

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA,
NUTRICION Y BIOTECNOLOGIA MEDICA
UNIDAD DE POST GRADO
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y MEDICINA COMUNITARIA



**“ INSATISFACCIÓN DEL USUARIO EN LA ATENCIÓN MEDICA DE
LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE ESPECIALIDADES
EL ALTO DE LA CAJA NACIONAL DE SALUD DURANTE EL
PRIMER SEMESTRE DE LA GESTION 2006”**

DE : RAUL JAVIER MARCA QUISPE

TUTORA : Dra. Heidi Monasterios

TESIS DE GRADO
PARA OPTAR EL TITULO DE MAGÍSTER SCIENTIARIUM
EN SALUD PUBLICA MENCION:
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y MEDICINA COMUNITARIA

GESTIÓN:2006
LA PAZ - BOLIVIA

“INSATISFACCIÓN DEL USUARIO EN LA ATENCIÓN
MEDICA DE LA CONSULTA EXTERNA EN EL
CENTRO DE ESPECIALIDADES EL ALTO DE LA
CAJA NACIONAL DE SALUD DURANTE EL PRIMER
SEMESTRE DE LA GESTION 2006”

INDICE

Pag.

Resumen.....	1
I. Introducción.....	3
II. Marco Teórico.....	6
II.1 Calidad de la atención médica.....	6
II.2. características de la calidad de atención medica.....	6
II.3. Clasificación del modelo de atención medica.....	7
II.4. Dimensiones de la calidad.....	7
II.4.A. Competencia de comodidades.....	8
II.4.B. Actividades en los servicios de salud.....	8
II.4.C. Eficiencia.....	8
II.4.D. Eficacia.....	8
II.4.E. Satisfacción del cliente.....	9
II.4.F. Continuidad.....	9
II.4.G. Seguridad.....	9
II.4.H. Comodidad.....	9
II.5. Calidad humana.....	10
II.6. Derechos de los pacientes.....	11
II.6.A. Acceso al tratamiento.....	11
II.6.B. Respeto y dignidad.....	11
II.6.C. Respeto y confidencialidad.....	12
II.6.D. Seguridad personal.....	12
II.6.E. Identidad.....	12
II.6.F. Información.....	12
II.6.G. Comunicación.....	12
II.7. Relaciones humanas del personal medico en la atención de salud.....	12
II.7.A. Dignidad.....	13
II.7.B. Motivación.....	13
II.7.C. Características personales.....	13
II.7.D. Moral.....	14
II.7.E. Reconocimiento.....	14
II.8. Las relaciones públicas en la atención de salud.....	14
II.9. Satisfacción del cliente.....	15
II.10. Relaciones entre el profesional y la comunidad.....	16
II.10.A. Estructura.....	16
II.10.B. Proceso.....	17
II.10.C. Uso de servicios.....	17
II.10.D. Resultados relacionados con el profesional.....	17
II.11. Factores determinantes de la calidad de los servicios.....	20
II.12. Acciones importantes a desarrollar sobre el personal.	20
II.13. La garantía de calidad.	21
II.14. La Ley 3131.....	23

II.14.1. Inexcusabilidad en la promoción de la salud y prevención de enfermedades.....	24
II.14.2. Gestión de calidad.....	25
II.14.3. Funciones del ejercicio profesional medico.....	26
II.14.4. Expediente medico.....	27
II.14.5. Difusión de los derechos.....	38
II.14.6. Auditoria medica.....	29
III. Antecedentes (Revisión Bibliografica).....	31
IV. Justificación.....	36
V. Diseño de la investigación.....	38
5.1. Pregunta de investigación.....	38
5.2. Hipótesis de estudio.....	38
5.3. Objetivos	38
5.3.1. Objetivo General.....	38
5.4.2. Objetivos específicos.....	39
5.5. Diseño o tipo de estudio.....	39
5.6. Tamaño muestra.....	39
5.7. Población y lugar.....	40
5.8. Aspectos éticos.....	41
VI. Intervención o metodología.....	42
VI.1. Operacionalización.....	43
VI.2. Recolección de datos.....	45
VI.3. Definir muestreo y grupos de estudio.....	43
VI.3.1. Exclusión.....	43
VI.3.2. Inclusión.....	43
VI.4. Probables sesgos.....	44
Sesgos de selección	44
Sesgos de información	44
Sesgo de mala selección.	44
VII. Resultados.....	47
VIII. Discusión.....	57
IX. Conclusiones.....	61
X. Recomendaciones.....	63
XI. Referencias Bibliograficas.....	67
XII. Cronograma de actividades.....	70
XIII. Presupuesto.....	71
XIV. Anexos.....	72
Formulario de encuesta.....	73

A la memoria de mi madre querida *Isabel* (qepd) a quien extraño su presencia cuando partió ante nuestro divino creador, ruego lo tenga en su trono y la profesión el cual ejerzo es porque me encamino con amor y dulzura y puso, sacrificio, constancia en guiarme incondicionalmente en momentos más difíciles.

Su hijo *RAUL JAVIER*

RESUMEN ESTRUCTURADO

INTRODUCCIÓN: La atención médico profesional en un centro de salud, se da a través de la interrelación médico-paciente, en este proceso existe un espacio de expectativas entre ambos, pero si la relación interpersonal no es adecuado se corre el riesgo de que la atención sea menos eficaz. Más aún en la Atención Primaria de Salud. Donde la calidad de atención esta en función a lo que el medico pueda realizar y que refleja en los pacientes. La insatisfacción del usuario con la calidad de atención y humana es un problema a solucionar en el área de trabajo.

MARCO TEORICO: El concepto de "calidad" es difícil de definir, sin embargo, la definición más integral de calidad y quizá la más simple, fue formulada por W. Edwards Deming, "Hacer lo correcto en la forma correcta, de inmediato". Con eficiencia, eficacia, con los derechos de los pacientes en relación a la Calidad Humana. Acceso al tratamiento, Respeto y Dignidad, Privacidad y Confidencialidad. La satisfacción puede considerarse como un elemento de salud psicológica, lo que hace que el logro de la máxima satisfacción alcanzable sea un objeto de la atención. La comunicación con los usuarios implica escucharlos y mantenerlos informados. Con frecuencia percibe la calidad del servicio a través de la comunicación del personal de contacto. Ley N° 3131 ha definido claramente las funciones y las actividades relacionadas con el ejercicio profesional médico, como también los Derechos y Deberes del Paciente. Que ha propiciado una relación equilibrada médico-paciente, con el propósito de regular el acto médico y mejorar la gestión de calidad en los establecimientos de salud.

JUSTIFICACIÓN: La importancia que ha alcanzado la temática social sobre la insatisfacción del paciente frente a sus problemas de salud es resolver la misma, sin embargo, el curso clínico de la enfermedad puede determinar un respuesta inesperada súbita frente a una acción terapéutica que el medico en su formación profesional no ha tenido una misma respuesta, además, de estar en constante actualización y por bien de una mejora terapéutica, de esto surge la necesidad de mejorar la satisfacción y los estilos de vida del usuario.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN: "¿Identificar factores de insatisfacción de atención médica al paciente en consulta externa del Centro de Especialidades El Alto de la Caja Nacional de Salud durante el primer semestre de la gestión 2006?"

HIPÓTESIS DE ESTUDIO: ¿Identificando la insatisfacción del paciente en la calidad de atención, resolveremos adecuadamente los problemas de satisfacción en los servicios de consulta externa en el centro de Especialidades de El Alto de la Caja Nacional de Salud ?.

OBJETIVO GENERAL

"Identificar los factores de insatisfacción de atención médica al paciente en consulta externa del Centro de Especialidades El Alto de la Caja Nacional de Salud durante el primer semestre de la gestión 2006"

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar algunos de los factores que influyen en la insatisfacción de los usuarios en la atención médica.
- Determinar la proporción de insatisfacción de los usuarios al finalizar su atención en la consulta externa.

- Conocer la modalidad de atención durante la asistencia del usuario a la consulta externa.
- Describir las características de los usuarios que solicitan atención médica en consulta externa.

TIPO DE ESTUDIO: Es una investigación descriptiva de corte transversal.

TAMAÑO MUESTRAL: La población usuaria (turno mañana) del centro de especialidades El Alto, es de 27.500 (datos de bioestadística 2007). La población estudio fue de 234 de usuarios asegurados con un porcentaje de 90% de confianza.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN: Para la realización de la investigación, se dirigió a usuarios asegurados que asisten a la consulta externa.

DEFINIR MUESTREO: Se excluyeron todos los casos en los que la consulta fue por primera vez y no es radicado en el lugar, además de los pacientes de emergencias, puesto que se transferidos a centros de alta complejidad. Se ha incluido a todos los pacientes (asegurados titulares) que acuden a consulta y que son radicados en el lugar, sea cual fuese la patología predominante.

RESULTADOS: La participación de la población encuestada fue del 100% de lo planificado. Se demuestra que la amabilidad del medico no es de lo mejor porque el mayor porcentaje a consensuado la negatividad de resolver sus preocupaciones del paciente. Con alto porcentaje de la participación femenina con el 58% y del sexo masculino con un 42%. De acuerdo a la encuesta realizada el 55% el médico no fue amable en la consulta externa, y el 45% de pacientes que si recibieron un trato amable en la consulta externa. El 60% de los encuestados aceptan que SI fue de su agrado de la explicación de su tratamiento que debe seguir y el 40% NO fue de su agrado sobre la explicación de su tratamiento. Un 61% de los pacientes refieren NO haber tenido una buena explicación de su enfermedad, además de solucionar su problema de salud. Seguido de un 39% de SI haber recibido interés de parte del médico en solucionar su problema de salud. Acerca de la confianza el 55% de los encuestados opina que **no tiene confianza** en la mayoría de los médicos y un 45% refiere **si** tener confianza. Más de la mitad de la población con el 55% desconoce el turno que le corresponde de acuerdo a su llegada, además de su consultorio asignado y solo un 45% conoce. El grupo que más refiere esta situación esta entre los 20 a 25 años de edad y el otro extremo de 46 a 60 años de edad. Del total de la población tomada en el estudio, el 78% opina que esperan más de una hora. Y con el 22% que refiere no esperar. El 100% **SI** tiene interés en escuchar algún material educativo, el grupo etareo que tiene mas interés esta entre los 56 a 60 años de edad, seguido del grupo comprendido entre los 20 a 25 años de edad.

CONCLUSIONES: De acuerdo a los resultados la insatisfacción del parte del asegurado en la calidad de atención, sobre todo en el proceso de calidad y atención oportuna a sus necesidades de salud. Donde es de importancia de capacitar permanentemente en una educación continua al profesional ya sea con el trato humano, para fortalecer y lograr la mejora en la satisfacción del usuario.

RECOMENDACIONES: Por encontrarse un alto porcentaje de usuarios asegurados que manifiestan insatisfacción y no tener confianza al médico, el servicio tendrá que tener una mejor organización y otorgar una información mas clara y precisa al paciente. Realizar talleres de calidad de atención con los derechos que tiene los usuarios para recibir una atención adecuada para superar el problema identificado.

I. INTRODUCCIÓN

La atención profesional en un centro de salud se da a través de la interrelación entre el médico y el paciente, en este proceso existe un espacio de expectativas entre ambos, en esta perspectiva el proceso salud-enfermedad de la población se acentúa en la atención primaria de salud, además de darse por una serie de cambios de actitudes, hábitos de estilos de vida, socio culturales que de alguna manera interviene en las reacciones de actitud del paciente.⁽¹⁾

Cada día millones de usuarios reciben atención médica de alta calidad, obteniendo la atención apropiada, cuando la necesitan, de la manera indicada con los mejores resultados posibles.

Pero de vez en cuando algo sale mal. Las personas reciben servicios médicos que no necesitan o no pueden obtener la atención cuando la necesitan. En ocasiones, las personas presentan reacciones menos esperadas que los médicos no podrían evitar.

El hecho es que la calidad de atención médica varia, hay muchas razones por las cuales sucede esto, porque la calidad depende de muchas cosas, incluyendo donde vive el paciente, quien es y cuanto se sabe acerca del tratamiento de su padecimiento.⁽²⁾

La mala atención médica en este último tiempo a sido muy objetado por parte de la sociedad civil y más específicamente de parte de los pacientes nombrándola como “negligencia médica”, interpretada la misma como la falta de la calidad y calidez humana basada en una buena relación del personal de salud entre si y con el usuario; donde los establecimientos de salud pueden prestar de una manera profesional y competente sus servicios.

(1) Bowden. Charles L. Burstein Alvin G. "Bases psicosociales de la Atención Médica". Ed. Limusa – México 1993. Pag. 135 – 153.)

(2) www.mejorando.la/calidad-de-atencion-medica/mex.com

Pero si las relaciones interpersonales entre el médico y paciente no son adecuadas se corre el riesgo de que la atención sea menos eficaz. Más aún en lo que es la Atención Primaria en Salud como base fundamental de la prevención.

La calidad en la atención de los servicios de salud esta en función a lo que su personal pueda realizar y a lo que refleja en los pacientes. La insatisfacción del usuario con la calidad de atención de los servicios de salud, especialmente la calidad humana es un problema prioritario a solucionar en el área de trabajo. De persistir este tipo de atención, se corre el riesgo de caer en el “asistencialismo”, como una mera forma de cumplir el rol de atender a quiénes acuden al centro de salud y al mismo tiempo se distorsiona el manejo de la salud pública en su estructura del primer nivel de atención, del Sistema Nacional de Salud.⁽³⁾

Se evidencia una tendencia creciente de los gastos en salud, pero estos son racionalizados para la utilización en los recursos humanos que puedan garantizar la cobertura de la prestación de servicios en salud con calidad, calidez y equidad; incrementando así la insatisfacción de los usuarios que acuden a los servicios.

La adecuada utilización de los recursos económicos puede permitir expandir mas los servicios de salud implementando la infraestructura y los recursos humanos.⁽⁴⁾

Cada vez es mas frecuente que instituciones públicas y privadas desarrollen y usen medidas de evaluación de la calidad de servicio. Las evaluaciones se usan para realizar y mejorar la calidad de los planes de atención médica, los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención salud. Las calificaciones del usuario y las medidas de desempeño son los tipos principales de evaluaciones de la calidad de servicio.

(3) Bowden. Charles L. Burstein Alvin G. "Bases psicosociales de la Atención Médica". Ed. Limusa – México 1993. Pag. 135 – 153.)
(4) www.opm.gov/insure/index.html
(5) www.medicare.gov/HEDIS

Las apreciaciones de los usuarios en las encuestas dicen lo que piensan acerca de la atención médica; las calificaciones respecto a los planes médicos pueden resultar lo que describen la calidad de los mismos.

Las medidas de desempeño Clínico o llamada también calidad técnica califica un buen plan médico que previene y trata las enfermedades oportunamente por ejemplo que los “fumadores dejen el hábito de fumar”.

II. MARCO TEORICO

II.1 CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA:

El concepto de "calidad" es difícil de definir, especialmente cuando está relacionado con la complejidad de la atención médica. Sin embargo, una atención detallada es parte de las responsabilidades de los médicos y de todo el personal involucrado en la atención al paciente. La reforma de los sistemas de salud solo puede considerarse como un éxito, si la calidad de la atención médica mejora como resultado de los cambios, ya que la mayoría de las personas consideran a la reforma un fracaso si la calidad empeora aunque los costos bajaran.

Según Lhor La calidad de Atención se define como: “el grado ó nivel en el cuál los servicios de salud para individuos y poblaciones, mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales” ⁽⁶⁾

II.2 CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA:

La calidad es el concepto clave hoy en día para los servicios de salud. La Organización Mundial de la Salud define calidad como:

- Un alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos.
- Un mínimo riesgo para el paciente.
- Un alto grado de satisfacción por parte del paciente.
- Impacto final en la salud.

Uno de los problemas con la palabra calidad, aunque haya sido definida de la manera mencionada, es que todavía no queda del todo claro dado que calidad significa algo distinto para cada persona. La definición más integral de calidad y

(6) OPS/OMS. Paganini José María. "Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria". Ed.IISS/ SILOS – 30.1999. PAG.1.

quizá la más simple, fue formulada por W. Edwards Deming, el padre del movimiento de la gestión de calidad total. Él resumía la calidad de la siguiente manera: “Hacer lo correcto en la forma correcta, de inmediato”⁽⁷⁾

II.3 CLASIFICACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN MÉDICA:

El modelo de atención médica actualmente de acuerdo a sus características estructurales y sistema funcional se clasifica en tres niveles:

II.3. A. NIVEL I : Un primer nivel (nivel I) donde constituye un servicio médico ubicado en la zona específicamente considerado como puesto ó centro de salud y que a través de sus distintas redes tiene relación interinstitucional, además de los más importante presenta servicios como la prevención, promoción, curación, rehabilitación, sin dejar de mencionar que dentro de su trabajo la relación centro de salud y comunidad en una participación mutua que implique una participativa activa.

II.3. B. NIVEL II : Un segundo nivel (nivel II) considerado como centro de referencia del primer nivel, puesto que en aquí se cuenta con las especialidades básicas é importantes como son: ginecología – obstetricia, pediatría, cirugia general, medicina general.

II.3. C. NIVEL III : Un tercer nivel (nivel III) considerado a los hospitales, institutos de alta complejidad donde se desarrolla actividades científicas medico – quirúrgicos, además de ser investigativo se realiza proceso de enseñanza aprendizaje y docencia científica.⁽⁸⁾

(7) [www.OPS/OMS.gov./](http://www.OPS/OMS.gov/) calidad de atención en salud

(8) MPS.Bol. “Fundamentos de la Política Nacional de Salud” Ed. LP-Bolivia.1999. Pag.15 y 16

II.4. DIMENSIONES DE LA CALIDAD

La calidad es un concepto integral y polifacético. Las actividades pertinentes pueden encarar una o más variedades de dimensiones tales como: competencia profesional, acceso los servicios, eficacia, eficiencia, satisfacción del cliente, continuidad, seguridad o comodidad.

II.4.A. Competencia comodidades: Se refiere a la capacidad y el desempeño de los proveedores y del personal de apoyo de salud. Para los proveedores de salud comprende las técnicas relacionadas con el diagnóstico, tratamiento y su comodidad, además de implementar la comodidad con la prevención donde la capacidad de asesorar en salud y establecer una buena relación con el paciente. La experiencia que precisa el personal de apoyo depende de la capacitación y el lugar en el que se desempeña, aunque las técnicas de relación y comodidades con el paciente son de particular importancia.

II.4.B. Actividad en los servicios de salud: El acceso implica la actividad donde las barreras que obstaculizan el uso activo de los servicios de salud. Esta dimensión de la calidad comprende barreras de índole, geográfica, económica, social, cultural, o lingüística y también a las barreras emocionales(maltrato, mal genio).

II.4.C. Eficiencia: Los servicios eficientes son los que suministran la actividad más óptima al paciente y a la comunidad ,es decir suministran el mayor beneficio dentro de los recursos con los que se cuenta. La eficiencia exige que los proveedores de salud eviten suministrar actividad innecesaria o inapropiada y que la actividad deficiente que se brinda como resultado de normas inefectivas se minimice o se elimine. Es el resultado provechoso de una actividad, dentro los servicios de salud es el hacer más con menos.

II.4.D. Eficacia: La eficacia es una dimensión importante de la calidad en el ámbito central donde se definen las normas y especificaciones. La evaluación de

la eficacia debe responder a las preguntas: cuando el tratamiento se aplica correctamente, ¿produce los resultados deseados? y ¿es el tratamiento recomendado y la tecnología usada la más apropiada para el medio en el cual se presta el servicio?.

II.4.E Satisfacción del cliente: Se refiere a la relación entre proveedores y clientes, entre administradores y proveedores de servicios de salud y entre el equipo de servicios de salud y la comunidad. Las buenas relaciones interpersonales contribuyen a la eficacia de la atención prestada y al establecimiento de una buena relación general con los pacientes. Dichas relaciones son las que producen confianza y credibilidad, y se demuestra por medio del respeto, la confidencialidad, la cortesía, y la comprensión.

II.4.F. Continuidad: Implica que el cliente pueda recibir la serie completa de servicios de salud que necesita sin interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento. Los servicios deben ofrecerse en forma constante. El usuario debe tener acceso a la atención rutinaria y preventiva de un proveedor que conozca su historia clínica, para poder derivarlo oportunamente a servicios especializados cuando corresponda.

II.4.G. Seguridad: La seguridad implica la reducción de riesgo, de infecciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de los servicios. El sistema de salud tiene la responsabilidad de asegurar que los servicios se presten con un mínimo de riesgos.

II.4.H. Comodidad: La comodidad se refiere a las características de los servicios de salud que no están directamente relacionadas con la eficacia clínica, pero que acrecientan la satisfacción del cliente y su deseo de volver al establecimiento para recibir atención médica en el futuro. Las comodidades a menudo se relacionan con la infraestructura del centro de salud, el personal y los materiales.

Pese a la importancia de la calidad, han habido muy pocos esfuerzos de la garantía de calidad en los países en desarrollo. Casi ninguno ha enfatizado la calidad humana de los servicios o el proceso de la prestación de servicios. ¿ Por qué creemos que es necesario garantizar la calidad humana en la prestación de servicios? La razón fundamental radica en el hecho de que la atención a la calidad humana es esencial para el éxito de los programas de atención en salud.⁽⁹⁾

II.5. CALIDAD HUMANA (RELACIONES INTERPERSONALES) Y SATISFACCIÓN

La relación personal entre quienes proporcionan la atención de la salud y quienes la reciben suele ser muy deficiente, pues en los servicios médicos tiende a dársele mucha importancia a las soluciones técnicas, y poca o ninguna a los contactos y a las relaciones personales y al no considerar al paciente como miembro del equipo de salud. A diferencia de otras empresas en un hospital o institución de salud la materia prima que ingresa es el hombre enfermo y lo que la institución debe entregar es salud. Consecuentemente el concepto de "Persona humana" es substancial al ser de estas instituciones que adquieren pleno sentido cuando se conciben en razón y servicios del hombre y mujer. Esa persona debe ser recibida, tratada, comprendida y aceptada con todo lo que es en su ser, pero también con su destino trascendental.

Todo Manual de Acreditación de instituciones encargadas en salud adquiere su pleno sentido, cuando determina los criterios para evaluar las diferentes áreas, integra el concepto de la institución como un lugar donde se recuperan y se tratan los profundos valores humanos, donde todo el personal de salud esta consciente de que está tratando con "seres humanos" cuando aceptan que ayudan aliviar dolores, sufrimientos, desequilibrios humanos y así entregan lo mejor de si mismos para devolver a sus pacientes la felicidad, paz, armonía, el equilibrio con las personas y cosas que los rodean, en una palabra producir alegría en sus semejantes.⁽¹⁰⁾

(9) Passos Roberto. Perspectivas de la gestión de calidad total en los Servicios de Salud. Serie PALTEX Salud y Sociedad. 2000. Nro 4. Pag. 13 a 15.

(10) Salas Perea Syr. Educación en Salud. Competencias y desempeño Profesional. La Habana. Ed. Ciencias Médicas. 1999 Pag. 117

II.6. DERECHOS DE LOS PACIENTES EN RELACIÓN A LA CALIDAD HUMANA

II.6.A. Acceso al tratamiento: A todo individuo como paciente se le debe dar el acceso imparcial a sus derechos y que se indique correctamente sus interrogantes, sin considerar su raza creencia, sexo, origen o procedencia para su correcto tratamiento.

II.6.B. Respeto y Dignidad: El paciente tiene derecho de recibir un trato respetuoso en todo momento y bajo todas las circunstancias como reconocimiento de su dignidad personal.

II.6.C. Privacidad y Confidencialidad: El paciente tiene derecho, de acuerdo a la ley a su privacidad personal y de información, tal como se manifiesta en los siguientes derechos:

II.6.C.a. El derecho a rehusar a hablar o a ver a alguien que no este oficialmente relacionado con el hospital.

II.6.C.b. El derecho a ser examinado en instalaciones diseñadas para asegurar el aislamiento visual y auditivo razonables. Esto incluye el derecho a pedir que se tenga una persona del mismo sexo presente durante ciertas partes de un examen médico.

II.6.C.c. El derecho a esperar que toda consulta o mención de su caso sea hecha discretamente y que no haya persona presente sin su consentimiento.

II.6.C.d. El derecho a que su expediente clínico sea leído solamente por aquellos directamente involucrados en su tratamiento o de supervisar la calidad de este sin una autorización por escrito o de su representante legal autorizado.

II.6.C.e. Ha esperar que toda comunicación y registro pertenecientes a su tratamiento sean tratados confidencialmente.

II.6.C.f. El derecho al aislamiento y protección que se considere necesarios para su seguridad personal.

II.6.D. Seguridad Personal.- Derecho a esperar una seguridad razonable en la medida que las prácticas y las instalaciones del hospital lo permitan.

II.6.E. Identidad.- Derecho a saber la identidad y posición profesional de los individuos que le estén prestando servicios.

II.6.F. Información.- Derecho a obtener del profesional responsable de su tratamiento, la información completa y actualizada del diagnóstico, tratamiento o pronóstico.

II.6.G. Comunicación.- El paciente tiene derecho al acceso a personas ajenas al hospital a través de visitas de manera verbal y escrita.⁽¹¹⁾

II.7. RELACIONES HUMANAS DEL PERSONAL MÉDICO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

Se puede definir como: "Los procedimientos que satisfacen al máximo las necesidades psicológicas, sociales y económicas del personal, motivándolo a trabajar a favor de la salud de los pacientes". Esto significa que en las clínicas y hospitales, las relaciones humanas tienen como propósito mantener una elevada moral entre el personal y satisfacer integralmente sus necesidades emocionales y de salud, reconociendo que un individuo en el trabajo es un ser con necesidades físicas, psíquicas y sociales.

(11) MSPS. Fundamentos de la Política Nacional de Salud.1999

Las bases de las relaciones humanas son:

II.7.A. Dignidad: La dignidad humana es un aspecto fundamental de la vida de los hombres; en ella se reconoce a los seres humanos en su totalidad, con todos sus aspectos positivos y negativos, y no solo por su capacidad física o por sus conocimientos. No existe dignidad cuando el ser humano siente que no es más que una pieza de una gran máquina. El empleado debe saber que su trabajo es importante, que cuenta con la aprobación social y que es reconocido individualmente.

II.7.B. Motivación: La motivación es el conjunto de esfuerzos que mueven a una persona a trabajar a permanecer en un organismo e impulsa a la persona a actuar y continuar el trabajo iniciado. La motivación también puede expresarse como la manera de conseguir que el personal en su trabajo encause su esfuerzo productivo en favor del organismo. Cuando el trabajador se siente motivado por un objeto - estímulo del medio, se crean en el necesidades que tiende a satisfacer con la realización de determinadas acciones, ósea que la forma de motivar al empleado es confiándole un trabajo que valga la pena y en el que pueda ejercer responsabilidad.

II.7.C. Características Personales: Es ampliamente conocido que cada persona es distinta; por lo tanto, para que cada empleado obtenga la mayor satisfacción en el trabajo debe recibir un trato diferente. De la misma manera, se requiere una comprensión de las necesidades y peculiaridades del grupo para reducir el número y la calidad de los problemas, ello significa que las personas son distintas y tienen derecho a serlo. Esta expresión se origina con la idea de que una relación humana conveniente es la que ofrece ventajas para los componentes de la misma, lo que significa satisfacción y provecho recíprocos.

II.7.D. Moral: Es el grado de compatibilidad entre los objetivos de la persona y la institución. Una moral mala puede ser descrita como una situación de incompatibilidad entre los propósitos y objetivos de la persona y la institución, pero una buena moral requiere además, de compatibilidad, entusiasmo y energía. Las actitudes apáticas o indiferentes a los objetivos del hospital o clínica pueden ser descritas como una moral indiferente.

II.7.E. Reconocimiento: Para todo hombre es importante el reconocimiento público y privado de la tarea o trabajo bien hecho, expresado talvez mediante un puesto, un título, un elogio o un sueldo mayor o simplemente que los administradores conozcan o identifiquen al lugar.⁽¹²⁾

II.8. LAS RELACIONES PÚBLICAS EN LA ATENCIÓN DE SALUD

Las relaciones publicas en la atención de salud en un centro hospitalario, clínica, puesto de salud etc., con los pacientes con sus familiares, con los visitantes y con el público en general. Tienen como finalidad de dar a conocer la labor y objetivos de la institución e interesara en ello, de crear mutuo entendimiento, beneficios, buena voluntad, comprensión y confianza, y corregir errores. Unas relaciones públicas bien llevadas pueden proporcionar prestigio y crédito a los servicios médicos.

Los objetivos de las relaciones públicas en la atención de la salud son los siguientes :

- Dar a conocer al público y personal los servicios prestados por el organismo y sus funciones: promoción, prevención, curación y rehabilitación.
- Dar a conocer a las autoridades y el personal, las características socioeconómicas de la comunidad.
- Promover el mejoramiento de las relaciones entre el centro de salud y paciente, familia y comunidad.

(12) Kroeger Axel.Luna Ronaldo.Principios y Métodos de Atención Primaria en Salud. ED. 2da. Mex. 2000.Pag.995 a 116

- Establecer relaciones de ayuda mutua con instituciones afines: centros de salud , hospitales, etc. Es decir participación interinstitucional.
- Estimular la ayuda social, moral y económica a la comunidad.⁽¹³⁾

II.9. SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

La satisfacción puede considerarse como un elemento de salud psicológica, lo que hace que el logro de la máxima satisfacción alcanzado sea un objeto de la atención. La satisfacción del paciente, además de ser en si un objeto y resultado de la atención, puede verse también como una contribución a otros objetivos y resultados. Por ej: es más probable que un paciente satisfecho coopere eficazmente con el médico y que acepte y siga sus recomendaciones. La satisfacción también influye sobre el acceso al cuidado, ya que es más probable que un paciente satisfecho vuelva a buscar la atención médica. La satisfacción del paciente tiene todavía otro papel dentro de la valoración de la calidad, puede verse como el juicio del paciente sobre la calidad o la "bondad" de la atención.

La evaluación de la calidad que hace el paciente, expresada como satisfacción o insatisfacción puede ser notablemente detallada. Podría concernir a los espacios y sugerencias de la atención, a aspectos de tratamiento técnico a características de la atención interpersonal y a las consecuencias fisiológicas, físicas, psicológicas o sociales de dicho cuidado. Una suma y un balance subjetivos de estos juicios detallados representaría la satisfacción total. La satisfacción del paciente es de fundamental importancia como una medida de la calidad de la atención, porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del paciente. La medición de la satisfacción es, por lo tanto, un instrumento valioso para la investigación, administración y planificación.

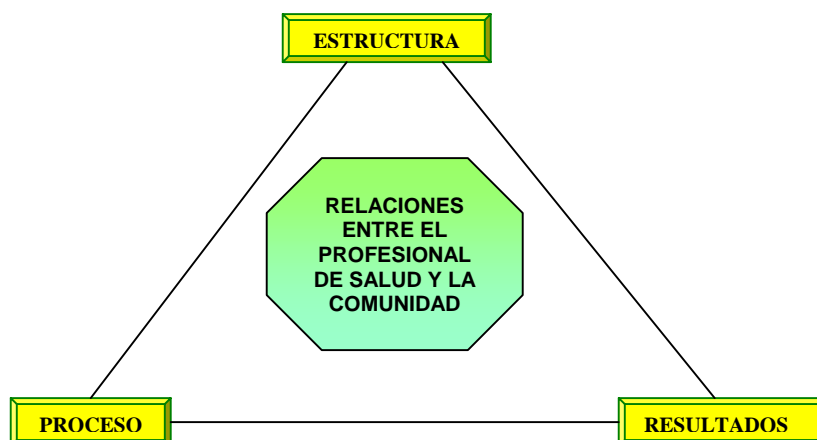
(13) Paganini Jose María .Capote Mir Roberto. Los Sistemas Locales de Salud.Ed.OPS Publ. Científica Nro.519 Pag.419

Los aspectos para la evaluación de satisfacción con el proceso de la atención y las relaciones interpersonales, son apreciables por:

- Que los pacientes valore el poder disponer de un médico destinado a su cuidado o de una fuente central de atención.
- La percepción del interés y preocupación de parte del médico.
- El grado de confianza en el médico y el personal.
- El grado de comprensión del padecimiento o del diagnóstico.
- El grado al que resulta difícil entender las instrucciones del médico u otros aspectos del plan de tratamiento.⁽¹⁴⁾

II.10. RELACIONES ENTRE EL PROFESIONAL DE SALUD Y LA COMUNIDAD

Si se persigue un cambio en el papel de la satisfacción al usuario el profesional hade aprender a escuchar dialogar y aprender de los demás así como compartir sus propios conocimientos.



II.10.A. ESTRUCTURA

Estabilidad de afecto hacia un médico, disponibilidad de tiempo adecuado para que los médicos puedan dedicarlo a los pacientes. Con la incorporación de intereses al ambiente físico y la evolución del estado de su salud. La presencia y el funcionamiento de mecanismos adecuados para entender las sugerencias y quejas de los pacientes. Satisfacción de los profesionales y otros miembros del personal con las condiciones de trabajo y con sus recompensas materiales y psíquicas.

II.10.B PROCESO

La manera como los profesionales y otros miembros del personal de salud atienden a los pacientes con interés, cortesía, respeto por la autonomía del paciente, mantenimiento su privacidad, explicación, confianza, apoyo; aceptación del paciente sin hacer juicios sobre su enfermedad y su conducta empleando el tiempo necesario y estimado al no apurar al paciente.

II.10.C. USO DE SERVICIOS

Una infraestructura adecuada con la satisfacción de la atención y los aspectos de la relación interpersonal. Comprensión de su enfermedad del usuario se hace frente con éxito a la enfermedad y a la mejoría de su integridad en los aspectos para la salud futura, hace que el usuario logre sus objetivos de haber asistido a un centro con todas las capacidades inherentes a mejorar la salud del usuario y la comunidad.

II.10.D. RESULTADOS RELACIONADOS CON EL PROFESIONAL

Satisfacción en la relación médico - paciente. Opiniones acerca de la conducta del paciente. Conocimiento de los intereses y problemas del paciente.⁽¹⁵⁾

II.11. FACTORES DETERMINANTES DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS

Los componentes que influyen en el consumidor, cuando valora la calidad del servicio recibido, se representan con las siguientes variables:

II.11.A Fiabilidad: Se refiere a la consistencia de la correcta ejecución de la tarea. Incluye la precisión y el cumplimiento del servicio establecido. Muchos factores, entre ellos la información coherente hacen que el paciente considere "de fiar" al médico y al sistema sanitario. Demos información clara, sencilla y adaptada a las características del paciente, se indica, porque en la atención a menudo intervienen varios profesionales y existe el riesgo de que al paciente le lleguen mensajes distintos e incluso contradictorios. La puntualidad del médico a la hora de acudir a la consulta es otro factor que contribuye a dar una sensación de fiabilidad a los pacientes.

II.11.B. Responsabilidad: Es la disposición positiva del proveedor de servicio.

II.11.C. Competencia: Incluye la posesión y aplicación adecuada de los conocimientos y habilidades necesarias para ofrecer el servicio. Abarca los aspectos técnicos y los concernientes a las relaciones interpersonales.

II.11.D. Accesibilidad: Es la facilidad en la obtención de servicios. En la práctica se traduce en una rápida y sencilla localización, recepción y consecución del servicio.

II.11.E. Cortesía: Comprende todos aquellos aspectos, orientados al respeto y consideración hacia el cliente, que favorecen la relación interpersonal.

II.11.F. Disponibilidad: Es la actitud del personal orientada al servicio, la respuesta a los requerimientos del cliente.

II.11.G. Comunicación: Comprende los dos flujos de la información. La información de referencia, expresar los objetivos del servicio con un lenguaje adecuado a los conocimientos del usuario, y la de retorno, saber escuchar al usuario.

II.11.H. Credibilidad: Significa la honestidad, confianza y prestigio ofrecida por el centro de salud, el individuo o la institución proveedores del servicio.

II.11.I. Seguridad: Es la ausencia de peligro, riesgo o duda. Incluye la seguridad física, funcional, social, financiera y la confidencialidad.

II.11.J. Conocimiento del consumidor: Es la empatía. Se refiere al esfuerzo por entender y satisfacer las necesidades del consumidor. Requiere conocer las expectativas de servicio.

II.11.K. Tangibilidad: Comprende las evidencias físicas del servicio, los tangibles: el entorno, los equipos, la apariencia del personal y la representación física del servicio.

II.11.L. La apariencia del personal y de las instalaciones: transmiten al usuario información respecto al valor de la actividad que se realiza en su interior. La apariencia de mal estado de los aparatos puede provocar en el paciente desconfianza respecto a lo que se está haciendo.

II.11.M. Satisfacción: La creación de vínculos estables a lo largo del tiempo entre médico y usuario es “Una de las satisfacción más sólidas de la satisfacción primaria, Ya que es una fuente de satisfacción y posee efectos beneficiosos para la salud. Facilitemos que, en la medida de lo posible, cada médico visite a los pacientes que lo han escogido”.⁽¹⁶⁾

(16) www.ilustrados.com/Calidad de los Servicios de Salud

II.12. ACCIONES IMPORTANTES A DESARROLLAR SOBRE EL PERSONAL

El personal de contacto, orientado hacia el cliente, debe tener un alto nivel de capacidad de respuesta, de atención y de disponibilidad y, en consecuencia tener la virtud de ajustarse a la situación actual y a las necesidades del cliente.

El personal, es el recurso principal de las empresas de servicio, debido a su impacto directo sobre la calidad del servicio. Las tres acciones más importantes que deben desarrollarse sobre el personal son:

1. Motivación: La dirección debe seleccionar al personal según su capacidad e idoneidad para desempeñar el trabajo, rodearlo de un ambiente laboral apropiado y explotar sus aptitudes con métodos de trabajo creativos que le permitan desarrollarse. También debe ayudarle a comprender los objetivos de calidad y a sentir el ambiente y la influencia de la calidad en toda la organización. Tiene que reconocer los logros del personal, motivarlo periódicamente, poner en marcha programas de desarrollo personal, etc.

2. Adiestramiento y desarrollo: La formación proporciona los conocimientos necesarios para cambiar y mejorar el servicio. Incluye a todo el personal, desde los ejecutivos en la gestión de la calidad hasta los trabajadores, en su tarea de traducir en hechos, día a día, la política y objetivos de calidad y lograr la satisfacción del cliente.

3. Comunicación: El personal debe tener conocimientos adecuados y experiencia en comunicación. Ha de ser capaz de interactuar al tiempo que presta el servicio. Por otra parte, las actividades en grupo dan la oportunidad de participar y cooperar en la solución de los problemas. La comunicación con los clientes implica escucharlos y mantenerlos informados. El conocimiento de los obstáculos en la interacción y la comunicación con los clientes, incluidos los clientes internos, proporciona una importante información acerca de las

áreas donde es preciso mejorar el proceso de prestación del servicio. La comunicación con los clientes incluye:

- Describir el servicio, su amplitud, disponibilidad y tiempo.
- Dar a conocer el costo del servicio.
- Exponer la relación entre el servicio, su prestación y su costo.
- Explicar el efecto de cualquier problema y la forma de resolverlo.
- Asegurar que los clientes saben lo que pueden hacer para contribuir a la calidad del servicio.
- Proveer los medios adecuados y fácilmente accesibles para una información eficaz.
- Determinar la relación entre el servicio ofrecido y las necesidades reales de los clientes.

Con frecuencia el cliente percibe la calidad del servicio a través de la comunicación del personal de contacto; pero aquella puede verse afectada negativamente por la existencia de unos recursos inadecuados.⁽¹⁷⁾

II.13. LA GARANTÍA DE CALIDAD.

La garantía de calidad promueve la confianza, mejora la comunicación y fomenta una comprensión más clara de las necesidades y las expectativas de la comunidad.

(17) www.monografias.com/ Desafíos para los sistemas de Atención de Salud

El Dr. Avedis Donabedian, la define como el “ conjunto de arreglos y actividades que tiene por fin salvaguardar, mantener y promover la calidad de atención ”. Se trata de una actividad cíclica y sistemática que utiliza normas de medición. Es el conjunto de actividades que llevan acabo para fijar normas vigilar y mejorar el desempeño de tal manera que la atención prestada sea lo más eficaz y segura posible.

Los problemas económicos de todos los países han limitado su capacidad de mejorar la calidad por medio de un nivel mayor de gastos. Los países se han dado cuenta que mejorara la calidad, deben provenir de las mejoras de la eficacia y eficiencia dentro de los recursos actuales.

Los Cuatro principios de la garantía de calidad:

- Garantía de calidad se orienta hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y de la comunidad a la que sirve.
- La garantía de calidad se concentra en los sistemas y procesos de prestación de servicios.
- La garantía de calidad utiliza información para analizar los procesos de prestación de servicios.
- La garantía de calidad alienta un enfoque de trabajo en equipo para la solución de problemas y mejora la calidad.

El mejoramiento continuo: Es un proceso en el que se mide la calidad se analizan las deficiencias descubiertas y se emprenden acciones para

mejorar el funcionamiento seguidas de nuevas mediciones de la calidad para determinar si se ha alcanzado la mejora es una actividad sistemática cíclica que utiliza estándares de medición que se basa en el respeto al individuo sea el personal de salud o en el enfermo (proyecto de sostenibilidad en salud)

El no mejoramiento de la calidad de atención: Es el uso de tecnología sofisticada, uso de recursos económicos muy caros e Implementación de cambios superfluos.

El mejoramiento de calidad: Es el conocimiento de la realidad sociocultural en que se trabaja con competencia técnica de profesionales en sus distintos niveles, reducir al mínimo los riesgos en los servicios de salud ofrecidos, Uso de los recursos apropiados a la realidad y satisfacción del usuario.

Por lo tanto, el mejoramiento de la calidad conlleva al aumento de la satisfacción del usuario, de la comunidad, de parte del personal que trabaja en el servicio, y en el aumento de la efectividad del programa y la mejor utilización de los Recursos Humanos.⁽¹⁸⁾

II.14. LA LEY 3131 DE LA REGULACIÓN DEL EJERCICIO PROFESIONAL MEDICO

La Ley N° 3131 promulgada el 8 de agosto de 2005, ha establecido la regulación del Ejercicio Profesional Médico, en el Sistema Nacional de Salud en sus sectores: Público, Seguridad Social, Privado, consolidándose las competencias del Ministerio del área de Salud en la supervisión y control del ejercicio profesional médico; como también se ha reconocido mediante Ley de la República al Colegio Médico de Bolivia como entidad colegiada.

(18) Paganini Jose María .Capote Mir Roberto. Los Sistemas Locales de Salud. Ed.OPS Publ. Científica Nro.519 Pag.108.

Que se ha definido claramente las funciones y las actividades relacionadas con el ejercicio profesional médico, como también el reconocimiento legal de los documentos médicos oficiales.

Que se ha declarado expresamente los Derechos y Deberes del Médico como también los Derechos y Deberes del Paciente.

Que se ha institucionalizado mediante Ley de la República la auditoria médica en los ámbitos del acto médico y de la gestión de calidad de los establecimientos de salud.

Que se ha establecido las excepciones legales al secreto médico.

Que en el contenido de la Ley del Ejercicio Profesional Médico, se ha propiciado una relación equilibrada médico-paciente, con el propósito de regular el acto médico y mejorar la **gestión de calidad** en los establecimientos de salud.

II.14.1. INEXCUSABILIDAD EN LA PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE ENFERMEDADES.

En el marco de la defensa de la vida, el cuidado de la salud integral de la persona, familia y comunidad requiere acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos y enfermedades por parte del profesional médico, en forma inexcusable, cualquiera sea su cargo, especialidad o nivel de actuación en el Sistema Nacional de Salud.

NORMAS Y PROTOCOLOS. Se establecen las siguientes definiciones:

Norma: Implica para el personal del Sistema Nacional de Salud, reglas y líneas directrices o características para sus actividades o resultados que garanticen un nivel óptimo de orden y comparabilidad en un contexto dado.

Protocolo: Disposición técnica reconocida que refleja el "estado del arte" o el estado de la técnica en el momento y ajustado a una norma vigente.

Guía técnica: Conjunto de procedimientos consensuados entre prestadores y usuarios -en el marco de la Interculturalidad en relación a un servicio determinado de salud.

La Autoridad Departamental de Salud es responsable de complementar los protocolos en el marco de la calidad, la interculturalidad, la equidad de género y el respeto al derecho de las personas a la vida y a la salud.

Los Gerentes de Red, los Directores de Hospitales y los responsables de establecimientos de salud de primer nivel, son los responsables de supervisar la aplicación de las normas y protocolos nacionales vigentes en el Departamento y denunciar el incumplimiento ante la Autoridad Departamental de Salud.

II.14.2. GESTION, DE CALIDAD

La gestión de calidad de los servicios de salud es inexcusable para los médicos en los establecimientos de todos los sectores del Sistema Nacional de Salud.

En los establecimientos de tercer y segundo nivel, la gestión de calidad de los servicios de salud es implementada por el Departamento de Enseñanza e Investigación, que en adelante se denomina **Departamento de Gestión de Calidad, Enseñanza e Investigación.**

Este Departamento tiene bajo su responsabilidad los comités contemplados en el Reglamento General de Hospitales vigente, además de los Comités de Gestión de Calidad y Auditoría Médica, y de Enseñanza e Investigación. La selección del Jefe

del Departamento de Gestión de Calidad, Enseñanza e Investigación se realiza siguiendo la normativa vigente.

La gestión de la calidad de los servicios de salud en los establecimientos de nivel I, es implementada por las gerencias de red.

En el marco de la gestión de calidad, se establece la necesidad del profesional médico de conocer el idioma nativo del área donde ejerza su profesión. Es responsabilidad del Ministerio del área de salud gestionar la incorporación de idiomas nativos en el currículum académico de las Carreras de Medicina mediante los mecanismos de integración docente asistencial.

Calidad del Acto médico: Las características del servicio médico para considerarlo de calidad son:

1. Conocimientos actualizados del profesional
2. Habilidades y destrezas suficientes y adecuadas a la tarea
3. Actitud de servicio
4. Actitud de respeto al paciente y su entorno
5. Aplicación de normas y protocolos de atención
6. Reconocimiento del paciente como ser humano con dignidad
7. Eficiencia en el uso de los recursos
8. Enfocado en la equidad de género

Receta médica: Constituye el documento legal que avala la prescripción facultativa para la dispensación de medicamentos. Consta de dos partes que deben ser legibles: la prescripción propiamente dicha y las indicaciones de uso.

La prescripción debe registrar el nombre del paciente; el nombre genérico, opcionalmente el nombre comercial, forma farmacéutica, concentración y, cuando corresponda, el código del medicamento; fecha, el nombre del médico, la firma, el número de matrícula profesional, la especialidad -cuando corresponda- y el sello del médico, conforme legislación vigente.

Las indicaciones de uso: dosis y frecuencia u horario, deben ser registradas en hoja aparte, considerando que la receta médica será retenida en el establecimiento farmacéutico.

II.14.3. FUNCIONES DEL EJERCICIO PROFESIONAL MEDICO

Las funciones de Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación de la salud y rehabilitación del paciente, son de cumplimiento obligatorio en todos los ámbitos y niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, en el marco de las normas aprobadas por el Ministerio del área de Salud.

Promoción de la Salud, es la actividad orientada hacia la preservación de la salud y estilos de vida saludables de las personas en su entorno familiar, social y laboral.

Prevención de la enfermedad, es el conjunto de acciones necesarias para evitar riesgos y daños a la salud de las personas en su entorno familiar, social y laboral.

Recuperación de la salud, es el conjunto de acciones de diagnóstico y tratamiento necesarias para restablecer la salud del paciente. Cuando esto no sea posible, el médico debe propender a evitar o mitigar el dolor para mejorar la calidad de vida.

Rehabilitación, es el conjunto de acciones y medios que faciliten la reinserción laboral y social de las personas mediante el uso y desarrollo de sus capacidades físicas, mentales, sensoriales y sociales.

II.14.4. EXPEDIENTE MEDICO.

El Expediente médico, está constituido por el conjunto de la Historia clínica y los documentos relacionados con el caso que surjan por fuera del proceso asistencial. La Historia clínica es el conjunto de documentos escritos e iconográficos generados durante cada proceso asistencial de la persona atendida. Para fines de atención, conciliación, arbitraje, proceso judicial u otros, el expediente clínico se organiza de la siguiente manera:

Durante la Hospitalización:

1. Gráficas de temperatura
2. Ordenes médicas
3. Evolución
4. Informes de Laboratorio
5. Informe Quirúrgico
6. Informe de Anestesia
7. Informe de Anatomía Patológica
8. Notas de enfermería
9. Hoja de Medicamentos
10. Historia y Examen Físico
11. Epicrisis
12. Informe de Ingreso y Egreso.

Secuencia de formularios de la Historia Clínica después del Egreso:

1. Informe de ingreso y egreso
2. Epicrisis
3. Historia y examen físico
4. Evolución
5. Ordenes Médicas
6. Informes de Laboratorio
7. Informe de Anestesia
8. Informe Quirúrgico

9. Informe de anatomía Patológica
10. Grafica de temperatura
11. Medicamentos
12. Notas de Enfermería.

II.14.5. DIFUSIÓN DE LOS DERECHOS.

Es obligatoria la difusión de los derechos y deberes de los pacientes y de los derechos y deberes de los médicos en todos los sectores del Sistema Nacional de Salud. Esta debe realizarse en todos los establecimientos e Instituciones de salud, en forma pública y visible, al alcance de los pacientes y público en general.

Consentimiento expreso, se refiere a la voluntad o decisión del paciente de rechazar el tratamiento u hospitalización indicados por el médico tratante, registrado en la historia clínica y debidamente respaldado por la firma del paciente o de su familiar o responsable legal.

En situaciones donde el paciente no tiene capacidad de decidir sobre su persona, requiere intervención profesional médica y no cuenta con un familiar, pariente o responsable legal, la Institución de salud asume la decisión terapéutica siguiendo las normas y protocolos vigentes.

Es obligación del médico registrar en la historia clínica, la información brindada al paciente respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad; este registro debe ser suscrito por el paciente, familiar, pariente o representante legal.

II.14.6. AUDITORIA MEDICA.

La auditoria médica constituye un proceso unitario, educativo, preventivo y, según corresponda, también correctivo. Según el propósito, puede ser interna o externa.

La auditoria médica interna: constituye un procedimiento de aplicación regular, es técnico, evaluativo, preventivo y correctivo, para el aseguramiento y mejoramiento de la calidad en salud, que comprende la evaluación de la estructura, proceso y resultados, conducida por los Comités de Auditoria Médica, bajo supervisión del Departamento, o responsable de Gestión de Calidad y Auditoria Médica institucional. En caso que el Departamento de Gestión de Calidad, Enseñanza e Investigación, en e proceso rutinario de auditoria interna, encuentre indicios de mala práctica médica, deberá requerir la realización de una auditoria externa a la máxima autoridad departamental de salud. En el primer nivel de atención (Puestos y Centros de Salud), las auditorias internas serán asimiladas a los procesos de auto-evaluación mensual mediante instrumentos vigentes emitidos por el Ministerio del área de Salud.

La auditoria medica externa: La auditoria médica externa es un procedimiento técnico, analítico, evaluativo, de carácter preventivo y correctivo que se realiza ante denuncias de mala práctica médica. Se aplica al acto médico y consiste en la verificación del cumplimiento de normas y protocolos vigentes. Se realiza mediante el análisis del expediente clínico.⁽¹⁹⁾

(19) Decreto Supremo .MSD.LP-Bolivia. Diciembre 2005.

III. ANTECEDENTES

La garantía de calidad a formado parte de la atención de salud durante los últimos 100 años. Su introducción a la medicina moderna se debe a una enfermera Británica, Floréense Ninghtingale quien evaluó la calidad de la atención de los hospitales militares durante la Guerra de Crimea. Ella introdujo las primeras normas de atención sanitaria, las que produjeron una notable reducción de los índices de mortalidad en los hospitales.

En la década de los años 1980, la garantía de calidad se extendió a la Atención Primaria de Salud en los Estados Unidos y en Europa. Después de 1985 la OMS comenzó a utilizar el análisis de sistemas y las evaluaciones de los establecimientos para evaluar la calidad de la atención. En todo ámbito donde se prestan servicios de atención de salud, de los mas avanzados hospitales urbanos a la clínica local hay deficiencias en la calidad. La mala calidad reduce los beneficios que se brindan a los clientes, frustra a los profesionales de salud y produce un desperdicio de los escasos recursos de la atención sanitaria. Por lo tanto es fundamental contar con un proceso constante de garantía y mejoramiento de la calidad como componente de un sistema de atención de la salud que sea eficaz, eficiente y útil.

Con la finalidad de crear instrumentos de gerencia para los Sistemas Locales de Salud, el Ministerio de Salud de Bolivia acepta realizar programas de mejoramiento de calidad en los servicios de Consulta externa.

En 1993, la calidad de la atención en las actividades de consulta externa resultó ser uno de los problemas evidenciados por parte del personal de salud, en el departamento de Santa Cruz, éste fue objeto de las primeras investigaciones realizadas en el contexto del proyecto de investigaciones operativas, de los distritos Norte e Ichilo, bajo dos perspectivas, la de los operadores de los servicios de salud y la de los usuarios. Lograron brindar a los equipos gerenciales de los Distritos norte e

Ichilo recomendaciones operativas relativas a la implementación de mejorías en los aspectos identificados relevantes para mejorar la calidad de atención médica, especificando tiempos, lugares, modalidades, responsables, metas y recursos necesarios. Los resultados de éste proceso de mejoramiento de calidad en consultorio externo fueron informados a todas las áreas del distrito.

A nivel Latinoamericano se conocen varios trabajos:

En México, a partir de 1964, trabajaron con cierto grado de refinamiento, en la formulación de criterios explícitos para evaluar el proceso y los resultados de la atención médica. En la estandarización de la composición de casos cuando los resultados significaban calidad, en la especificación de resultados para seguimiento cuando los resultados adversos permitían una evaluación posterior de proceso; en la revisión de las características organizacionales más útiles, en el estudio de la estructura y en la identificación de los efectos separados de los atributos estructurales por medio del análisis multivariado. También se ha puesto mayor atención a los problemas de medición, incluyendo la veracidad e integridad de los expedientes y los procedimientos, para formulación de criterios, la confiabilidad y viabilidad de éstos últimos.

Uno de los avances más importantes ha sido el uso de análisis de decisión para identificar estrategias óptimas para la atención, incorporando la preferencia de los pacientes y el costo monetario en las decisiones oportunas para definir los criterios de calidad en cualquier institución.

Jamaica 1987: Se ha evaluado la Atención Primaria en relación con doce indicadores de salud dentro del perfil epidemiológico y se ha contado con datos adicionales procedente de una encuesta confidencial sobre defunciones maternas para ello la evaluación de calidad debe realizarse en función de los recursos disponibles y debe presentar particular atención al establecimiento de criterios aceptables de examen inequívoco. Los resultados han conducido a la elaboración de programas destinados a mejorar la atención asistencial.

En Costa Rica: 1995 – 1997 Se realizó una investigación con el propósito de enfrentar las debilidades del sector salud implantando un plan de modernización readecuado al modelo de atención basado en las prioridades de salud de la población. Se hizo una recolección de datos en tres áreas de Salud sobre variables e indicadores señalados por diferentes expertos como determinantes para evaluar el impacto en la equidad la eficiencia y la calidad de atención en los servicios de salud, para la relación de variables e indicadores, se calculó para uno de las áreas las tasas de mortalidad general, las tasas de mortalidad infantil, las tasas de natalidad y la distribución porcentual de población por grupos de edad y las consultas.

En los componentes de la atención integral, la mayor debilidad encontrada fue la no-coincidencia entre la apreciación diagnóstica y los otros componentes de la atención (Interrogatorio, examen físico, abordaje) Principalmente entre el motivo de la Consulta y el abordaje en las tres áreas no están aplicando los criterios recomendados en cuanto a la periodicidad de las citas de control ni seguimiento de los resultados de actividades en citas posteriores; También se evidencia labor en equipo y no responden al nuevo modelo de asignación de recursos. Las tres áreas muestran 80 % de satisfacción de los usuarios, la insatisfacción son para los servicios de recepción y farmacia.

Los prestatarios manifiestan la insatisfacción en el aspecto relacionado con el espacio físico incentivos para mejorar, reconocimiento por el buen desempeño de su trabajo, el progreso y desarrollo personal.

Chile, Valparaíso, 1998: En fecha 2 de Enero de 1993 el servicio de salud Valparaíso San Antonio, inició formalmente la puesta en práctica de un programa de gestión de calidad, luego del aprendizaje de 50 directivos superiores de gestión de calidad en salud a través de un diplomado impartido por la Universidad de Chile.

Bajo la premisa de que no basta proteger a más personas, si no hay que protegerlos mejor y siguiendo la tríada de la clásica Donabedian, *estructura, procesos, resultado*, para poder evaluar la calidad de la atención donde se pudo constatar en la investigación, inicialmente a través de la evaluación de la prestación de servicios algunas deficiencias como por ejemplo; en la infraestructura, suministros, y normas que apenas se alcanza al 70% de los requerimientos necesarios que con una visión optimista su calidad puede ser aceptable, sin embargo, su programación y sus suministros medico clínico laboratorial o exámenes complementarios apenas llega al 50% de sus ofertas, donde la educación y sus programas de prevención y promoción para la salud están totalmente descuidado. En cuanto a los recursos humanos que llegan a cubrir cerca del 80 % de sus requerimientos lo que le favorecería para poder desarrollar una buena atención médica en general donde alcanza en forma global al 55% de sus prestación de servicios al asegurado. Lo que definitivamente constituye en la calidad de confort de atención medica hacia los asegurados⁽²⁰⁾.

De acuerdo a la revisión de otro trabajo, de ha visto que esta relacionando con la prestación de servicios y su accesibilidad, en esto podemos concluir, que dentro las consultas externas se evidencia la deficiencias en cuanto al cumplimiento de las normas ó el buen manejo de procedimientos normados y recomendados por otras instituciones como es el caso del INASSES. En las políticas de salud del Ministerio es implementado dentro un aspecto preventivo, sin embargo en este caso la falta de una coordinación de las políticas operativas y administrativas muestra sus deficiencias, desde un modelo de atención como es en este caso el primer nivel desde el individuo, familia y comunidad, este trabajo recomienda una reestructuración del sistema en la seguridad social con dos enfoques uno administrativo y el otro a la investigación sobre la accesibilidad, mismo que deberá responder a los procedimientos y funciones como es la oferta de servicios⁽²¹⁾.

(20) Jorge Gamboa E. "Calidad de atención en la consulta Externa. Tesis. Año. 1999.)

(21) Castillo Claire Víctor. "accesibilidad Organizacional en la Prestación de servicios en Consulta Externa de M.Familiar. Tesis. 1998.

El año 2005 se realizó un estudio en el hospital La Paz de la zona Garita de Lima, sobre la atención satisfactoria en la de calidad de atención donde los resultados califican al grado de satisfacción con el 48% y del 52% de insatisfacción en la calidad de atención⁽²²⁾.

⁽²²⁾ CASTELLON BORIS. "Evaluación de la Calidad del Modelo de Atención Primaria de Salud". Tesis de grado. 2005. Pág. 70.

IV. JUSTIFICACIÓN

Esta tesis es para evaluar algunos de los factores de insatisfacción en la atención médica al usuario en la consulta externa, de esta manera descubrir problemas en la atención y realizar un mejoramiento continuo donde la atención médica multidisciplinaria genere mecanismos de satisfacción al usuario, además de elevar el grado de calidad de atención medica.

Como en todo ámbito, donde se prestan servicios de atención de salud de los mas avanzados hospitales urbanos a los centros de salud de primer nivel hay ciertas deficiencias en la calidad de atención. La mala calidad reduce los beneficios que se brindan a los clientes, frustran a los profesionales de salud y produce un desperdicio de los escasos recursos de la atención sanitaria. Por lo tanto es fundamental contar con un proceso constante de garantía y mejoramiento de la calidad como componente de un sistema de atención de salud que sea eficaz, eficiente y útil.

En la actualidad dado el cambio cultural que ha surgido en la población a causa del medio social en el que se desarrolla el usuario y el médico frente a los servicios de salud, se afronta la “insatisfacción de los usuarios” con respecto a su derechos en la atención médica. Es así que la sociedad toma mas conciencia de que cada organización creada para su servicio debe justificar su existencia a través de la eficacia y eficiencia, además del cumplimiento de metas y objetivos institucionales, donde la satisfacción del usuario debe ser el principal componente del plan operativo de una institución y en especial del equipo básico de salud.

La importancia que ha alcanzado dentro de la temática social la insatisfacción del paciente frente a sus problemas de salud por resolver a reflejado y/o puesto de manifiesto a través de los medios de comunicación televisiva, oral y escrita como “actos de negligencia médica”; que son inciertos por razones propias de la patología que determina el cuadro clínico que el paciente ignora al respecto como resultado del tratamiento y una respuesta inesperada

Por ser un problema que afecta nuestra, realidad el presente trabajo de investigación pretende recabar información acerca de algunos de los factores que influyen en la insatisfacción del usuario respecto a la atención médica; los datos y resultados obtenidos en este estudio serán puestos en conocimiento y a disposición del personal de salud con fin de contribuir a mejorar la calidad de atención del servicio médico y de la institución como es el centro de Especialidades de El Alto de la Caja Nacional de Salud.

De esta forma se puede transformar una situación de insatisfacción a una satisfacción corrigiendo e interviniendo en su componente de calidad de atención y de este modo coordinar servicios para una eficiencia de servicio, evaluando resultados, además de integrar al paciente, innovándole a participar en actividades y en la mejora continua de su salud.

V. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

5.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles, serán algunos de los factores que influyen en la insatisfacción del usuario en la atención médica de la consulta externa en el Centro de Especialidades El Alto, de la Caja Nacional de Salud durante el primer semestre, Gestión 2006?”

5.2. HIPÓTESIS DE ESTUDIO

Mejorando la atención médica se reducirá la insatisfacción del usuario que asiste a consulta externa en el Centro de Especialidades El Alto de la Caja Nacional de Salud .

5.3. OBJETIVOS

5.3. Objetivo General

Establecer algunos de los factores que intervienen en la insatisfacción del usuario en la atención médica de la consulta externa en el Centro de Especialidades El Alto de la Caja Nacional de Salud durante el primer semestre, Gestión 2006.

5.4. Objetivos específicos

- Identificar algunos de los factores que influyen en la insatisfacción de los usuarios en la atención médica.
- Determinar la proporción de insatisfacción de los usuarios al finalizar su atención en la consulta externa.
- Conocer la modalidad de atención durante la asistencia del usuario a la consulta externa.
- Describir las características de los usuarios que solicitan atención médica en consulta externa.

5.5. DISEÑO O TIPO DE ESTUDIO

El diseño de estudio que se aplicó en el presente trabajo de investigación es descriptivo de corte transversal, permitiendo conocer una serie de variables relacionadas a las características mas importantes del problema de salud como es la “insatisfacción del usuario en la consulta médica”; en un momento determinado.

5.6. TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra que se calculó a través de la fórmula para poblaciones finitas, porcentaje estimado de la muestra de 50% y el tipo de muestra es probabilística aleatoria simple⁽²³⁾.

Los usuarios que asistieron a consulta medica durante el primer semestre del 2006 fueron: 600 usuarios asegurados (Fuente CNS - El Alto).

Para determinar el tamaño de la muestra de acuerdo a la pregunta de investigación, se aplicó la fórmula correspondiente:

$$n = \frac{N \cdot (K)^2 \cdot P \cdot Q}{E^2}$$

Con un grado de confianza del 95% y un margen de error 5% .Se deberán encuestar 234 usuarios asegurados.

PROCEDIMIENTO

Como el presente, estudio es de corte transversal, en el centro de especialidades El Alto desde enero a junio del 2006 (primer semestre). Se a utilizado como instrumento de recolección de datos el cuestionario de insatisfacción con respuesta divergente de (si o no) dirigido a los usuarios activos titulares que asisten a consulta externa y que comprende de 12 preguntas de las cuales; esta las características del usuario con 3 preguntas; 6 preguntas dela relación medico – paciente y 3 de la modalidad de atención, preguntas que evalúan la satisfacción de atención hacia el usuario en la atención en consulta externa. Posteriormente se determino aplicar la proporción entre las respuestas dicotómicas luego analizar sus componentes y en contra los factores influyentes en la insatisfacción que genera al usuario.

5.7. POBLACION Y LUGAR

El presente trabajo de investigación se ha realizado en el Centro de Especialidades El Alto de la Caja Nacional de Salud.

La creación del Centro de Especialidades El Alto fue el 19 de marzo del 2003, se encuentra ubicado en la Avenida Evadidos del Paraguay; Zona Bolívar “A”; N° 25. y se cuenta con los siguientes consultorios: Pediatría , Ginecología, Neurología, Neumología, Cardiología, Dermatología, Oftalmología Traumatología,

Otorrinolaringología, Laboratorio, Fisioterapia , Farmacia, Medicina Familiar, Servicio de Emergencias las 24 hrs. del día.

La población beneficiaria total del Centro de Especialidades El Alto es de 27.500 asegurados y beneficiarios. (Fuente CNS - El Alto).

5.9. ASPECTOS ETICOS

Para la ejecución del estudio se ha considerado los aspectos jurídicos legales correspondientes: previamente a la aplicación de la encuesta se solicitó la aceptación verbal del usuario asegurado para ser partícipe de esta investigación; se informo sobre el qué, por qué y para qué se hizo este estudio y que es libre de decidir su participación o no en el estudio.

VI. INTERVENCIÓN O METODOLOGÍA

Variables de estudio dependiente

Acceso a la consulta externa organizada como seguridad social

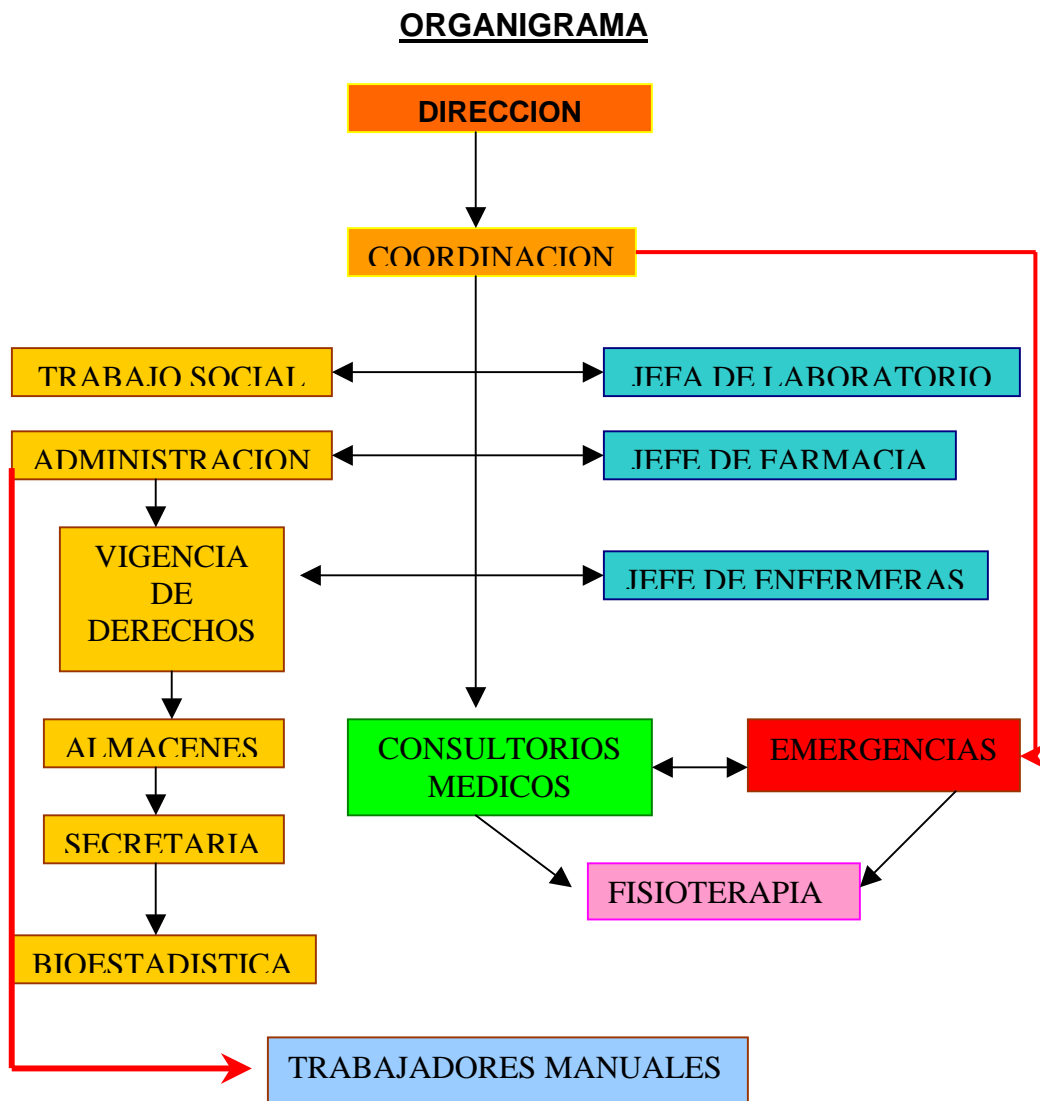
Variables de estudio independiente

Procedimientos y normas de la institución

Procedimientos técnico administrativo según sus niveles operativos

Organigrama y estructura de función organizada

Gestión de prestación de servicios.



VI.1. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	CATEGORÍA	ESCALA
Sexo	Características biológicas	cualitativo	Masculino femenino
Grado de instrucción.	Si cursó algún grado de instrucción educativa.	Cualitativo	Primaria Secundaria Universitario Profesional
Idioma.	La comunicación medico – paciente que utiliza con mayor fluidez y relación personal.	cuantitativo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ castellano ➤ aymará ➤ quechua. ➤ Otro idioma
Atención medica de acuerdo a la orden de llegada.	El paciente es atendido en cuanto llega al consultorio.	cuantitativo	SI NO
Tiempo de espera para la atención medica.	El tiempo necesario de espera para ser atendido en consulta externa en cuanto llega el paciente a la consulta.	cuantitativo	
Orientación, información respecto a un tema de salud durante el tiempo de espera.	Si al paciente le interesa algún tema de salud de importancia para la adquisición de conocimientos y de esta manera cuidar de su salud con mayor conocimiento del mismo.	cualitativo	
Insatisfacción del usuario en la atención médica.	El paciente antes durante y luego de la atención medica, en este transcurso de tiempo fue atendido con toda la cortesía de parte el profesional y que también si recibió algún tema de salud para sus conocimientos. Luego si su recuperación a estado de acuerdo al tratamiento recibido y que si le ha interesado al medico en resolver su enfermedad.	cualitativo	
Poca amabilidad.	Falta de cortesía.		

Explicación que le da el medico sobre su enfermedad.	de acuerdo el pronostico de su enfermedad el usuario recibe alguna explicación sobre el mismo además de orientarle sobre los cuidados que debe tener el mismo.	cualitativo	SI	NO
Explicación que el medico le proporciona sobre el tratamiento que debe seguir el usuario.	Durante la consulta medica que el usuario realiza, el medico le ha brindado alguna explicación sobre el tratamiento que debe seguir y si la dosis es la adecuada y el tiempo que debe continuar.			
Voluntad e interés para resolver sobre el problema de salud de parte del medico.	El medico ha mostrado interés y resolver su problema de salud el usuario mediante controles y citas medicas oportunas.			
Confianza en el medico.	La satisfacción del usuario con el trato medico. Además de brindarle confianza de acuerdo al trato personal y resolver su problema de salud.			
Satisfacción del usuario con la atención médica.	El usuario de acuerdo el curso de su enfermedad y el tratamiento oportuno antes, durante, luego de la consulta medica a sido de su satisfacción, además de estar recuperado de su enfermedad.			

VI.2. RECOLECCION DE DATOS

- Para la recolección de datos se recurrió a la entrevista con una información particularmente cualitativa.
- La recolección ha sido con una entrevista directa
- Las encuestas que se han realizado ha sido revisada en función del objetivo del presente trabajo, los errores o mala información se resolvió de alguna manera y de forma inmediata.

VI.3. DEFINIR MUESTREO Y GRUPOS DE ESTUDIO

VI.3.1. EXCLUSIÓN:

Se excluyeron todos los casos en los que la consulta fue por primera vez y no es radicado en el lugar, además de los pacientes de emergencias, puesto que se transferidos a centros de alta complejidad.

No se encuesta a beneficiarios, rentistas beneficiarias, seguro de SUMI.

VI.3.2. INCLUSIÓN:

A todos los pacientes que acuden con citas médicas y que son radicados en el lugar, sea cual fuese la patología predominante.

Una vez seleccionados se les dio la información detallada de los objetivos y de aspectos inherentes a la participación del estudio y se realizó la entrega del cuestionario.

Solo a los asegurados titulares activos.

VI.4. PROBABLES SEGOS

- **Sesgos de selección:** La selección está relacionado, con la representatividad de todos los voluntarios que asisten a consulta externa de la población general.

- **Sesgos de información:** El sesgo de información pueda que los voluntarios tengan conexión familiar que corresponda al mismo consultorio o en su caso pertenecer a un solo grupo mayor de asegurados con una sola concepción.

- **Sesgo de mala selección:** En nuestro estudio se deben tener en cuenta los sesgos de información debido a la clasificación errónea (mala-clasificación) de los participantes respecto a la existencia o no de patología.

VII. RESULTADOS

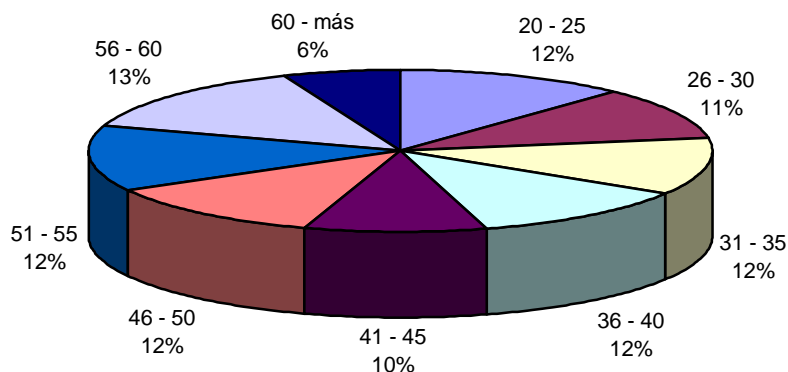
LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN SON CARACTERISTICAS DE LOS USUARIOS PARTICIPANTES DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

**CUADRO Nº 1
PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN ASEGURADA
ENCUESTADA POR EDAD Y SEXO**

GRUPO DE EDAD ENCUESTADA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
20 - 25	9	15	24
26 - 30	13	8	21
31 - 35	9	14	23
36 - 40	6	17	23
41 - 45	8	11	19
46 - 50	10	14	24
51 - 55	13	13	26
56 - 60	11	17	28
60 - más	5	7	12
TOTAL	84	116	200
	200 ENCUESTAS		100%

FUENTE: Elaboración

GRAFICA Nº1. PORCENTAJE DE POB. ENCUESTADA EN AMBOS SEXOS SEGUN GRUPO ETAREO



FUENTE: Elaboración propia 2006.

La gráfica Nº 1. nos demuestra que el mayor porcentaje de encuestados en ambos sexos esta entre el grupo atareo de 56 a 60 años de edad con el 13%. Sin embargo no esta muy lejos de los demás grupos etareos con un termino de 10 a 12 % entre los 20 años hasta los 55 años de edad. Y que acuden a la consulta externa de la policlínica de Especialidades El Alto. Con alto porcentaje de la participación femenina con el 58% y del sexo masculino con un 42%. De usuarios asegurados titulares.

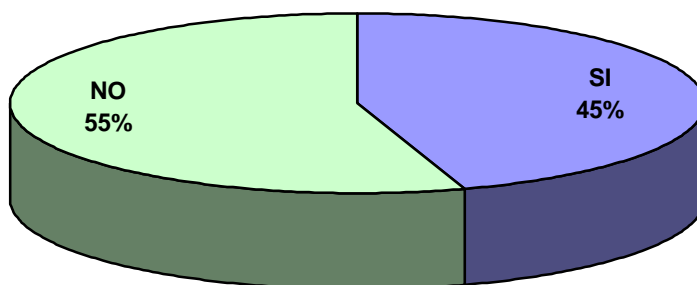
CUADRO Nº 2

¿EL MODO DE ATENCIÓN DE PARTE DEL MEDICO FUE AMABLE?

GRUPO DE EDAD ENCUESTADA	SI	NO	TOTAL
20 - 25	11	13	24
26 - 30	6	15	21
31 - 35	15	8	23
36 - 40	13	10	23
41 - 45	10	9	19
46 - 50	11	13	24
51 - 55	9	17	26
56 - 60	10	18	28
60 - más	5	7	12
	90	110	200
TOTAL	200 ENCUESTAS		100%

FUENTE: Elaboración propia 2006.

GRAFICA Nº.2. PORCENTAJE DE SI ó NO ES AMABLE DEL TRATO AMABLE DE PARTE DEL MEDICO



FUENTE: Elaboración propia 2006.

La gráfica Nº 2. Se puede observar de acuerdo a la encuesta realizada el mayor porcentaje es del **55%** a la pregunta de que el médico **no** fue amable en la consulta externa, y el 45% de pacientes que **si** recibieron un trato amable en la consulta externa.

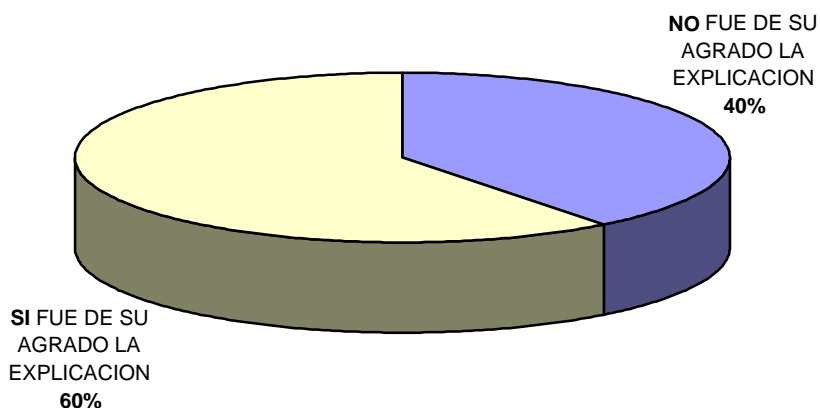
CUADRO Nº 3

¿USTED ENTENDIO, LA EXPLICACIÓN QUE LE DIO EL MEDICO SOBRE SU ENFERMEDAD?

GRUPO DE EDAD ENCUESTADA	SI	NO	TOTAL
20 - 25	7	17	24
26 - 30	6	15	21
31 - 35	10	13	23
36 - 40	8	13	23
41 - 45	9	12	19
46 - 50	9	15	24
51 - 55	13	13	26
56 - 60	12	16	28
60 - más	5	7	12
TOTAL	60%	40%	200

FUENTE: Elaboración propia 2006.

GRAFICO Nº.3. PORCENTAJE DE LA EXPLICACION SOBRE ENTENDIMIENTO DEL CURSO DE SU ENFERMEDAD



FUENTE: Elaboración propia 2006.

La grafica Nº 3. Indica que el 60% de los encuestados aceptan que **si** fue de su agrado de la explicación de su tratamiento que debe seguir y donde el 40% **no** fue de su agrado sobre la explicación de su tratamiento. Esto en todos los pacientes que asisten a consulta externa.

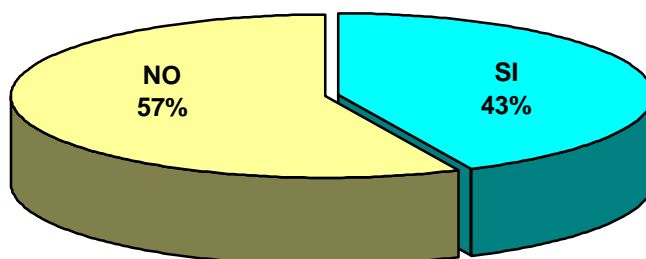
CUADRO N°. 4.

¿ENTENDIO LO QUE EL MEDICO LE EXPLICO SOBRE EL TRATAMIENTO QUE DEBE SEGUIR?

GRUPO DE EDAD ENCUESTADA	SI	NO	TOTAL
20 - 25	15	9	24
26 - 30	10	11	21
31 - 35	13	10	23
36 - 40	9	14	23
41 - 45	7	12	19
46 - 50	4	20	24
51 - 55	8	18	26
56 - 60	15	13	28
60 - más	5	7	12
TOTAL	86	114	200

FUENTE: Elaboración

GRAFICA N° 4. PORCENTAJE DE PACIENTES QUE ENTIENDE SOBRE EL TRATAMIENTO QUE DEBE SEGUIR



FUENTE: Elaboración propia 2006.

La gráfica N° 4. Como se observara el cuadro refleja que el 57% refieren **NO** haber recibido una orientación por parte del médico sobre el tratamiento que debe seguir. Y el 43% **SI** recibió orientación sobre el tratamiento que debe seguir sobre el curso de su enfermedad, sin embargo el grupo atareo que más refiere de NO haber recibido explicación esta en los 46 a 55 años de edad de acuerdo al cuadro de resultados de la encuesta por grupo atareo.

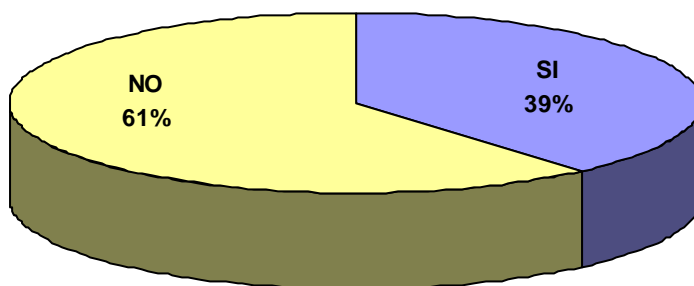
CUADRO Nº 5

¿DURANTE LA CONSULTA, EL MEDICO DEMOSTRO INTERES EN ATENDER Y RESOLVER SU PROBLEMA DE SALUD?

GRUPO DE EDAD ENCUESTADA	SI	NO	TOTAL
20 - 25	7	17	24
26 - 30	10	11	21
31 - 35	9	14	23
36 - 40	6	17	23
41 - 45	9	10	19
46 - 50	4	20	24
51 - 55	15	11	26
56 - 60	10	18	28
60 - más	7	5	12
TOTAL	77	123	200

FUENTE: Elaboración propia 2006.

GRAFICA Nº 5. PORCENTAJE DE PACIENTES QUE RECIBIERON VOLUNTAD DEL MEDICO PARA SOLUCIONAR SUS PROBLEMAS DE SALUD



FUENTE: Elaboración propia 2006.

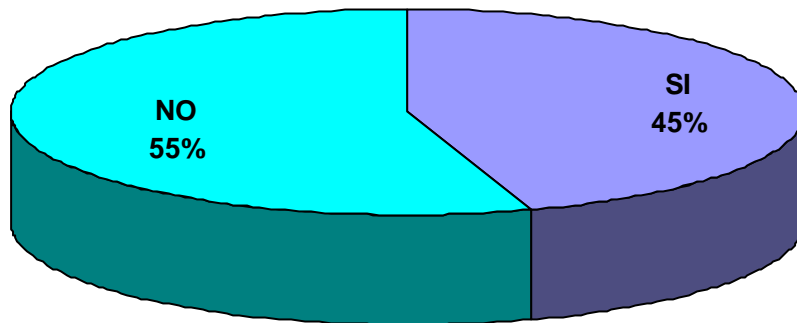
La gráfica Nº 5. Así como podemos apreciar en el cuadro superior un 61% de los pacientes refieren **NO** haber tenido una buena comunicación con la relación a su enfermedad ni explicación alguna, además de solucionar su problema de salud. Seguido de un 39% de **SI** haber recibido interés de parte del médico en solucionar su problema de salud. Indicando además que el grupo atareo que más indica esta negatividad esta entre los 20 a 25 años de edad seguido del grupo de 46 a 50 años de edad.

CUADRO Nº 6
¿USTED TIENE CONFIANZA EN SU MEDICO QUE LE ATIENDE?

GRUPO DE EDAD ENCUESTADA	SI	NO	TOTAL
20 - 25	10	14	24
26 - 30	13	8	21
31 - 35	7	16	23
36 - 40	12	11	23
41 - 45	9	10	19
46 - 50	10	14	24
51 - 55	16	10	26
56 - 60	8	20	28
60 - más	5	7	12
	90	110	200

FUENTE: Elaboración propia 2006.

GRAFICA Nº 6. PORCENTAJE DE PACIENTES QUE INDICAN TENER CONFIANZA EN SU MEDICO



FUENTE: Elaboración propia 2006.

La gráfica Nº 6. Nos muestra acerca de la confianza del paciente al médico de la policlínica Especialidades El Alto, donde el 55% de los pacientes encuestados opina que **no tiene confianza** en la mayoría de los médicos y un 45% refiere **si** tener confianza. Los motivos explorados, para no sentir confianza por parte de los pacientes, tomados en el estudio fueron las siguientes. “por falta de atención a sus inquietudes, mala organización, falta de información”. En estos grupos que más tienen ese problema es de 31 a 35 años y el de 56 a 60 años de edad.

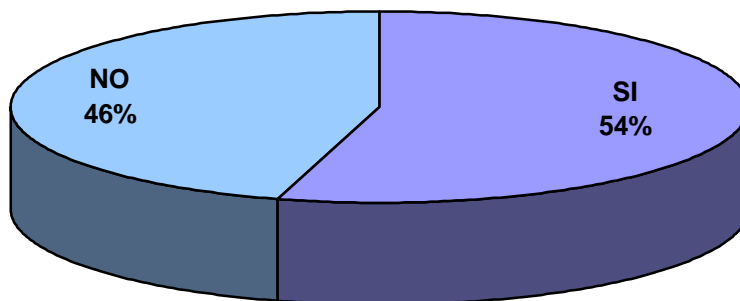
CUADRO Nº 7

¿AL FINALIZAR LA CONSULTA MEDICA USTED ESTA SATISFECHO CON LA ATENCIÓN MEDICA QUE RECIBIO?

GRUPO DE EDAD ENCUESTADA	SI	NO	TOTAL
20 - 25	14	10	24
26 - 30	11	10	21
31 - 35	15	8	23
36 - 40	9	14	23
41 - 45	7	12	19
46 - 50	11	13	24
51 - 55	17	9	26
56 - 60	18	10	28
60 - más	7	5	12
TOTAL	109	91	200

FUENTE: Elaboración propia 2006.

GRAFICA Nº 7. PORCENTAJE DE PACIENTES QUE REFIEREN ESTAR SATISFECHOS CON LA ATENCION MEDICA QUE RECIBIO



FUENTE: Elaboración propia 2006.

La gráfica Nº 7. Se puede observar donde el mayor porcentaje con un 54% de pacientes encuestados refiere estar satisfechos con la atención médica que recibió en consulta externa, el 46% no están satisfechos donde el grupo que más refiere estar satisfecho está entre las edades de 51 a 60 años de edad.

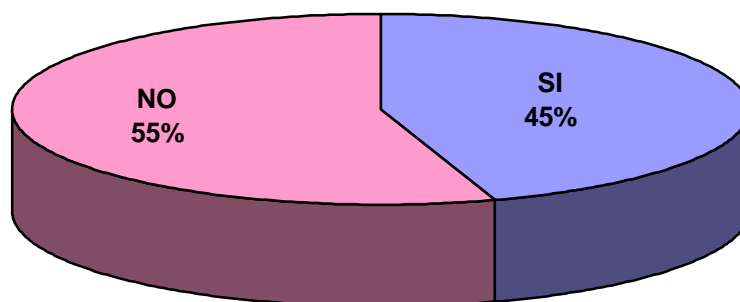
CUADRO Nº 8

¿LA ATENCIÓN MEDICA QUE RECIBIO FUE DE ACUERDO AL ORDEN DE LLEGADA?

GRUPO DE EDAD ENCUESTADA	SI	NO	TOTAL
20 - 25	4	20	24
26 - 30	11	10	21
31 - 35	14	9	23
36 - 40	20	3	23
41 - 45	9	10	19
46 - 50	4	20	24
51 - 55	7	19	26
56 - 60	18	10	28
60 - más	3	9	12
TOTAL	90	110	200

FUENTE: Elaboración propia 2006.

GRAFICA Nº 8. PORCENTAJE DE PACIENTE QUE REFIEREN LA ATENCION DE ACUERDO A SU LLEGADA



FUENTE: Elaboración propia 2006.

La gráfica Nº 8. Más de la mitad de la población con el 55% desconoce el turno que le corresponde de acuerdo a su llegada, además de su consultorio asignado y solo un 45% conoce su turno y su consultorio asignado, razón por lo que no es atendido de inmediato en cuanto llega al consultorio externo. El grupo que más refiere esta situación esta entre los 20 a 25 años de edad y el otro extremo de 46 a 60 años de edad.

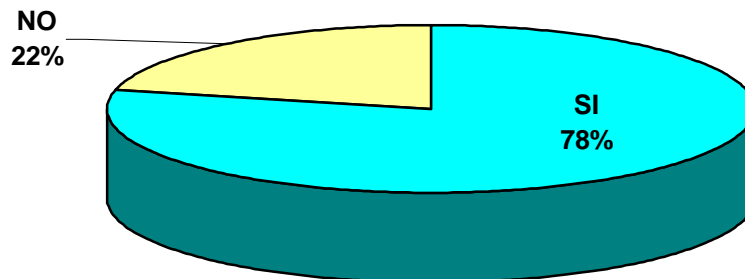
CUADRO Nº 9

¿EL TIEMPO DE ESPERA, PARA LA ATENCIÓN MEDICA FUE PROLONGADA LA ESPERA?

GRUPO DE EDAD ENCUESTADA	SI	NO	TOTAL
20 - 25	20	4	24
26 - 30	20	1	21
31 - 35	17	6	23
36 - 40	15	8	23
41 - 45	12	7	19
46 - 50	22	2	24
51 - 55	18	8	26
56 - 60	25	3	28
60 - más	8	4	12
TOTAL	157	43	200

FUENTE: Elaboración propia 2006.

GRAFICA Nº 9. PORCENTAJE DE PACIENTES QUE ESPERARON MUCHO TIEMPO PARA SER ATENDIDOS



FUENTE: Elaboración propia 2006.

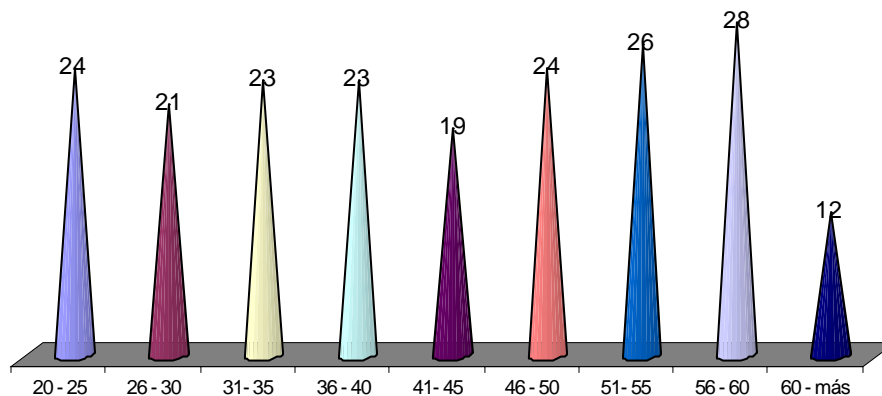
La gráfica Nº 9. Del total de la población tomada en el estudio, el 78% opina que esperan más de una hora. Y con el 22% que refiere no esperar y que esperan el tiempo estimado y necesario para ser atendidos por el servicio consulta externa.

CUADRO N° 10

**¿DURANTE EL TIEMPO DE ESPERA, USTED RECIBIO ALGUN TEMA DE SALUD
COMO INFORMACIÓN U ORIENTACIÓN DE SU INTERES?**

GRUPO DE EDAD ENCUESTADA	SI	NO	TOTAL
20 - 25	24		24
26 - 30	21		21
31 - 35	23		23
36 - 40	23		23
41 - 45	19		19
46 - 50	24		24
51 - 55	26		26
56 - 60	28		28
60 - más	12		12
TOTAL	100%		200

GRAFICO N° 10. PACIENTES QUE ACEPTAN ESCUCHAR MATERIAL
EDUCATIVO



FUENTE: Elaboración propia 2006.

La gráfica N° 10. El cuadro superior indica que el 100% **SI** tiene interés en escuchar algún material educativo, se ha incluido esta grafica con la intención de obtener diferencias de grupo etareo que tienen mayor interés de escuchar o recibir orientación mediante seminarios temas de salud que le interesa. Como es el grupo etareo de 56 a 60 años de edad, seguido del grupo comprendido entre los 20 a 25 años de edad.

VIII. DISCUSIÓN

Se ha podido establecer con el presente trabajo que la insatisfacción del asegurado sobre la atención en consulta externa de parte del profesional ha sido parte del constante reclamo y de ahí denotamos de sumo interés analizar las preguntas:

La participación de la población encuestada ha llenado nuestras expectativas en el centro de Especialidades El Alto de la Caja Nacional de salud y que acuden con mayor frecuencia a consulta externa y que la mayor participación de las mujeres ha sido la mejor capacidad deductiva que los varones al calificar la atención en consulta externa como insatisfacción o satisfacción demostrada por los consultorios externos.

Se demuestra que la amabilidad del medico como componente de la estructura de calidad de atención no es de lo mejor porque el mayor porcentaje a consensuado la negatividad de su amabilidad hacia el usuario. En este proceso de mejorar la satisfacción del usuario con un trato amable y para la buena rehabilitación del paciente se debería como una necesidad imperiosa, en la Atención Primaria de Salud, mejorar la amabilidad del medico al usuario. Y con una buena oferta de los servicios de salud.

Es tan importante dar a conocer la explicación al usuario sobre su enfermedad para que tome conciencia del curso de la misma, además, de implementar una nueva relación MEDICO – PACIENTE donde prime el respeto, la comunicación, la atención personalizada y la participación con calidad, como una actitud preponderante no solo para la salud integral del paciente, sino también para la satisfacción del mismo. Los argumentos emitidos por los usuarios por los que se encuentra descontento de la atención recibida por el médico son porque “atienden muy rápido”; “no reciben un trato adecuado”; “no son muy amables”, y “no sabe lo que tiene”, solo recibe

tratamiento son hechos que generan desconfianza. Por lo tanto podemos mencionar, que las relaciones humanas no están priorizadas en sus tareas cotidianas.

La explicación que el medico debe proporcionar al usuario sobre el tratamiento que debe seguir no es tan satisfactorio como lo demuestra la encuesta. Donde el proceso de orientación es fundamental y esta enmarcado en la comunicación interpersonal medico – paciente que permite apoyar a los usuarios en la forma, muchas veces decisiva, dando a conocer al paciente sobre lo que tiene y que hacer. El personal médico tiene la oportunidad de desarrollar algunas orientaciones. Esto permitira generar una buena empatía con los usuarios que recibe atención, así mismo, se logra una demanda y el uso de los servicios con una visión clara de los que asisten al servicio y el cumplimiento de las disposiciones médicas.

El interés de resolver su enfermedad, durante la consulta medica la comunicación no es un hecho estático, al contrario al comunicarse el profesional puede efectuar la percepción, sentimientos y actitudes de los usuarios, así como de uno mismo. Donde el 61% afirma que si tiene interés el medico en resolver sus problemas de salud. Sin embargo, el efecto de la comunicación puede ser favorable o desfavorable para lograr cambios de las personas. Por lo tanto los médicos deberán poner en practica una comunicación asertiva enmarcado en una atención integral general, sus derechos a la salud, sus derechos al genero y los derechos que tiene en el marco de las diferencias socio-culturales del paciente.

Estos resultados obtenidos con el 55%, nos permite afirmar que existe desconfianza de los pacientes asegurados por diferentes circunstancias que se presentan en la consulta externa, lo que implica que su desenvolvimiento no esta con los objetivos de la institución ni de las expectativas de los usuarios. Para los asegurados que reciben atención medica en consulta externa de la policlínica de

especialidades, la atención con calidad debería satisfacer sus necesidades percibidas de manera cortés y en el momento en que necesita. El paciente no solo desea servicios que alivien los síntomas en forma eficaz y mejoren un estado integral, sino también, depositar su esperanza y su fe en el profesional en pro de los mejores intereses mutuos y que esta traducido en la confianza.

La satisfacción del usuario, luego de la atención médica recibida refieren que el 54% de los usuarios consideran estar satisfechos, este aspecto nos lleva a deducir que la mejora continua de una buena relación médico paciente es tan importante donde los resultados sean óptimos tanto para el usuario como para el médico de su consultorio externo.

El paciente en cuanto llega a solicitar atención médica considera a su enfermedad como de emergencia y no da tiempo a la espera, sin embargo esto ocurre en los pacientes que asisten por primera vez al centro, de acuerdo a la encuesta el 55% mencionan no ser atendidos en su momento, las causas de este fenómeno son varias por ejemplo: la apertura de una nueva historia clínica por parte administrativa, el no reporte oportuno de su laboratorio solicitado con anterioridad, u otros factores, que también influye en la satisfacción del usuario, en la que demuestra que no existe una información adecuada, el consultorio al que se le asigna debería ser más preciso evitando de esta manera la pérdida de tiempo e incomodidad y perjuicio del mismo.

También es importante el tiempo de espera de parte de los pacientes para ser atendidos, pese a que se le programa en una determinada hora, lo que significa que los horarios asignados por los médicos no se cumple, ocasionando no solo el retraso sino, también la reducción del tiempo en cada paciente, viendo el problema desde el punto de vista de la calidad, se advierte los problemas básicos que comprometen la

satisfacción del usuario por un aparte la impuntualidad del parte del personal médico o para llegar a sus consultorios, lo cuál incide en el tiempo de espera de parte del usuario y por otra parte la reducción del tiempo para ser atendidos. Pero este problema va más halla de implantar medidas de calidad, se debe trabajar de manera profunda en la cultura organizacional del personal medico y enfermera, lo mismo se debe tomar conciencia hacia los usuarios y a la vez el tiempo de espera y retraso en la atención provoca no solo servicios, sino también el descontento entre los usuarios que acuden a la consulta externa de la policlínica.

El 100% de los encuestados aceptan de muy buena manera recibir orientación, comunicación e información sobre problemas relacionados a su salud. Por lo tanto el equipo básico de salud debería tener interés en realizar el proceso de enseñanza é investigación en la consulta externa con reciclaje, seminarios y otros servicios, sobre promoción, prevención de diferentes patologías prevalentes y de esta manera tomar en cuenta como una comunicación más fluida, el mismo que no limitara la comunicación y los accesos a los servicios de salud.

IX. CONCLUSIONES

Analizando los resultados llegamos a la siguiente:

Los resultados del grado de insatisfacción expresada como calidad humana o la relación medico paciente en la consulta externa es insuficiente frente a una necesidad de servicio que brinde una mayor atención al usuario que se exprese con eficiencia, eficacia.

El componente de calidez y calidad humana no esta dentro de la misión planteada por la institución, por lo que se necesita una mayor participación en los procesos de capacitación al profesional medico desde una calidez humana hasta la calidad técnica.

El profesional medico como capital humano principal gestor en el desenvolvimiento de las prestación de servicios de salud deberá ser primordial para iniciar un proceso de cambio y que eleve la satisfacción del usuario en la mejora de la salud de los usuarios.

El mejoramiento de la calidad medica conjuntamente el proceso enseñanza e investigación, tendremos resultados proporcionales, para saber el nivel de avance de los mismos en cuanto a la mejora del trato humano con calidez y calidad técnica.

De acuerdo a nuestra encuesta estructurada hacia los usuarios asegurados del centro de Especialidades El Alto de la Caja Nacional de Salud, siendo nuestro objetivo el de conocer la insatisfacción del usuario en la prestación de servicios de salud dentro de la calidad de atención que se debe otorgar en sus distintos niveles

del sistema de salud principalmente en lo que es la consulta externa debe priorizar las normas académicas y procedimientos de monitoreo dirigido a lograr una buena calidad de la prestación de servicios.

Se concluye de acuerdo a los resultados que existe insatisfacción del parte del asegurado en la calidad de atención, de acuerdo a su grado de insatisfacción, sobre todo en el proceso de calidad y atención oportuna a sus necesidades de salud.

Donde es de importancia la capacitación permanente con una educación continua de enseñanza e investigación al profesional ya sea con el trato humano, para fortalecer y lograr la mejora en la satisfacción del paciente.

La forma de adecuar el orden de llegada de cada usuario, es conveniente innovar procedimientos para que se priorize la atención, previa evaluación a cada usuario sobre la importancia inmediata de su estado de salud, sin embargo es conveniente optar por métodos de citas medicas, y en su caso de ser nuevo invocarle la educación respectiva del orden de atención.

X. RECOMENDACIONES

Al existir un porcentaje considerable de usuarios que manifestaron haber recibido un trato malo de parte de el área médica por lo que se debe realizar jornadas de sensibilización en relación al trato digno al usuario. Donde las características de los problemas en la consulta externa es de inicio, donde el personal de enfermería hasta la entrada al médico debe ser un trato digno con todos sus derechos siendo como función el de establecer la buena relación equipo básico de salud y usuario y para esto enfocamos como importancia lo siguiente:

Por encontrarse un alto porcentaje de usuarios asegurados que manifestaron no haber recibido un trato amable de parte del médico, la institución tendrá que tener una mejor organización y otorgar un buen trato al usuario de parte del medico, realizar talleres de relaciones humanas para superar el problema identificado.

La atención al usuario debe estar dirigido no solo a solucionar sus problemas de salud, sino también a conocer sobre el rol que debe seguir el propio usuario para el cuidado del mismo, con una explicación clara y que este convencido que rol debe jugar como usuario para la mejor su vida.

Por lo tanto los médicos que atienden en los consultorios externos, deberán poner en practica una comunicación asertiva enmarcado en una atención integral general, donde el usuario este satisfecho por las explicaciones de su estado y sus derechos a la salud, sus derechos al genero y los derechos que tiene en el marco de las diferencias socio-culturales del paciente.

Para los asegurados que reciben atención médica deben estar satisfechos de la atención que recibieron, porque encontraron interés del médico en resolver sus problemas con una atención de calidad y de satisfacer sus necesidades percibidas de manera cortés y en el momento en que necesita. El paciente no solo desea servicios que alivien los síntomas en forma eficaz y mejoren un estado integral, sino también, depositar su esperanza y su fe en el profesional en pro de los mejores intereses mutuos y que está traducido en la confianza.

La confianza que genere el médico al usuario este tendrá un mayor interés en cumplir con las indicaciones médicas y de asistir a las citas médicas, por lo que el médico debe prestar mayor empatía hacia el paciente y ganarse la confianza del mismo. Lo mejor es darle mayor interés y tiempo al usuario en el momento oportuno.

La institución debe buscar estrategias para reducir tiempos de espera para la consulta externa y así evitar molestia y pérdidas de tiempo al usuario.

En cuanto a la organización sobre las citas médicas es un problema que va más allá de implantar medidas de calidad, se debe trabajar de manera profunda en la cultura organizacional del personal médico, lo mismo se debe tomar conciencia hacia los usuarios y a la vez el tiempo de espera y retraso en la atención provoca no solo insatisfacción, sino también el descontento entre los usuarios que acuden a la consulta externa de la policlínica.

El tiempo de espera influye en la satisfacción del usuario, en la que demuestra que no existe una información adecuada hacia el paciente, el servicio que asigna el consultorio debería ser mas preciso y claro como corresponde al paciente, estando de esta manera de la perdida de tiempo e incomodidad y perjuicio del mismo.

Identificar a pacientes con mayor riesgo de salud y de evitar complicaciones en el momento o/a futuro, para prestarles una atención oportuna y personalizada.

Realizar oportunamente una ínter consulta de casos crónicos o los que necesiten una especialidad con el sistema de referencia y transferencia. Y que establezca un manejo de alta complejidad.

Implementar recursos de normas y seguimiento para ofrecer mayor atención y dedicación al paciente.

Difusión de programas o temas de salud que comprometa mayor atención a su salud de los usuarios.

Realizar talleres de auto evaluación para el mejoramiento continuo mediante el proceso enseñanza e investigación.

Mediante la educación y concientización sobre la responsabilidad que tiene el paciente en su autocontrol y visita domiciliaria a pacientes inasistentes o negligentes con su propia salud.

Determinar mediante el seguimiento en cada consulta los cambios de los estilos de vida del usuario invitando a su motivación para cumplir y continuar con el tratamiento.

Es importante la entrega de material educativo en el tema de salud a los pacientes.

Promover la participación a parte del paciente a su familia y si es muy necesario la intervención de los líderes de la comunidad o en su caso la comunidad.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BORROTO CRUZ R, LEMUS LAGO E, ANEIROS RIBA R. Atención Primaria de Salud Medicina Familiar y Educación Medica. Cuba, 1999; 5-23.
2. BOWDEN. CHARLES L. BURSTEIN ALVIN G. "Bases psicosociales de la Atención Médica". Ed. Limusa – México 1993. Pág. 135 – 153.)
3. AGUIRRE GAS H. Evaluación y Garantía de la Calidad de la Atención Medica. Salud Publica México, 1990; 32(2): 623-9.
4. OPS/OMS. Paganini José María. "Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria". Ed.IISS/ SILOS – 30.1999. PAG.1.
5. ANTELO PEREZ J, AVILA PEREZ M. Calidad de los Servicios de Salud. La Habana: MINSAP. 1995:1-5.
6. CASTELLANOS PEDRO LUIS, Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situación de Salud, Según condiciones de vida y de Impacto de las Acciones de Salud y Bienestar. Carpeta académica Maestría en Salud Pública 1994.
7. LORI DI PRETE BRONW, LYNNE MILLER F. Calidad de Atención en Países en desarrollo. MD. USA.
8. Farfán Georgina. Perfil Profesional y Mantenimiento de las Competencias del médico de Familia. Ed.2da.Col.2001 Pág.34
9. Passos Roberto. Perspectivas de la gestión de calidad total en los Servicios de Salud. Serie PALTEX Salud y Sociedad.2000. Nro 4. Pág. 13 a 15.
10. Castillo Claire Víctor. "accesibilidad Organizacional en la Prestación de servicios en Consulta Externa de Medicina Familiar. Tesis. 1998.
11. CUBA. Ministerio de Salud Pública. Objetivos, Propósitos y Directrices de la Salud Publica de Cuba 1992-2000. editorial Ciencias Medicas 1992: p.1.
12. DONABEDIAN A. Garantía y Monitoreo de la Calidad de la atención Médica. Perspectiva en Salud. 1ed. México, DF. Instituto de Salud Publica 1990:10-21.
13. NAVIA ALANEZ C. Elaboración Científica del Perfil de Tesis. La Paz Bolivia: Ed. EDCON, 1997; 133-160.

14. Kroeger Axel. Luna Ronaldo. Principios y Métodos de Atención Primaria en Salud. ED. 2da. Méx. 2000. Pág.995 a 116.
15. CASTELLON BORIS. "Evaluación de la Calidad del Modelo de Atención Primaria de Salud". Tesis de grado. 2005. Pág. 70.
16. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Fundamentos de la Política Nacional de Salud. La Paz. Bolivia. 1990.
17. Organización Panamericana de la Salud. "Desarrollo y Fortalecimiento de los SILOS. La Garantía de Calidad – Acreditación de Hospitales para América Latina y El Caribe". 1992.
18. Garantía de Calidad Atención de salud en países en desarrollo .. Segunda edición USAID. Pág.; 7,8,9 10.
19. S.S.S. O.P.S ; Instrumento para la Evaluación de la calidad de Atención de los Servicios de Salud Reproductiva. Pág. 4,5 .Santa Cruz Septiembre 1994.
20. Proyecto de Intervención en Salud Materna , Prenatal y Atención Integral .Distrito Manco Capac Interventor. Dr. Carlos Paredes.
21. Secretaria Nacional de Salud; SNIS. Diagnostico Situacional de Salud: Proyecto de fortalecimiento de A.P.S. en el Distrito III Ciudad EL Alto. 1991. Pág. 9,10.
22. TEOBOLDO TRIANA. Gerencia en Servicios de Salud , Planificación Estratégica, Post Grado Salud Publica. 2000.
23. Castillo C. Tesis de grado. "Evaluación de la Calidad del Modelo de Atención Primaria de Salud". 2005. Pág. 70
24. JORGE GAMBOA E "Calidad de atención en la Consulta Externa" Dr.. Año 1995.
25. Salas Perea Syr. Educación en Salud. Competencias y desempeño Profesional. La Habana. Ed. Ciencias Médicas.1999 Pág.117
26. Piura 3. Curso de Metodología de la investigación, separatas de Maestría en Salud Pública. UMSA. 1993.
27. Alma Ata, informe de la Conferencia Internacional Sobre la Atención Primaria de Salud, Alma Ata URSS 6-12 septiembre. 1978.
28. MPS. Bol. "Fundamentos de la Política Nacional de Salud" Ed. LP-Bolivia.1999. Pág.15 y 16.

29. Decreto Supremo .MSD. LP-Bolivia. Diciembre 2005.
30. www.mejorando la calidad de atención médica.mex.com
31. www.opm.gov/insure/index.html.
32. www.medicare.gov/HEDIS
33. www.OPS/OMS.gov/ calidad de atención en salud.
34. www.ilustrados.com/Calidad de los Servicios de Salud.
35. www.monografias.com/ Desafíos para los sistemas de Atención de Salud

XII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M
ELECCIÓN DEL TEMA	X	X													
REVISIÓN BIBLIOGRAFICA		X	X												
ELABORACIÓN DE LA TESIS EN SU FASE DE PERFIL				X											
REVISIÓN PRELIMINAR DE TESIS					X	X									
CAPACITACION A ENCUESTADORES EN N° DE 3 PERSONAS						X									
ELABORACIÓN DE ENCUESTA							X	X							
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS								X							
CORRECCION DE TESIS								X	X						
ENTREGA DE TESIS EN BORRADOR A UNIDAD DE POST GRADO. 2006										X					
ENTREGA DE DOCUMENTO FINAL. 2007													X	X	
DEFENSA DE TESIS 2007															X

XIII. PRESUPUESTO

ACTIVIDAD	UNIDAD	PRECIO	CANTIDAD	Total Bs.
Papel boon tamaño carta	1.000 hojas	25 Bs.	Un paquete	25 Bs.
lápices	1 unidad	0.5 ctvs	6 unidades	3 Bs.
Gomas de borrar	1 unidad	1 Bs.	6 unidades	6 Bs.
Tajador	1 unidad	0.5 ctvs.	6 unidades	3 Bs.
Cuaderno de 50 hojas	1 unidad	2 Bs.	6 cuadernos	12 Bs.
Bolígrafos	1 unidades	1 Bs..	10 unidades	10 Bs.
Archivador	1 unidades	3 Bs.	5 unidades	15 Bs.
Tablero de apoyo para hojas	1 unidades	8 Bs.	3 unidades	24 Bs.
Papel sabana	1 unidad	0.50 Cts.	30 hojas	15 Bs.
Marcadores	1 unidad	3 Bs.	10 unidades	30 Bs.
Pizarra acrílica	1 unidad	150 Bs.	1 unidad	150 Bs.
Chinches	1 unidad	1.5 Bs.	2 cajas	3 Bs.
Calculadora científica	1 unidad	35 Bs.	1 unidad	35 Bs.
Trascripción de trabajo	1 hoja	0.30 ctvs.	80 hojas	24 Bs.
Transporte	Un pasaje	1 Bs.	100 pasajes	100Bs.
Viáticos	1 día	20 Bs.	30 días	600 Bs.
Empastado de trabajo	1 unidad	40 Bs.	1 unidad	40 Bs.
TOTAL				1.095 bs.

ANEXOS

**ENCUESTA SOBRE LA INSATISFACCIÓN DEL USUARIO EN LA CONSULTA
EXTERNA EN EL CENTRO DE ESPECIALIDADES EL ALTO
DE LA CAJA NACIONAL DE SALUD DURANTE EL 1^{er} SEMESTRE 2006**

NUMERO DE ENCUESTA

I. DATOS GENERALES

Nombre.....Sexo: **F....M....**

Grado de instrucción: Primaria....; Secundaria...; Superior...; Ninguno...

Cuál es el idioma habitual: Castellano.....Quechua.....Aymará.....Otros.....

II. RELACION MEDICO – PACIENTE (marque una sola respuesta)

1.	¿El modo de atención de parte del medico fue amable?	SI	NO
2.	¿Usted entendió, la explicación que le dio el medico sobre su enfermedad?		
3.	¿Usted entendió la explicación que el medico le dio sobre el tratamiento que debe seguir?		
4.	¿Durante la consulta el medico demostró interés en atender y resolver su problema de salud?		
5.	¿Usted tiene confianza en su medico que le atiende?		
6.	Al finalizar la consulta usted esta satisfecho con la atención medica que recibió?		

III. MODALIDAD DE ATENCIÓN

7.	¿La atención medica que recibió, fue de acuerdo al arden de llegada?	SI	NO
8.	¿El tiempo de espera, para la atención medica fue prolongada su espera?		
9.	Durante el tiempo de espera, usted recibió algún tema de salud como información u orientación de su interés?		

GRACIAS POR SU COLABORACION