, ya que es de suma importancia conocer sus percepciones sobre ellos. Esta se la realizó la última semana de agosto y sirvió para medir el grado aproximado de aceptación o rechazo de la población directamente involucrada.

MARCO TEÓRICO

Existen estudios e investigaciones en este sentido en diversas latitudes, algunos de gran magnitud, a nivel hospitalario y con universos grandes¹ (Varios, 2010), otros intentos plantean alternativas como la telemedicina y citas telefónicas y en nuestro medio los intentos de cada institución por mejorar la calidad disminuyendo tiempos de espera, sin embargo, no están debidamente publicados, dentro de las experiencias más cercanas, están:

La Unidad Municipal de Salud Norte, implementó sin un estudio previo, ni evaluación posterior, hace algo más de tres años, un sistema de asignación de turnos

informatizado, mediante un programa diseñado para el efecto (programa Soga), para asignación de turnos, cobros, manejo de HC, también se implementó la solicitud de turnos por vía telefónica, todo lo cual agilitó la atención, disminuyendo los tiempos de espera para recibir un turno y para la atención médica, aunque con el transcurrir del tiempo también aumentó la demanda requiriendo ajustes e implementación de estrategias adicionales, con falencias como la falta de involucramiento del personal, y problemas propios del programa informático, hicieron abandonar esta estrategia, además por no haber sido evaluada, y por tanto no haberse implementado correctivos en el proceso de implantación de la estrategia

En el ámbito privado de atención, en caso de aseguradoras de medicina pre pagada, han implementado desde hace varios años, la solicitud de turnos por vía telefónica exclusivamente, y asignación computarizada, con un sistema de recordatorio de turnos, mediante llamadas o mensajes telefónicos a celulares, disminuyendo los tiempos que los usuarios deben permanecer en las unidades de atención, ya que se presentan 20 minutos antes de su consulta, para el copago en este caso y esperas de menos de 10 minutos en sala de espera, para recibir la atención médica, la cual por primera vez es siempre mediante médicos familiares. Esta es una estrategia que se ha mantenido hasta el presente y que brinda resultados satisfactorios.

Por tanto lo propuesto, tiene su sustento y justificación en base al modelo conceptual de APS y de la mejora en la calidad de atención y del fortalecimiento del primer nivel de atención que aborda los más frecuentes problemas de la comunidad proporcionando servicios preventivos, curativos y de rehabilitación capaces de maximizar la salud y el bienestar, teniendo siempre en consideración que la salud es un derecho, lastimosamente no ejercido, sea de manera individual o colectiva, por la población.

Entonces, el propósito de este trabajo es mejorar la satisfacción del paciente por la calidad percibida con los servicios, acortando los tiempos de espera y atención en ventanilla y demanda rechazada, para esto se deben desarrollar planes para evitar el deterioro progresivo de sus capacidades operativas, ya que al ignorarlos derivaría en lesiones a los derechos de la salud de los usuarios, además, que contar con servicios de salud eficientes y de calidad se constituye en una demanda legítima para todas las comunidades de una sociedad.

Establecer y validar la calidad de un servicio, determinar su valoración, así como

diseñar y aplicar instrumentos para evaluar la percepción y expectativas de calidad por parte de sus usuarios, a fin de considerarlos en el rediseño del servicio, debería constituirse en parte importante del trabajo de administrar servicios de salud con efectividad. Cuando aplicamos la orientación que nos proporciona una medición de la calidad del servicio podemos contribuir a propiciar criterios hacia el mejoramiento de los mismos y hacia una atención más satisfactoria para los beneficiarios del servicio evaluado.

Los datos obtenidos permitirán llegar a unas conclusiones con las que se podrá colaborar para disminuir las deficiencias existentes y contribuir a mejorar la calidad de la atención en el CAP Calderón y replicarlos a los establecimientos de atención similares de nuestro Subsistema Metropolitano de Salud. Creemos que el criterio de calidad es básico en planteamiento del problema, pero igualmente los criterios que fundamentan y sustentan los lineamientos de la Atención Primaria en Salud y que a continuación describimos: equidad, solidaridad, universalidad, eficacia, eficiencia y calidad.

Equidad.- Calidad que mueve a dar a cada uno lo que merece o lo que necesita, disminuyendo las diferencias entre los subgrupos de la población para que unos no estén en desventaja respecto a otros en el acceso a los servicios de salud y en la consecución de una salud óptima.

Solidaridad.- No hay conciencia colectiva de que la sociedad debe trabajar por el bien común. La organización social y voluntariado son aislados. El ejercicio de la solidaridad no es una práctica que garantice la sustentabilidad y compartir criterios de dignidad humana, defensa, respaldo, adhesión, a eso se debe propender

Universalidad.- Que comprende o es común a todos. Que pertenece o se extiende a todo el mundo, a todos los países, a todos los tiempos. La salud es un concepto y una práctica universal

Calidad.- “Calidad, la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores. Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión”⁵

(Rubio Cebrián, 1995)

Eficiencia.- Ejecución de las acciones usando el mínimo recurso. La eficiencia como principio de asignación de recursos busca maximizar un agregado social: producción de servicios de salud, de estados de salud o bienestar

Eficacia.- Logros de los objetivos institucionales. Virtud, actividad, fuerza y poder para obrar, consecución de los mejores resultados en determinadas cosas. Ser óptimos en labores encomendadas.

Estos principios rigen la búsqueda de la calidad en los servicios en salud con el propósito del mejoramiento de los niveles de vida de la población, para en su momento convertirse en el indicador válido de la calidad de vida de una circunscripción, de una región, de una administración, ciudad o país. (Pág., MGRE/ CNS/MSP)¹

CALIDAD

La calidad tiene su origen en el latín y significa: atributo o propiedad que distingue a las personas, bienes y servicios. Según la Real Academia de la Lengua Española el término calidad tiene su origen en el vocablo latín *qualitas* y puede definirse como “la propiedad o el conjunto de propiedades inherentes a algo que permiten juzgar su valor” En la actualidad existen un gran número de definiciones dadas por estudiosos en el tema, una de ellas es según la sociedad americana para el control de calidad (ASQC): “Conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente”. La evolución de la calidad en forma resumida y general ha tenido la siguiente evolución:²⁴

1. Calidad total enfocada hacia los productos terminados, iniciada con la revolución industrial y que consistió en la inspección de los productos terminados clasificando como aprobado o rechazado.
2. Control estadístico de procesos, que se inicia en la primera mitad de este siglo y consistió en el desarrollo y aplicación de técnicos estadísticos para disminuir los costos de inspección.
3. Control total de la calidad o calidad total, que nace y se desarrolla en la época de los

años 50 introduciendo importantes y novedosos conceptos como lo antes señalado.¹

El concepto de calidad tiene su origen en los procesos industriales. Así, en el ámbito de las empresas se habla de Calidad Total como el conjunto de principios, de métodos organizados y de estrategia global que intentan movilizar a toda la empresa con el fin de integrar los esfuerzos de mejora continua de todas las personas y estamentos de la organización para proveer productos y servicios que satisfagan las necesidades de los consumidores al menor coste. Juran define la Calidad como la idoneidad o aptitud para el uso de un determinado producto o servicio; es decir, un producto o servicio será de Calidad si sirve para lo que está previsto que sirva. Este concepto exige una definición previa de qué necesidades y expectativas están previstas que sean satisfechas por el producto o servicio a evaluar.⁵

Deming define la Calidad en función del sujeto que ha de juzgar el producto o servicio. Para Ishikawa el concepto de Calidad es muy parecido, ya que la Calidad del producto o servicio es la satisfacción de los requisitos de los consumidores de ese producto o servicio.

Dentro de los principales principios y conceptos de calidad están:

1. La calidad significa satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente.
2. La concepción de clientes internos y externos.
3. La participación de la dirección en la calidad.
4. La aplicación de principios y herramientas para el mejoramiento continuo de los productos y servicios.

Los resultados de la calidad son:

1. Costos más bajos.
2. Ingresos más altos.
3. Clientes encantados.
4. Empleados con poder.

¹ Pág. 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 Marco General Reforma Estructural/Consejo Nacional de Salud/Ministerio de Salud Pública.

Importantes conceptos:

1. La calidad significa satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente.
2. La concepción de clientes internos y externos.
3. La responsabilidad de la dirección en la calidad.
4. La calidad no sólo debe buscarse en el producto, sino en todas las funciones de la organización.
5. La participación del personal en el mejoramiento permanente de la calidad.
6. La aplicación de principios y herramientas para el mejoramiento continuo de los productos y servicios.²⁴

PLAN CONTENIDOS

CAPITULO I

Creemos, que el factor determinante para que se den estas condiciones es la ausencia de un sistema de salud basado en un modelo de atención primaria que posibilite la accesibilidad que es un derecho de toda la población, la sustentabilidad que garantizará la continuidad del proceso independientemente de intervenciones políticas o coyunturales, la participación de la población en la toma de decisiones, la intersectorialidad que hace posible el involucramiento de diversos actores

Cada vez más, los ciudadanos, las organizaciones y las empresas reclaman de la Administración Pública que la prestación de sus servicios sean de calidad, “la crítica de la gestión del sector público se refiere a la ineficiencia de las grandes estructuras jerárquicas de la Administración a la hora de intentar adaptarse a un mundo en plena transformación tecnológica y económica”²

Para ello se hace imprescindible introducir en los Órganos e Instituciones públicas sistemas de calidad en la gestión pública, incorporar la metodología de la mejora

continúa y adoptar aquellos principios de esa filosofía de gestión de la calidad, de acuerdo con su especificidad y de conformidad con el ordenamiento jurídico. “Uno de los principios básicos de la gestión de la calidad es contar con la voz de los destinatarios del servicio”²

Años atrás no habían surgido cambios significativos, reconociendo que hasta hace poco, los usuarios de los servicios tanto públicos como privados, debían someterse a los procesos, procedimientos, productos y servicios en la forma en que las empresas e instituciones lo determinaran; también debían someterse a los precios, calidad, eficiencia, tiempos de trámite, trato, comodidades, y consistencia, que los que prestaban el servicio establecían. Hoy día son los usuarios, quienes definen los productos a seguir, los estándares y los sistemas de las empresas e instituciones. Estos usuarios son cada vez más sofisticados y menos sumisos, se han vuelto más exigentes en reclamar sus derechos y en demandar servicios de mayor calidad, de mayor rapidez en su entrega y sobre todo de un mejor trato.

En nuestro medio es un proceso incipiente y en ciernes en muchos casos y aspectos, sin embargo, es cada vez más y mayor el involucramiento de sectores de la población en el empoderamiento de que la salud es un derecho y de hecho ya se gestan comités, organizaciones de defensa del usuario, en algunos casos reclamos injustificados, pero cada vez más representativos.

El problema seleccionado tiene relación con la gerencia de la unidad, la larga espera que significa el ser atendido por un profesional médico u odontólogo, la demanda rechazada, o sea, la oferta en atención es superada por la demanda. Se ha determinado de 15 a 20 minutos para la primera consulta y de 5 a 10 minutos las ulteriores, en promedio 15 minutos por paciente. Hay una premisa básica para evitar la inequidad y es establecer un mínimo exigible debajo de lo cual no se garantiza la calidad: o sea, el tiempo suficiente a cada paciente para poder orientar y/o resolver los problemas por los que nos consulta; las consecuencias del exceso de pacientes constituye un problema que se refleja en la posibilidad de errores diagnósticos por prisa o cansancio, tiempo limitado para dar información, elaboración de la historia clínica, letra poco clara y mala relación médico paciente. Esto conduce a un tiempo mínimo por

consulta y un tope por médico. Cabe la pregunta ¿se puede flexibilizar esta premisa anteponiendo criterios personales, institucionales y de circunstancialidad?

Reconociendo la necesidad de semejantes estimaciones para la planificación de las actividades del equipo de salud, sin embargo, las horas de atención previstas resultan insuficientes para atender a la demanda creciente y estas situaciones son un desafío para el equipo de salud que debe esforzarse para compatibilizar la cantidad de la demanda con la calidad de la atención. El modo de resolverlo depende de cada lugar, de los recursos disponibles y de su empleo racional; pero un factor determinante es la decisión que tenga ese equipo de salud en conjunto con la participación de la población a ser atendida, recurriendo incluso a estrategias que implican inventivas y recursos imaginativos.

Lamentablemente el criterio de que se cumpla con cupos y horarios estrictos no cumple con la demanda. Esto lleva a largas colas desde el amanecer, con frecuencia a la intemperie, incluso en temporadas de lluvias que en ocasiones agrava la patología. Esto genera la insatisfacción con relación a la oferta, larga espera para recibir la atención y la demanda rechazada que se canaliza a los servicios de urgencia o consulta externa de instituciones de mayor complejidad y saturación de sus servicios con problemas que pueden ser resueltos a nivel de atención primaria o sencillamente el usuario se resigna a pagar la consulta o posterga la solución de su patología.

El sector público en servicios de salud somos el escalón básico, el pilar de la atención primaria y que detrás nuestro no hay nadie que atienda a estos pacientes que nosotros no hayamos atendido, esa es una realidad incuestionable, sin embargo de lo cual en muchas ocasiones se limita nuestra atención en base a cálculos teóricos, por ejemplo cuatro pacientes por hora y en ocasiones comienza tarde la consulta, atiende rápidamente y se retira apresuradamente por situaciones personales, o cuando habiendo terminado su consulta dispone de tiempo y no lo ocupa en atención médica, son atavismos que inciden también. Igualmente, no queda constancia de la demanda rechazada por lo que los registros no reflejan la necesidad de más horas médico o sea, más personal.⁶ (Enrique, 2004)

Podrían ser alternativas a esta situación la delegación de funciones, los controles de salud por enfermeras y agentes de salud capacitados que en ciertos casos pueden asumir la atención de patologías leves y ellos derivar la patología más seria al

profesional médico, la normalización de procedimientos para interconsultas y referencias y el establecimiento de una red de atención realmente operativa.

La mejora de la calidad de la atención, el fortalecimiento del primer nivel de atención en base al modelo conceptual de APS, contribuirán al propósito de mejorar la satisfacción del paciente, en ese sentido, una tarea puntual es el mejoramiento del proceso de admisión y otorgamiento de turnos, disminuir los tiempos de espera y la demanda rechazada; para eso se deben desarrollar planes y estrategias, establecer y validar la calidad de un servicio, determinar su valoración, así como diseñar y aplicar instrumentos para evaluar la percepción y expectativas de calidad por parte de los usuarios, a fin de consolidarlos en el rediseño de servicios y propiciar criterios en el mejoramiento de los mismos, es por tanto pertinente, la circunstancia, el momento, para aplicar la APS como un modelo probado. La accesibilidad geográfica, cultural y operativa de la población a atenderse que se logra con el desarrollo de aptitudes y conductas del personal que brinda el servicio, ofreciendo accesibilidad directa de los usuarios, por tanto creando las condiciones que generan confianza con el servicio, la familiaridad con el profesional, la percepción de que son parte activa del servicio y que posibilita la aceptabilidad y empoderamiento social.

Un sistema de salud con óptica de APS contempla la interacción entre profesionales y pacientes, la colaboración entre equipos sistematizados en redes, las tecnologías de comunicación e información, la atención integral y la continuidad de la asistencia, el rol protagónico de los ciudadanos con enfoque centrado en la persona, el énfasis en el papel de la familia como actor y soporte del sistema y la preeminencia de la comunidad con todos los componentes sociales, culturales y de desarrollo económico, o sea, desde una óptica de integralidad y en la perspectiva de lograr mejores condiciones de vida en la población. Igualmente, el autocuidado, a cargo de personas, familias y comunidad que promueven prácticas positivas de salud, de prevención de enfermedades, que tratan síntomas y desarrollan acciones por parte de grupos o actores sociales en beneficio de la salud colectiva en lo que significa una imbricación de elementos, actores, mecanismos, estrategias, planes, métodos. Todos estos elementos y las experiencias previas en este sentido, configuran las alternativas de cambio que son analizados para lograr la disminución de los tiempos de espera en el CAP Calderón. Los problemas de salud identificados y seleccionados, sin orden de prelación, en el CAP Calderón son los que a continuación describimos::

- ✓ Insatisfacción de los usuarios por la espera para recibir atención médica-odontológica
- ✓ Demanda rechazada
- ✓ Demora en la pre consulta
- ✓ Atención limitada en emergencia
- ✓ Servicio de laboratorio y de auxiliares de diagnóstico restringidos
- ✓ Stock limitado de medicamentos
- ✓ Dependencia administrativa financiera que limita la capacidad de gestión.

De éstos problemas señalamos dos que a nuestro juicio creemos tienen impacto en cuanto a la calidad de la atención brindada en la comunidad a servirse. La insatisfacción de los usuarios en cuanto a reducir la larga espera para recibir la atención médica-odontológica y la demanda rechazada. Son sin duda problemas claves en el ejercicio diario de la práctica de la salud; por un lado la larga espera de un paciente que a pesar de su dolencia debe soportar largas colas, largas horas, y debe disponer de una mañana con su madrugada e incluso todo el día para ser atendido y por otro la gran contradicción cuando se establece que la salud es un derecho y que al ejercerlo todos debemos recibirlo, sin embargo de lo cual hay un porcentaje nada desdeñable que se queda sin ese derecho.

Todo el personal del Centro de Atención Primaria Calderón debe involucrarse en el proyecto, el personal del área administrativa especialmente, pero todos debemos colaborar en ese propósito. Se debe trabajar especialmente en el personal antiguo que generalmente es resistente al cambio, porque considera que le restaría poder en algunas de sus prerrogativas y por el criterio atávico de que como están las cosas es como deberían estar. Cada uno de los miembros del personal cumple sus funciones particulares, sin embargo, el poder funcionar como equipo es una tarea necesaria es una tarea primordial si se quieren realizar cambios. Se debe trabajar mucho en su involucramiento de tal manera que se empodere del proyecto y tenga una participación activa, por ejemplo, los guardias al ser la primera impresión que tiene el usuario sobre la unidad cumplen un papel clave y es fundamental su participación en la entrega de turnos, en el registro para la medición de tiempos (sin que sean funciones de ellos)

La capacitación del recurso humano como parte de las estrategias de garantía interna es fundamental. Si se ha identificado que hay déficit de personal, en este caso, el

personal existente debe capacitarse en medida de lo posible en APS, ya que sin este elemento la misma no se puede aplicar. La capacitación es un proceso de mejoramiento continuo en las competencias, habilidades, destrezas técnicas que irán invariablemente a mejorar la calidad de la atención y contribuirán a la inserción y motivación del personal en la estrategia planteada.

Se deben hacer esfuerzos en procura de la calidad. Hay necesidad de un mayor compromiso y motivación por parte de los proveedores, de mayor empoderamiento de parte de la sociedad, de creer que la salud es un derecho tanto individual como colectivo y que sólo ese ejercicio posibilitará que el mismo sea considerado como un índice de calidad de vida. La participación de la población debe encausarse a que los ciudadanos tengan influencia en la toma de decisiones en los servicios, pero que también sean responsables del cuidado y generación de salud tanto individual, como colectiva

El empoderamiento de la comunidad en temas de salud es necesario y debe ser condición esencial para lograr calidad. Se debe generar información y evidencia del proceso de prestación de salud en y a la población, promover la participación ciudadana en temas de salud comunitaria, saneamiento ambiental, entornos saludables, etc., y posicionar a la calidad de la atención sanitaria con la seguridad de su continuidad basada en el concurso de la comunidad.

La falta de una red operativa en el sistema de salud del país, de la provincia, de la ciudad, hace recurrir a por lo menos a la red del Subsistema de Salud Metropolitano en lo atinente al área norte, con la pretensión de que la misma sea eficiente de tal manera que si es del caso podamos referir con celeridad a alguno de nuestros pacientes que en cola, en sala de espera, preconsulta o consulta misma, sea identificado como paciente con patología de mayor complejidad a la que nosotros podemos resolver, eso sería una medida para mejorar la satisfacción, mejorando la calidad en la atención y de paso disminuyendo la demanda rechazada.

Grupos	Intereses	Expectativas	Capacidad de influencia	Recursos
Personal CAP	Mejoramiento personal e institucional. Empoderamiento	Cambios en función de lograr mejorar la calidad de los servicios	Determinante	Institucionales
Directivos Secretaria Metropolitana de salud	Imagen institucional.	Presentarlo como modelo para servicios similares	Determinante	Institucionales
Comunidad	Contar con un servicio de calidad. Auto cuidado personal y comunitario	Ejercicio del derecho a la salud	Importante	Institucionales

CAPITULO II

CALIDAD EN SALUD

La calidad en salud nace y desarrolla en forma conjunta con el desarrollo industrial y tecnológico, pero tenemos que tener presente que este desarrollo ha sido en forma lenta y paulatina. Es por esta razón que comenzaremos a entender este tema, teniendo en cuenta los conceptos básicos de lo que es la calidad total, su evolución y su historia.²⁴

En lo referente al terreno sanitario, también ha ido evolucionando el concepto de Calidad. Existe una definición clásica (IOM 1972) que dice que una asistencia médica de Calidad es aquella que es efectiva en la mejora del nivel de salud y grado de satisfacción de la población, con los recursos que la sociedad y los individuos han elegido destinar a ella.

La American Society for Quality Control define la Calidad como la totalidad de funciones y características de un producto o servicio dirigidas a satisfacer las necesidades de un cierto usuario. En los manuales de normas ISO (ISO 29004-2) se define la “calidad como el conjunto de especificaciones y características de un determinado producto o servicio referidas a su capacidad de satisfacer las necesidades que se conocen o presuponen”.²⁴

La OMS (1985) define que la Calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso. Podríamos seguir dando definiciones, pero creemos que como punto de partida para desarrollar un sistema de calidad en el ámbito sanitario, se debe tener en cuenta al sujeto de esta atención, que es el paciente. Estas otras dimensiones, que tienen en cuenta al paciente, son aquellas que veremos a continuación.

La calidad de los servicios sanitarios tiene tres componentes fundamentales:

- Técnico,
- Interpersonal y,
- de amenidad.

Los elementos técnicos están constituidos por las investigaciones, tratamientos e intervenciones.

Los elementos interpersonales incluyen características tales como la comunicación y la consideración de la dignidad del paciente; en cuanto que los elementos de amenidad se refieren a las condiciones del entorno y hoteleras (alimentación, lavandería, etc.)²⁴

Desde una perspectiva que incumbe a la salud pública, estos componentes se podrían completar con la asistencia proporcionada a la comunidad, implicando dimensiones tales como accesibilidad y equidad. “Modelo de atención. Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como

se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutive, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia”¹⁹

El marco de un proceso de construcción que es como se entiende debe desarrollarse un MODELO DE ATENCION, éste, al estar orientado hacia la solución de la problemática local, expresadas en situaciones y resultados insatisfactorios en la salud de la población, para lo cual los servicios de salud deben tener capacidad de respuesta eficiente y eficaz, esta propuesta no puede ser concebida como un modelo rígido y acabado. Por el contrario, debe combinar propuestas operativas y viables como respuesta a la problemática de la salud, con una gran flexibilidad para responder a los cambios que se produzcan en la situación, especialmente a aquellos que se deriven de la propia acción que promueve, esta debe ser la diferencia del nuevo modelo con el modelo antiguo.¹⁷

El Ministerio de Salud Pública de nuestro país denomina Modelo de Atención¹ “al conjunto de rasgos fundamentales que caracterizan a las acciones (intervenciones) por medio de las cuales los servicios que conforman el Sistema Nacional de Salud, interactúan con la colectividad (individuos, familias, sociedad), al desarrollar su oferta, servicios de salud. Estas acciones se dan en el marco de dos tipos de interrelación: individual y colectiva y comprenden intervenciones de promoción, prevención y recuperación de la salud.”⁶ (MSP. OPS/OMS, 2009).

A la luz de esta definición el Modelo de Atención que viabiliza el MSP pretende las siguientes características: integral, continuo, integrado, coordinado, participativo, planificado, descentralizado, eficiente, eficaz y de calidad. La construcción de un modelo tiene un proceso de construcción, basado en la recuperación de experiencias colectivas de los servicios de salud, la sistematización y la adecuación de las innovaciones que el personal de salud ha generado en este proceso, pero también es necesario algunas condiciones, generalmente a nivel externo o de nivel político, proponemos algunas.²²

- Decisión política a nivel nacional para impulsar una propuesta de modelo de atención.
- Exigencia a los niveles directivos nacionales para consolidar el proceso de descentralización efectiva respecto de la autoridad delegada, descentralización administrativa y básicamente financiera.
- Definir las redes y niveles de atención en salud a nivel de la sub región.
- Delimitación clara de ámbitos de los servicios de salud a nivel de Hospitales, Centros de salud y puestos de salud, en lo posible Redes sanitarias.
- Elaborar y actualizar los perfiles de salud locales y en base a estos elaborar y ejecutar un plan local de salud en el marco de un plan estratégico regional.
- Impulso de acciones de salud por parte del nivel central (MSP) de manera integral y no fraccionada o por compartimentos.
- Modificar y modernizar las estructuras organizativas para que la administración sea por objetivos,
- Presupuesto adecuado cuya elaboración recoja las necesidades de los servicios de Salud. ¹⁷

En atención primaria lo clave es buscar la consecución integral, pues si se miden "cosas" (que es lo fácil), se harán "cosas" (sin poder asegurar que se haga lo que se debe hacer). Se trata de medir la calidad no la cantidad, pues lo que importa es la salud, y en primaria la atención global del paciente y de la población.

Esto implica entender, tanto las condiciones de la oferta, como las opiniones de la demanda; es decir, las largas esperas son tan comunes en los Establecimientos de Salud debido frecuentemente a la falta de un sistema de citas, al horario inapropiado del personal, al deficiente manejo de los archivos médicos que se considera aceptable las esperas de hasta 150 minutos. En este caso, el personal encargado del mejoramiento de calidad debe reorganizar sus acciones, incluyendo el establecimiento de un sistema de citas y un plan de incentivos para el personal de salud, medidas que redujeran la espera promedio.

A este efecto, se debe analizar el flujo de usuarios en la que se anota la hora de llegada

de cada usuario y la duración del tiempo que pasó con el personal. Con la ayuda de gráficos y hojas de resumen, los miembros del personal entonces pueden calcular por cuánto tiempo esperan los usuarios, cuánto tiempo pasan en contacto directo con los miembros del personal y dónde ocurren los mayores retrasos.¹⁸

HIPOTESIS

Brindando un trato preferencial al grupo de pacientes embarazadas, menores de 5 años, pacientes con capacidades especiales, pacientes de la tercera edad y pacientes crónicos en la asignación de turnos mediante llamadas telefónicas o mediante citas subsecuentes, disminuye el tiempo de espera y al mismo tiempo disminuye la demanda rechazada.

3.4 METODOLOGIA

La investigación realizada fue observacional descriptiva, con un enfoque cuantitativo, se revisó la información disponible de encuestas anteriores y que no guardan relación al actual estudio, pero que sirvieron de base para el mismo. Se consideró información relativa a los factores demográficos (edad, sexo y procedencia) de los pacientes. Se realizaron mediciones de tiempos a fuentes primarias, usando formularios y matrices de recolección de datos: desde la llegada de los pacientes, pasando por el momento en que se les entregó los turnos, el tiempo que demandó la apertura de la historia clínica a los pacientes nuevos, el tiempo que demandó hasta la preconsulta y de allí hasta que fueron atendidos por los profesionales, incluso el tiempo que demoró en la consulta hasta que salieron de la institución; esto en una primera medición hace tres meses (antes de que se implementaran los cambios) y la última en los últimos tiempos.

Se realizaron encuestas de satisfacción a los usuarios que acuden a la institución, pre y post cambios utilizando variables cuantitativas discretas y cualitativas con el objetivo de obtener un grado de respuesta; preguntas abiertas solicitando criterios de como percibían los cambios y otras que establecían opciones de por ejemplo: muy bueno, bueno, regular o malo

La investigación realizada fue con un enfoque cualitativos-cuantitativo direccionada a factores demográficos (edad, sexo y procedencia) de los pacientes, mediciones de

tiempos desde su llegada, entrega de turnos, apertura de la historia clínica, pre-consulta y de allí hasta que fueron atendidos por los profesionales, incluido el tiempo que demoró en la consulta hasta que salieron desde la institución.

Igualmente, se realizaron encuestas de satisfacción a los usuarios que acuden a la institución, pre y post cambios utilizando variables cuantitativas discretas y cualitativas con el objetivo de obtener un grado de respuesta; preguntas abiertas solicitando criterios de como percibían los cambios y otras que establecía opciones de por ejemplo: muy bueno, bueno, regular o malo.

Intervinieron en este proceso, previa información, socialización y compromiso, todo el personal administrativo (secretaria, incluido el personal de guardianía), todos los profesionales de la institución y estudiantes de secundaria, de enfermería y de cursos de capacitación para auxiliares de enfermería, que realizaban pasantías por nuestro servicio.

Del universo de pacientes, a través del muestreo aleatorio simple para la recolección de la información, se aplicó el instrumento a través de entrevistas personales, en la sala de espera de la institución. Los datos se analizaron con base las siguientes categorías:

- a) SATISFACTORIO: cuando los criterios de bueno y excelente de la escala de medición, se obtengan mayor que el 80%, por cada variable,
- b) INSATISFACTORIO, cuando los criterios de malo y muy malo de la escala de medición, se obtengan mayor que 80% para cada variable,
- c) ACEPTABLE Y SUSCEPTIBLE DE MEJORAR, entre el 50% y el 80% para cada variable.

Previo a la aplicación del instrumento se realizó una prueba piloto para determinar la validez y confiabilidad del mismo, los resultados fueron sometidos al cálculo del Coeficiente de Kurder y Richardson.²² Obtenidos los resultados, se procesaron mediante la asignación de códigos a las diferentes categorías de cada una de las variables del cuestionario.

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional- indicadores	Fuente
Calidad percibida en la admisión	Características que permiten evaluar la satisfacción con el proceso de asignación de turnos	Tiempo de espera: desde la llegada hasta la salida de la institución	Minutos transcurridos desde la asignación de turnos hasta la consulta médica	Observación y registro
Medición de la demanda rechazada	Grado de insatisfacción por no obtener atención	Número de pacientes sin atención		Pacientes
		Apreciación del usuario por el trato recibido en la admisión, pre consulta y consulta	Percepción sobre la calidad del trato recibido al ingreso y ventanillas	Paciente
		Percepción del paciente sobre la oportunidad de la fecha del turno asignado	Percepción subjetiva sobre si es oportuno el turno para atender su problema de salud	

CAPITULO III

RESULTADOS ESPERADOS

Si la espera previa a estos cambios era en promedio de 5 a 6 horas (5.94 hrs), la intención es reducirla a tiempos de entre 4 a 5 horas, de la misma manera, el porcentaje de demanda rechazada en mediciones previas era de aproximadamente el 30%, la pretensión es bajar en un 10%. O sea, con lo que tenemos y con un poco de imaginación optimizar nuestros recursos para mejorar la calidad en la atención y ser modelo de réplica en los centros de atención del subsistema de salud metropolitano, si nuestros enunciados se confirman.

ENCUESTA PRECAMBIOS.ABRIL 2011. CAP CALDERÓN QUITO

¿CUÁL ES SU MOTIVO DE CONSULTA?

La primera pregunta de la encuesta previa tiene que ver con el motivo de consulta y se determina que el 84 % de los pacientes acude por consulta médica y el 16 % por odontología y laboratorio. Es satisfactorio para la consulta médica

Motivo de consulta	No.	Porcentaje
Consulta Médica	34	68
Chequeo General	8	16
Consulta Odontológica	6	12
Laboratorio	2	4
ELABORADO: DR.OSWALDO OBANDO FUENTE: ESTADÍSTICA CAP CALDERON		

¿CÓMO DE ENTERÓ DEL SERVICIO?

El 80 % de los consultados indicó que conocía del servicio o por iniciativa propia, sin necesidad de que interviniera un tercer factor. Es satisfactorio

Cómo se enteró del servicio	Número	Porcentaje
Conocido	21	42
Iniciativa propia	19	38
Por los medios	2	4
Otros	5	10
Ninguno	3	6
ELABORADO: DR. OSWALDO OBANDO FUENTE: ESTADISTICA CAP CALDERON		

¿QUÉ OTRO SERVICIO ESCOGERÍA A PARTE DEL NUESTRO?

Las respuestas mayoritaria, (68 %) indica que la mayoría de nuestros usuarios prefieren nuestro servicio y de la UMSN (Subsistema Metropolitano), el resto a otras instituciones. Es aceptable y susceptible de mejorar

Qué otro servicio escogería	Número	Porcentaje
Ningún otro	24	48
UMSN (Patronato)	10	20
Área 21	5	10
SCS Marianas	3	6
CAP Carcelén	1	2
HCAM	1	2
Otros	1	2
No responde	5	10
ELABORADO: DR. OSWALDO OBANDO FUENTE: ESTADISTICA CAP CALDERON		

¿CUÁNTAS VECES HA VENIDO A NUESTRO SERVICIO DE SALUD?

Las respuestas son variadas en cuanto a frecuencia, lo más frecuente es de 2 a 5 veces el 38%, mientras que el 32 % ha acudido por primera vez.

Cuántas veces ha venido	Número	Porcentaje
Primera vez	16	32
De 2 a 5 veces	19	38
De 5 a 10 veces	5	10
Más de 10 veces	10	20
ELABORADO: DR. OSWALDO OBANDO FUENTE: ESTADISTICA CAP CALDERON		

¿CÓMO SE SIENTE LUEGO DEL TRATAMIENTO?

La mayoría, 72 %, está entre satisfecho y moderadamente satisfecho con el servicio, pero el 28 % no contesta y es inquietante. El resultado de la pregunta es satisfactorio

Resultado del tratamiento	Número	Porcentaje
Satisfecho	23	46
Moderadamente satisfecho	13	26
Insatisfecho	0	0
No contesta	14	28
ELABORADO: DR. OSWALDO OBANDO FUENTE: ESTADISTICA CAP CALDERON		

CÓMO CALIFICA A LA UNIDAD, CON RESPECTO A:

La mayoría expresa buenas calificaciones con relación la mayor parte de los ítems consultados,(excepto la tecnología), entre muy bueno y bueno, destacándose en sentido contrario lo referente al respeto de turnos que califica como regular sin que sea preocupante, el 18 % lo ha manifestado. Llama la atención que no hay respuestas malas

CÓMO CALIFICA A ESTA UNIDAD	Muy bueno	%	Bueno	%	Regular	%	Malo	%	No opina	%
Limpieza	26	52	20	40	4	8	0	0	0	0

Horarios	24	48	24	48	2	4	0	0	0	0
Seguridad	22	44	24	48	0	0	0	0	4	8
Calidez-amabilidad	19	38	29	56	2	4	0	0	0	0
Respeto de turnos	15	30	24	48	18	36	0	0	2	4
Infraestructura	17	34	31	62	0	0	0	0	2	4
Sala de espera	17	34	28	56	0	0	0	0	5	10
Tecnología	4	8	35	70	8	16	0	0	7	14
Información	25	50	20	40	0	0	0	0	5	10

ELABORADO: DR. OSWALDO OBANDO

FUENTE CAP CALDERON

SELECCIONE 3 FACTORES POR LOS QUE UD. ELIGE EL CAP CALDERÓN

Son respuestas satisfactorias para lo institucional, profesional y personal

3 factores selecc. CAP	Número	Porcentaje
Horarios	32	64
Precios	32	64
Diversidad de precios	4	8
Calidez, amabilidad	38	76
Calidad de los doctores	41	82
Tecnología	5	10
Otro	0	0

ELABORADO: DR.OSWALDO OBANDO FUENTE ESTADISTICA CAP CALDERON

¿CÓMO CALIFICARÍA NUESTRO SERVICIO?

Es una pregunta cuya respuesta es mayoritariamente entre muy bueno y bueno. En caja, estadística e información hay pocas calificaciones regular. No hay calificaciones malas. Satisfactorio

CALIFIQUE EL SERVICIO	Muy bueno	%	Bueno	%	Regular	%	Mal	%	No opina	%
Caja	24	4	24	4	6	12	0	0	8	1

		8		8						6
Estadística	12	2	32	6	2	4	0	0	10	2
		4		4						0
Información	24	4	32	6	2	4	0	0	4	8
		8		4						
Laboratorio	22	4	27	5	0	0	0	0	12	2
		4		4						4
Pre consulta	18	3	26	5	0	0	0	0	6	1
		6		2						2
Consulta	18	3	29	5	0	0	0	0	3	6
		6		8						
ELABORADO: DR. OSWALDO OBANDO		FUENTE: ESTADÍSTICA CAP CALDERON								

¿CUALES SON LOS INGRESOS QUE TIENE SU FAMILIA?

La mayor parte de nuestros pacientes (64 %), es realmente pobre con ingresos menores a 200 dólares al mes que es inferior al salario mínimo vital

INGRESOS	Número	Porcentaje
0 a 100 dólares	19	38
101 a 200 dólares	13	26
201 a 300 dólares	10	20
Más de 300 dólares	8	16
ELABORADO: DR. OSWALDO OBANDO FUENTE ESTADISTICA CAP CALDERON		

SEXO DE LOS ENCUESTADOS

La mayoría son mujeres, pero no significativamente, no sigue la tendencia de lo que ocurre en los servicios de salud

SEXO	Número	Porcentaje
Hombres	22	44
Mujeres	28	56
ELABORADO: DR. OSWALDO OBANDO		FUENTE ESTADISTICA CAP CALDERON

EDAD DE LOS ENCUESTADOS

La mayoría de los encuestados está entre los 21 y 40 años (82%), menores de 20 años son el 8 % y mayores de 40 años son el 10 %

EDAD	Número	Porcentaje
0 a 20 años	4	8
21 a 30 años	25	50
31 a 40 años	15	30
41 a 50 años	3	6
51 a 60 años	2	4
Más de 60 años	0	0
ELABORADO: DR. OSWALDO OBANDO		FUENTE ESTADISTICA CAP CALDERON

PROCEDENCIA DE LOS ENCUESTADOS

La mayor parte es de Quito en un 90 % y sólo el 10 %, es de otra procedencia

PROCEDENCIA		Número	Porcentaje
Quito		45	90
Otros		5	10
ELABORADO: DR. OSWALDO OBANDO	FUENTE	ESTADISTICA	CAP CALDERON

SUGERENCIAS Y COMENTARIOS

La tendencia es sugerir que se implementen mejoras físicas, se incremente el personal, más servicios

1. Bueno, pero se deben implementar más servicios
2. Incrementar personal
3. Servir con buena atención
4. Limpieza de baños
5. Laboratorio todos los días
6. Mejorar tecnología
7. Mejorar infraestructura

ENCUESTA POSCAMBIOS AGOSTO 2011 CAP CALDERON QUITO

¿CUAL ES EL MOTIVO DE CONSULTA?

El 58 % acudió a consulta por medicina a diferencia de la encuesta anterior que fue el 84 %. Odontología, laboratorio y otros constituyen el 42 % del resto de la Consulta.

Motivo de consulta	Número	Porcentaje
Medicina	29	58
Odontología	18	36
Laboratorio	2	4
Otro	1	2
ELABORADO: DR. OSWALDO OBANDO		FUENTE: ESTADISTICA CAP CALDERON

¿DESDE CUÁNDO CONOC EL SERVICIO?

El 46 % de los encuestados manifiesta que conoce el servicio desde un inicio y el 36 % del resto lo conoce desde hace un año o más. El 18 % lo conoce desde reciente

Desde cuando conoce servicio	Número	Porcentaje
Desde un inicio	23	46
Hace 1 año	8	16
Más de 1 año	10	20
Reciente	9	18
ELABORADO: DR. OSWALDO OBANDO		FUENTE: ESTADÍSTICA CAP CALDERON

¿POR CUAL DE LOS SERVICIOS MENCIONADOS A CONTINUACIÓN, USTED OPTA?

El 66 % de los encuestados opta por acudir a nuestro servicio, el 22 % a servicios del MSP y el 12 % restante acude a particulares y otros servicios. Es aceptable y susceptible de mejorar

Si enferma a dónde va?	Número	Porcentaje
MSP	11	22
Particular	4	8

CAP Calderón	33	66
Otro	2	4
ELABORADO:DR. OSWALDO OBANDO	FUENTE: ESTADISTICA	CAP CALDERÓN

¿CUÁNTAS VECES HA ACUDIDO A NUESTRO SERVICIO?

El 42 % acudió a nuestro servicio en más de 10 veces, el 22 % acudió de 2 a 5 veces y de 5 a 10 veces y solamente el 14 % a acudido por primera vez, que de alguna manera marca una diferencia con la encuesta anterior

Cuántas veces ha acudido CAP	Número	%
Primera vez	7	14
2 a 5 veces	11	22
5 a 10 veces	11	22
Más de 10 veces	21	42
ELABORADO:DR. OSWALDO OBANDO	FUENTE	ESTADÍSTICA CAP CALDERON

¿CUAL ES EL MEDIO PARA CONSEGUIR LA CITA MÉDICA?

El 76 % manifiesta que lo puede hacer por teléfono, el 16 % por asignación de turnos por parte del profesional y el 8 % manifiestan que puede acudir a cualquier hora

Cómo puede conseguir cita	Número	Porcentaje
----------------------------------	---------------	-------------------

Por teléfono	38	76
Acudir a cualquier hora	4	8
Cita asignada por profesional	8	16
Otro	0	0
ELABORADO: DR. OSWALDO OBANDO FUENTE: ESTADISTICA CAP CALDERON		

¿LOS CAMBIOS REALIZADOS EN ELCAP, CREE QUE FUE UNA MEDIDA CORRECTA?

El 98 % de los encuestados manifiesta que la medida es correcta y solo 1, o sea, el 2 % se manifestó en contrario. Altamente satisfactorio

Cree que fue medida correcta?	Número	Porcentaje
SI	49	98
No	1	2
No importa	0	0
No opina	0	0
ELABORADO: DR. OSWALDO OBANDO FUENTE: ESTADISTICA CAP CALDERON		

CRITERIOS CON RELACIÓN A LOS CAMBIOS

El hecho de que se entreguen turnos por teléfono o por la asignación previa del profesional a grupos de personas como embarazadas, menores de 5 años, con capacidades especiales, pacientes crónicos y de la tercera edad, qué criterio le merece:

Está bien	10
Está bien porque no tienen que madrugar	7
Mejora la atención a las embarazadas	5
Excelente	5
Está bien pero que sea para todos	5
Es bueno para los niños menores de 5 años	3
Está bien pero que se cumplan las reglas	3
Los niños se merecen todo	2
Estos grupos son los que más necesitan	2
Así ya no tienen que ir a otro lado para atenderse	1
Está bien porque disminuye la espera	1
La atención es inmediata	1
Para los pacientes de la tercera edad, muy bueno	1
Se debe atender de inmediato a los pacientes crónicos	1
Da más facilidad, es muy acertada	1
Está bien, hay personas que no pueden madrugar	1
Debe ser para todos	1

¿CUANTO TIEMPO DEMORÓ EN SER ATENDIDO?

El 40 % dice haber demorado menos de 1 hora en recibir atención médica, el 26 % de 1 a 2 horas, el 20 % de 2 a 3 horas, y sólo el 14 % demoró entre 3 y 4 horas. Hay una diferencia marcada entre los tiempos. Tal vez no se especificó los tiempos desde la llegada al CAP, hasta recibir la atención. Se logró determinar que los usuarios creen que el tiempo de espera es que lo hacen en la sala de espera

Cuánto demoró en recibir atención	Número	Porcentaje
Menos de 1 hora	20	40

De 1 a 2 horas	13	26
De 2 a 3 horas	10	20
De 3 a 4 horas	7	14
Más de 4 horas		
ELABORADO: DR. OSWALDO OBANDO FUENTE: ESTADISTICA CAP CALDERÓN		

¿DESDE QUE SE IMPLEMENTARON LOS CAMBIOS, USTED CREE QUE?

El 70 % manifestó que la atención es más ágil desde que se dieron los cambios, frente al 6 % que manifiesta que se demora más y para el 24 % no había cambios, era igual que antes. Aceptable, susceptible de mejorar

Desde los cambios, se demora?	Número	Porcentaje
Más ágil	35	70
Igual que antes	12	24
Se demora más	3	6
ELABORADO: DR. OSWALDO OBANDO FUENTE: ESTADISTICA CAP CALDERON		

¿DESDE QUE SE IMPLEMENTARON LOS CAMBIOS, QUE HA OCURRIDO CON LA DEMANDA RECHAZADA?

El 46 % de los encuestados cree que la demanda rechazada ha disminuido en mucho, el 36 % en poco y el 18 % en nada. El 82 % percibe una mejoría en la demanda rechazada en mayor o menor grado. Satisfactorio

La demanda rechazada, ha disminuido?	Número	Porcentaje
En mucho	23	46
En poco	18	36
En nada	9	18
ELABORADO: DR.OSWALDO OBANDO FUENTE ESTADISTICA CAP CALDERON		

SEXO DE LOS ENCUESTADOS?

En lo referente a sexo el 82 % era femenino, frente al 18 % de varones. A diferencia de la encuesta anterior en la que existía casi paridad.

Sexo	Número	Porcentaje
Hombres	9	18
Mujeres	41	82
ELABORADO: DR. OSWALDO OBANDO		FUENTE: ESTADISTICA CAP CALDERON

PROCEDENCIA DE LOS ENCUESTADOS

En cuanto a procedencia el 66 % era de Quito, el 28 % era de provincia, el 6 % tenía otro origen

Procedencia	Número	Porcentaje
Quito	33	66
Provincia	14	28
Rural	1	2
Otro	2	4
ELABORADO: DR. OSWALDO OBANDO		FUENTE: ESTADISTICA CAP CALDERON

EDAD DE LOS ENCUESTADOS

Muy similar a la encuesta previa a los cambios, el 68 % estaba entre los 21 a 40 años, el 16 % era de entre 41 y 50 años y el 16 % restante correspondía a las otras clasificaciones etáreas

EDAD	Número	Porcentaje
De 0 a 20 años	3	6
De 21 a 30 años	14	28
De 31 a 40 años	20	40
De 41 a 50 años	8	16
De 51 a 60 años	3	6
De 61 a 70 años	2	4
Más de 70 años	4	8
ELABORADO:DR. OSWALDO OBANDO	FUENTE	ESTADISTICA CAP CALDERON

COMENTARIOS

Atención buena

Más especialidades

Más turnos por familia

Buen ambiente de trabajo

Atención más rápida para los más graves

Sigan mejorando

Sigan haciendo estos cambios

Respeto de turnos

No quiten servicio

Más personal

ELABORADO: DR. OSWALDO OBANDO. FUENTE:
ESTADISTICA CAP CALDERÓN

El hecho de que se entreguen turnos por teléfono o por la asignación previa del profesional a grupos de personas como embarazadas, menores de 5 años, con capacidades especiales, pacientes crónicos y de la tercera edad, qué criterio le merece:

Está bien	10
Está bien porque no tienen que madrugar	7
Mejora la atención a las embarazadas	5
Excelente	5
Está bien pero que sea para todos	5
Es bueno para los niños menores de 5 años	3
Está bien pero que se cumplan las reglas	3
Los niños se merecen todo	2
Estos grupos son los que más necesitan	2
Así ya no tienen que ir a otro lado para atenderse	1
Está bien porque disminuye la espera	1
La atención es inmediata	1
Para los pacientes de la tercera edad, muy bueno	1
Se debe atender de inmediato a los pacientes crónicos	1
Da más facilidad, es muy acertada	1
Está bien, hay personas que no pueden madrugar	1
Debe ser para todos	1
ELABORADO: DR. OSWALDO OBANDO	FUENTE: ESTADISTICA CAP CALDERON

Como se puede ver las respuestas son diversas, pero efectivamente, la casi totalidad tiene un criterio favorable a los cambios implementados con el propósito de mejorar la satisfacción de los pacientes. Algunos manifiestan su adjetivación a las medidas y lo hacen desde una óptica particular ya que les afecta positiva o negativamente en mayor o menor grado, pero en general, están plenamente de acuerdo con ellas, excepto una persona que manifestó que debería ser para todos.

HALLAZGOS DE ENCUESTA POST CAMBIO AGOSTO 2011

- Deben dar más turnos porque hay muchas personas que necesitan atención
- Los doctores deben ser más puntuales
- Atención rápida y más turnos
- Buen sitio, dan buena atención
- Me gusta el CAP porque atienden con mucha agilidad
- No me gusta porque cuando estamos en la fila dan turnos a otras personas
- Podrían dar los turnos más temprano
- Que la atención sea más rápida
- Deben dar más turnos para odontología
- La atención es mejor que en otros sitios
- La atención es buena
- Falta personal
- Que a las personas que llaman por teléfono se les atienda después, porque por algo madrugamos
- Que el guardia permita que entremos más temprano por el frío. Que sea más humano
- Que los doctores se dediquen a atender y no a asuntos personales

- Que no se atiendan con preferencia a familiares y amigos de los doctores y del resto del personal
- El guardia no nos deja entrar en tremendo frío y da el turno a cualquier hora
- Que haya más consultorios
- Que haya más médicos especialistas, por ejemplo pediatras
- Que sigan los cambios, que son positivos
- Que atiendan más pronto porque los doctores atienden a cualquier hora
- Son amables los doctores pero no la secretaria y el guardia
- Están bien los cambios pero deben ser para todos los pacientes los turnos por teléfono y las citas que dan los doctores
- Que no suspendan la atención cuando se les ocurre, es un atropello a los derechos humanos

ENCUESTA A GRUPOS INVOLUCRADOS

Se realiza una encuesta a los grupos de población que estaban directamente involucrados, en razón de que una es la percepción general de todos los usuarios, pero nos interesaba evaluar la percepción de los beneficiarios de los cambios implementados. Esta encuesta la realizamos la última semana de agosto.

ENCUESTA A GRUPOS INVOLUCRADOS AGOSTO 2011. CAP CALDERON QUITO

ENCUESTADOS 15

¿ESTÁ DE ACUERDO CON LOS CAMBIOS IMPLEMENTADOS EN EL CAP?

El 60% está de acuerdo y un 26.6% no lo está, resulta sorprendente que un porcentaje, nada despreciable no está de acuerdo, si es una medida que les favorece directamente. Aceptable, susceptible de mejorar

Está de acuerdo con los cambios	Número	Porcentaje
Si	9	60
No	4	26
No opina	2	13
ELABORADO: DR. OSWALDO OBANDO FUENTE ESTADÍSTICA CAP CALDERÓN		

¿DISMINUYÓ EL TIEMPO DE ESPERA DESDE QUE SE IMPLEMENTARON LOS CAMBIOS?

La percepción de que estos cambios disminuyeron el tiempo de espera, evidenció que el 66.66 % cree que no fue importante, sino en poco. Apenas un 13.33 % cree que es mucho lo que disminuye. Insatisfactorio

Si disminuyó el tiempo, este fue?	Número	Porcentaje
Mucho	2	13
Poco	6	40
Más o menos	4	26
No opina	3	20
ELABORADO: DR. OSWALDO OBANDO FUENTE ESTADÍSTICA CAP CALDERON		

¿CUANTO TIEMPO DEBÍA ESPERAR, ANTES DE QUE SE DEN LOS CAMBIOS?

Este es un dato importante: el 66.66 % cree que debía esperar por más de 2 horas, hasta más de 4 horas (13.33 %) y solamente el 33.33 % debía esperar entre 1 y dos horas.

Antes de los cambios, debía esperar?	Número	Porcentaje
1 a 2 horas	5	33
2 a 3 horas	4	26
3 a 4 horas	4	26
Más de 4 horas	2	13
ELABORADO: DR. OSWALDO OBANDO		FUENTE: ESTADISTICA CAP CALDERÓN

¿ESTOS CAMBIOS AFECTAN AL RESTO DE USUARIOS?

El 33.33% cree que si afecta, pero el resto, o sea el 53.33 % cree que no afecta o sencillamente no le interesa

Los cambios afectan al resto?	Número	Porcentaje
Si	5	33

No	6	40
No afecta	2	13
No opina	2	13
FUENTE: ESTADISTICA CAL CALDERON	ELABORADO: DR. OSWALDO	OBANDO

¿ESTÁ DE ACUERDO CON ESTOS CAMBIOS?

La gran mayoría, 93.33 %, está de acuerdo con estos cambios. El 6.66 % no satisfactorio

Se deben mantener estos cambios?	Número	Porcentaje
Si	14	93
No	0	
No opina	1	7
ELABORADO: DR. OSWALDO OBANDO	FUENTE: ESTADISTICA	CAP CALDERON

SUGERENCIAS Y COMENTARIOS

Deben haber más consultorios

Atención puntual. No se aumenten los grupos

Mucha demanda. Más médicos

Que los que llaman sean atendidos después

Es buena la atención

Es favorable. Los niños no aguantan tanto
 Por algo se madruga debemos ser los primeros
 Muy bueno
 Más doctores para demorar menos
 Más consultorios
 Que sigan los cambio

¿QUE TIEMPO DEBE ESPERAR DESDE QUE SE DIERON LOS CAMBIOS EN EL CAP?

El 93.33 % siente que debe esperar entre menos de 1 hora y 2 horas, de éstos el 53.33 % menos de una hora. Esto contrasta con la precepción de la pregunta 3. Sólo el 6.66 % cree que debe esperar más de 2 horas. Satisfactorio

Cuánto debe esperar luego de cambios?	Número	Porcentaje
Menos de 1 hora	8	53
Más de 1 hora	6	40
De 2 a 3 horas	1	7
Más de 3 horas	0	0
ELABORADO: DR.OSWALDO OBANDO		FUENTE: ESTADISTICA CAP CALDERON

MEDICIÓN DE TIEMPOS ABRIL 2011

Esta medición de tiempos se la realizó antes de implementar los cambios referidos y se utilizó un formato en donde estaban consignados los parámetros de hora de llegada al CAP Calderón y el momento en que se entregaron los turnos, posteriormente,

secretaría agilizó los procedimientos; el personal de enfermería fue gravitante y los médicos y odontólogos de nuestro servicio colaboraron efectivamente en la realización de estos intereses que inicialmente fueron consignados por el personal de guardianía, que sin ser sus funciones se involucraron en el proceso y fueron determinantes en esta instancia del proceso. Fue necesario de que nuestro personal se involucrara y luego de repetidas reuniones en ese sentido, fueron parte actuante y colaboraron de una manera actuante.

La medición de tiempos es un proceso arduo y minucioso y está sujeto a una cantidad de variables personales, circunstanciales, organizacionales, institucionales, que son un condicionante a la efectividad del recurso; por ello se estableció parámetros rígidos para consignar como válidos los datos registrados por los actores. Debimos excluir del muestrario algunos datos inconsistentes y la muestra ofertada fue depurada.

TABLA DE MEDICIÓN DE TIEMPOS ABRIL 2011. PRE CAMBIOS

No.	Hora de llegada	Atención en ventanilla	Preconsulta	Consulta médica	Salida CAP	Llegada-vent.	Vent. Precon.	Lleg- cons.	Tiempo cons.	TOTAL
1	03.30	08.04	08.12	08.20	08.32	274	8	290	12	302
2	03.30	08.08	08.17	08.40	08.52	278	9	310	12	322
3	03.32	08.13	08.22	08.45	08.55	289	11	321	10	331
4	03.35	08.22	08.29	08.46	09.03	287	7	321	19	340
5	03.35	08.30	08.37	08.56	09.12	295	7	331	16	357
6	04.00	08.32	08.43	08.59	09.10	272	11	299	11	310
7	04.02	08.37	08.49	09.14	09.28	303	12	310	14	324
8	04.06	08.40	08.55	09.28	09.33	264	15	322	5	327
9	04.14	08.44	09.00	09.43	09.50	270	16	329	17	336
10	04.28	08.47	09.08	09.50	09.59	259	23	322	9	391
11	04.28	08.51	09.14	09.54	10.10	263	23	326	16	342
12	04.36	08.55	09.22	09.58	10.08	259	27	322	10	332
13	04.36	08.59	09.30	10.15	10.23	265	31	239	8	347
14	04.37	09.04	09.39	10.23	10.43	273	35	346	20	366
15	04.38	09.13	09.45	10.20	10.33	285	32	342	13	355
16	05.00	09.16	09.53	10.41	10.53	256	37	341	12	353
17	05.02	09.19	10.01	10.42	10.48	257	40	340	6	346
18	05.03	09.23	10.10	10.58	11.12	260	47	355	14	369
19	05.10	09.28	10.15	11.05	11.20	248	47	355	15	370
20	05.10	09.31	10.20	11.17	11.28	281	49	390	11	401
21	05.12	09.34	10.27	11.13	11.20	284	53	361	7	368
22	05.15	09.38	10.34	11.28	11.39	283	56	384	11	395
23	05.48	09.42	10.40	11.47	11.58	234	58	370	11	381
24	05.48	09.45	10.48	11.50	12.00	237	63	372	10	382
25	05.58	09.48	10.54	12.04	12.14	230	66	374	10	384
26	06.10	09.56	11.01	12.04	12.20	266	65	370	16	386
27	06.12	10.01	11.09	12.25	12.36	229	68	384	11	395
28	06.12	10.05	11.20	12.27	12.38	233	75	386	11	397
29	06.15	10.10	11.29	12.35	12.50	235	79	380	15	395
30	06.20	10.14	11.40	12.42	12.52	234	86	382	10	392
31	07.00	10.18	11.46	12.45	12.52	198	90	352	7	357
32	07.21	10.22	11.51	12.52	13.00	181	89	331	8	339
33	07.25	10.25	11.57	12.58	13.10	180	92	333	12	333
34	07.25	10.30	12.01	13.01	13.10	185	91	336	9	336
35	07.26	10.40	12.08	13.06	13.15	194	88	340	9	340
36	07.28	10.49	12.13	13.13	13.20	201	84	345	7	345
37	07.29	10.55	12.17	13.20	13.30	206	82	351	10	351
38	07.45	11.02	12.22	13.21	13.31	197	80	336	10	346
39	07.45	11.09	12.26	13.29	13.42	204	77	344	13	357
40	07.45	11.13	12.30	13.42	13.58	208	77	357	16	373
						9857	2006	13699	463	14273

ELABORADO: DR.OSWALDO OBANDO

FUENTE: ESTADISTICA CAP CALDERON

RESULTADOS	PROMEDIO	HORAS
Tiempo total de consulta	356.82 minutos	5.93 hras.
Tiempo desde llegada hasta ventanilla	207.52 minutos	3.45 hras.
Tiempo desde ventanilla a pre consulta	50.15 minutos	
Tiempo entre preconsulta y consulta	45.9 minutos	
Tiempo desde ventanilla hasta consulta médica	96.05 minutos	
Tiempo en consulta	11.57 minutos	
ELABORADO: DR. OSWALDO OBANDO	FUENTE: ESTADISTICA	CAP CALDERON

MEDICIÓN DE TIEMPOS CAP CALDERÓN POSTCAMBIOS

24 AGOSTO 2011

NO.	HORA DE LLEGADA	ENTREGA DE TURNO	VENTANILLA	PRE CONSULTA	CONSULTA	SALIDA CAP	LLEG-VENT.	VENTANILLA A- PRECONS.	LLEGADA- CONSULTA	TIEMPO EN CONSULTA	TOTAL
1	04.30	06.00	08.00	08.05	08.10	08.23	210	215	220	13	233
2	04.30	06.00	08.05	08.10	08.14	08.21	215	220	224	7	231
3	05.00	06.00	08.09	08.14	08.24	08.35	189	194	204	11	215
4	05.00	06.00	08.12	08.17	08.23	08.34	192	197	203	11	214
5	05.00	06.05	08.16	08.23	08.35	08.49	196	203	215	14	229
6	05.00	06.05	08.20	08.27	08.35	08.51	200	207	215	16	231
7	05.00	06.05	08.23	08.31	08.50	09.05	203	211	230	15	245
8	05.00	06.05	08.26	08.37	08.53	09.12	206	221	233	9	242
9	05.00	06.05	08.30	08.43	09.06	09.20	210	223	246	14	250
10	05.00	06.08	08.34	08.47	09.14	09.31	214	227	254	13	267
11	05.00	06.08	08.40	08.53	09.22	09.33	220	233	263	11	274
12	05.00	06.08	08.45	08.58	09.32	09.53	225	238	272	15	287
13	05.10	06.08	08.50	09.03	09.33	09.48	220	223	253	15	268
14	05.20	06.08	08.56	09.10	09.55	10.20	216	230	275	15	290
15	05.20	06.10	09.02	09.16	09.49	10.02	242	256	269	13	282
16	05.30	06.10	09.04	09.21	10.33	10.50	214	231	303	17	320
17	05.30	06.10	09.07	09.28	10.03	10.09	217	238	273	6	279
18	05.30	06.10	09.20	09.35	10.51	11.10	230	245	321	14	335
19	05.30	06.10	09.25	09.41	10.10	10.16	235	251	290	6	296
20	05.40	06.10	09.32	09.47	11.10	11.18	232	257	340	8	348
21	05.40	06.10	09.37	09.53	10.16	10.23	237	263	286	7	293
22	05.40	06.12	09.43	09.57	11.18	11.24	243	257	338	6	344
23	05.50	06.12	09.50	10.02	10.25	10.33	240	252	265	8	273
24	05.50	06.12	10.00	10.10	11.24	11.32	250	260	334	12	346
25	05.55	06.12	10.11	10.17	10.33	10.40	256	262	278	7	285
26	05.55	06.15	10.13	10.23	11.33	11.40	258	268	348	7	357
27	05.58	06.15	10.17	10.31	10.41	10.53	259	273	283	12	295
28	05.58	06.15	10.27	10.37	11.40	11.49	269	279	342	9	351
29	05.59	06.15	10.33	10.43	10.54	11.08	274	284	295	14	309
30	06.00	06.17	10.40	10.50	11.50	11.58	280	290	350	8	358
31	06.00	06.17	10.50	11.01	11.08	11.20	290	301	308	12	320
32	06.00	06.17	11.01	11.10	11.59	12.09	301	310	359	10	369
33	06.10	06.20	11.08	11.14	11.20	11.31	298	304	310	11	321
34	06.10	06.20	11.10	11.20	12.09	12.20	300	310	359	11	370
35	06.15	06.20	11.15	11.30	11.32	11.41	300	315	317	9	326
36	06.20	06.20	11.20	11.37	12.20	12.29	300	317	360	9	369
37	06.30	06.30	11.22	11.43	11.44	11.55	292	313	314	11	325
38	06.45	06.45	11.25	11.50	12.20	12.28	280	295	325	8	330
39	06.50	06.50	11.30	12.01	12.03	12.18	280	311	313	15	328
40	07.10	07.10	11.35	12.10	12.28	12.38	265	300	318	10	328
							9758	10284	11505	179	11933
									287.62	10.97	298.32

RESPONSABLE: DR. OSWALDO OBANDO L.

FUENTE: ESTADÍSTICA CAP CALDERÓN

DEMANDA RECHAZADA: 13 PACIENTES: 32.5%

RESULTADOS DE MEDICIÓN DE TIEMPOS POST CAMBIOS

TIEMPO	PROMEDIO	HORAS
Tiempo total de consulta.	298.32 minutos	4.94 horas
Tiempo entre llegada y ventanilla	243.95 minutos	4.06 horas
Tiempo entre ventanilla y pre consulta	13.15 minutos	
Tiempo entre llegada al CAL y consulta	287.62 minutos	4.79 horas
Tiempo de consulta médica	10.97 minutos	
Tiempo entre pre consulta y consulta	30.52 minutos	
Tiempo entre ventanilla y consulta	43.67 minutos	
ELABORADO: DR. OSWALDO OBANDO FUENTE: ESTADÍSTICA CAP CALDERON		

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN DE TIEMPOS EN ABRIL Y AGOSTO DEL 2011

Al medir los tiempos de espera entre 2 instancias, la primera en abril del 2011 y la segunda a fines de agosto del mismo año, podemos concluir que:

1. La demanda rechazada entre los dos eventos disminuyó en el 7.5 %, bastante aproximado a lo esperado (se tomaron 3 días aleatorios en cada medición).
2. El tiempo total de espera entre los dos eventos disminuyó de 386.82 minutos, que equivale a 5.93 horas., a 298,32 minutos que equivale a 4. 94 horas., que está bastante cerca de lo esperado, o sea, alrededor de una hora
3. En la primera medición, el tiempo entre llegada al CAP y la atención en ventanilla era menor a la medición de agosto. Se debe que en la primera medición los usuarios madrugaban más temprano y la atención en ventanilla fue más ágil para la segunda medición, ya que se impartieron instrucciones en cuanto a la mejorar los tiempos de espera de los pacientes.

4. Se redujo de una manera considerable el tiempo entre ventanilla y pre consulta de 50.15 minutos a 13.15 minutos, esto luego de que se habló de la optimización de tiempos y que sin duda contribuyó a disminuir el tiempo de espera en general.
5. El tiempo de llegada al CAP hasta la consulta médica disminuyó entre los 2 eventos, de 305.12 a 287.62 minutos, lo que igualmente contribuyó a la disminución de tiempos de espera
6. El tiempo entre pre consulta y consulta se redujo desde 45.9 a 30.52 minutos, que igualmente significa una optimización de recursos y tiempos.
7. El tiempo de duración de la consulta entre los 2 eventos se redujo mínimamente, sin que ello incida en el propósito del ensayo. Desde luego que los 11 minutos en promedio en consulta, tampoco es significativo, sin embargo, está dentro del promedio de los parámetros internacionales de consultas primeras y subsecuentes y a pesar de ello cabe la pregunta de si disminuimos la calidad de la atención en cuanto a tiempo, ya que se redujo. Sustentamos nuestros elementos en relación a las encuestas.

CONCLUSIONES

1. Una de las insatisfacciones de los usuarios que acuden al CAP Calderón es la larga espera que tienen que soportar, con madrugadas y riesgos incluidos y eso se traduce en falta de calidad de la atención.
- 2 Los usuarios del CAP Calderón manifiestan su insatisfacción por la demanda rechazada, en razón de que nuestra capacidad operativa es limitada.
3. Se pueden revertir estas realidades optimizando los recursos disponibles y aplicando criterios de calidad, realizando una investigación operativa para medir el grado de satisfacción de los usuarios y determinar las causas que la provocan y proponiendo alternativas que conduzcan al mejoramiento de la calidad de la atención de los usuarios.
4. La aplicación de muchos de los criterios aprendidos en el Diplomado de Gerencia y Calidad de la Atención de Salud son perfectamente aplicables en este trabajo de investigación y fundamentalmente, pueden ser usados para conseguir una mejora en la calidad de la atención

5. El personal profesional y administrativo, a pesar de disponer de conocimientos básicos de calidad, no la asumen con la debida responsabilidad y no se empoderan para conseguirlo.
6. Se pueden reducir los tiempos de espera del usuario optimizando los tiempos de cada uno de los procedimientos para la atención de salud como son la entrega de turnos, la apertura de la historia clínica, la atención en pre consulta y la consulta médica
7. Si se adoptan medidas como el entregar turnos por vía telefónica, el asignar turnos por parte del profesional, el solicitar turnos a cualquier hora, o sea, a demanda espontánea por parte de estos grupos de pacientes que luego de evaluar la primera encuesta de satisfacción, se identificaron como los más vulnerables y por tanto los beneficiarios de tales medidas; es uno de los procedimientos que a bajo costo, produce mejores resultados.
8. Si se optimiza la atención obteniendo estándares de calidad, es decir disminuyendo el tiempo de espera es lógico entender que se tiene más tiempo para la consulta y por tanto, indirectamente, disminuir la demanda rechazada.
9. Las observaciones, sugerencias y comentarios obtenidas de las encuestas indican a que se mantengan los cambios. La gran mayoría está de acuerdo con ellos y algunos hacen puntualizaciones y recomendaciones.
10. Es necesario tomar en cuenta, algunas de las sugerencias o críticas de los usuarios. Por ejemplo, deberíamos establecer un horario específico para la atención de los turnos pre asignados y dar atención en las primeras horas a los pacientes que madrugaron para conseguir su turno. Evitaríamos generar resentimientos y resistencias que de hecho al momento existen a raíz de la aplicación de los cambios.
11. Los resultados obtenidos con la implementación de los cambios están dentro de lo esperado y motivan a seguir perfeccionando el modelo. Se debe insistir a las autoridades con poder de decisión, en la dotación de todos los recursos que inicialmente solicitamos.

RECOMENDACIONES.-

1. Incremento del personal.- para aumentar la capacidad de atención: una persona adicional para ventanilla de recepción de pacientes, 1 auxiliar de enfermería o enfermera en pre consulta, 1 médico para consulta ambulatoria y 1 odontólogo para atención odontológica, un educador para la salud que se encargue de posicionar todo lo referente a prevención y promoción de la salud, con los costos que supone el incremento de personal. Esta es una alternativa que requiere de un presupuesto adicional permanente, que puede incrementar el costo de los servicios, y que indefectiblemente chocará con la situación burocrática y de realidad económica de la institución, y que no asegura por si solo, la consecución del objetivo planteado, ya que únicamente se incrementaría las horas médico de servicio, que permita atender un mayor número de pacientes pero sin modificarse los tiempos de espera y atención.

2. Asignación de turnos exclusivamente por vía telefónica (celular o fija).- mediante la instalación de una central telefónica y adquisición de nuevas líneas dedicadas a la atención y asignación de turnos a pacientes, con personal dedicado a esta actividad.

3. Sistematización de procesos y actividades; en base al análisis de tiempos por actividad para optimizar duración de cada proceso y actividad. Esta se considera una necesidad para optimizar la atención de los usuarios en todos los procedimientos, aunque *no* debe considerarse como una medida aislada, sino complementaria a otras para lograr los objetivos propuestos, es una estrategia de bajo costo y efectiva.

4. Información y educación a la comunidad y a los usuarios para optimización de tiempos y mejor utilización de los servicios de salud. Es una medida útil en todos los casos, y debe ser complementaria a cualquier alternativa, y no considerarla como única estrategia a implementarse.

5. Una recomendación adicional sería que para realizar este tipo de trabajo y fundamentalmente para su seguimiento se debe continuar con el mismo tipo de encuesta ya que los mismos servirán para dar continuidad al trabajo durante un tiempo determinado, para comparar resultados y realizar un análisis de acuerdo a herramientas estadísticas relacionadas entre sí, secuenciales y que guarden similitud con lo encuestado. Esta recomendación la hacemos con relación a que por causas ajenas a

la dinámica de nuestro trabajo se perdió la información de la encuesta inicial y la segunda la elaboramos bajo algunos supuestos.

BIBLIOGRAFÍA

1. FELD S. RIZZI CH, y GOBERNA A., El control de la atención médica. López Libreros Editores. Bs. As. 1978.
2. ARANGUREN, E. A., y REZZÓNICO, R. A., Auditoría Médica. Garantía de Calidad en la atención de la Salud. Centro Editor de la Fundación Favalaro, Bs. As., 1999.
3. RENCORES G., Auditoría Médica en la Gestión de Riesgos y manejo de conflictos, II Seminario Internacional del Derecho Sanitario, Santiago, 2002.
4. ORTEGA, B., La Calidad de los Servicios Sanitarios, Barcelona, 1994.
5. DONABEDIAN, A. La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada?, JANO, 1989.
6. VARO, J., Gestión estratégica de la calidad en los Servicios Sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria, Ed. Diaz de Santos, S. A., 1994.
7. SCHIAVONE, M.A., Gestión en tiempos de crisis, Editorial Rev. de la Soc. Arg. de Adm. de Organizaciones de atención de salud, 2003.
8. SCHIAVONE y colab., Satisfacción de pacientes. "El paciente eje del accionar del Hospital Público", Presentado en las XIV Jornadas Científicas del Hospital Fernández, 1997.
9. CARNOTA, WALTER, La salud como bien constitucionalmente protegido, en "Responsabilidad Profesional de los Médicos", La Ley, Buenos Aires, 2003.
10. BRENNER, P (2006). PECAH. Programa de Evaluación de la Calidad de la Atención Hospitalaria. Dpto. calidad de prestadores.
11. En programa power point obtenido el 05 de marzo de 2006 desde http://www.minsal.cl/ici/red_publica/Pola_Bremen_Programa_de_evaluacion_de_calidad_hospitalaria_PECAH.pdf
12. Chile management.com (2001). Ideas, globalidad, Interacción: Una nueva economía, obtenido el 22 de febrero de 2004 disponible en <http://www.iaf.es/preima/articulo/cap31.htm>

13. JURAN, J.(2001). Introducción a la calidad total. Manual de calidad, 01 (14), 14.4-14.20.
14. RICO, R (1993). Introducción. Calidad estratégica total: Total quality management. 93 (1), 3-15.
15. ROJAS, D.(2006).Teorías de calidad. Gestipolis obtenido el 05 de marzo de 2006 disponible en <http://www.gestipolis.com/recursos/documentos/fulldocs/ger1/teocalidad.htm>
16. TORREGROSA, R (2006). La calidad en los servicios sanitarios. Calidad concepto y generalidades, obtenido el 5 de abril de 2006 disponible en http://www2.san.gva.es/hguv/descargas/quiosco/calidad_generalidades.pdf
17. Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. Revista Española de Salud Pública versión impresa ISSN 1135-5727. Rev. Esp. Salud Publica v.81 n.6 Madrid nov.-dic. 2007
18. Modelo de Atención en Salud. Ministerio de Salud, Dirección Regional de Salud de Cajamarca, Gestión de Servicios de Salud. Serie 3.Periodo 1993- 1977
19. ROJAS MOYA J.L.: (2007) *Gestión por procesos, para mejorar la atención del usuario en los establecimientos de salud del sistema nacional de salud*, Edición electrónica gratuita. disponible en <http://www.eumed.net/libros/2007b/269/index.htm>
20. PARRADO, S.. COLINO, C.. Módulo XI. “La participación ciudadana en los servicios públicos.” De Master de Gerencia Pública. FIIAPP. Pag. 15.
21. AYALA GARZÓN A. Modelo de atención en salud para la población pobre no asegurada del departamento de Risaralda para los años 2.010 y 2.011 Pereira, diciembre de 2009
22. BEDOYA, R.,SOLA, J., Informe de consultoría diagnóstico de las necesidades de capacitación del personal que labora en las unidades de salud del Distrito Metropolitano de Quito.
23. CHANDIA VIDAL, Y., Introducción a la Calidad en Salud. Central de Esterilización Clínica, Sanatorio Alemán de Concepción 2006.
24. CORDERO, L.,CANTARELL, D.M., DI GIORGIO M.C., Calidad de la atención médica. Institución Médicos Municipales, diciembre del 2006
25. ARANGUREN IBARRA,Z., Medición de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud del Instituto de Previsión del Profesorado de la Universidad

Central de Venezuela, durante el último trimestre del 2001.HOME > EDICIONES > VOLUMEN 47 N° 1 / 2009 > Recibido para publicación: 19/02/2008

- 26.DE CANALES F.H; DE ALVARADO E.L; Pineda EB 1994: Metodología de la Investigación. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No. 35; OPS. Unidad VII: Protocolo e Informe Final. Pp. 167- 171
- 27.GARCÍA ROMERO, (aut). Metodología de la investigación en salud. Ed. Macgraw-Hill 1(19/10/1999)
- 28.DAWSON B Y TRAPP R. 2005: Bioestadística Médica. Ed. Manual Moderno, 4ª Edición
- 29.VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L: Introducción a las técnicas de investigación cualitativa aplicadas en salud. 1 sept. 2005
- 30.AZCÁRATE ,C., ERASO, M.L., Gáfaró A., Departamento de Estadística e Investigación Operativa. Universidad Pública de Navarra. Pamplona.
- 31.Percepción de Calidad de Vida en el DMQ. Quito, 2009 CORPORACIÓN MUNICIPAL INSTITUTO DE LA CIUDAD, Resultados Encuesta de Percepción de la Calidad de Vida en el DMQ. Quito 2009
- 32.Rubio Cebrián, Santiago. “ Glosario de Economía de la Salud ”. Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud. España, 1995.
33. MSP. Modelo de Atención Integral de Salud, MSP OPS/OMS, Quito, 2009

