



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

ESCUELA DE MEDICINA

DIPLOMADO EN GERENCIA Y CALIDAD EN SERVICIOS DE
SALUD.

**Percepción que tienen los usuarios sobre la calidad de la
atención recibida en el Sub Centro de Salud Puengasi 3
durante los meses de julio y agosto de 2011**

TESIS DE GRADO PREVIO LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO

DE DIPLOMADO EN: GERENCIA Y CALIDAD
EN SERVICIOS DE SALUD

AUTOR: Suárez Baldeon Sandra Jeannet

DIRECTOR: Ec. Ruth Alicia Lucio Moreno

CENTRO UNIVERSITARIO: QUITO

2011



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

ECONOMISTA RUTH LUCIO

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación realizado por la estudiante: Sandra Jeannet Suárez Baldeón, 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:

Quito 22 Septiembre 2011

f.....

DIRECTOR



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

AUTORIA

Yo Sandra Jeannet Suárez Baldeón como autora del presente trabajo de investigación, soy responsable de las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el mismo.

f.....

AUTORA DE LA TESIS

CI. 1706318613



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

CESIÓN DE DERECHOS

Yo Sandra Jeannet Suárez Baldeón, 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”

Quito, 22 Septiembre, 2011

f.....

AUTORA DE LA TESIS

CI 1706318613



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

AGRADECIMIENTO

MI ETERNA GRATITUD A QUIENES HAN APOYADO ESTA ETAPA DE CRECIMIENTO EN MI FORMACIÓN PROFESIONAL: PADRES, HERMANOS, FAMILIARES; COMUNIDAD EDUCATIVA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA A MI DIRECTORA DE TESIS; Y, A MIS AMIGAS, AMIGOS, COMPAÑERAS Y COMPAÑEROS.

f.....

AUTORA DE LA TESIS



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

DEDICATORIA

ESTE TRABAJO DEDICO A TODAS LAS PERSONAS QUE DE UNA U OTRA
FORMA FUERON UN PUNTAL IMPORTANTE DE AYUDA PARA ESTA
INVESTIGACIÓN, A MI FAMILIA QUE ME APOYO EN ESTE PERIODO DE
DE SUPERACION DE MI VIDA

f.....

AUTORA

Índice de contenidos

Certificación del director	I
Autoría	II
Cesión de los derechos	III
Resumen	IV
Agradecimiento	V
Dedicatoria	VI
Introducción	1
Objetivos	4
Diseño metodológico	5
CAPÍTULO I	
SISTEMAS DE SALUD	6
1.1 Servicios de Salud	6
1.2 Consulta Externa	8
1.2. Tipos de Consulta Externa	8
12 Definiciones que se usan en Consulta Externa	9
CAPÍTULO II	
CALIDAD	
2.1 Calidad	11
2.1.1 Deontología de la Calidad	12

2.1.2 Filosofía de la Calidad	12
2.1.3 Concepto de Calidad	13
2.1.4 Definición de Calidad	13
2.1.5 Dimensiones de la Calidad	16
2.2 Conceptos de Calidad en Salud	16
2.2.1 Evolución histórica de la Calidad en Salud	18
2.2.2 Evolución de la Calidad en Salud	19
2.2.3 Algunas reflexiones finales	26
CAPÍTULO III	
LAS CONDICIONES DE LA ATENCIÓN MÉDICA	
3.1 Accesibilidad	28
3.1.2 Integralidad	29
3.1.3 Oportunidad	30
3.1.4 Varios conceptos	31
Análisis de datos	32
Conclusiones y recomendaciones	46
Bibliografía	50
Apéndices	51

RESUMEN

El Ministerio de Salud de Ecuador, actualmente en su proceso de modernización manifiesta su preocupación sobre la atención integral de las personas, es por eso que la calidad de la atención es un componente prioritario que requiere de especial interés, debido principalmente a que en esta sociedad los aspectos relacionados con la opinión del usuario, han sido considerados como una responsabilidad propia del paciente, dejando prácticamente de considerar la importancia de las actitudes, prácticas y responsabilidades que son propias de los usuarios y la comunidad.

La insatisfacción con la atención, la accesibilidad geográfica, el tiempo de espera, el costo, condiciones físicas, abastecimiento, calidad de personal, su experiencia y rotación del mismo, contribuye a la medición de la calidad de atención donde el grado de satisfacción del usuario es inversamente proporcional al tiempo de espera, tomando en cuenta que el tiempo va a estar en dependencia del problema presentado.

Esta investigación será para saber si nuestra atención es de calidad, calidez y la satisfacción del usuario interno como del externo.

Se concluyo luego de las encuestas que en un porcentaje mayoritario las personas perciben una buena atención brindada por la unidad

ABSTRACT

Dissatisfaction with care, geographic accessibility, waiting time, the cost of care, local physical conditions, supply, quality of personnel, expertise and rotation thereof, contributes to the measurement of quality of care where user satisfaction is inversely proportional to the waiting time, taking into account that the time will be depending on the problem presented.

This research was motivated by concern for how they are providing care that we want quality care, warmth thus to external customers, as well as internal customers have a degree of satisfaction to be performing all activities with the parameters of a good quality

It was concluded after the polls that a majority of people receive a good service provided by the unit

INTRODUCCION

Con el objetivo de mejorar la calidad y la calidez de atención que presta el Subcentro de Salud Puengasí 3 a sus usuarios externos y cumplir con las normas del Ministerio de Salud Pública, que rigen el funcionamiento de la red pública de salud del Ecuador, es necesario conocer la percepción de las personas que acuden diariamente para ser atendidos de sus necesidades en lo referente a su salud.

Siendo la primera vez que se realiza este tipo de investigación en el establecimiento, y debido al aumento a la demanda de atención, y conocedores que la salud es un derecho, básico, vemos la importancia del mejoramiento de ésta, a través de una intervención en nuestra Unidad, aplicando mecanismos de un enfoque basado en la Atención Primaria de Salud, para lograr que nuestro sistema y servicio de salud participe activamente como defensor y promotor de una atención con calidad, equidad e integralidad..

El subcentro Puengasi 3 está ubicado en el sector de Puengasí con una población de 5000 habitantes, el personal existente es un médico de 8 horas, un odontólogo de 4 horas, una obstetriz de 4 horas, una enfermera de 6 horas y una auxiliar de servicios varios, dentro de sus instalaciones se encuentra un consultorio de medicina, un consultorio de obstetricia, un consultorio para odontología 22 años de funcionamiento, ubicado al sur occidente de quito, pertenece al área de salud 4.

Su población de referencia es de un nivel económico medio el 60%, un nivel alto el 3%, un nivel bajo el 37%, en lo referente a la escolaridad tenemos un 11% superior, un 59% secundaria, 19% escolar y 1% de analfabetismo, cuenta todo el sector con agua potable, alcantarillado, cubre a la población de 10 barrios, su perfil epidemiológico son las IRAS, EDAS, caries, parasitosis, IVU, dermatofitosis. Presta los siguientes servicios: Odontología, Medicina general, Obstetricia, Vacunación, Curaciones, Inyecciones.

Con la gratuidad en la atención, los medicamentos que se otorgan a la población que acude al subcentro, la ampliación del horario de atención, el cambio de médico, el

incremento de una obtetriz de 4 horas, mejoro la atención y la excesiva demanda, que ocasionaba que las personas permanezcan más tiempo en espera para recibir atención, existiendo aglomeración en una unidad que es de una extensión pequeña. Este diagnostico nos hace pensar en resolver el exceso de demanda analizando y percibiendo alternativas para que esto se solucione tanto en beneficio del cliente externo como del cliente interno.

El presente estudio de percepción sobre la calidad de atención que tienen los usuarios/as, permitirá realizar un análisis basado en resultados, en donde se pueda establecer como una prioridad, la sistematización de este estudio tomando en cuenta

que es una herramienta muy útil para mejorar la calidad de los servicios de salud, tanto desde el punto de vista de su organización, funcionamiento, y aprovechamiento del recurso humano, como un desarrollo integral, que contribuirá significativamente a mejorar la calidad de la oferta en función de los recursos existentes y las necesidades de los usuarios

Las interrelaciones entre oferta y demanda suelen ser mucho más complejas de lo que aparentan, con lo que se agudiza aún más en un mercado imperfecto como el de la salud, es por ello que hay patologías para cuya resolución sólo se requiere de tecnología simple y de bajo costo, mientras que otras, más complejas y de las que probablemente se tengan conocimientos científicos mucho menos profundos, necesiten de otras técnicas, más sofisticadas y caras.

La pertinencia de esta investigación radica en que al establecer un número limitado de turnos en la atención ambulatoria y crear listas de espera, se puede conducir a disminuir la sobrecarga de trabajo de los profesionales y obviamente a mejorar la calidad de atención.

Al analizar lo antes dicho se creó la motivación de saber qué y, como, se está atendiendo al cliente externo y lo más importante que y como se siente o percibe la comunidad de la atención de calidad y calidez que queremos brindarles, todo el personal de la unidad tiene los mismos intereses por lo que nunca hubo ningún impedimento para poder realizar esta investigación.

Describiremos la percepción de los usuarios/as con respecto al tiempo utilizado para recibir los servicios de salud. Detallaremos algunos factores relacionados con la calidad al momento de la atención a los usuarios. Identificar las características de la calidez de atención que recibieron los usuarios de acuerdo con su percepción. Identificar el grado de satisfacción del usuario con la respuesta obtenida del servicio de salud.

La percepción del usuario puede conocerse mediante diálogos que pueden entablarse entre los miembros del equipo de salud y la comunidad. Los mismos pueden ser muy productivos, puesto que cada cual expone sus puntos de vista y necesidades, de tal manera que se llegan a consensos productivos para las partes involucradas y esto demuestra la viabilidad de este objetivo. Es muy factible establecer claramente cuáles son los parámetros adecuados de calidad así como de calidez que requieren ser manejados para alcanzar la satisfacción del usuario, lo cual indica la viabilidad de estos dos objetivos. Mediante la aplicación de la entrevista se puede determinar de forma clara el grado de satisfacción del usuario.

1. OBJETIVO GENERAL.

- Analizar la percepción de la calidad de la atención recibida por los usuarios/as externos en el Subcentro de Salud Puengasí 3, durante los meses de julio y agosto del 2011.

2. OBJETIVO ESPECÍFICOS:

1. Describir la percepción de los usuarios/as con respecto al tiempo utilizado para recibir los servicios de salud.
2. Describir el trato que recibió el usuario por parte del personal del subcentro al momento de la atención.
3. Identificar las características de la calidez de atención que recibieron los usuarios de acuerdo con su percepción.
4. Identificar el grado de satisfacción del usuario con la respuesta obtenida del servicio de salud.

VIABILIDAD DE LOS OBJETIVOS.

1. La percepción del usuario puede conocerse mediante diálogos que pueden entablarse entre los miembros del equipo de salud y la comunidad, los mismos pueden ser muy productivos, puesto que cada cual expone sus puntos de vista y necesidades, de tal manera que se llegan a consensos muy productivos para las partes involucradas y esto demuestra la viabilidad de este objetivo.
2. Es muy factible establecer claramente cuáles son los parámetros adecuados de calidad así como de calidez que requieren ser manejados para alcanzar la satisfacción del usuario, lo cual indica la viabilidad de estos dos objetivos.
3. Mediante la aplicación de la entrevista se puede determinar de forma clara el grado de satisfacción del usuario.

DISEÑO METODOLOGICO.

1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizará un estudio Descriptivo y de Corte Transversal, sobre la percepción que tienen los usuarios sobre la calidad de la atención recibida en los servicios del Subcentro de Puengasí 3 durante los meses de julio y agosto de 2011.

2. ÁREA DE ESTUDIO.

El S.C.S Puengasí 3 está ubicado en el cantón Quito, provincia de Pichincha, Parroquia Eloy Alfaro, pertenece al AREA DE SALUD N° 4 desde el año 1989, se encuentra en el barrio San Isidro calle D y N. Tiene una población de 5055 habitantes.

El área física del Subcentro está compuesta, en su parte interna: por un consultorio médico, un odontológico, área para preparación de pacientes, estadística, sala de espera, un consultorio de obstetricia, bodega y en su parte externa, cuarto para disposición final de desechos.

El recurso humano está conformado por un odontólogo director de nombramiento, un médico de contrato, una enfermera de nombramiento, una obstetriz de contrato y una persona de servicios varios.

La cobertura que brinda el Subcentro de salud Puengasí 3 es: Medicina General, Odontología, Enfermería y Obstetricia..

En este subcentro se aplican todos los Programas implementados por el Estado y que son dirigidos a la Atención Primaria en Salud, entre ellos están: Plan Visión, Manuela Espejo, Programa del adulto Mayor, el PANN 2000, Programa PAI, MAIS 2010.

3. UNIVERSO

El universo del estudio se conforma con las personas que acuden al Subcentro de Salud Puengasí 3 de ambos sexos, que habitan en los Barrios de cobertura que son San Isidro, Valle de Puengasí, Vista Hermosa, Virginia Manuel Cordova 1 y 2, Mirador de puengasí, el Callejón, San Patricio de Puengasí, 9 de Julio, durante los meses de julio y agosto de 2011.

4. MÉTODO E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

- La fuente de información primaria serán los usuarios o acompañantes, a los cuales se les aplicará una entrevista que será llenada por el entrevistador. Para la obtención de los datos se elaborará una entrevista de usuarios, con el propósito de conocer la percepción que tienen sobre la calidad de atención, que brinda el Subcentro de Salud de La Merced durante enero y febrero del 2011.

MARCO TEÓRICO

CAPITULO I

SISTEMAS DE SALUD

El sistema de salud de Ecuador está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende al Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los servicios de salud de las municipalidades y las instituciones de seguridad social (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional). El MSP ofrece servicios de atención de salud a toda la población. El MIES y las municipalidades cuentan con programas y establecimientos de salud en los que también brindan atención a la población no asegurada. Las instituciones de seguridad social cubren a la población asalariada afiliada. El sector privado comprende entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada) y organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social. Los seguros privados y empresas de medicina prepagada cubren aproximadamente a 3% de la población perteneciente a estratos de ingresos medios y altos. Además existen al menos 10 000 consultorios médicos particulares, en general dotados de infraestructura y tecnología elementales, ubicados en las principales ciudades y en los que la población suele hacer pagos directos de bolsillo en el momento de recibir la atención.

SERVICIOS DE SALUD

En salud, la clientela clave es la comunidad entera, deseosa de obtener su bienestar físico, psicológico y social; se quedó rezagado el concepto de que la salud es sinónimo de “ausencia de enfermedad” y se extendió la perspectiva al fomento, a la prevención, a la salud pública, a la rehabilitación y a la pronta reincorporación del individuo a sus labores habituales.

Si bien la razón de ser de un hospital es la preservación de las condiciones físicas ideales del individuo y la meta fundamental es salvaguardar la vida, el concepto de hospital encierra todo un universo que abarca los más variados recursos, elementos y

dispositivos.

En el país existen diferentes instituciones dedicadas al cuidado de la salud de la población, con sus propios objetivos y modalidades de atención. Los esfuerzos para que los recursos disponibles desarrollen actividades coordinadas, hasta el momento han tenido poco éxito, existiendo todavía deficiencias evidentes como cobertura insuficiente, atención inoportuna y carente de calidad.

A pesar de ello, en los últimos años se han desarrollado iniciativas para cambiar este modelo. Dichas acciones han necesitado, en primera instancia, reformular la organización y las estructuras de las unidades operativas consideradas como red. Estas unidades están constituidas o caracterizadas por ser organizaciones de distinta complejidad, las cuales urge articularlas en diversos niveles de atención. En principio, de estos niveles surge el criterio de optimizar el uso social de los recursos y garantizar así su productividad.

Para establecer los niveles de atención, es necesario partir de la aceptación de que existe una necesidad de servicios originada en una situación o problema de salud y el grado de complejidad necesario para lograr una capacidad de resolución adecuada.

Con el transcurrir del tiempo, los cambios sociales y tecnológicos han impuesto profundas transformaciones en el concepto mismo del hospital, su organización, manejo y funcionamiento. A pesar de ello y, por múltiples motivos, el primer nivel ha sido deficitario en recursos y calidad, lo que ha estimulado que los usuarios continúen concurriendo, como secularmente lo han hecho, a las consultas externas y emergencias de los Hospitales.

Diferentes estándares se han establecido para medir la calidad de un servicio de salud. Aun cuando en muchos hay criterios diversos según la cultura de los países, se pueden considerar los siguientes como los aceptados más comúnmente:

En un servicio de salud, se considerarían parámetros de calidad:

Puntualidad

Accesibilidad

Presentación del personal

Prontitud en la atención

Cortesía, amabilidad y respeto.

Trato humano -Destreza y habilidad para la solución del problema

Efectividad en los procedimientos

Comunicación con el usuario y su familia

Aceptación de sugerencias

Capacidad profesional

Ética en todas las fases del proceso

Equidad

Presentación adecuada de los utensilios y elementos.

LA CONSULTA EXTERNA

La consulta externa es el departamento en el cual se imparte atención médica a los enfermos no internados y cuyo padecimiento les permite acudir al hospital.

Es una unidad que da atención al individuo sano y enfermo con acciones tendientes a la prevención de las enfermedades, promoción y recuperación de la salud mediante tratamiento ambulatorio. Esta unidad no solo complementa la fase del tratamiento ambulatorio, sino que se proyecta a la comunidad de acuerdo a sus esfuerzos y a la coordinación que debe mantener con las demás unidades operativas en su área de cobertura específica.

La consulta externa ha venido sustituyendo al consultorio individual del médico en los sistemas coordinados de unidades médicas.

TIPOS DE CONSULTA EXTERNA

Existen algunas clasificaciones que determinan y condicionan la consulta externa, estas son:

Medicina General

Medicina Familiar

Especialidades

Ambas

Las consultas externas de medicina general, son por hoy en el país los sustitutos de los consultorios médicos. Dichas consultas proporcionan atención médica a núcleo considerable de personas y a veces complementan su accionar con servicios dentales, de tipo general, laboratorio, rayos X y emergencia.

Las consultas de especialidades contribuyen a diagnosticar y tratar los padecimientos relevantes de su área de especialidades que le sean referidos de la consulta externa o como urgencia. Ello, teniendo su *staff* de médicos especialistas, con entrenamiento y capacidad en su área.

Las consultas mixtas son aquellas en las que no sólo ofrecen medicina general sino también especialidades básicas como gineco- obstetricia y pediatría.

En estas unidades, la medicina preventiva se destaca como un servicio individualizado en lo referente a control de enfermedades transmisibles, e inmunización, etcétera.

1.5 DEFINICIONES IMPORTANTES QUE SE UTILIZAN EN LA CONSULTA EXTERNA

Consulta médica

es el conjunto de acciones que se prodiga al usuario sano o enfermo para prevención, curación o mejoramiento de su salud.

Consulta por primera vez

es la primera atención que se realiza al usuario por una demanda determinada.

Consultas sucesivas o subsecuentes

son las atenciones derivadas de una anterior (primera vez) y relacionadas con un padecimiento anterior. También llamadas consultas de control.

Consultas selectivas

cuando el paciente concurre por primera vez y es canalizado a través de un análisis previo (interrogatorio, exámenes, etc.) para luego ser referido al consultorio que le corresponde para las consultas subsecuentes.

Cuerpo médico

dividido en clínico y auxiliar de diagnóstico y tratamiento.

Servicio paramédico: enfermería, trabajo social y relaciones públicas, farmacia, archivo clínico.

Servicios indirectos

Administración, contabilidad, adquisiciones y caja, de personal, almacenes, servicios generales como limpieza, vigilancia, transporte, de mantenimiento y conservación.

CAPÍTULO II

CALIDAD

La calidad de atención al cliente es un proceso encaminado a la consecución de la satisfacción total de los requerimientos y necesidades de los mismos, así como también atraer cada vez un mayor número de clientes por medio de un posicionamiento tal, que lleve a éstos a realizar gratuitamente la publicidad persona a persona.

En tal sentido, los clientes constituyen el elemento vital de cualquier organización. Sin embargo, son pocas las organizaciones que consiguen adaptarse a las necesidades de sus clientes ya sea en cuanto a calidad, eficiencia y servicio personal. Es por ello que los directivos deben mejorar la calidad del servicio que ofrecen a sus clientes, ya que no es cuestión de elección: la vida de la organización depende de ello.

De tal forma, para mantener una organización en el mercado, es necesario entre otras cosas mejorar continuamente el lugar de trabajo, enfocándolo hacia la calidad de bienes y servicios, haciendo que esta actitud sea un factor que prevalezca en todas las actuaciones.

Es por ello que el Kaizen-Gemba juega un papel primordial en cuanto a la calidad, desarrollo, producción y venta de una organización, debido a que, en un sentido amplio el Gemba es el lugar donde se forman los productos y servicios, y Kaizen mejoramiento continuo; por ejemplo los bancos, los cajeros están trabajando en Gemba, al igual que los funcionarios de préstamos que reciben solicitante, lo mismo es válido para los empleados que trabajan en los escritorios en oficinas, y para los operadores telefónicos que están sentados enfrente de los computadores. El Kaizen-Gemba cubren un sin número de funciones administrativas, es por ello que la gerencia debe concentrarse en el mismo, para descubrir oportunidades y hacer que la compañía sea mucho más exitosa y rentable.

Partiendo de esta premisa se puede inferir que el mejoramiento del Gemba y los niveles de atención al público, dan un toque personal a la relación médico-cliente, lo cual hará que el cliente se sienta seguro y con sentido de pertenencia, manteniéndose satisfecho

y produciendo un efecto multiplicador, lo que sería el punto clave de crecimiento de la cartera y por ende una excelente atención al público..

Uno de los modos de mejorar la calidad de los servicios de salud se da al atender las quejas o sugerencias expresadas por el usuario o su familia.

El personal de salud debe considerar las circunstancias en que se produce la atención de los pacientes comprendiendo la complejidad de muchas situaciones, lo que permitirá a las instituciones de salud y a su personal tener una actitud de mayor aceptación, ofrecer condiciones de accesibilidad, un ambiente cálido y saludable con una atención de mayor calidad técnica y humana favoreciendo al usuario.

Sin embargo, la calidad depende tanto de las imprecisiones como del conocimiento de los usuarios ya que estos perciben cuales son los servicios que le brindan atención médica más favorable o más desfavorable aunque ellos tengan ciertos valores en cuanto al estado y el contenido de la comunicación con el medio y personal de salud.

DEONTOLOGÍA DE LA CALIDAD

La calidad en salud es diferente de la calidad de la cerveza o la de un automóvil. La salud de las personas está por encima de todo; si aparece un insecto en la botella de una cerveza usted la desecha, pero si aparece una gasa en cavidad peritoneal, su cliente no va a poder desecharla fácilmente.

La calidad en salud está íntimamente asociada a los valores del ser humano por el rol que desempeña en la salud física y mental de las personas. No hago estos planeamientos por ser médico o trabajador de la salud; un ingeniero o arquitecto, un mecánico o portero, un adulto o un niño son personas y su salud está por encima de todo.

FILOSOFÍA DE LA CALIDAD

El problema de las organizaciones ineficientes es que no son las personas. Si así lo viéramos las soluciones serían dicotómicas; es decir, si la persona no está bien hay que

sacarla o cambiarla, por lo que nos quedamos con dos alternativas ¿o te quedas o te vas? Esto ha ocasionado la ruina de muchas empresas.

El problema de las organizaciones ineficientes es un problema de procesos o sistemas. Si lo enfocamos de esta manera, las soluciones son infinitas; es decir puede estar fallando el recurso insumos, planta física, equipamiento, métodos de trabajo, objetivos institucionales y por supuesto también las personas.

Hasta este punto la Calidad sigue siendo un deseo.

CONCEPTO DE LA CALIDAD

Para empezar a sistematizar un pensamiento de la calidad necesitamos de dos elementos: SATISFACCIÓN Y DEFECTOS (Jurán 1991).

El abordaje de las características que producen satisfacción de nuestros clientes nos asegura su regreso y su ingreso a nuestra cartera de clientes; si somos una institución pública nos incrementa nuestras coberturas de atención.

El abordaje y la corrección de los defectos que poseen nuestros productos disminuyen la insatisfacción de nuestros clientes. Se evita los desperdicios, los cuales inciden directamente sobre los costos. Éste es el punto de intersección entre la calidad y los costos.

A mayor satisfacción, mayores ventas, a mayor venta mayor productividad y a mayor productividad menores costos.

DEFINICIÓN DE LA CALIDAD

Es la parte explícita de la calidad (Donabedian) y tiene fundamentalmente tres componentes: Cliente, Organización y Tecnología.

Ustedes, como administradores, no deben trabajar sobre una sola de las dimensiones, sino sus resultados con seguridad serán muy pobres y habrán perdido el tiempo y dinero. Si son administradores públicos es posible que no se percaten de estas

implicancias, pero los que estamos en el campo privado, al mirar los estados financieros de nuestras instituciones sabemos rápidamente sus repercusiones.

Imai (1998), señala que la calidad se refiere a

No solo a la calidad de productos o de servicios terminados, sino también a la calidad de los procesos que se relacionan con dichos productos o servicios. La calidad pasa por todas las fases de la actividad de la empresa, es decir, en todos los procesos de desarrollo, diseño, producción, venta y mantenimiento de los productos o servicios.

Stoner (1996, Pág. 146) Aporta que la calidad:

En el lugar de trabajo va más allá de crear un producto de calidad superior a la medida y de buen precio, ahora se refiere a lograr productos y servicios cada vez más competitivos, esto entraña hacer las cosas bien desde la primera vez en lugar de cometer errores y después corregirlos

Requisitos fundamentales que permitan el éxito del Proceso de mejoramiento de la calidad:

Harrington (1998, Pág. 17) Señala los requisitos de la siguiente manera:

Aceptación que el cliente es el elemento más importante =el proceso.

El convencimiento de que sí hay forma de mejorar.

Enfoque administrativo, liderazgo y participación.

El estándar del desempeño de cero errores.

Enfocar el mejoramiento en el proceso, no en las personas.

El reconocimiento a los éxitos.

El convencimiento de que los proveedores pueden cooperar con nosotros sin comprender nuestras necesidades

DIMENSIONES DE LA CALIDAD

Druker (1990, Pág. 41). Observó que "La calidad no es lo que se pone dentro de un servicio, es lo que el cliente obtiene de él y por lo que está dispuesto a pagar". Por lo general, el cliente evalúa el desempeño de su organización de acuerdo con el nivel de satisfacción que obtuvo al compararlo con sus expectativas. La mayoría de los clientes utilizan cinco dimensiones para llevar a cabo dicha evaluación:

Fiabilidad: Es la capacidad que debe tener la empresa que presta el servicio para ofrecerlo de manera confiable, segura y cuidadora. dentro del concepto de fiabilidad se encuentra incluido la puntualidad y todos los elementos que permiten al cliente detectar la capacidad y conocimientos profesionales de su empresa, es decir, fiabilidad significa brindar el servicio de forma correcta desde el primer momento.

Seguridad: Es el sentimiento que tiene el cliente cuando pone sus problemas en manos de una organización y confiar que serán resueltos de la mejor manera posible. Seguridad implica credibilidad, que a su vez incluye integridad, confiabilidad y honestidad. Esto significa que no sólo es importante el cuidado de los intereses del cliente, sino que también la organización debe demostrar su preocupación en este sentido para dar al cliente una mayor satisfacción.

Capacidad de Respuesta: Se refiere a la actitud que se muestra para ayudar a los clientes y para suministrar el servicio rápido; también es considerado parte de este punto el cumplimiento a tiempo de los compromisos contraídos, así como también lo accesible que puede ser la organización para el cliente, es decir, las posibilidades de entrar en contacto con la misma y la factibilidad con que pueda lograrlo.

Empatía: Significa la disposición de la empresa para ofrecer a los clientes cuidado y atención personalizada. No es solamente ser cortés con el cliente, aunque la cortesía es parte importante de la empatía, como también es parte de la seguridad, requiere un fuerte compromiso e implicación con el cliente, conociendo a fondo de sus características y necesidades personales de sus requerimientos específicos.

Intangibilidad: A pesar de que existe intangibilidad en el servicio, en sí es intangible, es importante considerar algunos aspectos que se derivan de la intangibilidad del servicio:

Los servicios no pueden ser mantenidos en inventario, si usted no los utiliza, su capacidad de producción de servicio en su totalidad, ésta se pierde para siempre.

Interacción humana, para suministrar servicio es necesario establecer un contacto entre la organización y el cliente. Es una relación en la que el cliente participa en la elaboración del servicio.

CONCEPTOS DE CALIDAD EN SALUD

Definimos **calidad**, tomando el concepto de Myers y Slee, como el grado en que se cumplen las normas en relación con el mejor conocimiento sanitario existente, en cada momento, de acuerdo con los principios y prácticas generalmente aceptados.

Este mejor conocimiento sanitario existente en cada momento debe plasmarse en normas, que luego deberán ser adaptadas a las realidades y circunstancias locales.

Decimos también que es el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y poblaciones mejoran la posibilidad de lograr resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales.

Otra forma posible de definir la calidad es como el grado en que el servicio prestado se aproxima al prototipo, entendiendo por tal, el modelo óptimo de asistencia que debería prestarse a tal paciente.

Este concepto de calidad exige la definición previa de las características del modelo de atención o servicio prestado (normas), en función de poder determinar el grado de aproximación al ideal u óptimo que, a su vez, definirá el grado de calidad alcanzado.

Definimos las normas como pautas de actuación, reglas a las que se deben ajustar las acciones.

Virgil Slee, con agudeza, remarca el sentido real de la formulación y adopción de normas a través de la suma de consensos, ya que la tesitura de pretender establecerlas suele ser considerada algo presuntuosa y torna difícilmente aceptables sus prescripciones.

Esta tarea de normatizar la atención médica consiste sencillamente en llegar a un acuerdo acerca de la conducta y eficacia que se espera encontrar en el cuerpo médico institucional

La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos.

El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios.

Avedis Donabedian: A partir del análisis de los trabajos publicados sobre Calidad, estableció:

La ya imprescindible clasificación de los métodos de abordaje para el mejoramiento de la calidad (estructura-proceso-resultado),

La definición de calidad,

La relación entre métodos de proceso y resultado,

La sistematización de los criterios,

Reflexiones básicas sobre la determinación de responsabilidades en la mejora de calidad,

La calidad, incluyendo la seguridad del paciente, es una cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud.

La calidad tiene su origen en el latín y significa: atributo o propiedad que distingue a las personas, bienes y servicios. 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”.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CALIDAD EN SALUD.

En un principio la calidad estaba regulada por la propia conciencia y por el código deontológico de la profesión.

Florence Nightingale, posterior a la guerra de Crimea (1858), introdujo dos hechos fundamentales, por un lado apoyo la formación de enfermera y por otro realizó estudio de tasas de mortalidad de los hospitales militares logrando mediante el control del ambiente, disminuir la mortalidad de un 40 % a un 4 %.

En 1910 Flexner, evaluó a los colegios de enseñanza médica de Canadá y Estados Unidos, descubriendo la ausencia generalizada de normas relativas a la educación médica y recomendó el establecimiento de normas educativas en todo el continente americano.

En 1912 Codman desarrolla un método que permite clasificar y medir “los resultados finales” de la asistencia hospitalaria y en 1913 a consecuencia de los informes de Flexner y Codman el Colegio Americano de Cirujanos emprende estudios sobre la normalización de los hospitales.

En 1950, en Canada se crea el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales y en 1951 en Estados Unidos la Joint Comisión on Accreditation of Hospitals (JCAH). Estos organismos permiten la generalización de las normas de acreditación en los hospitales y la aparición de las primeras definiciones de parámetros de calidad.

En 1961 Donabedian publica su primer artículo sobre la calidad de la atención médica, conceptos que continua desarrollando posteriormente y que constituirán una de las bases del desarrollo del control de calidad en la asistencia sanitaria. Este control se ejerce con tres pilares básicos que son: Análisis de la estructura, análisis del proceso y análisis de los resultados.

Alrededor de los años sesenta nacen los audits médicos como método de control interno de la institución, esto con el fin de verificar y mejorar aspectos concretos de la practica asistencial. Posteriormente la JCAH los incorporo a sus programas de control de calidad y los exigió como condición de acreditación del centro.

La OMS ha manifestado mucho interés por potenciar y desarrollar la calidad en salud y ya en los años ochenta las organizaciones de la salud comenzaron a utilizar las

filosofías industriales del proceso de mejoramiento continuo (PMC) y la administración total de la calidad (TQM), asimismo la acreditación en hospitales amplió su enfoque hasta promover el mejoramiento de la calidad.

En el año 1991 el servicio nacional del reino unido adopta una política formal de calidad y reconoció al PMC como la manera más rentable de ponerla en práctica. El PMC y la TQM se basan en los trabajos de W. Edwards Deming, Joseph Juran, Armand Fiegenbaum y Kaoru Ishikawa.

En Chile en el año 1990 las instituciones de salud se fueron acreditando en Infecciones Intrahospitalarias (IIH) y ya entre los años 1996 a 2000 se empezaron a acreditar instituciones más complejas y de urgencias. El Programa de Evaluación de calidad de la atención hospitalaria (PECAH) empezó a desarrollarse entre los años 2000 a 2004, elaborando estándares en conjunto con los servicios de salud. En estos momentos aún sigue siendo un poco desconocida, pero ya cada institución de salud con sus respectivas unidades y servicios, está abordando y trabajando este tema, creando sus propios verificadores e indicadores en relación a lo que el MINSAL nos recomienda y exige.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

Existen diferentes enfoques para abordar la evaluación de la calidad.

Según la ISO 9000, 2000 "Se considera como calidad, al conjunto de características inherentes a un producto para que cumpla con los requisitos para los cuales se elabora" (Sistema de gestión de la calidad según ISO 9000. 2000).

Según *Donabedian* "el grado de calidad es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre peligros y bondades" e incluye estructura, procesos y resultados como los tres componentes de una armazón conceptual para evaluar la atención sanitaria y, bajo esta teoría, existe una relación funcional fundamental entre estos tres elementos tal que uno le sigue al otro.

Como definen *B. Zas* y otros, el proceso de la calidad total llevada a su máxima expresión se convierte en una forma de vida organizacional, hace que cada persona involucrada desempeñe sus tareas completas y cabalmente, en el momento preciso y

en el lugar que le corresponde. Esta se define por el usuario y no por la institución; es un enfoque de dar al usuario lo que él necesita, desea, quiere y demanda, es crear usuarios satisfechos.

Aunque satisfacer las expectativas de los usuarios de los servicios de salud constituye un proceso complejo de intersubjetividades, el fin último de la prestación de los servicios de salud no se diferencia de la de otro tipo de servicio: satisfacer a los usuarios (pacientes y acompañantes). Pero sólo se puede satisfacer a los usuarios realmente, si los trabajadores que brindan los servicios también se encuentran satisfechos, y esto hace más compleja aún la trama y las acciones encaminadas por los gestores de estos servicios, para lograr un funcionamiento que cumpla con todas las condiciones necesarias para el logro de una excelencia.

Dentro de los indicadores de la calidad que miden resultados, y al cual se le otorga cada vez mayor importancia, se incluye la *satisfacción* del paciente con la atención recibida, mediante la prestación de un servicio de mayor calidad.

La satisfacción puede definirse como "la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario."

La satisfacción representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo.

Si se quiere ofrecer servicios de mayor calidad y crear instituciones de excelencia, entonces, la evaluación de la satisfacción en los usuarios, familiares y proveedores se convierte en una tarea permanente y dinámica que aporta datos de cómo estamos y que falta para llegar a cumplimentar las expectativas de unos y de otros.

Al analizar los antecedentes sobre estudios de satisfacción en Cuba, se encontraron respuestas dadas a toda queja formulada por los pacientes, las cuales han constituido un sistema de detección de problemas muy útil, que debe considerarse factor importante en la evaluación de la satisfacción con la atención. Los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Satisfacción, arrojaron que aproximadamente el 70 % de la población se encontraba medianamente satisfecha con los servicios de salud.^{6,7}

En un estudio realizado en el Hospital "Hermanos Ameijeiras" se encontró que las variables más significativas que inciden en el nivel de satisfacción de la población se encontraban:

1. Problemas en la organización de los servicios institucionales.
2. Problemas relacionados con la información.
3. Problemas éticos.
4. Problemas atribuibles a condiciones materiales.⁸

La satisfacción puede referirse como mínimo a tres aspectos diferentes: organizativos (tiempo de espera, ambiente y otros); atención recibida y su repercusión en el estado de salud de la población; y trato recibido durante el proceso de atención por parte del personal implicado.⁶

La complejidad del proceso de satisfacción implica el conocimiento de, al menos, cuatro eslabones fundamentales:

1. La variable intrasubjetiva del usuario.
2. La variable intrasubjetiva del proveedor.
3. El proceso de interrelación que se produce entre ambos.
4. Las condiciones institucionales.

En consecuencia, al evaluar la satisfacción, antes del intento de conocer y medir el peso específico o la magnitud que determinados factores tienen en este proceso, habrá que tener en cuenta los siguientes objetivos:

1. Evaluar el grado de satisfacción de los usuarios con los servicios de salud que brinda la institución.
2. Identificar cuáles elementos de la atención determinan la satisfacción o insatisfacción de los usuarios.

3. Evaluar el grado de satisfacción de los proveedores de los servicios de salud con su trabajo.

4. Identificar cuáles elementos de su trabajo afectan su satisfacción laboral.

La definición del término satisfacción, ha sido algo ampliamente debatido y discutido en las ciencias psicológicas. El desarrollo alcanzado por las ciencias médicas en la actualidad pone en la necesidad de evaluar la calidad de los procesos asistenciales que se brindan en salud y ha sido necesario retomar el concepto de satisfacción, como uno de los indicadores de excelencia en la prestación de los servicios.

La satisfacción de los usuarios de salud no sólo es un indicador de excelencia, es más aún, un instrumento de la excelencia. Su implementación como un indicador de excelencia de la calidad, sólo es posible si se tienen en cuenta:

1. Las complejidades del proceso de satisfacción y las prácticas institucionales de ellas derivadas. La orientación del comportamiento institucional (el hospital), grupal (los servicios) e individual (el trabajador, el especialista, el técnico, entre otros) en la consideración de la satisfacción.

2. La aplicación de una correcta metodología que permita evaluar los diferentes indicadores de satisfacción de una manera científica, profesional y útil.

Según el servicio andaluz de salud medir la satisfacción de los ciudadanos constituye un objetivo de primer orden porque permite escuchar directamente a las personas acerca de los servicios que reciben y porque consideran que la medida de la satisfacción es una medida de resultado de la atención (Cruz Piqueras M, Socióloga. Colaboradora Escuela Andaluza Salud Pública. Calidad, opinión, satisfacción, clientes..., muchos conceptos para una pregunta: ¿están orientados los servicios de planificación familiar a las usuarias que los utilizan?).

Una herramienta muy valiosa para dar salida a tal objetivo es el análisis de encuestas porque proporciona información sobre el grado de satisfacción de los pacientes en cuanto al trato recibido y cómo fijar objetivos a los que llegar con las mejoras llevadas a

cabo (Mejore la toma de decisiones en la Administración Pública con el análisis de encuestas con spss.

La satisfacción de los pacientes es uno de los resultados humanísticos, considerada por *Donabedian* como la aprobación final de la calidad de la atención y refleja la habilidad del proveedor para cumplimentar las necesidades de los pacientes, usuarios. En este sentido, se considera que los pacientes satisfechos continuarán usando los servicios de salud, mantendrán vínculos específicos con los proveedores, cumplirán con los regímenes de cuidado y cooperarán con el aporte de información indispensable para los agentes de salud.⁹

La preocupación por la satisfacción del paciente está condicionada porque esta se relaciona significativamente y funcionalmente con conductas de salud específicas (desde el cumplimiento de las prescripciones hasta el seguimiento de los resultados, o incluso, conductas preventivas de la enfermedad). Al hablar de satisfacción, es importante tener en cuenta la distinción entre *satisfacción general*, referida al grado de satisfacción del paciente con los cuidados de salud recibidos, y la *satisfacción específica*, que es el grado de satisfacción respecto a la utilización de un servicio concreto, o respecto a aspectos concretos de los servicios recibidos.

Por otro lado se ha planteado el modelo ECHO que valora los resultados clínicos, económicos y humanísticos, como una guía para la medición de los resultados en salud.

Desarrollar procedimientos normalizados de trabajo (PNT), incluyendo los instrumentos de registros apropiados, es fundamental para asegurar la provisión de un servicio de calidad. El surgimiento de los servicios de excelencia pone a los involucrados en la necesidad de buscar y adoptar nuevas formas de medir la calidad y evaluar la actuación. La valoración de la satisfacción de los pacientes es una medida para evaluar la atención sanitaria (Armando P. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento fármaco terapéutico, 2005).

La orientación de los servicios hacia las demandas de quienes los utilizan está cada día más presente en las propuestas de profesionales, gestores y planificadores del ámbito

sanitario. Actualmente y desde corrientes cercanas al marketing, surgen propuestas de control de la calidad de los servicios a partir de la opinión de los usuarios que los utilizan. En esta línea, el análisis de la opinión de los usuarios incorpora la perspectiva de los ciudadanos en el marco global de la evaluación de los programas de salud. En estudios revisados sobre satisfacción y calidad, se concluye que en general los usuarios están globalmente satisfechos con los servicios que reciben, pero al ir a temas más concretos como información, trato o amabilidad esta satisfacción disminuye.

Donabedian agrupa en tres categorías los componentes fundamentales del servicio, susceptibles de generar satisfacción: componente técnico, componente interpersonal, y componente del entorno y sus comodidades. Este modelo junto a las aportaciones realizadas por autores como *Berry* y *Parasuraman* apuntan a un conjunto de variables (SERVQUAL) que posibilitan una aproximación fiel y discriminada sobre las debilidades y fortalezas del servicio que se evalúe.

Las instituciones u organizaciones que funcionan como proveedoras de salud (tanto administración, profesionales médicos, empresas que ofrecen contenidos y otros), están en constante búsqueda de nuevos métodos para lograr una mejor calidad en la atención sanitaria.

Cuando se evalúa la calidad de los servicios sanitarios, cada vez es más frecuente incorporar a esta evaluación resultados diferentes de los exclusivamente clínicos. La opinión de los pacientes es un resultado que nos aporta información sobre el grado en que estos sienten que el servicio recibido ha cumplido con sus expectativas.

En los últimos años ha aumentado el interés por los temas de evaluación, auditoría y calidad. Este fenómeno es el resultado del cuestionamiento de la práctica médica y del incremento de las competencias profesionales y económicas.

Debido a que son muchas las definiciones que actualmente existen sobre calidad en salud y su manera de abordarla, ello ha originado la aparición de una diversidad de enfoques para su medición. Por un lado está la perspectiva de los profesionales de la salud, quienes enfatizan en los aspectos técnico-científicos de la atención, además de considerar la interacción proveedor-paciente. Aunque esta perspectiva es importante y

útil, en los últimos años hubo un interés creciente en considerar la opinión de los usuarios como indicador importante de la calidad de la atención en salud, buscando dar respuesta a sus preferencias individuales y colmar sus expectativas.

Pero la calidad no es un tema exclusivo de los especialistas. Ahora son más frecuentes los cuestionamientos de los pacientes sobre la atención que se les brinda, y no son sólo con referencia a los aspectos de bienestar o trato sino también sobre aspectos del desarrollo técnico de la atención.

Se puede evaluar en líneas generales la satisfacción con la atención a través de la percepción que tienen los pacientes, pero también de la opinión de los familiares, y de los propios proveedores. No es bueno conformarse solamente con el reporte que puedan brindar los pacientes, pues muchas veces ellos no tienen todos los elementos de información de lo que está sucediendo. Por eso es oportuno recurrir a los familiares y a los proveedores y contrastar ambas metodologías cada vez que sea posible.

Según la Dra. *Fernandez Busso* hay una serie de cambios que llevan el tema de la calidad médica a un primer plano y hacen que la calidad se convierta en una bandera dentro del sistema de salud.

Se debe tener en cuenta cómo se va a evaluar y considerar que la calidad de la atención es un concepto complejo, con múltiples atributos, procesal y temporal, por lo tanto cada vez se debe definir no sólo el sujeto de evaluación sino también cuales componentes, aspecto, actividad o acción se quiere conocer en el aquí y ahora (Fernández Busso N. Calidad de la atención médica. En Fascículo # 1. Programa de Educación a distancia "Nuevas formas de organización y financiación en salud.2004"). Se debe poner en ejecución más de una actividad evaluativa para aproximarse al conocimiento de la materia de estudio. Usar criterios de complementariedad o de triangulación.¹⁰

Un aporte interesante de *Vuori* ha sido la discriminación de diferentes "actores" de la calidad, en los servicios de salud se pueden considerar los pacientes o beneficiarios, los trabajadores de la salud, los administradores de los servicios, los dirigentes o dueños de los servicios (Fernández Busso N. Calidad de la atención médica. En

Fascículo # 1. Programa de Educación a distancia "Nuevas formas de organización y financiación en salud.2004").

El sistema de salud cubano se ha perfeccionado y fortalecido desde el triunfo de la Revolución y se ha adecuado a las exigencias de hoy para conformar así un sistema capaz de dar soluciones de forma efectiva, adecuada y oportuna. En el presente se realizan grandes esfuerzos para desarrollar instituciones de excelencias, elemento que expresa una fuerte voluntad política cuyo objetivo principal es satisfacer las expectativas de la población.

La relación entre profesional sanitario-paciente pasa a ser una relación entre proveedor de servicios-consumidor, por lo que hay que tener en cuenta que se inserta en un microsistema social en el que se relacionan las categorías de rol; donde cada una tiene asociadas unas expectativas comporta mentales, la insatisfacción de un actor puede venir de la incongruencia entre las conductas esperadas y las realmente ejecutadas.

Los diferentes instrumentos del sistema precisan de coherencia y estructura lógica entre las tres partes del todo. El diseño de cada instrumento evaluará el nivel de satisfacción global y por componentes o dimensiones.

Desde el punto de vista del paciente, la actividad asistencial se inicia en el momento mismo en que entra al centro de salud, y donde influyen los diversos factores propios del proceso.

ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

Pretendiendo generalizar lo antes señalado, es necesario puntualizar primero que la calidad de la atención es un concepto complejo, con múltiples atributos, procesal y temporal. Debido a que son muchas las definiciones que actualmente existen sobre calidad en salud y su manera de abordarla, ello ha originado la aparición de una diversidad de enfoques para su medición. Por tanto al pretender evaluar al componente subjetivo de esta (satisfacción) se han presentado problemas: conceptuales (qué concepto se emplea al referirnos a la satisfacción), metodológicos (cómo medirla: global o por componentes o dimensiones), e instrumentales (con qué instrumentos se evalúa).

Se puede evaluar la satisfacción con la atención a través de la percepción que tienen los pacientes y familiares, y a su vez identificar cuáles elementos de la atención determinan su satisfacción o insatisfacción; así como la percepción de los propios proveedores e identificación de cuáles elementos de su trabajo afectan su satisfacción laboral. Del mismo modo, realizar esta evaluación lleva a no despreciar la perspectiva global con instrumentos con fuerte confiabilidad y validez.

Al evaluar la satisfacción de los usuarios de salud así como la de los proveedores no sólo se obtiene un indicador de la excelencia, sino que se perfecciona un instrumento de la excelencia.

CAPITULO III

LAS CONDICIONES DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Accesibilidad se relaciona con la facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos en función de barreras organizativas (distancia, horario), económicas, culturales o emocionales. PALMER incluye en esta dimensión el concepto de *eyrlikcl*. MAXWELL las conceptualiza como dimensiones diferentes. VUORI, por el contrario, propone subsumir la accesibilidad en el concepto adecuación de los recursos, como “componente distributivo”. La accesibilidad se relaciona con las características del recurso que facilitan u obstaculizan su utilización por consumidores eventuales y se puede dividir en accesibilidad geográfica (recurso demasiado alejado o elemento de la Resistencia al desplazamiento) y accesibilidad socio organizacional (barreras socioeconómicas, culturales, organizaciones...).

La accesibilidad tiene diversas dimensiones. La primera es la **geográfica** y su logro requiere **regionalización** con una red de complejidad en la que se cumpla la subsidiaridad. Así, desde el punto de vista de la organización de los servicios, la accesibilidad geográfica está ligada a una regionalización. Ella es **espontánea** en función de la concentración demográfica y de recursos humanos, impulsada por la posibilidad de aprendizaje profesional y retribución (Sonis, 1978:322), tanto en el subsector privado como estatal. Aunque este último tiene obligación de cubrir áreas desprotegidas, en ambos subsectores la distribución de recursos es rígida respecto a la mayor movilidad de la población.

Desde el punto de vista de las personas y los grupos, la accesibilidad geográfica; o espacio - temporal, se mide por el “tiempo recorrido en el medio de transporte más usual” o por la “distancia media entre la población y el recurso” (Sonis, 1978:286). El primer indicador es mejor ya que entre ambos puede interponerse una barrera natural (vg. río, montaña) o artificial (vg. vía férrea). El tiempo ideal medio varía según urgencia y complejidad, pero puede admitirse que oscila entre 15 y 60 minutos. Se considera el medio de transporte de menor costo que dispone la comunidad en forma regular. Los recursos de mayor complejidad deben distribuirse de tal manera que aún con mayor

tiempo de accesibilidad, cubran núcleos demográficos que justifiquen su pleno funcionamiento y alto costo

Además de la accesibilidad geográfica, hay una accesibilidad física a los servicios, referente al espacio (vg. escaleras en geriatría o discapacitados) o al tiempo (vg. turnos y tiempo de espera).

Condiciones necesarias para que las personas puedan obtener servicios de salud individual y colectiva, disminuyendo las barreras geográficas, socioeconómicas, organizativas y culturales.

Integridad la asistencia completa, o integralidad, encarna los niveles de prevención de Leavell y Clark, es decir, la sistemática actitud y acción preventiva frente a la historia natural de las enfermedades.

Esta actitud trae consigo una **relación continua** entre prestador y beneficiarios, así como un encadenamiento de los niveles de **complejidad** en secuencia lógica. Esta secuencia ubica en primer lugar las acciones pre patogénicas. A partir de ellas la AM puede fragmentarse y requiere una gama de servicios de complejidad creciente interrelacionados en los que se cumpla la subsidiaridad, es decir que cada servicio haga lo suyo y que el de mayor complejidad no realice lo que corresponde al menor ni se dé la situación inversa. Así la asistencia completa entronca con los niveles de complejidad.

Los defectos de asistencia completa resultan ser de calidad, toda vez que expresan falta de conocimiento o de aplicación de acciones que reclama la historia natural de las enfermedades.

La asistencia completa puede identificarse con la **cobertura** total, comprendiendo el cuidado de dolencias menores hasta las enfermedades catastróficas. La AM integral asiste a los beneficiarios globalmente, considerados como “personas” y no un determinado órgano e involucra no sólo medicación sino abandono o adquisición de hábitos.

Acciones dirigidas a la persona, su familia, la comunidad y el ambiente en un proceso que contiene los momentos de promoción de la salud, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Oportunidad la oportunidad es la concreción de acciones en el tiempo y lugar que se necesitan, y requiere la distribución de los recursos en esas dos perspectivas (vg. guardias médicas para áreas definidas, unidades asistenciales en barrios). Tal distribución es parte de una red de complejidad capaz de disponer y aceptar derivaciones en función de las necesidades apuntadas. Se relaciona con el requisito de integridad y consecuentemente con el de calidad. Patentiza el tema de la coordinación de subsectores, toda vez que se da con frecuencia la existencia de efectores de un subsector (vg. privado) en lugar y tiempo oportuno, pero inaccesible a una parte de la población.

Respuesta a una necesidad de salud en un tiempo que implique menor riesgo y mayor beneficio para la persona o la población

La equidad como imperativo ético y político El requisito de la Equidad surge del valor de la persona humana. Tiene raíz en la creciente individuación planteada por las culturas del Medio Oriente, milenios antes que nosotros, consolidada con los conceptos de **libertad** y **trascendencia** de las grandes religiones monoteístas y de la civilización griega (Kalher, 1965:62-73).

El Derecho Occidental desde sus fundamentos romanos hasta las reivindicaciones sociales que hicieron crisis a fines del siglo XVIII, da a la igualdad una expresión positiva. Respecto a la salud está planteada en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (art. 25.1): “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”, y (25.2): “La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de un matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho de igual protección social”. (Asamblea General de las Naciones Unidas, 10-12-48).

Eficacia

Uso correcto de las normas, protocolos y procedimientos en la gestión y prestación de servicios de salud individual y colectiva

Seguridad

Condiciones en el establecimiento que garanticen a los usuarios, acceso a servicios sanitarios básicos para prevenir riesgos en él y medio ambiente.

Respeto al usuario

Considerar a la persona como sujeto de derecho, valorando su cultura y condiciones individuales

Información completa

Provisión de contenidos, veraces, oportunos y entendibles por las personas o público, que le permite tomar decisiones sobre su salud

Trabajo en equipo

Personas con visión compartida que asumen responsabilidades y compromisos, complementan capacidades y desarrollan sus potencialidades para el logro de resultados.

Participación social

Mecanismos y procesos que permiten a la población organizada intervenir y tomar decisiones respecto a las prioridades, políticas y estrategias sanitarias.

Satisfacción del usuario externo

Es el balance favorable entre lo que la persona o población espera de los servicios de salud y su percepción acerca de lo que recibe de ellos.

Satisfacción del usuario interno

Es el balance favorable entre lo que el usuario interno espera de la organización y lo que percibe de ella.

ANALISIS DE DATOS ESTADISTICOS

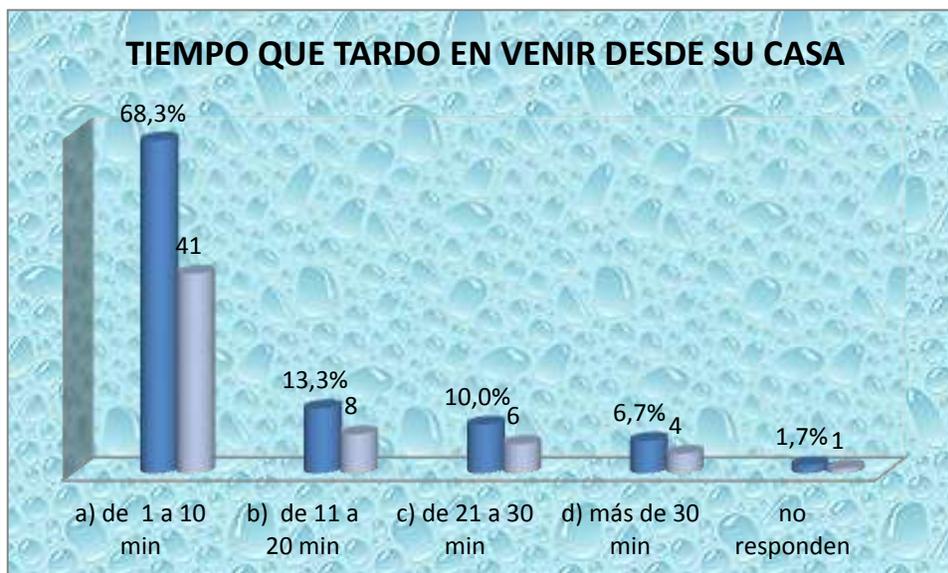
En el subcentro de salud Puengasí 3 que es una unidad que brinda atención primaria, con una población de 5055 habitantes, un promedio de atención de 700 usuarios al mes de los cuales se tomo una muestra de 60 personas y se realizaron 60 encuestas al cliente externo que acude a esta unidad de salud, personas que van de 20 años a 60 años. Las encuestas se las realizo 30 en el mes de julio y 30 en el mes de agosto., obteniendo como resultado los siguientes datos:

TABLA N° 1

TIEMPO QUE TARDO EN LLEGAR AL SUBCENTRO

Personas encuestadas 60 como universo, de las cuales se obtuvo el resultado siguiente:

Tiempo que tardó en venir desde su casa?			
	Universo	frecuencia	%
a) de 1 a 10 min	60	41	68,3
b) de 11 a 20 min	60	8	13,3
c) de 21 a 30 min	60	6	10
d) más de 30 min	60	4	6,7
e) no responden	60	1	1,7



Fuente: Encuesta realizada a pacientes que acuden al Subcentro de Salud Puengasí 3.

Elaborado por: Lic. Sandra Suárez

ANALISIS TABLA N°1

El concepto de accesibilidad se relaciona con la facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos en función de barreras organizativas (distancia, horario), económica, cultural o emocional o accesibilidad geográfica

(Recurso demasiado alejado o elemento de la resistencia al desplazamiento la accesibilidad geográfica; o espacio - temporal, se mide por el “tiempo recorrido en el medio de transporte más usual” o por la “distancia media entre la población y el recurso” (Sonis, 1978:286).

El primer indicador es mejor ya que entre ambos puede interponerse una barrera natural (río, montaña) o artificial (vía férrea). El tiempo ideal medio varía según urgencia y complejidad, pero puede admitirse que oscila entre 15 y 60 minutos.

-En nuestro caso y según la pregunta es más la accesibilidad territorial la que se ha tomado y el tiempo que se demoran en acudir a la consulta. Luego de aplicar el instrumento, los resultados obtenidos arrojan que el 68,3% de los pacientes que acuden a recibir atención al Subcentro de Salud de Puengasí tardaron menos de 10 minutos, es decir 7 de 10 clientes externos se demora ese tiempo en llegar a la unidad, lo cual indica que el Subcentro se encuentra en un área muy cercana a los hogares de los usuarios, siendo este un punto positivo porque los pacientes pueden acudir en forma pronta y sin mayores contratiempos. El 13,3% demoraron en llegar menos de 20 minutos, es decir que 1 de 10 llegan en menos de 20 min, en tanto que el 10% demoró menos de 30 minutos que sería casi igual que en el otro parámetro 1 de 10. En relación a este mismo punto la tabla demuestra que únicamente el 6,7% demoró más de 30 minutos en llegar los que demoran más de 30 minutos serían 0,5 de 10, lo cual indica un porcentaje bajo de pacientes que tienen dificultad en llegar a recibir atención, aunque el tiempo relativamente no es muy largo, ya que la ubicación del Subcentro se encuentra en una zona estratégica y que brinda todas las facilidades de acceso.

TABLA N° 2

TIEMPO DE ESPERA PARA RECIBIR ATENCIÓN

Personas encuestadas 60 como universo, de las cuales se obtuvo el resultado siguiente:

Tiempo que esperó para recibir el servicio?			
	Universo	frecuencia	%
De 30 a 40 min	60	39	65
b) de 50 a 60 min	60	12	20
c) de 70 a 90min	60	7	11,67
d) 100min y más	60	1	1,67
no responden	60	1	1,67



Fuente: Encuesta realizada a pacientes que acuden al Subcentro de Salud Puengasí 3.

Elaborado por: Lic. Sandra Suárez

ANÁLISIS TABLA Nº 2.

La Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, sociedad científica que aglutina en su seno a la gran mayoría de los médicos de familia que ejercen en la Comunidad, comparte el interés por reducir el tiempo de espera de los pacientes pero considera que un promedio de 16 minutos de demora resulta razonable en cualquier servicio de atención personalizada, tanto público como privado

En lo que tiene relación al tiempo de espera de los pacientes para recibir atención médica en el Subcentro de Salud de Pungasí 3, el 65% tardaron de 30 a 40 minutos, este tiempo se encuentra dentro de las normas de atención. Lo preocupante en relación a ésta tabla es que existe un 2% de los pacientes que demoraron más de 100 minutos en ser atendidos, ello se puede explicar porque la demanda de pacientes en relación a la capacidad de atención es insuficiente, lo cual es un punto muy importante en cuanto a la percepción por parte del usuario sobre la calidad de atención

TABLA N° 3
COMO LE PARECIO ESA ESPERA

Cómo le parece esa espera?			
	Universo	frecuencia	%
a) buena	60	86,7	52
b) mala	60	13,3	8
c) no responde	60	0,0	0
d) indiferente	60	0,0	0



Fuente: Encuesta realizada a pacientes que acuden al Subcentro de Salud Puengasí 3.

Elaborado por: Lic. Sandra Suárez

ANÁLISIS TABLA N° 3.

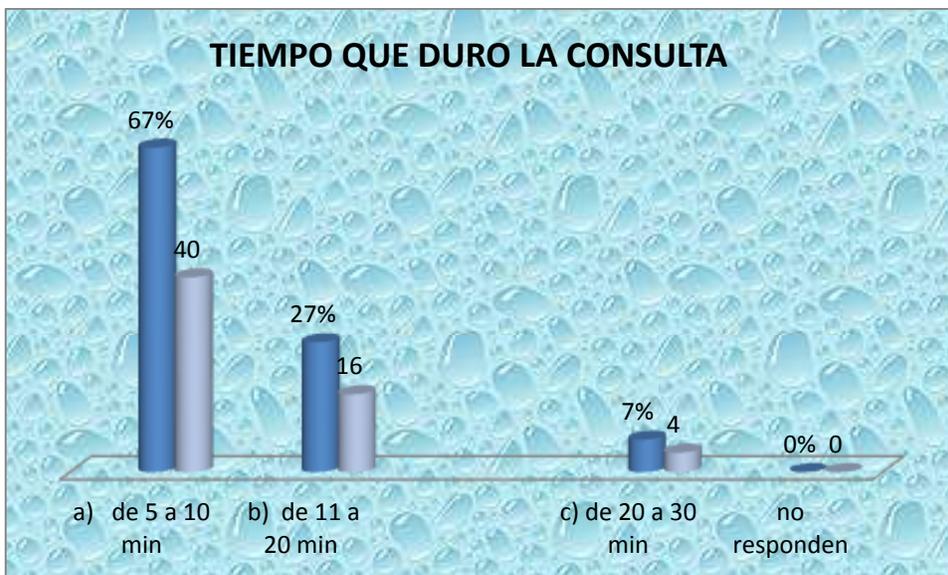
Luego de analizar los datos del tiempo que tuvieron que esperar para que se les de atención el 86.7 % le parece buena la espera es decir 8 de 10 personas y tan solo el 13% le parece mala la espera es decir 2 de 10 personas, consideramos que las personas están conformes ya que ese tiempo de espera se les esta dando charlas de diferentes temas, realizando educación por lo que la gente posiblemente siente menos el tiempo que debe pasar en la unidad

TABLA N° 4.

TIEMPO QUE DURÓ LA CONSULTA

Personas encuestadas 60 como universo, de las cuales se obtuvo el resultado siguiente:

¿Tiempo que duró la consulta?			
	Universo	frecuencia	%
a) de 5 a 10 min	60	40	66,67
b) de 11 a 20 min	60	16	26,67
c) de 20 a 30 min	60	4	6,67
e) no responden	60	0	0



Fuente: Encuesta realizada a pacientes que acuden al Subcentro de Salud Puengasí 3.

Elaborado por: Lic. Sandra Suárez

ANÁLISIS TABLA N° 4.

Debido a que en Ministerio de Salud existen políticas de cantidad más que de calidad, el tiempo de duración de una consulta es si es por primera vez el tiempo será 15 minutos, si son consultas subsecuentes el tiempo será de 10 minutos, pero en la

realidad con el aumento de hojias de adolescentes, del adulto mayor, embarazadas, cada consulta debería ser el tiempo necesario para dar la atención.

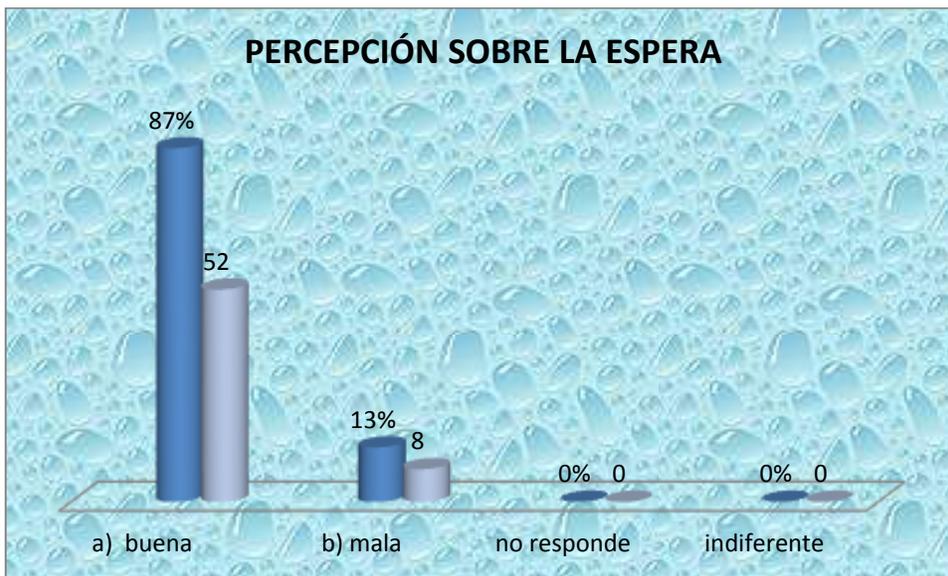
En lo concerniente con el tiempo que duró la consulta, realmente resulta demasiado preocupante entender que el 67% de los usuarios que acuden en busca de atención médica al Subcentro de Salud de Puengasí 3, solamente recibieron atención por 5 a 10 minutos, puesto que es un tiempo insuficiente para poder proporcionar atención adecuada al usuario, lo cual refleja que la calidad de atención es insuficiente y que no cumple en realidad con las expectativas de los usuarios, lamentablemente nuevamente se muestra que la demanda de atención es muy grande en relación a la capacidad de resolución, ya que no se cuenta con más personal para poder satisfacer plenamente las expectativas del usuario. También podemos observar en la tabla que únicamente el 7% de los usuarios recibieron adecuada, ya que recibieron atención por 20 a 30 minutos, que es un tiempo conveniente para recibir una atención que esté conforme a las expectativas de los usuarios.

TABLA N° 5.

PERCEPCIÓN SOBRE LA ESPERA

Personas encuestadas 60 como universo, de las cuales se obtuvo el resultado siguiente:

Como le pareció la espera?			
	Universo	frecuencia	%
a) buena	60	52	86,7
b) mala	60	8	13,3
c) no responde	60	0	0
d) indiferente	60	0	0



Fuente: Encuesta realizada a pacientes que acuden al Subcentro de Salud Puengasí 3.

Elaborado por: Lic. Sandra Suárez

ANÁLISIS TABLA N° 5.

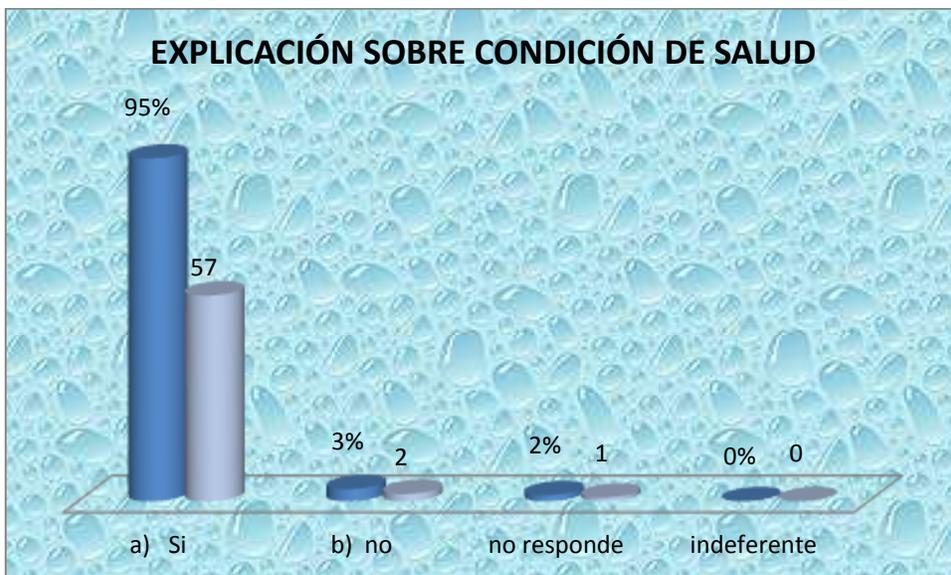
En lo que se relaciona a la percepción que tiene el usuario sobre la espera en el Subcentro para recibir atención, el 87% hacer relación a que es buena, ya que mientras se encuentran en las instalaciones de la institución se proporciona educación e información sobre algunos temas propios de la entidad y que guardan relación con las necesidades de los usuarios. En tanto el 13% dice que es mala, seguramente porque desean ser atendidos con mayor prontitud.

TABLA N°6.

EXPLICACIÓN SOBRE CONDICIÓN DE SALUD

Personas encuestadas 60 como universo, de las cuales se obtuvo el resultado siguiente:

¿Le explicó lo que tenía?			
	Universo	frecuencia	%
a) Si	60	57	95
b) no	60	2	3,3
d) no responde	60	1	1,7
e) indiferente	60	0	0



Fuente: Encuesta realizada a pacientes que acuden al Subcentro de Salud Puengasí 3.

Elaborado por: Lic. Sandra Suárez

ANÁLISIS TABLA N° 6.

En cuanto a la explicación que recibió el usuario sobre su condición de salud, el 95% mostró satisfacción en cuanto al cumplimiento de ésta expectativa, lo cual indica un punto muy importante ya que se ha cumplido uno de sus objetivos, puesto que para el paciente es básico conocer sobre su enfermedad, su tratamiento y sobre todo su prevención. Únicamente el 5% mostró insatisfacción en lo que se relaciona a este

punto, seguramente porque la explicación no estuvo muy clara y no cumplió sus expectativas

TABLA Nº 7.

PRIVACIDAD DE LA CONSULTA.

Personas encuestadas 60 como universo, de las cuales se obtuvo el resultado siguiente:

¿Privacidad de la consulta?			
	Universo	frecuencia	%
a) si	60	53	88,3
b) no	60	6	10,0
c) no responde	60	1	1,7
d) indiferente	60	0	0,0



Fuente: Encuesta realizada a pacientes que acuden al Subcentro de Salud Puengasí 3.

Elaborado por: Lic. Sandra Suárez

ANÁLISIS TABLA Nº 7.

Cuando se habla de la privacidad que recibió el paciente al ser atendido en la consulta en el Subcentro de Salud e Puengasí 3, el 88% de los usuarios se mostró satisfecho en cuanto a esta necesidad y ello se explica porque el personal procura proporcionar la mayor privacidad posible al paciente, aunque en determinados momentos las condiciones no son óptimas ya que el espacio físico que se dispone para la consulta no

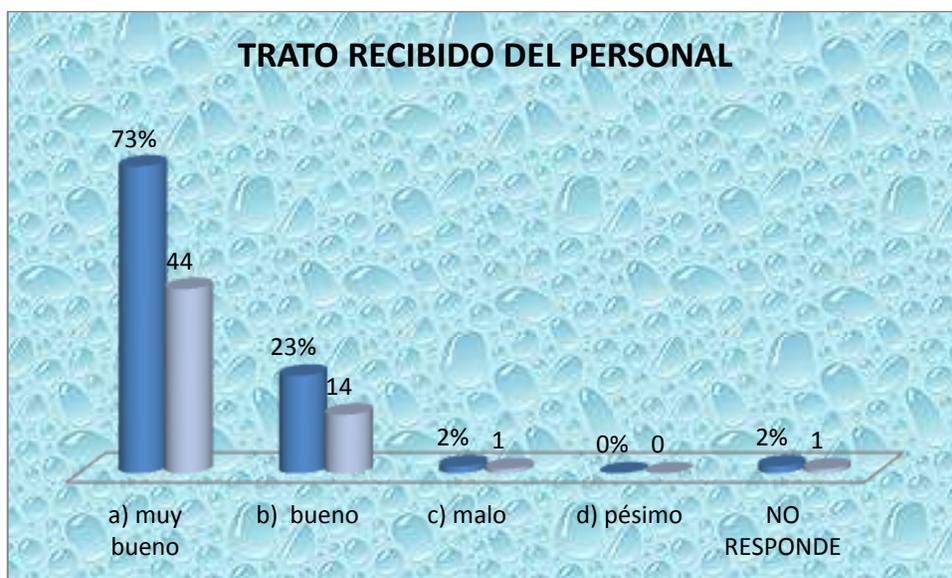
brinda mayores comodidades y es por ello que el 12% muestran insatisfacción en cuanto a éste punto.

TABLA Nº 8.

TRATO RECIBIDO DEL PERSONAL.

Personas encuestadas 60 como universo, de las cuales se obtuvo el resultado siguiente:

¿Cómo fue el trato del personal?			
	Universo	frecuencia	%
a) muy bueno	60	73,3	44
b) bueno	60	23,3	14
c) malo	60	1,7	1
d) pésimo	60	0,0	0
e) no responde	60	1,7	1



Fuente: Encuesta realizada a pacientes que acuden al Subcentro de Salud Puengasí 3.

Elaborado por: Lic. Sandra Suárez

ANÁLISIS TABLA Nº 8.

En lo que tiene relación con el trato que el usuario recibió por parte del personal del Subcentro de Salud de Puengasí 3, el 73% de los pacientes indica que el trato fue muy bueno, lo cual es importante porque muestra un alto índice de satisfacción del usuario sobre la calidad de atención. El 23% respondió que fue bueno lo cual es también es tranquilizante y solamente debemos trabajar para que el 2% de paciente que

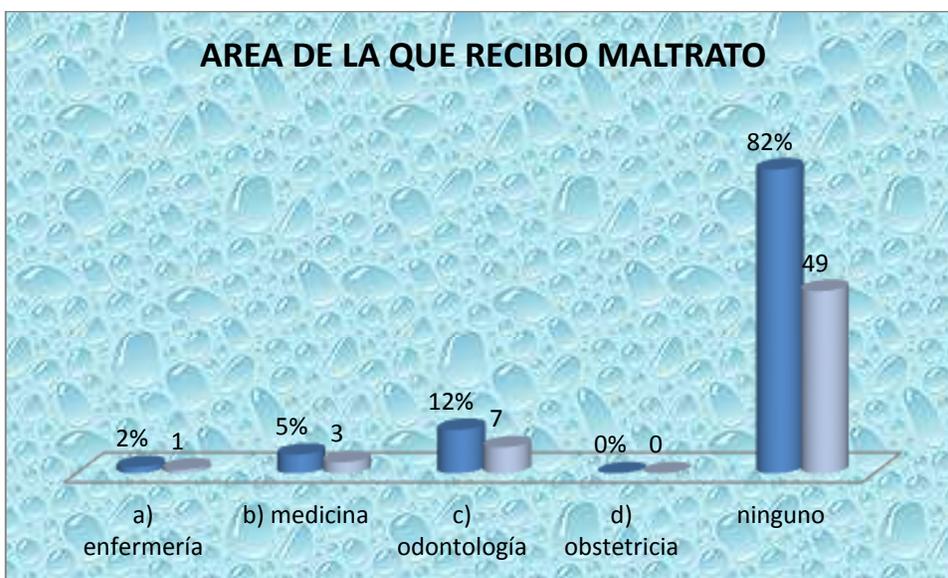
respondieron que fue malo, logren cambiar su criterio en base a mejorar las relaciones humanas entre paciente y usuarios

TABLA Nº 9.

AREA DE LA QUE RECIBIÓ MAL TRATO

Personas encuestadas 60 como universo, de las cuales se obtuvo el resultado siguiente:

¿De qué área recibió maltrato?			
	Universo	frecuencia	%
a) enfermería	60	1,7	1
b) medicina	60	5,0	3
c) odontología	60	11,7	7
d) obstetricia	60	0,0	0
e) ninguno	60	81,7	49



Fuente: Encuesta realizada a pacientes que acuden al Subcentro de Salud Puengasí 3.

Elaborado por: Lic. Sandra Suárez

ANÁLISIS TABLA Nº 9.

Al observar esta tabla podemos comprobar nuevamente que los pacientes en un 82% no han recibido maltrato, aunque hay indicadores con valores que indican insatisfacción en cuanto a la expectativa de la calidad de atención que perjudican a la institución, ya que el 12% indica que han recibido un trato no adecuado por parte del odontólogo, el 5% del médico y el 2% del personal de enfermería, y es ahí justamente

donde debemos trabajar y mejorar esa mala percepción por parte del usuario, ya que el personal de salud está para trabajar por el bienestar y sobre todo por la satisfacción de todos los usuarios que acuden a recibir atención.

TABLA N° 10.

GRATUIDAD DE LA CONSULTA

Personas encuestadas 60 como universo, de las cuales se obtuvo el resultado siguiente:

¿Le hicieron algún tipo de cobro?			
	Universo	frecuencia	%
a) si	60	100,0	60
b) no	60	0,0	0
c) no responde	60	0,0	0
d) indiferente	60	0,0	0



Fuente: Encuesta realizada a pacientes que acuden al Subcentro de Salud Puengasí 3.

Elaborado por: Lic. Sandra Suárez

ANÁLISIS TABLA N° 10.

Ya que somos una unidad del Ministerio de Salud, gozamos de la gratuidad en la atención y al ser un derecho la salud y estar en la constitución lo estamos cumpliendo, lo que se refleja en las encuestas el 100% contesta que no se le hace ningún cobro, sería 10 de 10 clientes externos que saben que no hay cobros en esta unidad, dando

oportunidad que personas de quintiles bajos puedan acceder a la atención que se brinda.

TABLA N° 11.

Para la entrega de turnos como le gustaría

Personas encuestadas 60 como universo, de las cuales se obtuvo el resultado siguiente:

¿Para la entrega de turnos como le gustaría?			
	Universo	frecuencia	%
a) en la mañana para todo el día	60	40	66,7
b) de un día para el otro	60	12	20,0
c) citas previas	60	7	11,7
d) no responde	60	1	1,7



Fuente: Encuesta realizada a pacientes que acuden al Subcentro de Salud Puengasí 3.

Elaborado por: Lic. Sandra Suárez

ANÁLISIS TABLA N° 11.

Luego de haber tabulado las encuestas llegamos a la conclusión que un porcentaje alto que es del 66% está conforme como se ha estado realizando la entrega de turnos, esto es en la mañana se da los turnos para ese día y se hace una lista para que vengan a la

atención por la tarde, siempre dejando uno o dos turnos por alguna emergencia, tan solo un 20% desearía que se de los turnos de un día al otro, posiblemente como ya se realizó de esta forma se tiene una idea de cómo es este método y la mayoría está conforme que se de los turnos el mismo día, apenas 1,7% le gustaría con citas previas a lo mejor como no se ha tenido esta experiencia no se puede identificar por parte de los usuarios si es mejor o empeoraría la entrega de turno.

CONCLUSIONES

Si bien la calidad es un término difícil de definir, debemos considerar que las dimensiones que considera el usuario para definirla; están basadas en la eficiencia, accesibilidad, relaciones interpersonales, continuidad, comodidad y oportunidad de la atención. También podríamos decir que calidad es el cubrir las necesidades que el cliente externo tiene en relación al tiempo de espera, la privacidad, el buen trato el que se resuelvan sus problemas de salud.

La calidad de la atención, en sus diferentes componentes, supone la concepción de la salud desde un punto de vista sistémico, donde no se puede excluir la preponderancia de los determinantes psico-sociales sobre los biológicos en la valoración del paciente; por tanto, la globalidad de la atención que considera observar al paciente en todo su ser biopsicosocial, es un componente clave en la determinación de una atención con calidad. No puede concebirse un mejoramiento en la calidad de la atención sin un cambio previo de paradigmas que permitan definir a la salud no sólo como la ausencia de enfermedad. Prima la importancia de “conducir” los nuevos procesos asistenciales en salud hacia una concepción sistémica, paso fundamental para generar cambios en materia de globalidad de la atención.

Conocedores de estos conceptos podemos concluir que la percepción de la calidad de la atención ofrecida en el servicio de consulta externa del Sub Centro de Salud Puengasí es buena.

En lo referente a la accesibilidad observamos que el 68,3% de los pacientes que acuden a recibir atención al Subcentro de Salud de Puengasí tardaron menos de 10 minutos, lo cual indica que el Subcentro se encuentra en un área muy cercana a los hogares de los usuarios. El 13,3% demoraron en llegar menos de 20 minutos, en tanto que el 10% demoró menos de 30%. En relación a este mismo punto la tabla demuestra que únicamente el 6,7% demoró más de 30 minutos en llegar, lo cual indica un porcentaje bajo de pacientes que tienen dificultad en llegar a recibir atención, aunque el tiempo relativamente no es muy largo, ya que la ubicación del Subcentro se encuentra en una zona estratégica y que brinda todas las facilidades de acceso. Siendo una fortaleza importante: la accesibilidad geográfica,

Luego de analizar los datos del tiempo que tuvieron que esperar para que se les de atención el 86.7 % le parece buena la espera es decir 8 de 10 personas y tan solo el

13% le parece mala la espera es decir 2 de 10 personas, consideramos que las personas están conformes ya que ese tiempo de espera se les esta dando charlas de diferentes temas, realizando educación por lo que la gente posiblemente siente menos el tiempo que debe pasar en la unidad

En lo concerniente con el tiempo que duró la consulta, realmente resulta demasiado preocupante entender que el 67% de los usuarios que acuden en busca de atención médica al Subcentro de Salud de Puengasí 3, solamente recibieron atención por 5 a 10 minutos, puesto que es un tiempo insuficiente para poder proporcionar atención adecuada al usuario, lo cual refleja que la calidad de atención es insuficiente y que no cumple en realidad con las expectativas de los usuarios, lamentablemente nuevamente se muestra que la demanda de atención es muy grande en relación a la capacidad de resolución, ya que no se cuenta con más personal para poder satisfacer plenamente las expectativas del usuario. También podemos observar en la tabla que únicamente el 7% de los usuarios recibieron adecuada, ya que recibieron atención por 20 a 30 minutos, que es un tiempo conveniente para recibir una atención que esté conforme a las expectativas de los usuarios.

En lo relacionado al examen físico al usuario, el 100% hace relación a que recibió atención en cuanto a esta necesidad, lo cual indica un punto muy positivo en cuanto a la satisfacción del usuario, ya que se ha cumplido una de sus expectativas

En cuanto a la explicación que recibió el usuario sobre su condición de salud, el 95% mostró satisfacción en cuanto al cumplimiento de ésta expectativa, lo cual indica un punto muy importante ya que se ha cumplido uno de sus objetivos, puesto que para el paciente es básico conocer sobre su enfermedad, su tratamiento y sobre todo su prevención. Únicamente el 5% mostró insatisfacción en lo que se relaciona a este punto, seguramente porque la explicación no estuvo muy clara y no cumplió sus expectativas

En lo que tiene relación con el trato que el usuario recibió por parte del personal del Subcentro de Salud de Puengasí 3, el 73% de los pacientes indica que el trato fue muy bueno, lo cual es importante porque muestra un alto índice de satisfacción del usuario sobre la calidad de atención. El 23% respondió que fue bueno. Solo el 2% de paciente que respondieron que fue malo, esperamos que logren cambiar su criterio en base a mejorar las relaciones humanas entre paciente y usuarios.

Luego de haber tabulado las encuestas llegamos a la conclusión que un porcentaje alto que es del 66% está conforme como se ha estado realizando la entrega de turnos, esto es en la mañana se da los turnos para ese día y se hace una lista para que vengan a la atención por la tarde, siempre dejando uno o dos turnos por alguna emergencia, tan solo un 20% desearía que se de los turnos de un día al otro, posiblemente como ya se

realizó de esta forma se tiene una idea de cómo es este método y la mayoría esta conforme que se de los turnos el mismo día, apenas 1,7% le gustaría con citas previas a lo mejor como no se ha tenido esta experiencia no se puede identificar por parte de los usuarios si es mejor o empeoraría la entrega de turnos.

RECOMENDACIONES

Establecer un mecanismo que facilite el desarrollo de los procesos técnicos-científicos y administrativos, con la finalidad de mejorar la calidad de atención.
Determinar y definir las políticas, modelos de atención y recursos necesarios para desarrollar los procesos de atención en consulta externa.

Planificar y ejecutar programas de educación permanente y desarrollo organizacional para el personal del Subcentro, coordinar y establecer temáticas que respondan a las necesidades y expectativas de usuarios tanto internos como externos, con la finalidad de generar un cambio de actitud del talento humano que redunde en beneficio de los usuarios.

Optimizar con tecnología el sistema de información y base de datos de historias clínicas, con la implementación de un software de ingreso y administración de datos del usuario.

Elaborar y difundir el manual de funciones para todo el personal de consulta externa. Su objetivo primordial es el mejoramiento de la productividad y calidad de servicio, ya que permite optimizar los recursos y mejorar los resultados.

Realizar actividades de educación continua en aspectos de relaciones humanas, dirigidas al personal técnico -administrativo (admisión/caja, farmacia) Mejorar las relaciones interpersonales con los usuarios.

Es importante incluir procesos de medición de la satisfacción del usuario; como encuestas de satisfacción, buzones de quejas, organización de comités de usuarios, los cuales permiten conocer las percepciones buenas o malas de calidad respecto a los servicios recibidos.

Implementar la entrega de turnos con previas citas, para disminuir el tiempo de espera en la unidad, de las personas que requieren de una atención.

Bibliografía

A., D. (1993). *CONTINUIDAD Y CAMBIO EN LA BUSQUEDA DE LA CALIDAD SALUD PUBLICA*. MEXICO.

CUEVAS-URIOSTEGUE ML, A.-M. C. (1991). *RELACION ENTRE MEDICO Y PACIENTE EN LA CONSULTA EXTERNA*. MÉXICO.

DONEBIAN, A. (1974). *CALIDAD DE LA ATENCIÓN MEDICA*. MÉXICO.

(DONEBIAN, 1974) (DONEBIAN, LOS ESPACIOS DE LA SALUD, ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MEDICA, 1988) (FRENK, 1986) (CUEVAS-URIOSTEGUE ML, 1991)

DONEBIAN, A. (1988). *LOS ESPACIOS DE LA SALUD, ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MEDICA*. MÉXICO

J., F. (1985). *CONCEPTO Y MEDICIÓN DE LA ACCECIBILIDAD*. MEXICO.

Juran, J. (2001). *INTRODUCCIÓN A LA CALIDAD TOTAL* .

MALAGÓN, G. G. (2006). *GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD*. BOGOTA.

PEREZ LUGO J, B. J. (2006). *DESENTRALIZACIÓN Y SISTEMAS DE SALUD EN AMERICA LATINA*.

ROJAS, D. (2006). *TEORIAS DE CALIDAD*.

TORRESGROSA, R. (2006). *LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*. MEXICO: EDICA.

WIMER, R. (1996). *ESTADISTICA*. MÉXICO

ANEXOS

ENCUESTA PARA APLICAR EN LOS USUARIOS DEL S.C.S. PUENGASI 3

Por favor escoja una alternativa y ponga un círculo en la que desee

Describir la percepción de los usuarios / as con respecto al tiempo utilizado para recibir servicios de salud.

¿Tiempo que tardó en venir desde su casa?

- a) De 1 a 10 min b) de 11 a 20 min c) de 21 a 30 min d) más de 30 min

¿Tiempo que esperó para recibir el servicio?

- a) De 30 a 40 min b) de 50 a 60 min c) de 70 a 90min d) 100min y más

¿Cómo le parece esa espera?

- a) Buena b) mala

b) ¿Tiempo que duró la consulta?

- a) De 5 a 10 min b) de 11 a 20 min c) de 20 a 30 min

¿Cómo le parece la duración de la consulta?

- c) Buena b) mala

Describir algunos factores relacionados con la calidad al momento de la atención a los usuarios.

¿Cuál fue el motivo de su visita hoy?

¿La persona que le atendió hoy le examinó?

- a) Si b) no

¿Le explicó lo que tenía?

- a) Si b) no

¿Privacidad de la consulta?

- a) Si b) no

Identificar las características de la calidez de atención que recibieron los usuarios de acuerdo con su percepción.

¿Cómo fue el trato del personal?

- a) Muy bueno b) bueno c) malo d) pésimo

¿De qué área recibió maltrato?

- a) Enfermería b) medicina c) odontología d) obstetricia

Identificar el grado de satisfacción del usuario con la respuesta obtenida del servicio de salud y su relación con el cobro de la atención recibida

¿Le hicieron algún tipo de cobro?

- a) Si b) no

¿Pudo obtener todo el medicamento recetado?

- a) Si no)

¿Cuáles medicamentos no le entregaron?

¿ Para la entrega de turnos como le gustaría ¿

- a) En la mañana para todo el día b) de un día para otro c) citas previas

