

Calidad de la atención de la salud desde la perspectiva del paciente: análisis de los resultados de una encuesta realizada en centros de atención primaria del ámbito público.

Avance de investigación en curso.

GT 19: Salud y seguridad social: transformaciones sociales e impactos en la población.

Mercedes Laurenza

Resumen

Se analizaron los resultados de una encuesta que indaga la inaceptabilidad de los pacientes respecto de diferentes dimensiones de la atención ambulatoria. Se estudió la variación de los resultados a lo largo del tiempo y se compararon los del ámbito público con los del privado.

Pudo verificarse la capacidad de la herramienta de detectar dificultades, al igual que su sensibilidad para captar las variaciones derivadas de las intervenciones realizadas.

Los valores más altos de inaceptabilidad en ambos sectores, se dieron en el aspecto turnos.

Por otra parte, la dimensión que más frecuentemente apareció como la de mayor importancia fue, en el ámbito público, el trato del personal administrativo. En el ámbito privado se le sumó enfermería.

Palabras clave: Salud- Calidad- Aceptabilidad

Introducción

La salud es reconocida como un derecho humano y como tal debe ser garantizado por los estados que de esa manera la conciben, a través de la disponibilidad de servicios de salud, la creación de condiciones de trabajo saludables y seguras, el acceso a una vivienda adecuada y a alimentos nutritivos. Según las definiciones de la OMS (2012), los componentes centrales del derecho a la salud son disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

En ese marco, los sistemas de salud, así como las políticas, programas, planes y declaraciones, tanto de los gobiernos como de los organismos internacionales, organizaciones intermedias, como ONGs y entidades académicas, aceptan y se enfocan hacia el acceso universal y la atención de buena calidad, lo que puede ser englobado en el concepto de equidad (Mattioli, 2011).

En Argentina contamos con un sistema público de salud organizado en torno al principio de cobertura universal, lo cual implica que toda aquella persona que habite el suelo argentino, por ese sólo hecho, puede acceder a las prestaciones en salud brindadas por el sector público. Este sector o sistema, coexiste con el sistema privado y el de la Seguridad Social (que, además, cuenta con varios subsistemas y un sinnúmero de entidades financiadoras), a los cuales se puede acceder por medio de una contratación (sistema privado) o a partir de la condición de trabajador en relación de dependencia o autónomo, a través de aportes (seguridad social). Nuestro régimen se caracteriza por una fuerte fragmentación, con superposición en las coberturas e inequidades a lo largo del territorio, que cristalizan y al mismo tiempo reproducen las inequidades socioeconómicas preexistentes.

Para el ciudadano, en lo concreto, esto significa niveles variables de gasto de bolsillo y acceso a prestaciones de diferente calidad según tipo de cobertura¹ y ubicación geográfica. En este contexto y en pos de la construcción de un sistema de salud equitativo, la mejora de la calidad de la atención adquiere un papel central.

La preocupación por la calidad, si bien siempre estuvo presente en el ejercicio de la medicina, en la actualidad y desde los años noventa, se ha instalado como un tema de importancia estratégica para la transformación de los sistemas sanitarios (Petracci, Manzelli, Pecheny, Necchi, Cerrutti, 2004).

Conceptualmente se trata de un término dinámico, dado que articula ámbitos institucionales diversos como la cultura de una organización, el clima laboral de los servicios de salud, la respuesta a los problemas de los pacientes y la perspectiva de los usuarios sobre la atención recibida. A su vez es polisémico, dado que su sentido varía según el enunciador sea la comunidad científica, los profesionales, los usuarios de los servicios de salud o la opinión pública (Ibíd.)

Por otra parte, tal como lo definió A. Donabedian (1990), uno de los primeros autores que destacó la relevancia de la calidad de la atención, se trata de un término multidimensional en el que se conjugan diferentes atributos: eficacia, efectividad, eficiencia, equidad, aceptabilidad y legitimidad. El atributo de la aceptabilidad, refiere justamente a la conformidad de los deseos y expectativas individuales de las personas con las prestaciones recibidas.

En cuanto a la producción teórica en la temática, pueden identificarse al menos cuatro dimensiones no excluyentes (Petracci, Manzelli, Pecheny, Necchi, Cerrutti, 2004):

a- La producción ligada al “deber ser” de la calidad, entendida como un componente básico del derecho a la salud. Esa producción está representada, fundamentalmente, por los documentos internacionales encargados de sentar las definiciones sobre estos términos.

b- La bibliografía al respecto de los indicadores y/o índices que permiten acreditar si la atención brindada por un establecimiento reúne (o no) ciertos estándares de calidad. Ejemplos de esta dimensión son los programas que tienen como objetivo aportar una metodología de evaluación del funcionamiento hospitalario. En este sentido en Argentina contamos con una vasta experiencia acumulada por el Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud, el cual desarrolla programas de acreditación en todo el país desde el año 1993.

c- Vinculada con la dimensión anterior, encontramos la producción que apunta a mejorar la gestión de un establecimiento de salud a través de la aplicación de un proceso de gestión de la calidad. Es posible decir que gran parte de la bibliografía que aparece bajo la denominación de “calidad total” se orienta en esa dirección: establecer las bases y las líneas de acción que hagan posible la implementación de una gestión de calidad en las instituciones. La perspectiva de Calidad Total se inicia al volcar las ideas de E. Deming (1989) a la industria japonesa de posguerra, quien definió a la calidad como una meta que es posible alcanzar a partir de una serie de cambios organizacionales orientados a la aplicación de un sistema integral de gestión estratégica a largo plazo, así como a través del mejoramiento de la calidad de vida laboral y la promoción de la satisfacción (calidad percibida) del cliente/usuario. Ese enfoque integral de la calidad se convirtió en un paradigma de gestión e ingresó con posterioridad al ámbito de las políticas públicas y de los servicios.

El enfoque de calidad total atraviesa también a muchos de los programas que buscan evaluar el funcionamiento hospitalario. Lo que diferencia a esa dimensión de la vinculada con la gestión es el lugar desde el cual los actores se posicionan, si como gestores o como evaluadores, pero utilizando los mismos conceptos y estándares de calidad (Otero, 2010).

d- Las investigaciones que persiguen comprender qué es una atención de calidad y/o medir la calidad desde la perspectiva de los profesionales y los usuarios.

¹ Si bien está definida una canasta de prestaciones médicas obligatorias (P.M.O.), la misma sólo abarca a las obras sociales nacionales, sin regir sobre las provinciales.

La perspectiva de los usuarios/pacientes es también recuperada como un elemento central por la perspectiva de la garantía de la calidad, desde la cual se busca obtener información y en función de esa información reajustar los procesos de atención de la salud (Donabedian, 2001). En este sentido el autor define diferentes roles asumidos por los pacientes respecto de la calidad: son definidores de la misma; evaluadores; informantes; co-productores de la atención, trabajando junto con los profesionales con capacidad de ser reformadores de la atención médica; ejecutores de la garantía de calidad; controladores de los prestadores y reformadores del servicio de salud.

Ahora bien, al hablar de calidad desde la perspectiva del paciente, nos referimos a lo que se ha dado en llamar calidad percibida. Ésta va a depender de la comparación del servicio que el sujeto espera recibir con el servicio efectivamente percibido (Grönroos, 1994). Algún grado de satisfacción se produce si las expectativas se confirman al coincidir con el desempeño del servicio o cuando el desempeño resultó mejor de lo esperado. En cambio, algún grado de insatisfacción tendrá lugar si las expectativas no se confirman porque el desempeño del servicio es peor de lo esperado. Así, la calidad percibida supone un nivel de abstracción más alto que cualquiera de los atributos específicos de la calidad, lo cual supone una gran dificultad para su estudio y mucho más para su medición sistemática.

En nuestra región, países como Brasil, Chile, México, Cuba, entre otros, han desarrollado cuestionarios validados para estimar la satisfacción de los pacientes y/o usuarios de los establecimientos de salud, tanto del ámbito público como privado. En Argentina, si bien el desarrollo de encuestas de satisfacción es común en los establecimientos de salud, no fue hasta el año 2009 que comenzó a implementarse un cuestionario validado para medir la calidad percibida por los pacientes en el nivel de atención ambulatoria. El mismo es desde entonces, instrumentado por el Programa de Indicadores de Calidad de la Atención Médica (PICAM)², que forma parte del Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES) y la Sociedad Argentina para la Calidad de la Atención de la Salud (SACAS), aplicándose tanto en establecimientos privados como públicos.

Metodología

El cuestionario fue diseñado y validado tanto para el ámbito público como para el privado, en el marco de un trabajo de tesis de maestría (Vázquez, 2006). Posteriormente, bajo una beca de investigación del Ministerio de Salud de la Nación (Vázquez, 2008) se seleccionaron de este cuestionario aspectos de la atención y, dentro de los mismos, los ítems que mejor los representaran (ver anexo). Asimismo, en este trabajo fue diseñado un indicador de Insatisfacción Global Ponderada, con los respectivos indicadores de inaceptabilidad e importancia de cada uno de los aspectos: médico de cabecera, enfermería, instalaciones (recurso físico), trato del personal administrativo, médico especialista y turnos.

Una de las características centrales del mencionado cuestionario, es su capacidad de disminución del “efecto techo”, dificultad frecuente en las encuestas realizadas a pacientes en el ámbito de salud, según la cual se obtienen respuestas con elevados niveles de aceptabilidad o satisfacción, impidiendo la detección de variaciones.

La estrategia para evitar el efecto techo adoptada en esta encuesta es el análisis de la inaceptabilidad en lugar de aceptabilidad y de la importancia de cada uno de los aspectos, la cual se estima matemáticamente a través de la técnica de análisis factorial. Esta permite identificar dimensiones subyacentes a un conjunto de variables, a través de la detección de interrelaciones entre ellas. La técnica de análisis factorial facilita la reducción del volumen de datos y su clasificación, para un mejor manejo y análisis. Una vez que las variables originales están agrupadas en diferentes dimensiones o

² Dirigido por el Dr. Camilo Marracino e integrado por el Dr. Fernando Vázquez, investigador asociado, la Dra. Silvia Yarad, consultora en gestión de la calidad y el Dr. Antonio Gallesio, coordinador técnico, el Dr. Ricardo Otero (SACAS) y Dr. Ricardo Durlach (ITAES).

factores, es posible obtener lo que se denomina porcentaje de la varianza explicada. Esto es, la proporción de la variabilidad del conjunto de las variables analizadas que es explicada por cada una de las dimensiones. A partir del porcentaje de varianza explicada de cada aspecto se estima su importancia, lo cual en nuestro caso significa la capacidad de explicar la inaceptabilidad global con respecto a las prestaciones de un establecimiento.

La inaceptabilidad se pondera por la importancia, obteniéndose de esa manera un indicador de “inaceptabilidad ponderada” para cada uno de los aspectos. A partir de estos indicadores ponderados correspondientes a cada dominio, se obtiene un indicador de inaceptabilidad global ponderada, que resume la situación de los centros en un solo valor. Este se denomina insatisfacción global ponderada (Ibíd.).

En cuanto a la población encuestada, se toma como población trazadora a mujeres, teniendo en cuenta que el rol del cuidado de la salud en el entramado familiar, tanto de la descendencia como de la ascendencia, sigue siendo mayoritariamente asumido por las mujeres (Valderrama Ponce, 2006).

Dado el sesgo que la edad tiene en los niveles de aceptabilidad (a mayor edad mayores niveles de aceptabilidad y viceversa) y con el objetivo de que los resultados sean comparables, se definió como rango etario de las encuestadas, el que va entre los 25 y 44 años.

La encuesta fue diseñada de forma que pueda ser auto-administrada, lo cual se da en el ámbito privado, siendo realizada por un encuestador entrenado cuando se trata del sector público. Si bien la presencia de un encuestador puede aumentar los sesgos, se consideró que sin el mismo el nivel de no respuesta sería tal que haría inviable la aplicación del cuestionario (Vázquez, 2008).

Tal como fue mencionado, el cuestionario se aplica de forma sistemática desde el año 2009, tanto en establecimientos privados como públicos, en el ámbito de la atención ambulatoria. En el sector privado fue adoptada en establecimientos de la Ciudad de Buenos Aires y del conurbano bonaerense, dedicados exclusivamente a la atención ambulatoria o en consultorios externos de establecimientos polivalentes con internación. En el ámbito público se realiza en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de dos localidades de diferentes provincias del país. En el presente trabajo nos abocaremos a los resultados obtenidos en los CAPS de una de estas localidades, donde la experiencia no comprende únicamente la realización de la encuesta y la entrega de los resultados sino también la puesta en común de estos resultados en el propio municipio, donde fueron discutidos con las autoridades locales, promotores de salud, enfermeros y médicos de los establecimientos, así como las encuestadoras encargadas de relevar la información.³ Esta modalidad de trabajo intenta conectar los resultados plasmados en valores, con las realidades concretas de los centros, motivando que los propios actores le otorguen un sentido.

Análisis de caso.

El municipio al cual pertenecen los establecimientos públicos cuya información se tomará, cuenta con 324.000 habitantes, dispone de 36 unidades sanitarias o CAPS y un hospital de dependencia provincial.

A modo de aproximación al perfil sanitario de su población, repasaremos algunos indicadores, así como la ubicación del municipio respecto de estos en el ranking de localidades que realiza el Ministerio de Salud de la provincia en la que se encuentra y la comparación con el valor a nivel provincia.

El 56% de la población no cuenta con cobertura de obra social, es decir que depende exclusivamente de las prestaciones del sector público, ubicándose número 14 en el ranking y superando el nivel

³ Vale la pena dejar en claro que toda la información se maneja bajo estricta confidencialidad, dando a conocer exclusivamente a cada establecimiento sus propios resultados y siendo ellos los únicos con potestad de darlos a conocer.

provincial (49%). El porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas (NBI)⁴ asciende a 19,4, en la posición número 17 en el ranking y superando el valor provincial de 15,8%. La tasa de mortalidad infantil es de 11,3, posicionado en el lugar 57 y siendo levemente inferior al valor a nivel provincial de 11,5. Respecto de la mortalidad materna el valor del municipio es de 1,6, claramente inferior al provincial que asciende a 3,2 y ubicándose en el número 34 del ranking de partidos.

La encuesta se realizó en 14 de los 36 CAPS, entre los años 2009 y 2012, con un total de 3127 mujeres encuestadas. El 90% de las encuestadas había alcanzado al menos el nivel educativo de primaria completa (ver gráfico 1).

El estudio tuvo una periodicidad bimensual, trabajándose en cada bimestre con tres CAPS, encuestándose en cada uno de ellos a un mínimo de cien personas. Los centros, en la mayoría de los casos, eran diferentes, aunque podían repetirse en la medida que se encontrara alguna dificultad que lo ameritara y las autoridades locales así lo solicitaran.

Los resultados de cada centro eran comparados con los valores propios correspondientes a un periodo anterior, si los hubiere y con los valores de referencia. Estos valores fueron construidos con los datos obtenidos de los propios centros, actualizándose en cada periodo (ver cuadro 1). Como se mencionó en el apartado anterior, los análisis eran presentados y discutidos en un espacio de puesta en común en el propio municipio.

Resultados

Analizando la información obtenida a lo largo del periodo 2009-2012 de manera conjunta (ver cuadro 2), los aspectos que han presentado mayor inaceptabilidad fueron turnos (22,6%) y trato del personal (21,4%). Respecto al primero, tuvo un mayor impacto en la inaceptabilidad lo referente a la conveniencia del horario del turno otorgado, cuya pregunta obtuvo individualmente un 26% de inaceptabilidad, mientras que la referida al cumplimiento del horario por parte del médico alcanzó un 18%.

En lo referente al trato del personal, ambas preguntas tuvieron una inaceptabilidad de alrededor del 20%.

Los aspectos con menores valores de inaceptabilidad fueron médico especialista (4,5%) y médico de cabecera (6,5%). En este punto vale la pena aclarar que tratándose de CAPS, salvo dos de los analizados, que son los de mayor tamaño, las especialidades con las que cuentan son ginecología, obstetricia y pediatría.

Al analizar la importancia, si calculamos globalmente los indicadores por aspecto encontramos que aquellos con mayor importancia fueron médico especialista (18,5) y médico de cabecera (18,2). Ahora bien, para profundizar el estudio del comportamiento de estos indicadores, hicimos un análisis individualizado por centro, detectando en cada caso el aspecto con mayor importancia. Sólo consideramos los CAPS en los cuales el aspecto que presentara el mayor valor de importancia, se alejara al menos en 0,5 puntos del dominio en segundo lugar al respecto de este indicador, lo cual ocurrió en 18 casos. En 8 de ellos, es decir en el 44%, el aspecto con mayor importancia fue trato del personal (ver gráfico 2). Para indagar acerca del aspecto que fue más frecuentemente el de menor importancia, tomamos la totalidad de los centros (29) y encontramos que en el 55% de los casos fue turnos (ver gráfico 3).

⁴ Un hogar es considerado con NBI si sufre al menos alguna de las siguientes carencias o privaciones: Hogares que habitan viviendas con más de tres personas por cuarto (hacinamiento crítico); hogares que habitan en una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo), hogares que habitan en viviendas que no tienen cuarto de baño; hogares que tienen algún niño en edad escolar que no asiste a la escuela; hogares que tienen cuatro o más personas por miembro ocupado y en los cuales el jefe del hogar tiene bajo nivel de educación (sólo asistió dos años o menos a nivel primario). El indicador NBI se elabora en base a los datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas.

Como dijimos, en algunos centros y a partir de la detección de problemáticas específicas, la encuesta se efectuó de forma repetida. A modo ilustrativo tomamos un centro en el cual se trabajó con mayor continuidad, realizándose la encuesta en seis oportunidades. Se trata del CAPS más importante del municipio, por su tamaño y especialidades que ofrece.

Si analizamos el indicador resumen de Inaceptabilidad Global Ponderada, que refleja de manera global la situación del establecimiento, podemos ver la tendencia descendente del mismo, con leves ascensos, pero siempre presentando valores cercanos al de referencia, hasta finalmente ubicarse por debajo del mismo (ver gráfico 4).

Ahora bien, cuando estudiamos la evolución de los indicadores de inaceptabilidad de cada uno de los aspectos, encontramos tendencias disímiles y en todos los casos menos lineales que en el análisis del indicador global, aunque también mostrando mejoras.

El primer relevamiento de información arrojó valores de inaceptabilidad por encima de la mediana de referencia en todos los aspectos, siendo significativamente mayores en los dominios enfermería, instalaciones, trato del personal y médicos especialistas (ver cuadro 3).

Respecto del dominio enfermería, la inaceptabilidad comienza una tendencia al descenso ya desde la segunda oportunidad en la que se realiza la encuesta, siempre manteniéndose por encima de la mediana de referencia y ubicándose por debajo de la misma en los últimos dos períodos (ver gráfico 5).

En cuanto al aspecto instalaciones al repetirse la encuesta no se observan cambios sustanciales, aunque a partir del tercer periodo hay un fuerte descenso de la inaceptabilidad alcanzando en el último periodo al valor de referencia (ver gráfico 6).

En relación al aspecto trato del personal vemos una clara tendencia al descenso en el indicador de inaceptabilidad, que si bien tiene un valor muy elevado en el quinto periodo, logra luego ubicarse por debajo del valor de referencia (ver gráfico 7).

Finalmente en lo que respecta al dominio médico especialista, se trata de un aspecto que en el primer periodo presentaba valores muy elevados respecto del valor de referencia y ya al repetirse la encuesta disminuye considerablemente por debajo del valor de referencia, manteniéndose cercano al mismo (ver gráfico 8)

A los fines de contrastar estos resultados con otro ámbito, tomamos los datos obtenidos de los centros de atención ambulatoria del sector privado, en los cuales también se realiza la encuesta de forma sistemática bajo el programa PICAM. Los indicadores se calcularon sobre la base de 5629 encuestas realizadas en trece centros entre junio de 2009 y diciembre de 2012. Al igual que en el sector público las encuestadas fueron mujeres de entre 25 y 44 años. Respecto del nivel educativo, la población del sector privado tuvo en un 96% un nivel de al menos escuela secundaria completa (ver gráfico 9).

Al comparar los valores de inaceptabilidad, estos son superiores en todos los dominios en el ámbito privado, lo cual es coherente con lo que indica la bibliografía respecto de la relación directamente proporcional entre el nivel educativo y los niveles de inaceptabilidad (Hall, 1990). Sin embargo, es interesante observar que en el aspecto trato del personal ambos valores son muy cercanos: 21,4 en el sector público y 24,1 en el privado. Asimismo, en ambos ámbitos el aspecto que presenta un mayor valor de inaceptabilidad es turnos y los valores más bajos médico de cabecera y médico especialista.

Al respecto de las importancias, se siguió el mismo criterio de análisis que en el sector público, obteniéndose como resultado que en el ámbito privado los aspectos enfermería y trato del personal fueran los de valores más elevados en una mayor cantidad de centros (la base fueron 18 establecimientos), aunque la diferencia con los restantes aspectos no fue tan marcada como en el sector público (ver gráfico 10).

Cuando indagamos acerca del aspecto con mayor frecuencia de aparición con la menor importancia, encontramos (sobre la base de 31 centros) que se trata de turnos (ver gráfico 11).

Reflexiones finales.

La experiencia descrita da cuenta de la posibilidad de abordar el trabajo en la mejora de la calidad utilizando un instrumento que se base en la perspectiva del paciente. La herramienta empleada ha demostrado la viabilidad de su utilización, aun en contextos complejos como los que caracterizan a la atención de la salud a nivel territorial, como son los CAPS de los municipios de nuestro país. En ese sentido es fundamental el hecho de que se trate de un cuestionario validado, donde se trabaja con una población con características definidas respecto a las variables sexo y edad.

Al encuestarse siempre mujeres de un rango etario de entre 25 y 44 años, es posible detectar las variaciones en los valores de los indicadores a lo largo del tiempo, captando las dificultades, que en todos los casos fueron corroboradas por los propios actores involucrados. Asimismo pudieron captarse y plasmarse en los valores las intervenciones realizadas, lo cual da cuenta de la sensibilidad del instrumento de recolección de información.

Respecto de los resultados obtenidos vemos que las diferencias entre los ámbitos público y privado se dan en torno a la magnitud de los valores de inaceptabilidad, manteniéndose constante una lógica según la cual en ambos sectores el aspecto que presenta mayor insatisfacción es turnos y los que presentan los valores más bajos son los vinculados con la atención médica: médico de cabera y médico especialista. Es interesante observar lo que ocurre al respecto en el aspecto instalaciones: mientras que en el sector público es un dominio que no está entre los de mayores niveles de inaceptabilidad, en el sector privado es el segundo en nivel de inaceptabilidad, al mismo nivel que trato del personal (ver cuadro 4).

En relación a los indicadores de importancia, en el 44% de los centros del ámbito público, el aspecto con mayores niveles fue trato del personal. Esto significa que en la mayoría de los establecimientos, fue el aspecto con mayor capacidad para hacer variar la satisfacción general.

En el sector privado no hay un único aspecto que se repita como el de mayor importancia, sino que se observan dos dominios en esta situación: enfermería, en un 33% de los casos y trato del personal, en un 28%. De esta manera, respecto a la importancia, parece mantenerse también una misma lógica en ambos sectores, según la cual los aspectos que con más frecuencia son los de mayor importancia son los vinculados con el primer contacto que tiene el paciente con el servicio.

Paradójicamente, las diferentes herramientas y abordajes en el trabajo de la mejora de la calidad, no presentan desarrollos significativos en esa temática y menos aún al respecto de todo lo vinculado específicamente con el trato del personal.

Es posible afirmar que la incorporación de la perspectiva de los pacientes, siempre que se trabaje con herramientas diseñadas con rigor metodológico, aporta información de suma relevancia en el trabajo en pos de la mejora de la calidad. Permite captar problemáticas que desde otros abordajes resultarían invisibilizadas, difíciles de encarar y sobre todo de mensurar, dada la intersubjetividad por la cual están mediadas. De esta manera, la incorporación de los pacientes en los procesos de mejora continua puede fortalecer esta tarea y contribuir a un apropiado direccionamiento de los esfuerzos.

Cuadros y gráficos.

- **Cuadro 1: Valores de referencia (medianas) CAPS sector público analizado.**

	Inaceptabilidad	Importancia	Inaceptabilidad ponderada por la importancia
Médico de cabecera	6	17,5	1
Enfermería	11	17,6	1,9
Instalaciones	14	15,5	2
Trato del personal	20	18	3,5
Especialistas	3	17,4	0,4
Turnos	22	14,5	2,9
Inaceptabilidad Global Ponderada			11,6

- **Cuadro 2: Valor global de inaceptabilidad por aspecto, sector público (2009-2012)**

	Inaceptabilidad
Médico de cabecera	6,5
Enfermería	12,6
Instalaciones	15,3
Trato del personal	21,4
Especialistas	4,5
Turnos	22,6

- **Cuadro 3: Valores de inaceptabilidad por aspecto CAPS “A” vs valores de referencia, primer periodo de relevamiento.**

	Inaceptabilidad CAPS “A”	Valores de referencia (mediana)
Médico de cabecera	8,9	5,5
Enfermería	25,3	10,5
Instalaciones	25,5	14
Trato del personal	36,18	19,5
Especialistas	18,32	2,5
Turnos	28,71	21,5

- **Cuadro 4: Valor global de inaceptabilidad por aspecto, sector privado.**

	Inaceptabilidad
Médico de cabecera	12,4
Enfermería	18,6
Instalaciones	24,4
Trato del personal	24,1
Especialistas	12,1
Turnos	38,0

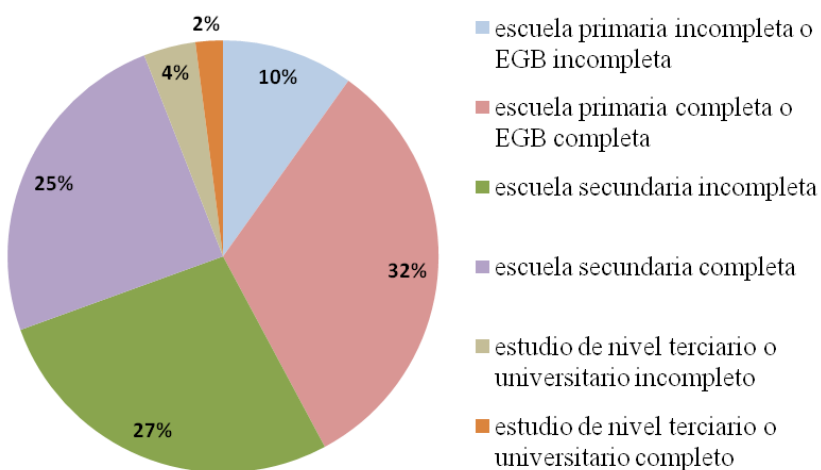
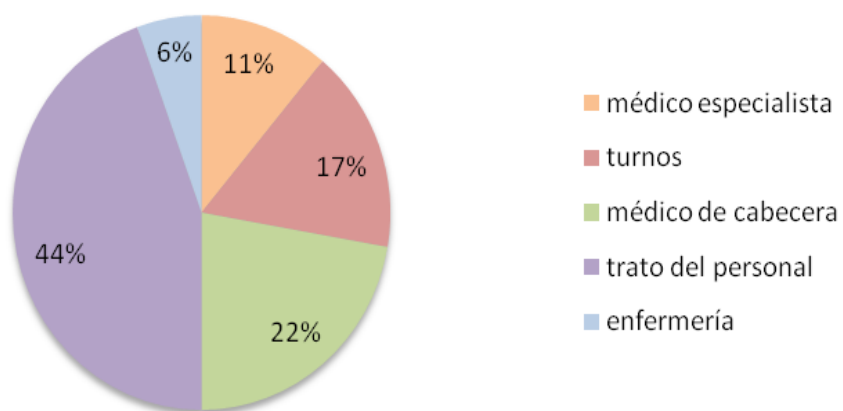
Gráfico 1**Nivel educativo alcanzado (encuestados sector público)****Gráfico 2****Aspectos según frecuencia de obtención del mayor valor de importancia (sector público)**

Gráfico 3

Aspectos según frecuencia de obtención del menor valor de importancia (sector público)

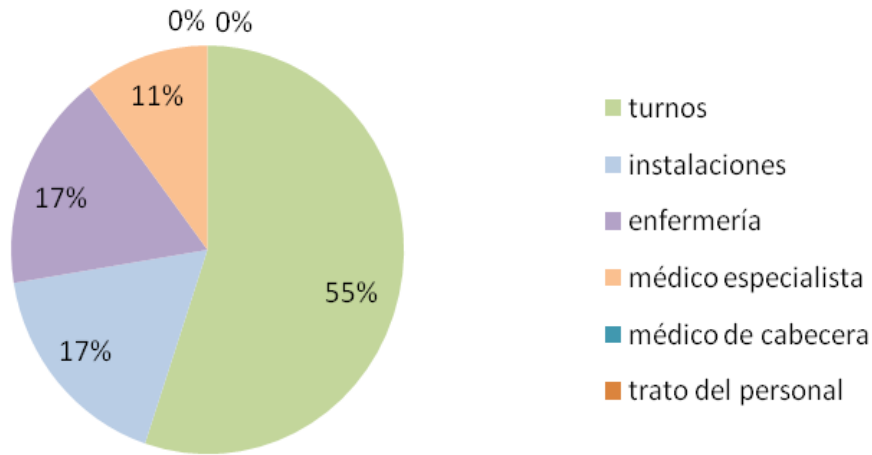


Gráfico 4

Evolución valores de Inaceptabilidad Global Ponderada, establecimiento "A"

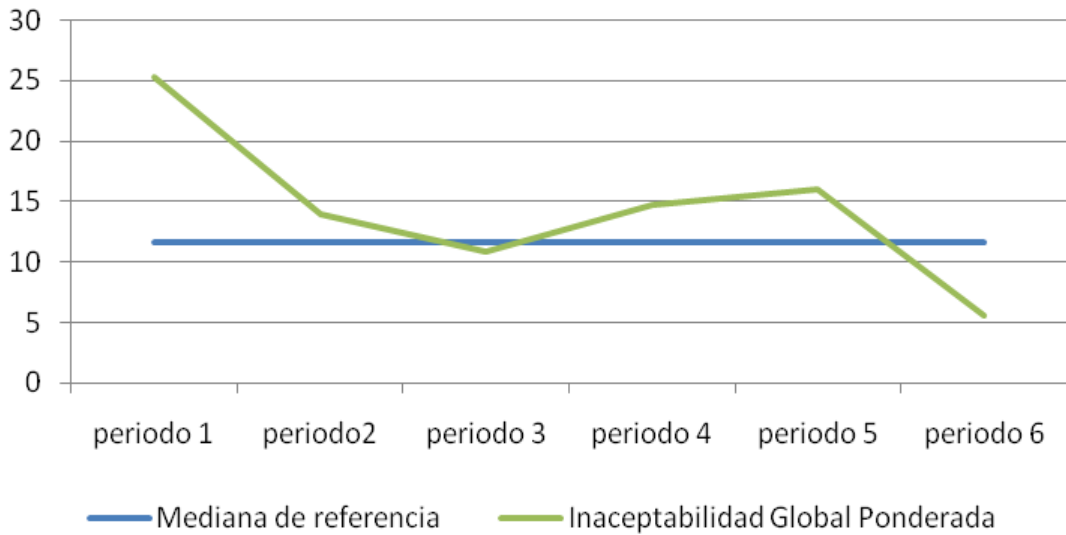


Gráfico 5

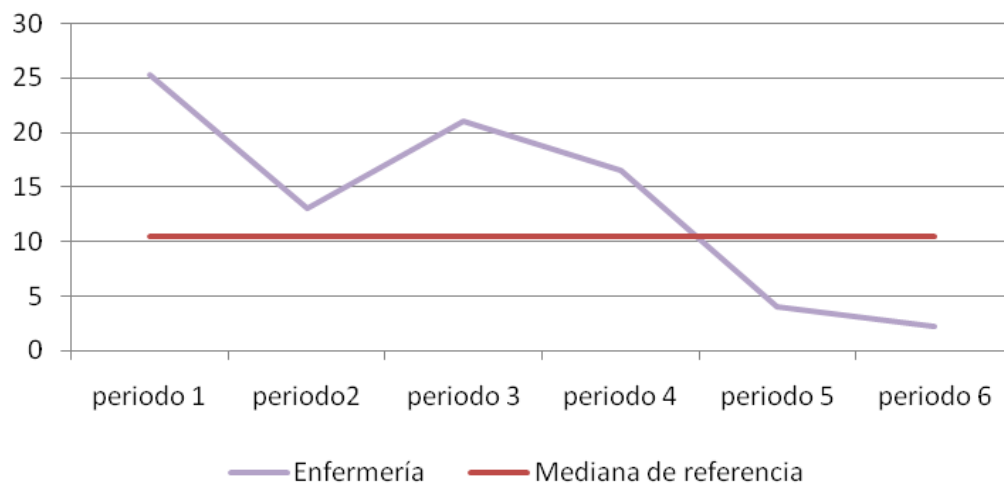
Evolución Inaceptabilidad aspecto enfermería, establecimiento "A"

Gráfico 6

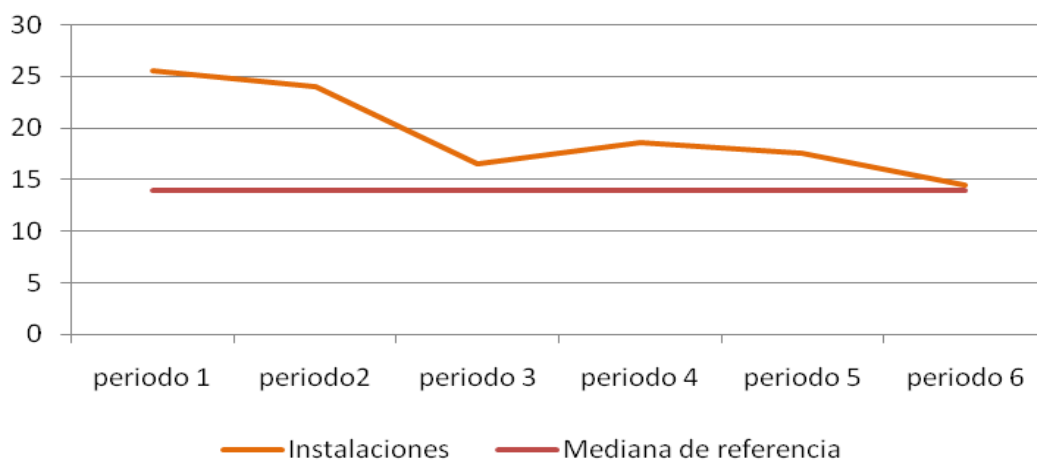
Evolución inaceptabilidad aspecto instalaciones establecimiento "A"

Gráfico 7

Evolución inaceptabilidad aspecto trato del personal, establecimiento "A"

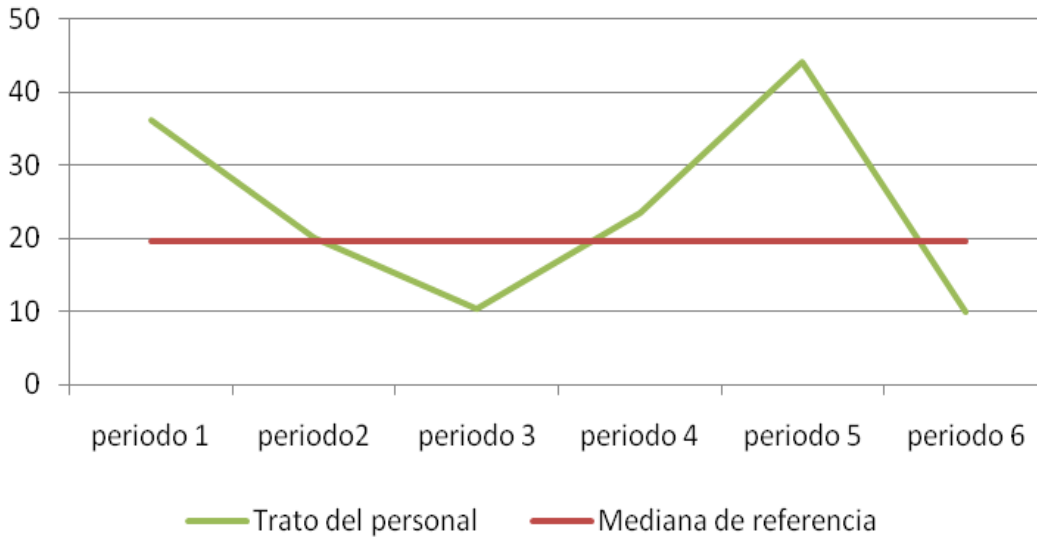


Gráfico 8

Evolución inaceptabilidad aspecto médico especialista, establecimiento "A"

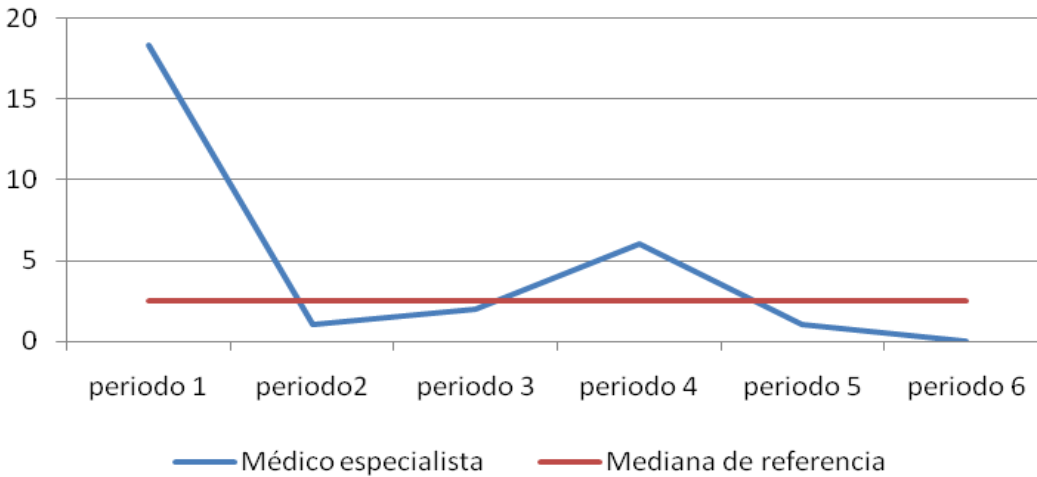


Gráfico 9

Nivel educativo alcanzado (encuestados sector privado)

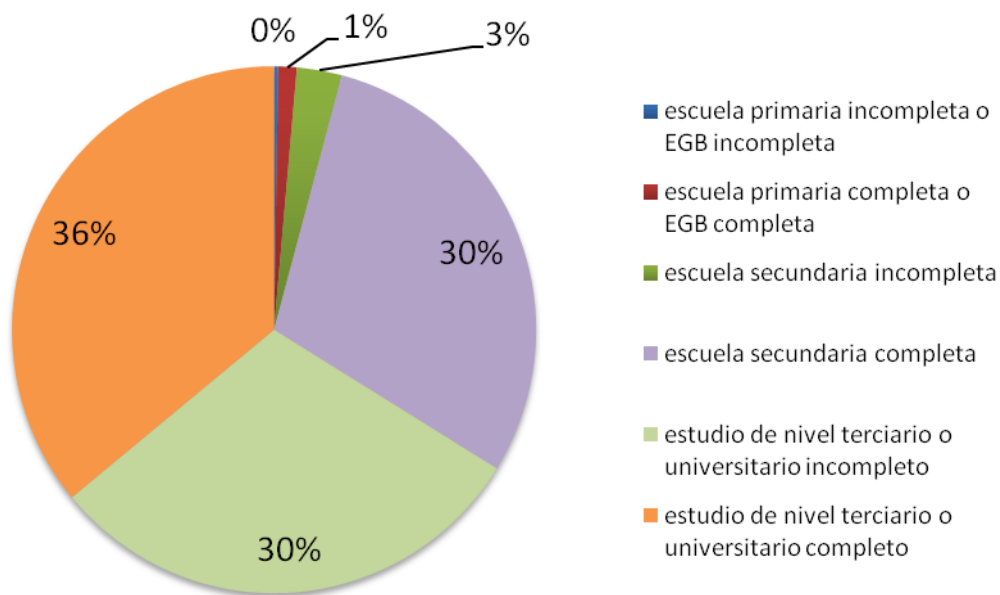


Gráfico 10

Aspectos según frecuencia de obtención del mayor valor de importancia (sector privado)

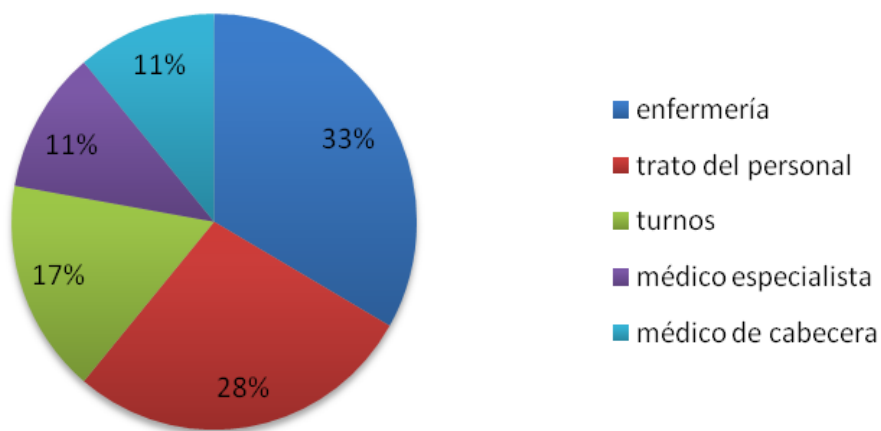
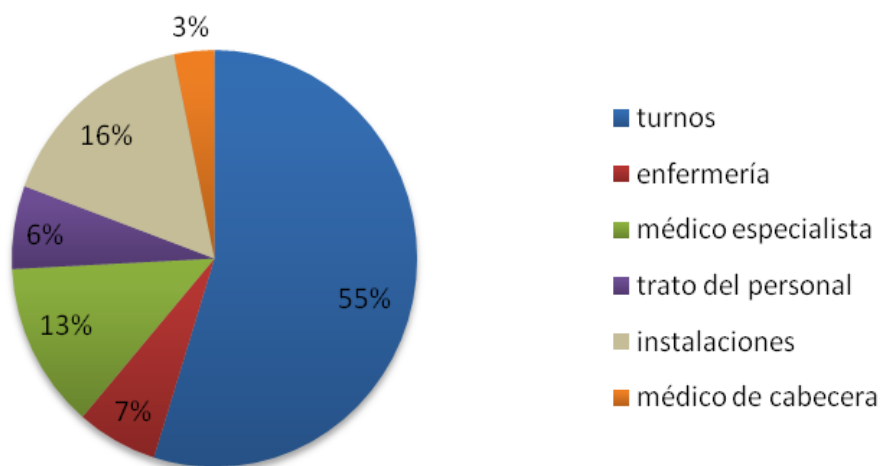


Gráfico 11

Aspectos según frecuencia de obtención del menor valor de importancia (sector privado)

Anexo: Cuestionario utilizado.**Estimado paciente:**

En el **Centro de Salud (o Centro Médico) xxxxxxxx** nos gustaría conocer su opinión acerca de la calidad de nuestra atención ambulatoria.

Le presentamos algunas afirmaciones que otros pacientes hicieron sobre la atención en los diferentes Servicios de atención ambulatoria de nuestro establecimiento, y nos gustaría que Ud. nos señale su grado de acuerdo con ellas.

En cada encabezado le explicamos a qué aspecto de la atención nos estamos refiriendo, y luego agregamos las afirmaciones. Si bien algunas de ellas son parecidas entre sí, nos permiten determinar mejor su opinión.

Si alguna de éstas le parece difícil de comprender o contestar le agradeceremos que haga una cruz a su izquierda.

Encierre en un círculo el número que corresponda, según esté de acuerdo o en desacuerdo, siguiendo la escala que se indica a continuación:

Total desacuerdo	Parcial desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	Parcial acuerdo	Total Acuerdo
-----------------------------	-------------------------------	--	----------------------------	--------------------------

1

2

3

4

5

Tenga presente que esta encuesta es anónima. Toda la información resultante es confidencial. Si decide no responder, ello no afectará de ningún modo los beneficios que recibe.

Un médico de cabecera o personal es el profesional de la salud que mejor lo/la conoce, y Ud. considera su médico de mayor confianza. Puede ser un médico clínico, un especialista, un médico de familia o general. Puede atenderlo/la sólo a Ud. o también a su familia.

Piense en las últimas veces que visitó a SU médico de cabecera o personal.

	<i>Total desacuerdo</i>	<i>Parcial desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo /ni en desacuerdo</i>	<i>Parcial acuerdo</i>	<i>Total acuerdo</i>
1- El médico de cabecera me/nos escuchó lo suficiente	1	2	3	4	5
2- El médico de cabecera me/nos atendió profesionalmente	1	2	3	4	5

Piense en la última vez que por Ud. o sus allegados requirió atención de Enfermería

	<i>Total desacuerdo</i>	<i>Parcial desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo /ni en desacuerdo</i>	<i>Parcial acuerdo</i>	<i>Total acuerdo</i>
3- El trato de las enfermeras/os fue correcto.	1	2	3	4	5
4- El trabajo de las enfermeras/os fue correcto	1	2	3	4	5

Por instalaciones entendemos nuestro edificio y la tecnología en general que ponemos a su servicio.

	<i>Total desacuerdo</i>	<i>Parcial desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo /ni en desacuerdo</i>	<i>Parcial acuerdo</i>	<i>Total acuerdo</i>
5- Las instalaciones están limpias	1	2	3	4	5
6- Las instalaciones son confortables	1	2	3	4	5

Piense en problemas que haya tenido en nuestro centro con relación a la atención médica, cuestiones administrativas, de turnos, etc.

	<i>Total desacuerdo</i>	<i>Parcial desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo /ni en desacuerdo</i>	<i>Parcial acuerdo</i>	<i>Total acuerdo</i>
7- El personal escuchó mis problemas	1	2	3	4	5
8- El personal se preocupó por mis problemas	1	2	3	4	5

Los especialistas son médicos como los cirujanos, los dermatólogos, los ginecólogos, los cardiólogos, los neurólogos, y otros que se especializan en un área del cuidado de la salud.

Piense en la última vez que Ud. consultó con turno, a un médico de este establecimiento, que no haya sido el suyo personal.

Puede haber sido un médico especialista, que Ud. consultó por su salud o la de sus familiares (por ejemplo acompañó a su madre al Neuroólogo), o la visita a un médico Pediatra por su hijo.

	<i>Total desacuerdo</i>	<i>Parcial desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo /ni en desacuerdo</i>	<i>Parcial acuerdo</i>	<i>Total acuerdo</i>
9- El médico me/nos escuchó lo suficiente	1	2	3	4	5
10- El médico me/nos atendió profesionalmente	1	2	3	4	5

Piense en la última vez que necesitó reservar un turno para atenderse con algún profesional de nuestro centro.

	<i>Total desacuerdo</i>	<i>Parcial desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo /ni en desacuerdo</i>	<i>Parcial acuerdo</i>	<i>Total acuerdo</i>
11- Pude quedar en un turno a un horario conveniente	1	2	3	4	5

Piense en la última vez que se atendió con turno.

	1	2	3	4	5
12- El profesional que me atendió respetó el horario					

Sobre Ud.:

13- ¿Cuál es el último grado o nivel escolar que usted realizó?

- 1- escuela primaria incompleta o EGB incompleta
- 2- escuela primaria completa o EGB completa
- 3- escuela secundaria incompleta
- 4- escuela secundaria completa
- 5- estudio de nivel terciario o universitario incompleto
- 6- estudio de nivel terciario o universitario completo

14- ¿Cuántos años tiene usted actualmente?

- 1- 18 a 24
- 2- 25 a 34
- 3- 35 a 44
- 4- 45 a 54
- 5- 55 a 64
- 6- 65 a 74
- 7- 75 o mayor

15- ¿Es usted hombre o mujer?

- 1- Hombre
- 2- Mujer

**Muchas gracias por su colaboración.
Centro de Salud (o Centro Médico) xxxx.**

Bibliografía

- Chitarroni, H. (2002) El análisis factorial. Recuperado el 16 de julio de 2013, del sitio web del Programa Cambio Estructural y Desigualdad Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/salvia/programa/El%20an%C3%A1lisis%20factorial.pdf>
- Deming, W.E. (1989) Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis. Madrid, España: Díaz de Santos
- Donabedian, A. (1990). Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: un texto introductorio. Perspectivas en Salud Pública, Méjico: Instituto de Salud Pública.
- Donabedian, A. (2001) The Lichfield lecture, Garantía de Calidad en la Atención de Salud: el papel del consumidor. Revista Calidad Asistencial, 16, 102-106. Madrid.
- Duque Oliva, E. J. (2005) Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición Innovar v.15 n.25. Recuperado el 30 de julio de 2013: <http://www.revista.unal.edu.co/index.php/innovar/article/viewFile/30/40>
- Grönroos, C. (1994) Marketing y gestión de servicios: la gestión de los momentos de la verdad y la competencia en los servicios. Madrid, España: Díaz de Santos.
- Hall, J. A. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-análisis. Social Science & Medicine Vol 30. Nº 7, pp 811-818.
- Mattioli, M. (2011). Calidad de atención en salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género y derechos: evaluación de usuarias del área programática del Hospital Argerich, Ciudad de Buenos Aires. Tesis de Maestría. FLACSO. Sede Académica Argentina, Buenos Aires.
- Otero, R. (2010). El abordaje de la evaluación de la calidad. Manuscrito no publicado.
- Petracci, M, Manzelli, H., Pecheny, M., Necchi, S. & Cerrutti, M., (2004). Calidad en atención de la salud. Serie seminarios salud y política pública: seminario V. Buenos Aires, Argentina: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- Serrano del Rosal, D. & Loriente Arin N. (2008) La anatomía de la satisfacción del paciente. Salud Pública Méjico vol. 50 n.2.
- Valderrama Ponce, M.J. (2006). El cuidado, ¿una tarea de mujeres? Vasconia. Cuadernos de Historia-Geografía. Recuperado el 20 de julio de 2013: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/vasconia/vas35/35373385.pdf>
- Vázquez, F. (2006). Diseño y validación de un cuestionario para medir satisfacción de la población adulta con respecto a los cuidados médicos ambulatorios en un establecimiento de salud privado. Composición de un cuestionario para evaluar satisfacción con los cuidados médicos. Tesis de maestría no publicada, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

Vázquez, F. (2008). Diseño de un indicador de inaceptabilidad y prueba metodológica relacionándolo con los indicadores de calidad ya implementados por el PICAM. (Informe final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación). Buenos Aires, Argentina: Comisión Nacional Salud Investiga.

World Health Organization (2012) Derecho a la salud. Nota descriptiva n°323. Recuperado el 30 de julio de 2013: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>