



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ESCUELA DE MEDICINA

DIPLOMADO SUPERIOR EN GERENCIA Y CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD

TEMA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**PERCEPCION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA EN EL SUBCENTRO DE SALUD
CHIRIYACU BAJO DURANTE EL AÑO 2011**

**Trabajo de Investigación previo la obtención del título de Diplomado Superior en
GERENCIA Y CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD**

Autora: DORIS LAURA URQUIZO CHAVEZ

Directora: RUTH LUCIO ROMERO

Centro universitario:
UTPL- QUITO
2011

**PERCEPCION DE LA CALIDAD DE
LA ATENCION MEDICA EN EL
SUBCENTRO DE SALUD
CHIRIYACU BAJO DURANTE EL
AÑO 2011**

MAYO – SEPTIEMBRE 2011

CERTIFICACION DEL TRABAJO DE INVESTIGACION

DRA. RUTH LUCIO ROMERO

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACION

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación realizado por la estudiante: Doris Laura Urquizo Chávez, 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; 23 de noviembre de 2011

f).....

DIRECTORA

AUTORÍA

Yo, Doris Laura Urquizo Chávez, como autora del presente trabajo de investigación, soy responsable de las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el mismo.

f).....

AUTORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACION

CI: 0603042482

CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Doris Laura Urquizo Chávez, 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,.... Noviembre, 23, 2011

Doris Laura Urquizo Chávez

AUTORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACION

CI: 0603042482

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Certificación del director	III
Autoría	IV
Cesión de los derechos	V
Índice	VI
Resumen	VII
Introducción	1
Antecedentes	2
Justificación	5
Factibilidad	6
Objetivos	7
Marco Teórico	8
CAPÍTULO I	10
CALIDAD DE LA ATENCIÓN	10
1.1. Pensamiento sistémico y calidad de la atención	10
1.2. Valores que determinan la calidad de la atención de salud.	13
1.3. Principios de la garantía de la calidad	13
1.4.- Funciones de primer nivel y organización de los servicios de salud	14
1.5. Globalidad e integralidad de la atención	16
1.6. El pensamiento sistémico y la atención holística	17
1.7. Importancia de la evaluación biosicosocial en la atención del paciente	18
1.7.1 Factores relacionados con la limitada evaluación biosicosocial en la atención del paciente	19
CAPÍTULO II	22
RELACION MEDICO-PACIENTE	22
CAPITULO III	26
EXPERIENCIAS DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION EN SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS EN OTROS PAÍSES	26
3.1 Modelo de atención biosicosocial en un hospital de Chile	26
3.2 Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México	27
Metodología	28
Resultados	31
Conclusiones	41
recomendaciones	43
Bibliografía	44
Anexo	48

RESUMEN

La percepción de la calidad de la atención médica en los usuarios externos es de gran importancia pues ayuda a conocer su opinión para, tener un usuario externo satisfecho y con sus expectativas cumplidas. Muchos estudios mencionan la importancia de fortalecer la valoración biosicosocial, relación médico-paciente y la autonomía, como objetivos trascendentales que repercuten en la eficiencia del servicio de salud y el bienestar de un paciente.

El objetivo de esta investigación se centra en conocer el criterio de nuestros usuarios sobre la calidad de la atención del servicio de Medicina General, la metodología aplicada corresponde a investigación-acción, que es empoderante y participativa, permite formular en base a un problema identificado, una alternativa de cambio. Se aplicó 70 encuestas a los usuarios externos del Subcentro de Salud Chiriyacu Bajo; y se encontró que en su mayoría los pacientes de la Unidad se encuentran muy satisfechos (73%), con la presencia de un profesional médico estable en la consulta externa, y con la atención médica integral, pues el 100% responden que su médico lo trata amablemente, se interesa por su problema y por su familia, características que en el proceso de atención representan calidad. Estos resultados sugieren continuar conociendo el criterio poblacional y determinar la necesidad de implementar en los servicios de salud acciones para mejorar continuamente la calidad.

INTRODUCCIÓN

El Subcentro de Salud Chiriyacu Bajo perteneciente al Área de Salud N° 4 Chimbacalle, del Ministerio de Salud Pública, está ubicado al sur de la ciudad de Quito, entre las calles Hernán Murillo y Martín de la Calle esquina, cuenta con una población de 14.703 habitantes. Dentro de sus instalaciones se encuentra un consultorio médico, un consultorio odontológico, un consultorio de obstetricia, sala de espera, farmacia, bodega pequeña, estadística y enfermería, los profesionales que laboran en esta Unidad de Salud son la médica directora de la Unidad, una enfermera, odontóloga, obstetriz y auxiliar comunitaria.

Habitualmente se atiende en esta Unidad alrededor de 80 pacientes en el día, la atención es de 8 am a 16:30 pm, los usuarios acuden desde las 6 am para tomar un turno el mismo que se le otorga tanto para la mañana o la tarde, luego de que un profesional ofrece una charla educativa en las mañanas 8am a 8:20, posteriormente y de acuerdo al orden de llegada los pacientes son preparados por la enfermera y pasan a los distintos consultorios para ser llamados de acuerdo al turno que tomó, en casos de emergencias se atienden sin tomar turno, y en casos de no completar los turnos de la tarde se pueden atender a pacientes que llegan a partir de las 12 del día.

En razón de que la salud es un derecho, básico para toda política pública vemos la importancia del mejoramiento de ésta, a través de la intervención en nuestra Unidad, aplicando mecanismos necesarios para dar 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.

ANTECEDENTES

La Unidad de Salud Chiriyacu Bajo se encuentra funcionando desde hace 15 años pertenece al Ministerio de Salud Pública, está limitada al norte por el Subcentro de la Ferroviaria Baja, al sur por el Centro de salud N° 4 y Pio XII, al este por el de Chiriyacu Alto y al Oeste por el Centro de salud N° 4. La mayor parte de la población de este sector pertenece al quintil II y III (Inec, 2007), existe un alto porcentaje de personas con remuneraciones por debajo del salario mínimo vital. Dentro del perfil epidemiológico tenemos como primera causa de morbilidad a las Infecciones respiratorias agudas (IRAS), seguida de las caries dentales, enfermedad diarreica aguda (EDA), parasitosis, desnutrición leve y hacinamiento.

Se debe tomar en cuenta que la atención que realiza el médico del Subcentro de Salud corresponde a un promedio de 3 pacientes por hora, muy cerca al referente que son cuatro por hora. En comparación al promedio obtenido de consultas a nivel nacional (1,6 por hora), lo que significa que la productividad del establecimiento está dentro de los estándares establecidos por el MSP.

La población asignada según el INEC en este año es de:

DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL AÑO 2011	
GRUPOS ETARIOS	CANTIDAD
Menores de 1 año	259
12 – 23 meses	257
1 – 4 años	1028
2 – 4 años	771
5 – 9 años	1288
10 – 14 años	1289
15 – 19 años	1405
Mayores de 20 años	8455
65 – 74 años	598
75 y +	382
Embarazadas	324
Mujeres en edad fértil 15 – 49 años	4161
Mujeres en edad fértil 10 – 49 años	4779
Población total	14704

La mayor parte se emplean como: obreros, guardias y empleados ocasionales. Las mujeres, su ocupación principal son: amas de casa, empleadas domésticas y un pequeño grupo se dedica al comercio informal.

Existe gran porcentaje de Habitantes con Enfermedades Crónicas (Diabetes-hipertensión etc.), las mismas que en su mayor parte no cuentan con los recursos necesarios para controlar su enfermedad. Además se observan familias con un promedio de 5 integrantes con un porcentaje que se eleva de madres abandonadas, también existe migración y desintegración familiar.

Frente a todo lo mencionado existe una gran cantidad de usuarios que requieren atención médica gratuita. Además la razón particular por la cual necesitamos conocer la percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención médica en esta Unidad Operativa, es porque hace aproximadamente dos años el médico tratante de esta Unidad fallece a partir de lo cual, se asignaron varios profesionales médicos sin una estabilidad adecuada para la continuidad de la atención. Desde enero del presente año se asignó como médica y directora de esta Unidad a la Doctora Doris Urquiza, por lo tanto es importante conocer la opinión de los usuarios acerca de la atención médica desde que existe un médico estable.

Como antecedentes también tenemos estudios realizados en otros países por ejemplo la encuesta de Cobertura y Calidad de la Atención elaborada por el Instituto Nacional de Salud Pública realizada en el Estado de México en 1994, en donde se describe la percepción de la calidad de la atención recibida por los usuarios en servicios ambulatorios de salud y analizan su relación con algunas características predisponentes y habilitadoras de la población usuaria. (Ramírez, 1998.)

Otro estudio parecido realizado en Cuba, identificó la satisfacción de los pacientes con la atención médica brindada en los Policlínicos Principales de Urgencia (PPU) del municipio 10 de Octubre, pues el sistema de salud cubano se ha perfeccionado y fortalecido desde el triunfo de la Revolución y con él los

servicios de urgencias que se han adecuado a las exigencias de hoy para conformar así un sistema capaz de dar solución de forma efectiva. (Chang, 1999)

JUSTIFICACION

El abordar las inquietudes del usuario externo es tan esencial para la atención de buena calidad como la competencia técnica. Para el usuario, la calidad depende principalmente de su interacción con el personal de salud, de atributos tales como el tiempo de espera, el buen trato, la privacidad, la accesibilidad de la atención y, sobretodo, de que obtenga el servicio que procura.

Actualmente, tanto en las instituciones públicas como privadas del sector salud existe un creciente interés por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de la atención para mejorarla.

En el Subcentro de Salud Chiriyacu Bajo, se ofrecen servicios que no sólo cubren los estándares técnicos de calidad, sino que también cubren sus necesidades con respecto a otros aspectos, tales como respeto, información pertinente y equidad. De tal forma que la calidad de los servicios de salud pasa a constituir una exigencia que se extiende progresivamente desde una perspectiva tradicionalmente centrada en la institución a otra que incorpora la perspectiva de los usuarios y trabajadores de los servicios, que los enfoques gerenciales denominan usuarios externos e internos respectivamente. La satisfacción del usuario es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad, dado que influye de manera determinante en su comportamiento.

La satisfacción del cliente puede influir en: el hecho de que el usuario procure o no atención. - El lugar al cual acuda para recibir atención, el hecho de que esté dispuesto a pagar por los servicios, el hecho de que el usuario siga o no siga las instrucciones del prestador de servicios, el hecho de que el usuario regrese o no regrese al prestador de servicios y el hecho de que el usuario recomiende o no recomiende los servicios a los demás.

FACTIBILIDAD

Esta actividad de participación de los usuarios externos en realidad es poco común en las unidades de salud pública. Últimamente el gobierno central está muy interesado en la calidad de los servicios razón por la que existen buzones de quejas y sugerencias en las unidades de salud en donde los usuarios pueden colocarlas. Sin embargo muchas veces no son muy útiles en cuanto a cambios que satisfagan sus necesidades, mientras que la aplicación de encuestas para conocer las opiniones propias de los usuarios son de mayor utilidad, para analizarlas con el equipo de salud y los líderes comunitarios en busca de mejorar sus expectativas.

OBJETIVOS

General:

Conocer la percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención médica en el Subcentro de Salud Chiriyacu Bajo.

Específicos:

- Determinar el grado de satisfacción en los usuarios externos que acude al SCS. Chiriyacu Bajo
- Identificar cuáles son los inconvenientes que pueden provocar insatisfacción en los usuarios.
- Conocer si la relación médico-paciente es buena en el Subcentro de Salud Chiriyacu Bajo

MARCO TEORICO

El sector salud ecuatoriano está constituido por múltiples instituciones públicas y privadas, dentro de éstas el MSP, y el IESS, tienen en conjunto el mayor volumen de infraestructura de atención, la gestión del MSP se basa en la propuesta de la organización de áreas de salud que constituyen pequeñas redes de servicios con delimitación geográfico-poblacional de atención, con un esquema de desconcentración técnica y de algunas acciones administrativas, y de programación y ejecución del presupuesto.

En estas últimas décadas ha persistido un modelo de atención en los servicios de salud centrado en lo curativo, hospitalario e individualista.

En este sentido y con base en las reformas constitucionales de 1998 que definieron el derecho a la salud, su promoción y protección, el Ministerio de Salud Pública (MSP) con apoyo del Consejo Nacional de Salud (CONASA) ha emprendido en un amplio proceso de consulta y participación interinstitucional para la definición de políticas de Estado en salud, y para la organización del sector salud a través de un Sistema Nacional de Salud que promueva la cobertura universal, la desconcentración y descentralización de la gestión y la participación de los gobiernos locales y las organizaciones sociales. Cuenta con 1674 establecimientos de salud ambulatorios, 125 hospitales, de los cuales 28 son hospitales generales, 79 hospitales cantonales y 18 de especialidad. (Alves, 2005).

Al MSP le corresponde la regulación, dirección y control del sector contando con una Dirección de Salud en cada provincia y en su interior por Áreas de Salud, éstas funcionan como una unidad de desconcentración programática, administrativa y presupuestaria de la cual dependen los servicios básicos de salud: Puestos, Subcentros, Centros y Hospitales cantonales. (Inec, 2007)

En relación al recurso humano el MSP emplea a 4925 médicos en el país (Perfil de salud del Ecuador, 2001). En el año 2001 la autoridad de salud ha

evaluado once funciones esenciales que son: Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud; Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública; promoción de salud; Participación de los ciudadanos en salud; Desarrollo en políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública; Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública; Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos; Investigación en salud pública y Reducción de impacto de emergencias.

Para dar cumplimiento al proceso de participación individual o colectiva en las actividades de salud descritas en la Ley Orgánica de Salud del 2006, se ha implementado “veedurías ciudadanas” que son grupos de ciudadanos que participan en acciones de control social, sus actividades se centran básicamente en la vigilancia de las actividades públicas como las del sector salud. (Lucio, 2011)

Esta actividad de participación de los usuarios externos en realidad es poco común en las unidades de salud pública, últimamente el gobierno central está muy interesado en la calidad de los servicios razón por la que existen buzones de quejas y sugerencias en las unidades de salud en donde los usuarios pueden colocarlas, sin embargo muchas veces no son muy útiles en cuanto a cambios que satisfagan sus necesidades, mientras que la aplicación de encuestas para conocer las opiniones propias de los usuarios serían de mayor utilidad, para analizarlas con el equipo de salud y los líderes comunitarios en busca de mejorar sus expectativas.

CONTENIDO

CAPITULO I

CALIDAD DE LA ATENCIÓN

1.1. El pensamiento sistémico y la calidad de la atención

El enfoque sistémico es la aplicación de la teoría general de los sistemas en cualquier disciplina. Esta teoría se caracteriza por una perspectiva holística e integradora, en donde lo importante son las relaciones y los conjuntos que a partir de ellas emergen.

En las definiciones más corrientes se identifican los sistemas como conjuntos de elementos que guardan estrechas relaciones entre sí, que mantienen al sistema directa o indirectamente unido de modo más o menos estable y cuyo comportamiento global persigue, normalmente, algún tipo de objetivo. Se concentran en procesos sistémicos internos; deben necesariamente ser complementadas con una concepción de sistemas abiertos, en donde queda establecido como condición para la continuidad sistémica el establecimiento de un flujo de relaciones con el ambiente.

En el primer caso, la cualidad esencial de un sistema está dada por la interdependencia de las partes que lo integran y organizan. En el segundo, lo central son las corrientes de entradas y salidas mediante las cuales se establece una relación entre el sistema y su ambiente. Ambos enfoques son ciertamente complementarios.

Las características que pueden ser aplicables a cualquier sistema son:

- La interrelación de sus componentes (relación entre las partes y el todo).
- Están ordenados en una jerarquía.
- Las partes no son iguales al todo.
- Los límites son artificiales.
- Pueden ser abiertos o cerrados, según la influencia con el ambiente.
- Tiene entradas, procesos, salidas y ciclos de retroalimentación.
- Las fuerzas tienden a ser contrarias entre ellas (*feedback*) para mantener el equilibrio.
- Entropía.

En la forma de pensamiento tradicional la esencia, es el estudio de cada una de las partes conformando un todo, en contraste con el pensamiento sistémico en el cual la esencia es como se estudian las interacciones e interrelaciones de los constituyentes del sistema, un set de elementos que interactúan para producir un comportamiento o resultado.

En este proceso de análisis los mecanismos de pensamiento son circulares y en movimiento. Cada acción o resultado obtenido se basa en condiciones presentes y, las acciones afectan condiciones futuras, de forma que modificarlas se convierten en el fundamento de acciones posteriores. No hay ni comienzo ni terminación del proceso. En esta forma de pensamiento se reconocen las organizaciones como procesos dinámicos, lo cual trae como consecuencia que al observar cualquier fenómeno que ocurre en las instituciones se analizan con mayor profundidad las acciones y no la estructura del sistema en sí mismo. Es también una sensibilidad hacia las interconexiones sutiles que confieren a los sistemas sociales su carácter singular.

En la realización del abordaje de una situación, utilizando el pensamiento sistémico, se requiere entender y graficar la forma de las relaciones causa-efecto no en forma lineal, sino en forma dinámica, para lo cual se utilizan como herramientas que se originan en dos ramificaciones del saber: el concepto de “retroalimentación” de la cibernética, que muestra cómo los actos pueden reforzarse o contrarrestarse (equilibrarse) entre sí. Se trata de aprender a reconocer tipos de “estructuras” recurrentes, es decir, promueve el ver los patrones más profundos que subyacen a los acontecimientos y los detalles y la teoría del “servomecanismo” procedente de la ingeniería, que se remonta al siglo XIX.

La esencia del pensamiento sistémico radica en un cambio de enfoque: ver las interrelaciones en lugar de concatenaciones lineales de causa - efecto, y observar los procesos de cambio en vez de "instantáneas" (París, 2011).

Los procesos objeto de mejora en las instituciones de salud son complejos y dinámicos, requieren un lenguaje de interrelaciones, constituido por círculos.

El enfoque sistémico, además del pensamiento sistémico, incluye otros conceptos desarrollados en la *cibernética organizacional*, como la llamada *cibernética de segundo orden*, la cual se propone observar los problemas de aprendizaje de las organizaciones como factor clave para su viabilidad y el de homeostasis entendida como la estrategia de un sistema que le permite mantener su equilibrio interno ante cambios en el entorno (Leebov, 1991).

La cibernética amplía este concepto, originado en la biología, a todos los sistemas que mantienen variables críticas dentro de los límites aceptados por su estructura ante perturbaciones inesperadas. En ambos conceptos interviene la comunicación.

En síntesis, al menos estas tres distinciones (pensamiento sistémico, cibernética de segundo orden y homeostasis) se consideran al momento de diagnosticar o diseñar procesos o sistemas que garanticen los resultados esperados; propósito de todo cambio dirigido hacia el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (Leebov, 1991).

Esta forma de conceptualizar los procesos de análisis tiene implicaciones directas en la calidad de la atención y en cómo ésta se concibe, dado que se requiere el desarrollo de un enfoque que va más allá de observar las organizaciones en cada una de sus partes.

1.2.- Valores que determinan la calidad de la atención de salud.

En general los servicios de atención de salud deben estar centrados totalmente en el usuario, es decir deben satisfacer sus necesidades y derechos individuales y de la sociedad. Desde esta perspectiva la calidad percibida de un servicio depende en parte del grado de satisfacción de las necesidades y expectativas del usuario. (Gutiérrez, 2010)

En un sistema la suma de sus partes no es suficiente para la realización de los objetivos, si no que los procesos deben estar relacionados con los mecanismos de regulación y las fuerzas de tensión para determinar diferentes puntos de equilibrio y permitir en menor o mayor grado la adaptación al sistema y su entorno, por lo tanto de esta manera definir la eficacia, eficiencia, efectividad y permanencia en el tiempo.

Los valores determinan metas e ideales que están permanentemente en retroalimentación para lograr los objetivos deseados, estos valores son

determinantes de las necesidades y expectativas de los usuarios y también de los estilos de liderazgo de quienes proveen el servicio.

1.3.- Principios de la garantía de la calidad

Múltiples estudios en varios países occidentales demuestran que el nivel de la calidad de la atención que un usuario recibe está muy distante de lo que realmente desea, que la atención de los profesionales depende de muchos factores. Por lo tanto garantizar calidad es nuestro reto hoy en día.

El buscar la calidad implica tener un conjunto de acciones sistemáticas, continuas y deliberadas dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar negativamente la obtención de los mayores beneficios posibles para los usuarios, con los menores riesgos. (Gutiérrez, 2010)

A partir de 1990 se vienen desarrollando herramientas y métodos de gestión de calidad basados en los principios de contabilidad utilizados en otros sectores. Por esta razón surgen cuatro principios básicos para mejorar la calidad de la atención de la salud:

a).- Enfoque en el usuario:

Los servicios deben diseñarse para satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios y la comunidad, esto se logra recolectando información sobre el usuario (encuestas a usuarios) y enfocando los servicios para atender las necesidades que se descubren. Esto alienta a los usuarios a regresar cuando necesitan más atención y a recomendar los servicios a los demás.

b).- Enfoque en los sistemas y procesos:

Los proveedores deben comprender el sistema de prestación de servicios y sus procesos claves para satisfacer a los usuarios, dentro de los procesos de la atención de salud están: el uso de los protocolos y algoritmos, procesos de flujo de información, de flujo de materiales e insumos y proceso de flujo de usuarios, si éstos no se cumplen o se cumplen parcialmente se reduce la calidad.

c).- Centrarse en la medición:

La calidad puede ser medida, evaluada y mejorada, los datos siempre son necesarios para identificación de problemas y resolución de manera objetiva.

d).- Trabajo en equipo:

El trabajo con frecuencia se realiza más rápido y mejor con un equipo cuyos miembros comparten un objetivo común, además se conduce a un mayor compromiso de mejora, aumenta la confianza y motiva hacia la calidad. (Gutiérrez, 2010)

1.4.- Funciones de primer nivel y organización de los servicios de salud

Debe recordarse que cualquier servicio de salud que brinda un primer nivel de atención, debe cumplir con ciertas funciones, como son: **puerta de entrada**, es decir, debe constituir el primer contacto de la población con el sistema de salud; **síntesis de la información**, que implica disponer de toda la información necesaria y pertinente para ofrecer una atención integral y en base a ello, tomar decisiones junto con el paciente; **contacto o diálogo con la población**, que supone el reconocer las necesidades sentidas por parte de la población y mantener un contacto con la comunidad, que vaya más allá del mero diálogo durante la consulta médica; y, **responsabilidad de la salud individual y**

colectiva, que supone el tomar a cargo la responsabilidad por la salud de los pacientes (por ejemplo, saber qué pasó con el paciente que se refirió al segundo nivel), pero también por la salud de la comunidad en general (Mercenier, 1997).

Las unidades operativas de primer nivel de complejidad, que están organizadas por Áreas de salud, establecidas en base a una delimitación geográfico-poblacional para asegurar la accesibilidad de la comunidad al servicio de salud; deben cumplir con todas las funciones mencionadas, particularmente en el caso de un problema en el que la población exige una respuesta al servicio de salud.

1.5.- Globalidad o integralidad de la atención

El concepto de *integralidad* tiene múltiples interpretaciones, puede denominarse acción integral a la atención participativa (Mercenier, 1997); también puede denominarse así a la implementación de un enfoque general de desarrollo social con acciones de salud como parte de él.

Cuando se habla de acciones integrales se refiere a la atención que se brinda al individuo, no sólo desde el punto de vista de la persona, sino de su entorno familiar, social y cultural.

Cuando el objetivo es la persona, no se puede organizar un servicio de salud en base a las enfermedades que presenta, sino a la atención que requiere y su entorno; si se trata de un niño no le podemos brindar atención para IRA, EDA Vacunas, entre otros, debemos considerarlo como una persona integral: bajo el cuidado de sus padres, con sus componentes económicos, sociales y

culturales. La base de atención de todo paciente será su condición de mujer, niño, adolescente, adulto-anciano, su entorno familiar y social.

Existen diferencias en la atención integral de los usuarios incluso entre médicos familiares que normalmente proporcionan un cuidado más integral que otros especialistas por lo que se necesita de una evaluación constante de ésta. Esta evaluación permite ver que la destinación arbitraria de recursos por parte del gobierno, organizaciones locales y distintas aseguradoras aumenta la diferencia de una atención integral.

Otro aspecto a considerar en la integralidad es la atención a las necesidades de la población en el campo del saneamiento básico, tanto para procurar mejorar las coberturas, sostenibilidad del sistema y su uso adecuado, debido a un comportamiento sanitario mejorado.

La integralidad en la atención (Alves, 2005) puede ser definida como el conjunto de servicios, prácticas y técnicas desarrolladas por profesionales y por el sistema de salud para la garantía del “*cuidado*” en los términos apuntados por Ayres (Ayres, 2004). Se trata de un concepto plural y dinámico. Presupone acogida, actuación basada en la relación social que se establece entre el profesional y la población, la valorización de la cultura local, el compartimiento de significados y sentidos atribuidos a la vida cotidiana, la integración entre acciones curativas, preventivas y promocionales de la salud. Debe tener la educación en salud como principio orientador, así como el reconocimiento de que la relación entre el profesional y la población, debe estar basada en principios de equidad y participación social.

En el marco de la integralidad de la atención se concibe a la persona como un sujeto biosicosocial, inmerso en un complejo sistema de relaciones políticas, sociales, culturales y eco-biológicas; por tanto la atención aborda las diversas

necesidades de salud integrando los aspectos preventivos promocionales con los asistenciales - curativos y reconoce a la persona como el centro del cuidado de la salud.

1.6.- El pensamiento sistémico y la atención holística

Mucho se ha hablado de la importancia que tiene el estilo y modo de vida para la salud de los individuos y grupos en la comunidad; sin embargo, en la práctica, la concepción de la salud sigue estando dentro de los marcos referenciales del modelo biomédico y se sigue definiendo en relación con la enfermedad o la dolencia (Capra, 1981).

Este error se ha generalizado, debido fundamentalmente a que el sistema de datos del que se dispone, muy abundante por cierto, proviene de la especialización del conocimiento que se deriva del paradigma newtoniano cartesiano. La unión del conocimiento especializado o el enfoque de un mismo objeto de estudio desde el punto de vista de varias especialidades constituye un enfoque multicausal válido, pero evidentemente, no sistémico (Hernández, 1999).

La primera premisa que otorga carácter sistémico a la salud es la consideración de los seres humanos y sus sociedades como sistemas complejos. Ser sistemas humanos, implica ser totalidades integradas en interacciones múltiples con nuestro entorno (Maturana, 1980). Los seres humanos somos sistemas no sólo porque existimos a partir de las relaciones entre los constituyentes que nos forman, sino porque los trascendemos para convertirnos en unidades con identidad propia y distinguible de todo lo que nos forma y de todo lo que nos rodea, aunque en estrecha relación con aquello. Como totalidades integradas somos un salto de calidad con respecto a nuestros constituyentes de cualquier naturaleza (física, biológica, psicológica,

social) y esta trascendencia exige una nueva lógica del conocimiento (Hernández, 1999).

1.7.- importancia de la evaluación biosicosocial en la atención del paciente

Los problemas que generan mayor preocupación en el área de la salud constituyen no solo el daño generado por el estado físico del paciente, sino por aspectos psicosociales que se presentan gracias los eventos de tensión de su vida cotidiana.

La magnitud y características del daño dependerán de una serie de factores, a los que se encuentran sometidos. Los individuos toleran una multitud de estresores, que requieren de un esfuerzo personal, familiar y social para ser superados y adaptarse a ellos. Estos son de diferentes órdenes: violencia física o psicológica; inseguridad e inestabilidad emocional; dificultades económicas; riesgo vital propio o de los seres queridos; separación familiar; desapariciones de personas; pérdida de estatus y disrupción social; incertidumbre sobre el futuro.

El no indagar sobre las condiciones biosicosociales no solo produce problemas en el paciente, sino también en el desarrollo de la sociedad. Todo esto puede llevar a un aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad, encarecen los costos de la atención médica porque al no curarse el paciente, acude a una nueva consulta médica, lo que significa un aumento del costo por una misma enfermedad.

Al incrementarse las causas ya mencionadas, cobra importancia la concientización de los profesionales sobre la atención global; por cuanto, un

problema de salud puede afectar el entorno personal, familiar y social del paciente.

De esta manera, se observa cómo la limitada integralidad en la atención genera una baja efectividad, así como también influye en el bienestar biosicosocial de la persona afectada y su entorno social, lo que dificulta un buen desempeño y pérdida en todo el sistema por los días no producidos.

1.7.1- Factores relacionados con la limitada evaluación biosicosocial en la atención del paciente

Hablar de la relación médico-paciente es referirse a una relación humana, es decir, entre personas; es referirse a la dignidad en el diálogo entre dos seres humanos: una “persona” que está enferma, que sufre y pide ayuda, y otra “persona”, un médico experto, quien debe sanarla, y si no lo consigue, al menos aliviarla, consolarla y acompañarla. Este diálogo debe darse entre seres con iguales derechos y dignidades.

Tradicionalmente se ha aceptado que la relación médico-paciente es una comunicación vertical entre una persona sin conocimientos médicos, desvalida, quien sufre y pide ayuda y otra, que tiene en sus manos la posibilidad, al menos, de aliviar su sufrimiento si no puede lograr su mejoría. Es decir, el médico, en esta visión hipocrática de la medicina, es un ser superior quien posee un inmenso poder sobre este otro ser sufriente, el *paciente*.

Factores que afectan la evaluación biosicosocial del paciente:

- *Organización de los sistemas de salud:* ahora existe el riesgo de la pérdida del rol de médico tratante, sea médico de cabecera, de familia, sea médico de confianza, sea el experto recomendado, ya que desde la puesta en marcha del concepto de redes, o de seguros contratados, el paciente muchas veces es derivado por su seguro al hospital o médico “de la red” sin oportunidad a veces de conocerlo, de entablar una familiarización con el problema del paciente y su enfermedad y, en muchos casos, anteponiendo intereses económicos del seguro de salud al bienestar del paciente.
- *Factores económicos:* un tema muy delicado pues este factor puede obviamente entorpecer una relación médico/paciente, en la cual el factor honorarios o pago por los servicios interfiere en el proceso de atención. Una faceta de este problema la vemos repetidamente en los servicios de urgencia, en donde el problema del pago bloquea la atención o la retarda con las funestas consecuencias que puedan ocurrir; sin embargo, el pago de la cuenta se relaciona directamente con reclamos contra el Centro de Salud y/o médico y a veces incluso se opta por acusar injustificadamente de negligencia al recibir la cuenta por la atención del paciente. Se conoce una situación; “A mi paciente le pegaron una infección intrahospitalaria” sin saber que los pacientes son portadores de gérmenes o por razones de deficiencia inmunitaria pueden fácilmente contraer infecciones en el curso de una hospitalización por una patología grave.
- *Factores socioculturales:* la capacidad de entendimiento y conexión de la familia o su predisposición puede ser muy variable y afectar una relación médico-paciente; a veces, la opinión de personas o familiares aparece precozmente y se decide solicitar al médico un traslado a otro centro hospitalario, basada en la frase: “quiero lo mejor para mi paciente”, frase que tiene connotaciones positivas y negativas, que pueden también alterar el resultado de un acto médico.

Todos estos factores que alteran la relación médico paciente, afectan directamente sobre la calidad de la atención; por tanto, al mejorar esta relación, la integralidad será más fácil de concebirla al tener un acceso de comunicación con el paciente durante la consulta médica, lo que permitirá a su vez fortalecer la calidad de la atención

CAPITULO II

RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE.-

El vínculo del médico con el paciente es un modo extraordinario de relación humana que se basa en la mutua confianza. El médico desea el bien del paciente, y el paciente confía en su médico. Sin confianza no es posible el ejercicio de la medicina y el acto de curar se convierte en una mera actividad técnica. El médico y el paciente comparten una realidad: la enfermedad del paciente; y buscan un objetivo, la curación y el bienestar. Lo que les une no es algo ajeno o situado fuera de ellos mismos, sino algo que a ambos incumbe de modo personal. Por eso Laín Entralgo califica la relación médico-paciente como “amistad médica”. Una amistad que brota del encuentro fortuito entre dos seres humanos que hasta entonces no se conocían y a quienes no ligan vínculos de otro orden, bien sean familiares o laborales (Laín, 1964).

En pediatría, la relación médico-paciente involucra no sólo al niño como usuario de un servicio que demanda atención, sino la relación con su medio familiar, con los padres o apoderados del niño que acuden a la consulta; por esta razón, en pediatría se aplica el término: relación pediatra-paciente-familia (PPF).

De acuerdo a Cruz-Hernández, la relación PPF “no es una norma que se pueda adquirir en un momento o con un simple acto de buena voluntad, sino la culminación de una pirámide de actuaciones, *“que definen la calidad asistencial”*. En ésta pueden intervenir diversos factores.

Lo mencionado por Cottrell: Una buena relación médico-paciente viene definida por la existencia de confianza. Ésta existe cuando el paciente está dispuesto a exponer sus problemas, la actitud del médico de mostrar interés y garantizar la

confidencialidad, necesaria para que el paciente exponga sus dificultades (Cottrell, 2006).

Sánchez establece, a través de algunas habilidades y destrezas necesarias para propiciar la interacción humana, que a su vez influye en la forma y calidad de la misma entrevista para producir los datos necesarios para el diagnóstico, dar aliento y permitir la liberación de la tensión del paciente que se presentan gracias a algunas habilidades de comunicación como la escucha activa, la empatía y conducta centrada en el paciente (Sánchez, 2007). La genuina relación médico-paciente permite al usuario externo revelar sus pensamientos y sentimientos, cuyo conocimiento puede aportar la clave del diagnóstico. Más aún en ocasiones, debe ir más allá, hasta la empatía ya mencionada, “relación yo-tú” o “dimensión transpersonal”. No es posible subestimar su valor diagnóstico y terapéutico. Es la que permite, no sólo entender al paciente, sino sentir lo que está sintiendo.

El médico debe expresar interés y disposición de ayudar al paciente y eso requiere que le va a dedicar tiempo, atención y que será respetado, asumiendo los problemas del usuario externo ayudándole a resolverlos teniendo en cuenta sus deseos y expectativas (Cottrell, 2006).

Los elementos que facilitan al médico una buena relación médico-paciente son: conocimientos médicos sólidos, autoconfianza fundada en la competencia, control emocional, cordialidad, empatía y flexibilidad. Y más aún, ahora desde la perspectiva de los médicos, se ha descrito a la Medicina Asertiva, como una propuesta que combate la medicina defensiva y ayuda a mejorar la relación médico-paciente, disminuyendo la desconfianza y la inconformidad derivada del acto médico (Tena, 2005).

En 1992, Ezekiel y Linda Emanuel destacaron cuatro modelos de relación médico paciente:

- *El modelo paternalista* la relación médico paciente asegura que el paciente sea receptor de las intervenciones que contribuyan a su salud y bienestar. Con este fin, la autonomía del paciente consiste en asentir la determinación médica de qué es lo mejor.
- *El modelo informativo* cuyo objetivo de la interacción médico-paciente es que el médico provea al paciente de toda la información relevante y que éste seleccione o elija las intervenciones médicas que desea.
- *El modelo interpretativo* en este, la relación médico-paciente apunta a resolver las necesidades del paciente de acuerdo a sus valores y significados.
- *El modelo deliberativo* la interacción médico-paciente apunta a ayudar al paciente a determinar y elegir los mejores valores relacionados con la salud que pueden satisfacer o resolver determinada situación clínica.

El modelo al que se sugiere evolucionar, tratando de alcanzar las expectativas de los pacientes, es el *deliberativo*, correspondiente al modelo biosicosocial, de atención holística, que todos los niveles de salud en las personas, cada uno de ellos con sus necesidades específicas de atención, las cuales deben ser cubiertas (Emanuel, 1999).

Un elemento que establece el tono de la relación médico-paciente es el manejo y dirección de la autoridad. Cuando es una relación basada en la confianza y la credibilidad, donde el paciente reconoce y trata al médico como tal, y éste reconoce y trata al paciente como persona, no como objeto, se produce la justa autoridad, a diferencia del autoritarismo. Autoridad viene de *augere*, que significa “aumentar, mejorar, agrandar”, por lo que va más allá de la definición habitual que habla del reconocimiento o legitimación del prestigio de una persona por su calidad y competencia en alguna materia, en la intención de perfeccionar, como en el modelo *deliberativo*, en el cual hay un reconocimiento de la “otredad”, el encuentro de una confianza con una conciencia (Fernández, 2003).

Al estudiar el tipo de relación que se presenta entre médico y paciente, puede observarse que no existe un modelo único y que siempre está influido por aspectos cognitivos de ambos integrantes del binomio. Lo que queda claro es que el mayor esfuerzo lo deben realizar los profesionales de la salud. El médico debe tener la responsabilidad y capacidad de adoptar un estilo para cada tipo de paciente. La cosmovisión de la enfermedad pone en evidencia que en cada paciente influyen, en diferente magnitud, los factores psicológicos, familiares, sociales y ambientales en los que se desarrolla (Sánchez, 2007).

CAPITULO III

EXPERIENCIAS DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS DE OTROS PAÍSES.-

3.1.- MODELO DE ATENCIÓN BIOSICOSOCIAL EN UN HOSPITAL DE CHILE: SERVICIO CLÍNICO DE PEDIATRÍA HOSPITAL LAS HIGUERAS.-

En el año 2008, el hospital Las Higueras de Chile propuso un modelo de atención biosicosocial en el Servicio de Pediatría, con el objetivo de fortalecer la atención con integralidad en niños y niñas hospitalizados, considera factores de riesgo que interfieran en su desarrollo psicomotor y socio afectivo, da énfasis en niños con patologías crónicas (Chile Crece Contigo, 2008). Para lo cual se implementaron las siguientes estrategias: atención integral del niño(a) y su familia, énfasis a la prevención, atención especial a los niños con rezago, intervención en niños(as) con enfermedades crónicas, empoderar a la familia en el proceso de recuperación de salud, capacitar a los equipos, fortalecer el trabajo en red, y seguimiento de los casos atendidos.

Las actividades a efectuarse fueron: evaluación y estimulación del desarrollo psicomotor en sala, entrevistas psicológicas con los padres o cuidadores, elaboración y entrega de planes de estimulación individual, contacto con redes del sector, seguimiento de casos y readecuación de los planes de estimulación. Además se efectuó educación a las madres, padres y/o cuidadores a través de: educación al ingreso y egreso, talleres de masajes pediátricos, detección precoz de factores de riesgo.

La intervención a los niños(as) con enfermedades crónicas y sus familias se realizó mediante: información a los padres o cuidadores, educación específica,

acompañamiento psicológico a los padres y al niño, ejecución de planes de estimulación especial, visitas domiciliarias. Para empoderar a las familias en el proceso de recuperación de la pérdida de salud del niño(a) se establecieron actividades destinadas a favorecer el acompañamiento del niño: mantener a los padres informados respecto a la salud del niño, realizar terapia de juego y narrativa con el niño, estimular las capacidades que conserva el niño.

El fortalecimiento del trabajo en red incluyó realizar entrevistas con redes intersectoriales, elaborar y ejecutar protocolos de derivación, apoyar el programa de seguimiento de niños(as) prematuros y/o portadores de patologías crónicas.

Finalmente, el modelo se aplicó demostrando un mejor nivel de satisfacción del usuario, permitiendo un abordaje biosicosocial del paciente pediátrico hospitalizado (Chile Crece Contigo, 2008). No se dispone, sin embargo, de datos que evalúen el modelo de intervención.

3.2.- Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios

Este estudio realizado en 1998 realizado en los servicios ambulatorios de salud de México parte de la Encuesta Nacional de Salud de 1994, que levantó la información de 3324 usuarios que acudieron a los servicios de salud en las dos últimas semanas previa a la encuesta, encontrándose que el 81.2 % de los usuarios percibió que la atención fue buena y 18.8 % fue mala, los principales motivos que definen la calidad fueron el trato del personal mientras que los motivos de la mala calidad radica más en los largos tiempos de espera, deficiencia de acciones de revisión y diagnóstico, estos resultados sugieren profundizar el conocimiento de la perspectiva poblacional, y determinar la

necesidad de implementar en los servicios de salud acciones para mejorar la calidad.(17)

METODOLOGIA

Para definir el problema de investigación se partió de un análisis situacional, en el que se valoró el cumplimiento del servicio de salud, con las funciones que debería mantener un primer nivel, las características de la calidad de la atención, analizando su organización, la coherencia entre oferta-demanda-necesidad, entre otros. En base a dicho análisis, se estableció un listado de problemas (una brecha entre lo que es y lo que debería ser), seleccionándose de ellos el tema de la percepción del usuario sobre la calidad de la atención.

Para lograr este objetivo, se desarrolló un estudio exploratorio-descriptivo, para ello se aplicó una encuesta de salida a los usuarios del servicio, inmediatamente después de ser atendido. En el diseño de la presente encuesta, para la elaboración de las secciones y preguntas que contiene, se ha tenido en consideración la correlación de éstas con las dimensiones de la calidad y los correspondientes atributos y estándares establecidos para el primer nivel de atención. El cuestionario desarrollado contiene preguntas muy sencillas, de fácil comprensión y aplicación direccionada para la captura de los datos más relevantes sobre la percepción de los usuarios, con énfasis en los aspectos de la calidad humana y del entorno implicados en la prestación de los servicios de salud. Para el levantamiento de la información se utilizó la metodología cualitativa, teniendo como instrumento de recolección un cuestionario estructurado tipo encuesta, entrevistándose directamente a la persona seleccionada (usuarios que hayan recibido el servicio de consulta ambulatoria). Los cuestionarios que se proponen han sido previamente validados con éxito para la medición de la satisfacción de los usuarios en el servicio de consulta externa.

ASPECTOS DE MEDICION Para la medición se diseñó la encuesta con un conjunto de preguntas, con respuestas cerradas mayormente, y una abierta se

pretendió explorar más a profundidad la percepción de los usuarios respecto del servicio recibido. Los aspectos centrales a medir están relacionados con los atributos de calidad establecidos para este nivel de atención, conteniendo 12 preguntas, con respuestas que buscan que el usuario defina posturas polares (bueno - malo ó sí – no); También se deja abierta la posibilidad de dar opiniones y/o sugerencias se propone ejecutar la encuesta durante una semana. Para aplicar la encuesta de forma aleatoria, se tomaron a los pacientes que acudieron para ser atendidos en Medicina de acuerdo al turno, se realizó con la señora encargada de Estadística cada dos turnos por tres días en la semana al salir el paciente de la consulta.

VARIABLES CUANTITATIVAS:

Tiempos de espera

VARIABLES CUALITATIVAS:

- opinión del usuario sobre la calidad de atención (buena, mala)
- grado de satisfacción con el profesional que le atendió (muy satisfecho, satisfecho, insatisfecho)
- trato del médico de esta U.O.
- relación médico-paciente
- posibilidad de turnos con cita previa
- información sobre el diagnóstico y la receta prescrita por el médico.
- cuál sería el motivo por el que no regresaría a este lugar?

FUENTE DE INFORMACION:

- Entrevistas realizadas

TECNICAS: entrevista.

INSTRUMENTOS: cuestionario

Para la aplicación de la encuesta seguimos los siguientes pasos:

- Reunión con el personal del equipo de salud del Subcentro Chiriyacu Bajo, para dar a conocer sobre este tipo de investigación.
- Realización del cuestionario a aplicarse a los usuarios del Subcentro de Salud Chiriyacu Bajo.
- Aplicación del cuestionario en los pacientes que acuden al Subcentro de Salud Chiriyacu Bajo, durante tres jornadas de atención normal.
- Reunión con el equipo de salud para analizar los cuestionarios y encontrar los resultados obtenidos y buscar las soluciones pertinentes.

RESULTADOS

Este estudio exploró los siguientes acápite: tiempo de espera, trato del médico, satisfacción con la atención del profesional, opinión sobre la calidad de atención, posibilidad de turnos con cita previa, si el médico informó o no sobre el diagnóstico, la receta prescrita, tiempo de escucha, si volvería a esta Casa de Salud y el motivo por el que no regresaría a este lugar.

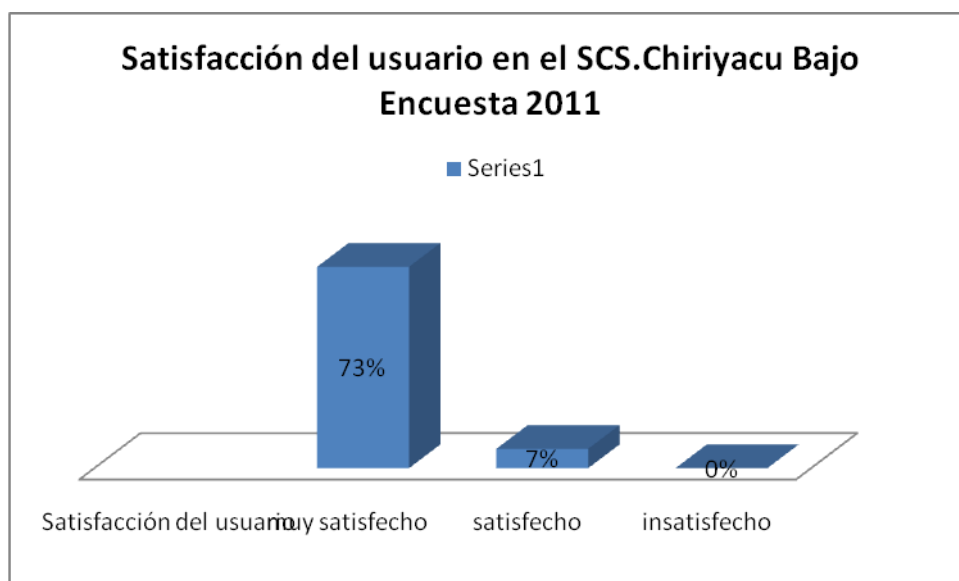
En general los principales motivos que definen la buena calidad de la atención están asociados al trato y el profesionalismo del personal que brinda la atención médica.

Esta información es específica sobre la satisfacción de los usuarios en relación a la atención brindada en esta Unidad Operativa, los principales hallazgos demostraran el grado de satisfacción en los usuarios, sin embargo los motivos que por lo general definen una mala calidad de atención están dados por los largos tiempos de espera.

En el análisis de las encuestas, se encontró los siguientes hallazgos:

Satisfacción con la atención médica:

En cuanto a la satisfacción del usuario los resultados muestran que un 73% se encuentra muy satisfecho, un 7% está satisfecho y ninguno contesta estar insatisfecho.

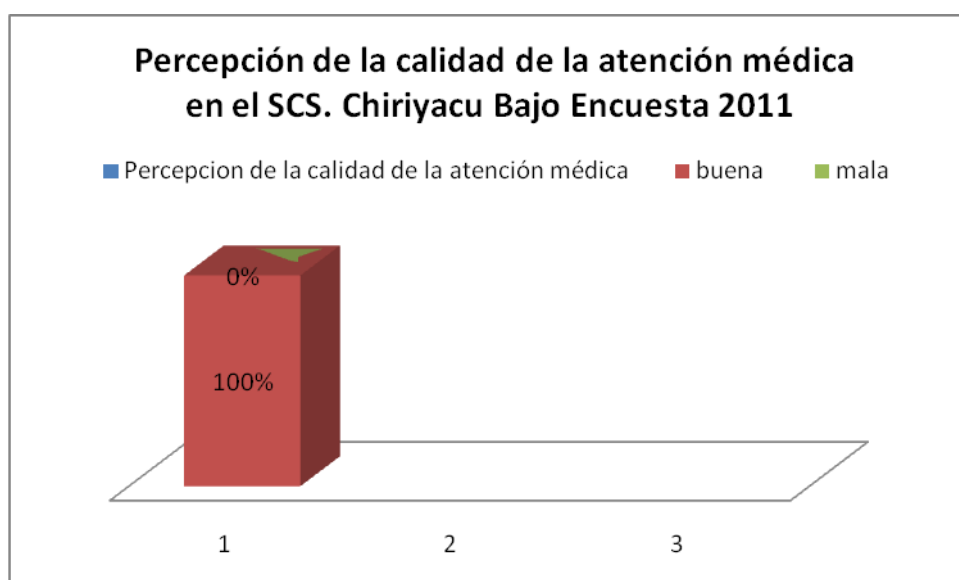


Fuente: Encuesta SCS. Chiriyacu Bajo 2011

Autor: Investigador: D.U.

Percepción general de la calidad de la atención médica:

Del total de encuestas realizadas encontramos que el 100% percibe la atención como buena.

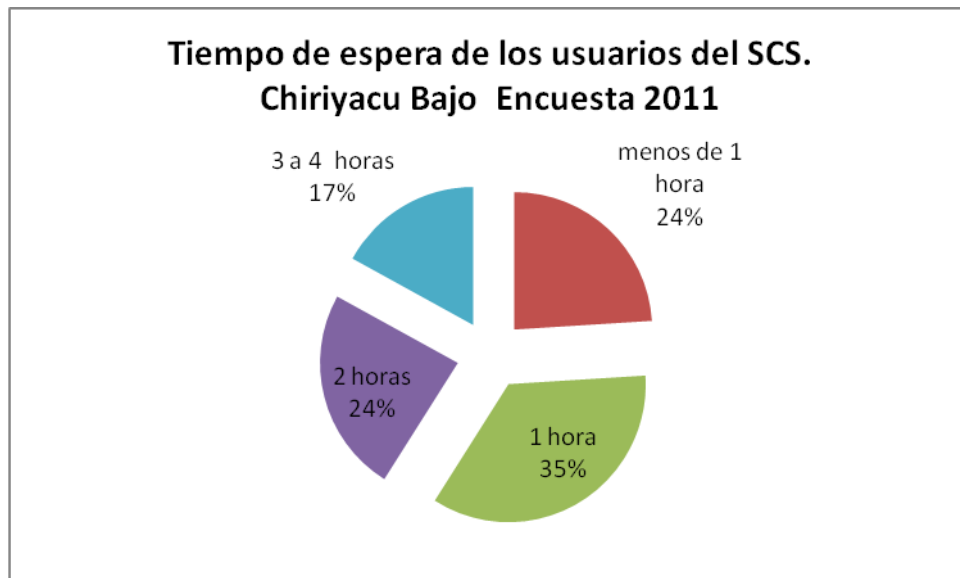


Fuente: Encuesta SCS. Chiriyacu Bajo 2011

Autor: Investigador: D.U.

Tiempo de espera:

Los resultados encontrados en cuanto al tiempo de espera demuestran que la mayor parte de usuarios esperan alrededor de una hora



Fuente: Encuesta SCS. Chiriyacu Bajo 2011

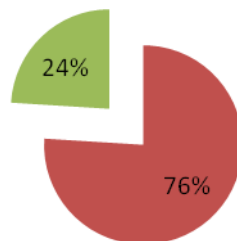
Autor: Investigador: D.U.

Cita previa:

En cuanto a la pregunta de si le gustaría que la atención sea con cita previa el 76% responden que si, y un 24% no desean esta modalidad.

Están de acuerdo con los turnos por cita previa los usuarios del SCS. Chiriyacu Bajo Encuesta 2011

■ Le gustaría ser atendido con cita previa ■ si ■ no



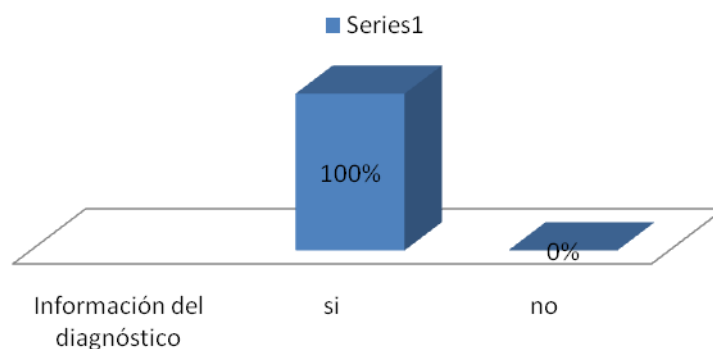
Fuente: Encuesta SCS. Chiriyacu Bajo 2011

Autor: Investigador: D.U.

El médico informa el diagnóstico luego de la atención:

Los usuarios responden a esta pregunta con un si en el 100%

Información del Diagnóstico del médico en el SCS. Chiriyacu Bajo Encuesta 2011

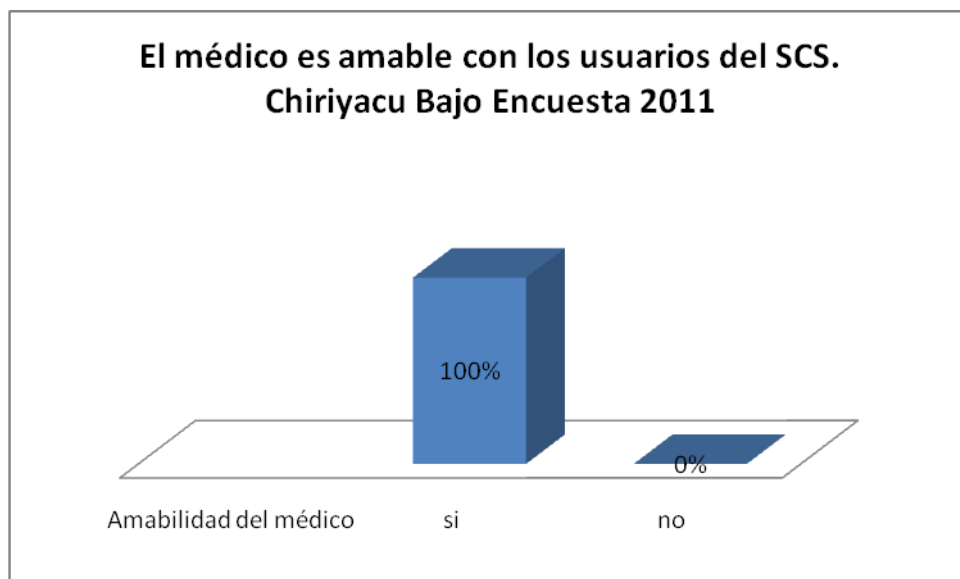


Fuente: Encuesta SCS. Chiriyacu Bajo 2011

Autor: Investigador: D.U.

Amabilidad del médico:

La percepción de los usuarios sobre la amabilidad del profesional médico es del 100%

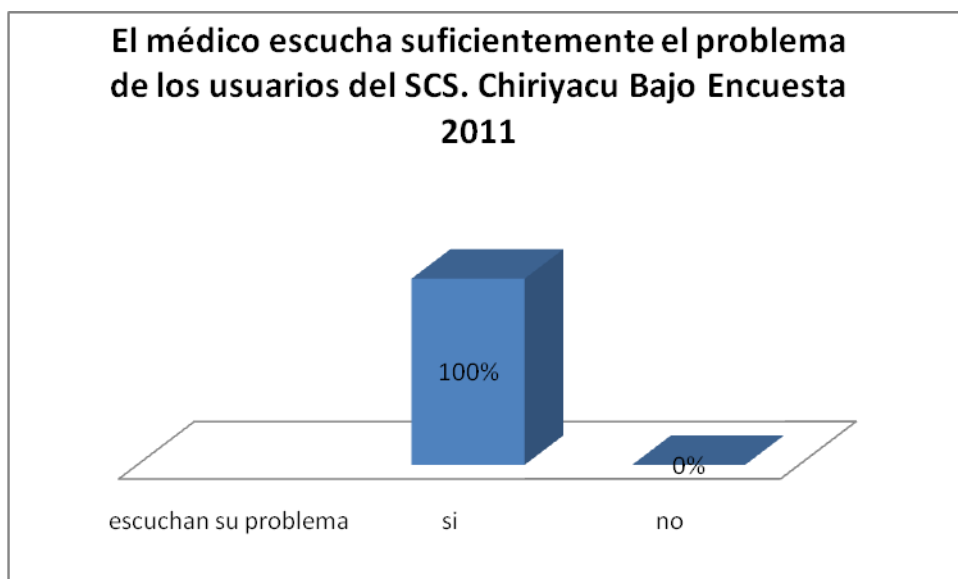


Fuente: Encuesta SCS. Chiriyacu Bajo 2011

Autor: Investigador: D.U.

El médico escucha el tiempo necesario el problema:

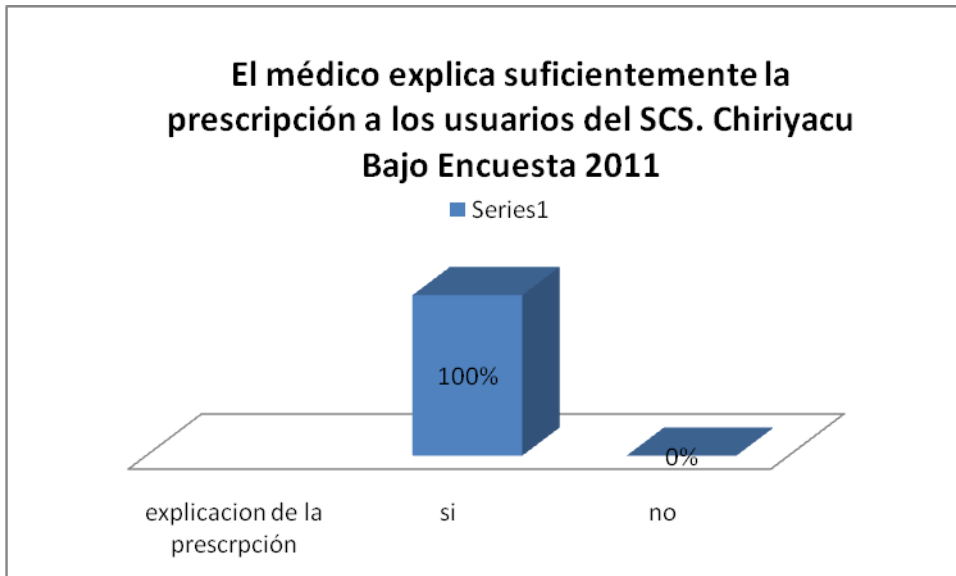
En relación en esta pregunta la totalidad de usuarios responden que si existe la escucha suficiente por parte del profesional médico



Fuente: Encuesta SCS. Chiriyacu Bajo 2011

Explicación suficiente de la prescripción:

El 100% de los usuarios encuestados responde que el médico si le explica suficientemente la receta prescrita.

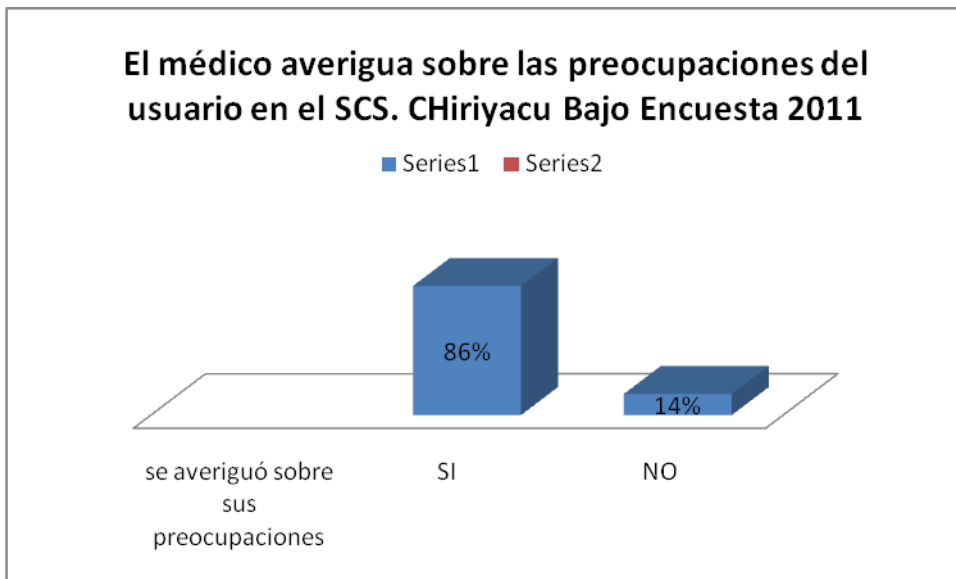


Fuente: Encuesta SCS. Chiriyacu Bajo 2011

Autor: Investigador: D.U.

Durante la consulta el médico pregunta sobre sus preocupaciones:

En relación a que si el médico se interesa por las preocupaciones del usuario la respuesta es del 86 % afirmativa, significa una buena relación médico-paciente

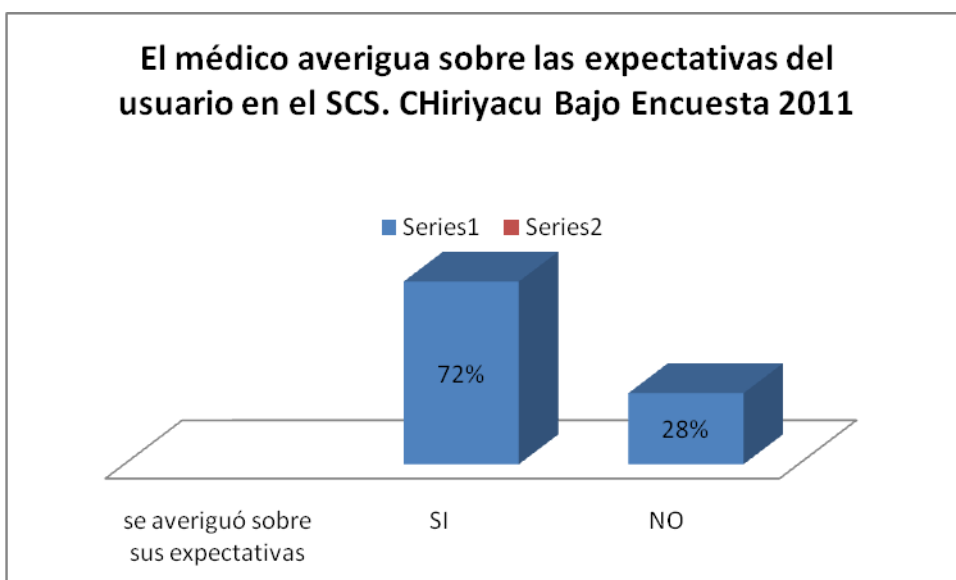


Fuente: Encuesta SCS. Chiriyacu Bajo 2011

Autor: Investigador: D.U.

Durante la consulta el médico pregunta sobre sus expectativas:

Frente a la pregunta de si el médico averigua sobre las expectativas del usuario un 72% responden que si.

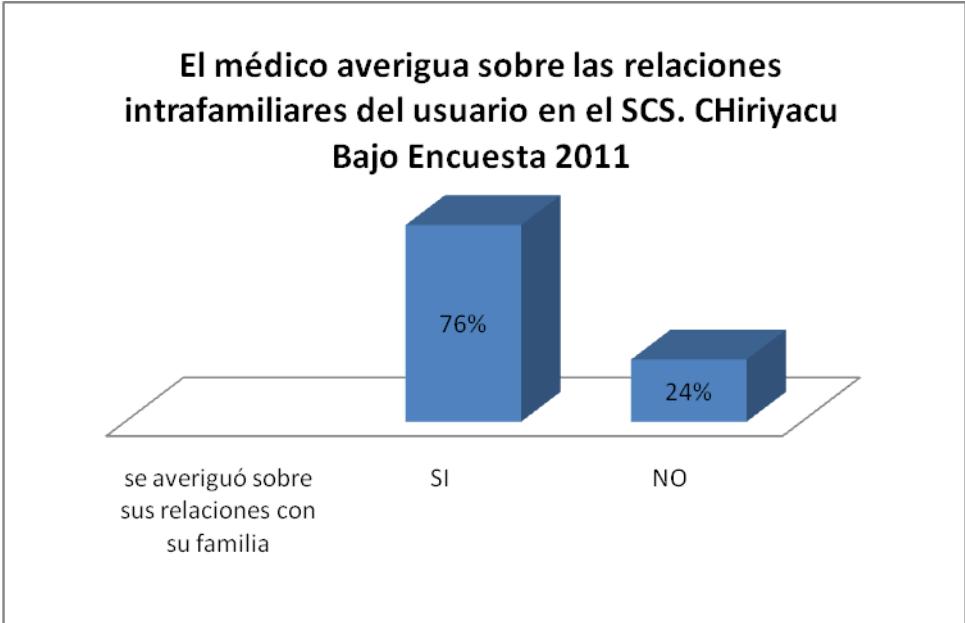


Fuente: Encuesta SCS. Chiriyacu Bajo 2011

Autor: Investigador: D.U.

Durante la consulta el médico pregunta sobre sus relaciones con los demás miembros de su familia:

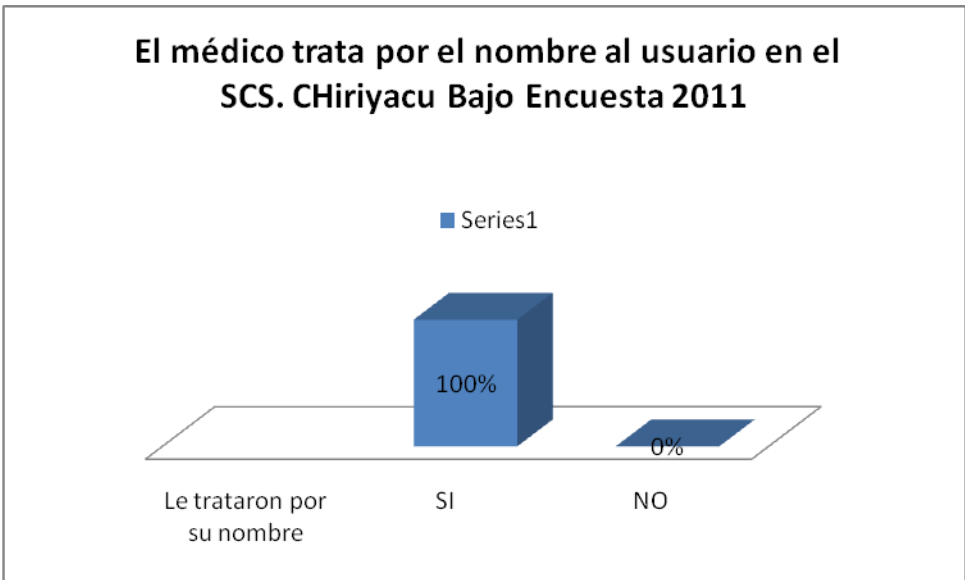
Existe un 76% que afirma que el médico si le preguntó sobre cómo se lleva con los otros miembros de la familia



Fuente: Encuesta SCS. Chiriyacu Bajo 2011
Autor: Investigador: D.U.

El médico trata por el nombre al usuario:

En relación a esta pregunta todos los encuestados refieren haver sido tratados por su nombre durante la consulta médica

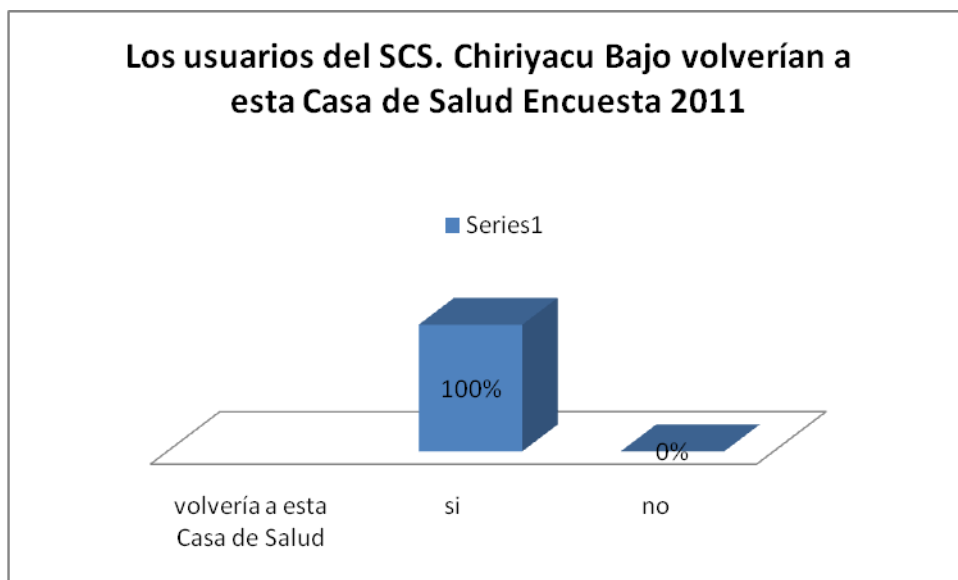


Fuente: Encuesta SCS. Chiriyacu Bajo 2011

Autor: Investigador: D.U.

Volvería a consultar en esta Casa de Salud:

Los usuarios en esta pregunta responden el 100% que si volverían a esta Casa de Salud.



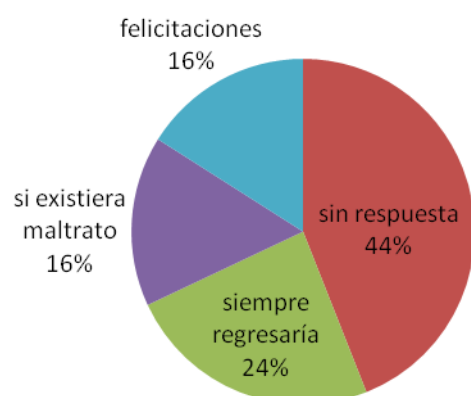
Fuente: Encuesta SCS. Chiriyacu Bajo 2011

Autor: Investigador: D.U.

Motivos por los que no regresaría a esta Unidad de Salud:

En esta pregunta donde los usuarios dan su opinión, existe un gran porcentaje de personas que no responden (44%), mientras que tambien un 16% felicitan la labor del profesional médico

Opinión de usuarios frente al motivo de no regresar al SCS. Chiriyacu Bajo Encuesta 2011



Fuente: Encuesta SCS. Chiriyacu Bajo 2011

Autor: Investigador: D.U.

CONCLUSIONES

Aunque la satisfacción del usuario, expresada en entrevistas y encuestas, no significa necesariamente que la calidad es buena; sin embargo se puede concluir con este estudio que en esta Unidad de Salud existe un alto porcentaje de satisfacción de los usuarios, que perciben como de buena calidad la atención que brinda el profesional médico. Pero tampoco podemos descartar que existan bajas expectativas. Es posible que el usuario diga que está satisfecho porque quiere complacer al entrevistador, porque teme que no se le presten servicios en el futuro, debido a las normas culturales en contra de las quejas.

La satisfacción del usuario es un indicador importante de la calidad de servicios, no obstante, resulta difícil evaluarla; los métodos y las medidas para la recolección de datos suelen influir en las respuestas del usuario. Como se mencionó anteriormente, la mayoría de los usuarios afirman estar satisfechos independientemente de la calidad real. Además, tanto el acceso a los servicios como las repercusiones de los servicios en la salud (por ejemplo, la presencia de efectos secundarios) pueden afectar la satisfacción del usuario a tal nivel que no refleje el proceso de prestar atención. En general existen dos tendencias, de evaluación de la satisfacción del usuario; una de ellas privilegia métodos, técnicas e instrumentos cuantitativos en el supuesto que aseguran mayor objetividad, en parte, debido a la mayor homogeneidad de los instrumentos utilizados, la otra parte da cierta crítica a la aparente superficialidad de los métodos cuantitativos donde los problemas y las causas fundamentales muchas veces no emergen o quedan encubiertos, en tal sentido promueven la utilización de métodos y técnicas cualitativas que permiten abordajes en profundidad de los problemas de calidad percibidos por los usuarios, así como de sus potenciales soluciones.

Las encuestas, como método de investigación, son el medio más empleado para conocer la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos, midiendo el parecer de los que han recibido asistencia; pero no representa la opinión general de la comunidad sobre el sistema sanitario, las encuestas más utilizadas en los servicios de salud son las de satisfacción realizadas tras la realización del proceso de atención. Por otro lado, los métodos cualitativos si bien pueden aportar información más exhaustiva sobre esta condición básicamente subjetiva, son complejos y exigen amplia preparación y experiencia en su manejo. En cualquier caso también es importante reconocer que los métodos cualitativos difícilmente pueden producir por si solos la información capaz de ser generalizada a espacios institucionales extensos y deben ser asumidos como modalidades complementarias que permite profundizar la información sobre problemas previamente detectados por métodos cuantitativos.

RECOMENDACIONES

Es importante conocer cuál es la percepción de los usuarios con los que se está trabajando para mejorar continuamente la calidad. Sin embargo los administradores no deben suponer que los servicios prestados son adecuados únicamente porque los usuarios no se quejan. Aun los niveles bajos de insatisfacción reportada, tan bajos como el 5%, deben tomarse en cuenta seriamente (Emanuel, 1999). Cuando el usuario percibe la calidad de manera equivocada, sus expectativas pueden influir en el comportamiento de los prestadores de servicios y, de hecho, reducir la calidad de atención. Los usuarios a veces solicitan pruebas, procedimientos o tratamientos inapropiados porque creen, erróneamente, que constituyen buena calidad. En respuesta a tales exigencias, ha habido casos de médicos que han recetado medicamentos innecesarios. El orientar a los usuarios e informar al público con respecto a lo que constituye la atención apropiada suelen ser aspectos importantes en la prestación de servicios de buena calidad.

Con base en lo anterior es importante considerar la relación médico-paciente como elemento central para brindar una atención de calidad, para ello se considera el uso de un lenguaje claro, mantener una comunicación verbal y una expresión que genere confianza, ya que este elemento juega un papel importante en la adhesión de los pacientes y la satisfacción a sus necesidades.

Es importante para la Salud Pública y para quienes dirigen su actividad diaria al cuidado de los pacientes, desarrollar e incrementar todas aquellas estrategias que permitan fortalecer la calidad; esto asegurará satisfacción del usuario y evitará gastos inoportunos en el sistema de salud; sin embargo, cabe recordar

que para lograr este cambio debe producirse una reflexión de paradigmas en quienes trabajan en actividades asistenciales y salubristas, con un salto desde lo biologicista hacia lo sistémico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alves V. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation. Interface - Comunic. Saúde, Educ., v.9, n.16, p.39-52, Botucatu, set.2004/fev.2005.
2. Ayres, J. Care and reconstruction in healthcare practices, Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.8, n.14, p.73-92, Botucatu, set.2003-fev.2004.
3. Capra F. O Ponto de Mutacao. 20 a rev. ed. Brasil: Editora Cultrix Ltda., 1997.
4. Chile Crece Contigo. Modelo biopsicosocial en el Servicio de Pediatría del Hospital Higuera.20 disponible en: www.mednet.cl/medios/eventos/.../EquipoTalcahuanoPTO13.ppt
5. Cooper L, Gallo J, Gonzales J, Vu ht, Powen, Nelson C, Ford D. *Race, gender and partnership in the patient-physician relationship*. JAMA.1999; 262:583-9.
6. Cottrell L, Nield L, Perkins K. Effective interviewing and counseling of the adolescent patient. Pediatric Ann, 2006; 35(3): 164-166.

7. Chang de la Rosa Martha, Alemán Lage María del Carmen, Cañizares Pérez Mayilee, Ibarra Ana María, Satisfacción de los Pacientes con la Atención Médica. Rev. Cubana Medicina General Integral. 1999; 15(5): 541-7.
8. Emanuel E, Emanuel L. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En: Counciro A (editora). Bioética para clínicos. Editorial Triacastela, Uruguay. 1999. ISBN 84-921418-9-1, págs. 109-126
9. Fernández J. Grado de satisfacción del usuario externo en los servicios de consulta externa del Hospital Militar Geriátrico. Tesis para optar por el título de especialista en medicina integral y gestión en salud. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú; 2003.
10. Gutiérrez P, Herteleer J, Henríquez R, Lucio R, Ortiz P, Pacheco V, Sánchez G, Villacrés N. Diplomado en Gerencia y Calidad en Servicios de Salud. Módulo introductorio. 2010, págs.: 95-114.
11. Instituto nacional de estadística y censos. encuesta de recursos y actividades en salud. Quito, 2007.
12. Laín Entralgo. La relación médico-enfermo. Historia y teoría. Madrid, Revista de Occidente, 1964.

13. Leebov W. Ersoz C. J. Manual de Administradores de Salud para el Mejoramiento Continuo. American Hospital Publishing, traducción del Centro de Gestión Hospitalaria; 1991
14. Lucio R. Villacrés N, Henríquez R. Sistema de salud de Ecuador. Salud Pública Mex. 2011; 53 (2):S177-S187.
15. Mercenier P, Van Balen H. Bases de la organización de los servicios de salud. 1er Curso de Post-grado en Medicina Tropical; Bolivia, 1997. p. 55-58.
16. Ministerio De Salud Del Perú. Encuesta de satisfacción de usuarios del Hospital César Garayar García [Informe técnico]. Lima: MINSA, Unidad de gestión de calidad en salud; 2005.
17. París M. Formación - Aprendizaje Organizacional: ¿Relación suficiente para construir una organización inteligente? Revista electrónica psicología científica. Argentina, 2011.
18. Perfil del Sistema de Servicios de Salud del Ecuador. OPS, 2001.
19. Ramírez-Sánchez Teresita de J. Percepción de la Calidad de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Salud Pública de México. Vol. 40, nº 1, enero-febrero de 1998.

20. Ramos-Rodríguez C. Percepción de las relaciones médico-pacientes por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina Lima. An Fac med.2008; 69(1):12-6.
21. Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M, Stiles W, Inui TS. Communication patterns of primary care physicians. JAMA 1997; 227: 350-356.
22. Sánchez J. La relación médico-paciente. Algunos factores asociados que la afectan. Rev. CONAMED 2007; 12 (1): págs.20-28.
23. Sulbarán JP. *El rol de la gerencia en el proceso de cambio.* Revista de Economía. 1998(14). Disponible en: http://iies.faces.ula.ve/Revista/Articulos/Revista_14/Pdf/Rev14Sulbaran.pdf.
24. Tena C, Sánchez-González J. Medicina asertiva: una propuesta contra la medicina defensiva. Ginecol Obstetra Méx 2005; 73(10): págs. 553-559.
25. Velasco S. Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en atención primaria de salud. Secretaría General de Políticas de igualdad, Instituto de la Mujer. Madrid, 2006.

ANEXO 1

ENCUESTA

La encuesta tiene por objetivo conocer su percepción acerca de la calidad de la atención en esta unidad de salud.

ENCIERRE CON UN CÍRCULO SU RESPUESTA:

1. Luego de atención Ud. se encuentra

Muy satisfecho

Satisfecho

Insatisfecho

2. ¿Cómo calificaría la calidad de atención del médico en esta casa de Salud?

BUENA

MALA

3. ¿Qué tiempo transcurre desde que llega hasta que recibe la atención médica?

----- horas

_____ minutos

4. ¿Le gustaría que la atención en esta casa de salud sea con cita previa?

SI NO

5. ¿El médico le informa que diagnóstico tiene después de ser atendido?

SI NO

6. ¿El médico es amable con usted?

SI NO

7. ¿El médico escucha el tiempo necesario su problema de salud?

SI NO

8. ¿El médico le explica lo suficiente acerca de la receta que le prescribe?

SI NO

9.-Durante la consulta el médico le preguntó sobre:

¿Sus preocupaciones?

SI NO

¿Sus expectativas (o sea lo que usted espera de la consulta)?

SI NO

¿Cómo se lleva con los miembros de su familia?

SI NO

10.- ¿El médico le trato por su nombre?

SI NO

11.- ¿Volvería a consultar en esta casa de salud?

SI NO

12.- ¿Cual sería un motivo por el que no regresaría a este lugar?
