

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y CALIDEZ DE
ATENCIÓN A LOS USUARIOS DEL CENTRO DE
ATENCIÓN PRIMARIA III SURQUILLO (CAP
SURQUILLO) 2016**



PRESENTADO POR
LUIS MIGUEL DE LA CRUZ VILLANUEVA

ASESOR
GABRIEL NIEZEN MATOS

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ADMINISTRACIÓN
EN SALUD

LIMA, PERÚ
2018



CC BY-NC-ND

Reconocimiento – No comercial – Sin obra derivada

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y CALIDEZ DE ATENCIÓN A
LOS USUARIOS DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA III
SURQUILLO(CAP SURQUILLO) 2016**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
ADMINISTRACION EN SALUD**

PRESENTADO POR

LUIS MIGUEL DE LA CRUZ VILLANUEVA

ASESOR

DR. GABRIEL NIEZEN MATOS

LIMA, PERÚ

2018

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

A nivel mundial los países dan prioridad a la calidad en la atención de salud, como iniciativa a mejorar y reforzar las estrategias de salud, pero se tiene que tener en cuenta que la información recibida por medio de estadísticas y/o información, provienen de países con altos ingresos del PBI en salud, como de países con de bajos ingresos, lo que nos indica que los servicios de salud están fragmentados, ofreciendo una calidad heterogénea, y como consecuencia a nivel mundial existen países con excelencia en calidad de servicios de salud, y otros que están en proceso de la calidad de atención en salud, en relación a la práctica de la mejora continua.

En Europa la Calidad de los servicios de salud paso por tres etapas, al principio, los europeos se interesaban en la “preocupación de los E.E.U.U.” por la calidad de atención en los servicios de salud, no contaban con presupuesto para mejora de la calidad, a medio camino, las políticas públicas cambiaron, los presupuestos para salud se incrementaron, y evidenciaron la mejora en la atención de la calidad, todo esto acompañado de programas de entrenamiento, así como la toma de conciencia del personal de salud, lo cual genero un interés del sector Salud y en toda la cadena de mando, en la calidad de atención en servicios de salud. Finalmente en la década del noventa, se estableció políticamente y de manera formal con el sector salud, la garantía de la calidad en las prestaciones de salud, lo que desencadeno, diversos programas en el área administrativa y clínica de las instituciones de salud, orientados a la calidad de atención en salud. Actualmente se reconoce la calidad de atención en salud en todas las Instituciones de salud, siendo obligados también por la ética profesional, por otro lado también están evaluando la efectividad de los sistemas de la mejora de calidad en salud implementados años atrás, con la finalidad de la mejora continua de la calidad.

En Latinoamérica, la calidad en salud esta aunado a la búsqueda de equidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social, en los países latinoamericanos

muestran diferentes tendencias las cuales se analizaron en la Cumbre de las Américas, en los noventa, la calidad en los servicios de salud en 20 países, no era considerada alentadora, también, como punto álgido, se examinó en los procesos de reforma de salud, la acreditación de los E.E.S.S. en busca de la mejora de la calidad, siendo esta reforma de acreditación variable en los diferentes países latinoamericanos, ya que fue parcial. Finalmente, en busca de la mejora de la calidad de atención, el sector salud en busca de la mejora de la calidad, una de sus medidas es la edición de guías para la práctica clínica, protocolos, y el seguro social, como iniciativa ha implementado la evaluación de tecnologías sanitarias entre sus procesos de la calidad de atención en los servicios de salud.

Avedis Donabedian define a la calidad de la atención en salud como “Atributo de la atención que puede obtenerse en distintos grados y que consiste en el logro de los mayores beneficios, de acuerdo con los recursos disponibles y los valores sociales imperantes. El grado en el que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en salud”¹.

En salud pública no sólo es necesario medir la satisfacción del usuario, es decir la calidad percibida, sino es garantizar que el conocimiento médico científico y que este se aplique de manera adecuada, es decir la calidad científico-técnica. En el Perú, las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) son Instituciones de servicios públicos, privados y mixtos, es decir, instituciones que realizan la prestación médica, en respuesta a la presencia de una necesidad pública en salud, la cual es una demanda, que se debe satisfacer, finalmente según las reformas establecidas por el MINSA – Ministerio de Salud, en relación a la calidad de atención, la cual está en constante cambio y mejora continua, por lo que nos preguntamos, si se está implementado y/o realizando adecuadamente una atención de calidad en los servicios de salud en ESSALUD.

En el Centro de Atención Primaria Surquillo III – ESSALUD se observa una aparente mala satisfacción en la prestación de salud realizada al usuario, entendiéndose por prestación desde la filiación, la infraestructura y el equipamiento, hasta el momento en el Centro de Atención Primaria Surquillo III

– ESSALUD, no se ha evaluado la calidad y calidez de atención a los usuarios en el centro de Atención Primaria III Surquillo.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la calidad de atención a los usuarios del Centro de Atención Primaria III Surquillo. 2016?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Conocer la percepción en relación a la calidad de atención por parte de los usuarios del Centro de Atención Primaria III Surquillo.

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar la adecuada prestación de salud y la Adscripción de los usuarios de salud considerándose datos generales.
- Determinar la percepción de los usuarios sobre el equipamiento, infraestructura, calidad técnica y calidez de atención.
- Promover la utilización del cuestionario para la medición de la calidad de atención a los usuarios del Centro de Atención Primaria III Surquillo.

1.4 Justificación

1.4.1 Importancia

En el centro de Atención primaria Surquillo, hasta el momento no existe evaluaciones previas sobre la medición de la calidad de la atención y tampoco sobre el nivel de satisfacción de los usuarios, por lo que no hay indicadores de calidad que permitan realizar acciones de mejora en la prestación de salud de la población adscrita.

1.4.2 Viabilidad

- El Investigador tiene la disponibilidad de tiempo para ejecutarlo.
- Es factible, se cuenta con tres encuestadores, un estadístico y los materiales de trabajo.
- No es costoso, el presupuesto del proyecto de investigación es accesible a los recursos del investigador.
- Son cuestionarios de lenguaje simple a través de preguntas múltiples y abiertas a los usuarios de ambos sexos, que de manera directa reciben la prestación de salud.
- Es una población estable y accesible
- Ético: cuestionario anónimo
- Se cuenta con la aprobación del Director del Centro de Salud.
- Se cuenta con los conocimientos para realizar el tipo y diseño de estudio planteado.

1.5 Limitaciones

- Temor del usuario a responder el cuestionario de manera sincera.
- No se dispone de un tiempo exclusivo para el cuestionario.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

Según el estudio de la Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México, realizada por la Fundación Mexicana para la Salud en 1994 muestra, que 82% de los usuarios piensa que la calidad general de los servicios de salud es buena. En la encuesta se observa que hay mayor percepción de buena calidad al comparar las instituciones públicas con las privadas, de entre las cuales se prefiere a estas últimas ².

Según Jiménez cangas et al.³ La aplicación de la metodología permite un mayor compromiso de los proveedores de los servicios con los resultados del proceso y con las medidas correctoras que de él se deriven, por lo que es más factible las soluciones a los problemas que se detecten. Además demuestra que este tipo de evaluaciones cómo su aplicación práctica en una institución de atención primaria de salud, permite conocer la calidad de la atención a pacientes con HTA, mediante la evaluación de 2 dimensiones de la calidad: calidad científico-técnica de la atención y satisfacción del usuario.

Según E. Delgado-Gallego et al ⁴ la calidad de la atención, usuarios y personal de salud, muestran convergencias en tres grandes ejes: adecuación de la estructura, nivel técnico y humanización de la atención. Y los usuarios profundizan más aspectos estructurales y organizativos, así como la disponibilidad, accesibilidad de recursos, y en relación a los aspectos técnicos, la resolutiveidad y calidad técnica.

Finalmente la Dra. Beatriz Zurita Garza⁵ en su pregunta ¿Por qué ahora necesitamos de la calidad total o garantía de la calidad en salud?

Los costos son elevados, lo cual es un problema principal también en países desarrollados, lo que lleva a una guerra constante por la garantía de la calidad; por el contrario, en países de Latinoamérica hay una necesidad imperiosa de aumentar la cobertura de atención, pero con recursos limitados y escasos.

Finalmente que con escasos recursos que se disponen, se tiene que lograr mejorar la salud de nuestra población, esto enmarcado en la crisis económica

actual y con una inadecuada promoción del concepto y los métodos en Latinoamérica a excepción de Portugal, las demandas hacia el personal de salud, en especial a los médicos, en relaciones a las diferentes prestaciones de salud y que finalmente tengan que presentarse ante juicios, para poder demostrar si realmente realizaron la prestación de la mejor manera y según guías de práctica clínica, en salvaguarda de la salud de los usuarios. Los pacientes en sus diferentes atenciones y presiones, son los que ha llevado a que incorpore y promocioe el mejoramiento continuo de la calidad.

La OMS Informe sobre la Salud en el Mundo 2008 la Atención Primaria de Salud Más Necesaria que Nunca⁶, nos manifiesta que en países de ingresos bajos, con una oferta de servicios de salud en expansión acelerada, hay la posibilidad de direccionar el rumbo, para así evitar los errores cometidos en los países desarrollados con altos ingresos.

En relación a la productividad, en toda la línea de los proceso de producción está la calidad, es decir en la cadena productiva desde el proveedor hasta el consumidor final.

Desde el inicio, el proveedor que nos facilita los insumos es un aliado importante en la producción. Se tiene que mejora con el de manera continua en la dotación de insumos de manera adecuada y con calidad.

La mejora continua, en busca de la calidad está presente en la recepción, los procesos de producción y la entrega para la distribución final del consumidor.

Al final el consumidor constituye el elemento más importante, ya que la producción ha sido orientada en sus necesidades, de ahí la importancia de conocer sobre el consumo, lo cual nos lleva un diseño y mejoramiento continuo en busca de la calidad.

Jiménez C. et al. Evaluaron una metodología para medir la calidad en los establecimientos de salud de primer nivel, buscando trazadores en salud, así como métodos participativo en la selección de criterios, donde el personal de salud participa, donde engloba también la estructura. Al evaluar esta metodología permite mayor compromiso de los usuarios internos, así como también dar las soluciones a las deficiencias detectadas. Se usó esta

metodología en pacientes hipertensos y la relación a la atención de la madre – niño. ⁷

En México, se midió la percepción de la calidad de los servicios de salud, desde el punto de vista del usuario externo, donde se encontró que el 81% de los usuarios externos tuvo una percepción buena de atención, con un 18% de mala percepción de atención, teniendo como definición de calidad, trato de personal, mejoría en su salud. Y medición de mala calidad, fue el tiempo de espera, mal diagnóstico. Otro dato importante fue la percepción de mejor atención de calidad en los servicios privados que públicos.⁸

En la calidad de atención en el adulto mayor, se detectan errores en la calidad de atención, como poco personal de salud en las diferentes áreas, para una evaluación integral del adulto mayor. Otro problema es la privacidad a la hora de realizar la evaluación, así como pocas especialidades médicas dedicada a atender pacientes geriátricos, déficit del personal de salud sobre programas de adulto mayor.⁹

En Cuba, en un estudio, de calidad de atención, se basó en la oportunidad de diagnóstico oportuno, para así hacer prevención en el error médico, de esa revisión bibliográfica y entrevista a personal médico, indica la alta preocupación del error médico a nivel mundial, por el número de eventos adversos que se producen, las cuales entran como causas de mortalidad. Finalmente se ve la necesidad de fortalecer la prevención en Error Médico, buscando un enfoque netamente científico, en aras de la calidad de atención.¹⁰

En el estudio de la satisfacción en salud, la cual nos habla del avance en el terreno de la medicina, así como en la evolución del ser humano, es decir el la humanización de la salud, para así llevar a una mayor calidad en la atención de los servicios de salud, enfocándose en la accesibilidad, equidad, priorizando la adecuada dotación de recursos en general, para lograr una adecuada satisfacción del usuario con la atención brindada, no solo como indicador, sino como un instrumento de excelencia.¹¹

Finalmente en el 2017, Avedis Donabedian en el artículo Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención, aborda el termino de redefinir y ampliar la evaluación, de métodos del sistema de

garantía de calidad, trabajo conjunto con la comunidad, creando una cultura de apoyo, dando una fundamental importancia a la evaluación empírica de la calidad, siendo esta una dimensión de la ética profesional.¹²

2.2 Bases teóricas

La atención de la calidad se define como el punto donde converge la satisfacción del usuario de salud y el deber ser de la práctica profesional conjuntamente con un óptimo uso de los recursos disponibles.

Finalmente esta atención en los servicios de salud a los usuarios está relacionada siempre a:

- a) Eficacia:** Debe tomarse en cuenta las practicas, los medios y la tecnología, las cuales hayan comprobado tener la mayor certeza de obtener resultados, buscándose siempre el máximo beneficio, el cual no puede ser alcanzado por limitaciones de la tecnología y el conocimiento existente, para así poder determinar con certeza el posible estándar de desempeño en términos del máximo beneficio alcanzable¹.
- b) Efectividad:** El desempeño supervisado se compara con el máximo beneficio alcanzable, con la finalidad de evaluar factores que negativamente afecten y los cuales están ligados principalmente a limitaciones en el uso de recursos, diseño de los procesos, así como el desempeño de recurso humano. Esto tiene la finalidad única de generar acciones de mejoramiento adecuado¹.
- c) Eficiencia:** Con el mínimo costo el resultado deben alcanzarse y con el mínimo de afectación de la efectividad¹.

Para Humberto Cantú¹, quien define la cultura de la calidad: “Tratando de llegar a una definición precisa que involucre todos los aspectos que conlleva una cultura de calidad, Es el conjunto de valores y hábitos que posee una persona, que complementados con el uso de prácticas y herramientas de calidad en el actuar diario, le permiten colaborar con su organización para afrontar los retos que se le presenten, en el cumplimiento de la misión de la organización. Valores y hábitos son aquellas impresiones profundas que se tiene sobre la forma en que se vive, sobre lo que se considera correcto o incorrecto”.¹²

La cultura de calidad en las organizaciones de Salud es difícil, porque es un proceso de larga duración en donde no se tiene una fecha donde se diga: “listo, terminé”. Más bien el proceso de no termino, ya que como se expuso anteriormente, la capacidad del ser humano de cambiar su cultura está basada en una decisión, la que se apega a sus forma de advertir del medio ambiente en el que se desenvuelve¹³.

Al paso de los años, en la historia de la humanidad, la calidad siempre ha estado presente, ligada al hombre desde tiempos remotos, desde la construcción de sus propias armas, la elaboración de sus alimentos, hasta de su vestido, porque ve las características del producto y siempre está en constante mejora del mismo.

Esta práctica de verificar la calidad de las cosas, se remonta a épocas antes de Cristo, como por ejemplo, la calidad está en el código de Hammurabi, en las construcciones de viviendas, en donde se estableció que si un constructor, construía una vivienda y no lo hacía con buena resistencia, lo que ocasionaba el derrumbe de la misma, así como la muerte de sus ocupantes, el constructor debía de ser ejecutado. También los fenicios para evitar y/o eliminar repetir errores, utilizaban su programa de acciones correctivas para así asegurar la calidad, cortándole la mano al constructor responsable, por la mala calidad en la construcción.

Así como lo mencionado anteriormente las culturas como los egipcios con las pirámides, los griegos con sus templos, también tenían presente la calidad. Sin embargo, el concepto de calidad total, se originó en Japón.

En la edad media surgieron en los mercados la cultura de la calidad en los productos, ya que se popularizó ponerles marca como costumbre, lo que ocasionó el interés de las empresas de mantener una buena reputación. Finalmente se evoluciono y el productor es decir el artesano, tenía la responsabilidad de inspeccionar el producto terminado, lo que indicaba que era su responsabilidad.

Por otro lado en la época industrial esta situación cambió, ya que la producción cambio se hizo masiva, tanto de piezas que se usarían en un ensamble

posterior de un proceso final, o en artículos terminados, todo esto trajo lo que es la producción en serie o masiva, así como la especialización de la misma. Todo esto ocasiono una alta demanda y como consecuencia, la tarea de mejorar en los procesos de la producción la calidad, es decir en toda la cadena productiva, donde la inspección llega como parte primordial del proceso productivo en la cadena de producción y que finalmente es realizada por el mismo operario.

También hubo cambios en la organización de las empresas, como consecuencia del nuevo el proceso de producción, ya que solo no se trataba de un solo proceso en toda la cadena productiva, para la elaboración de un solo producto, por lo que fue necesario la introducción en las fábricas de procedimientos específicos en cada proceso de la cadena productiva, para así poder evaluar la calidad de los productos fabricados de forma masiva. Los cuales hay ido evolucionado en los últimos tiempos como parte de la mejora continua de la calidad.

La práctica del control de calidad, como se menciona líneas arriba se viene practicando desde hace muchos años en los diferentes países del mundo, pero fue en Japón, que tenían deficiencias en recursos naturales y eran dependientes de exportaciones para obtener divisas, por lo que para poder sobresalir en un mundo tan competitivo y agresivo, tenían que fabricar y vender productos de mejor calidad que la de sus competidores internacionales como Inglaterra, EEUU, Alemania y Francia.

El concepto de calidad ha tomado notoriedad últimamente, pero sin embargo no siempre no siempre es utilizado adecuadamente este término, ya que en un inicio se relacionaba exclusivamente con procesos industriales, limitando de cierta manera su uso. Pero al contrario de esto, la calidad está involucrada en todas las actividades y no solo es exclusiva de la industria manufacturera.

Finalmente este termino de calidad se extendido y aplicado tanto a la parte privada como a instituciones públicas, en contraposición a sus inicios ya que se inició en la parte privada. Es por eso que la calidad desde sus orígenes ha sufrido una evolución desde sus primeros pasos en las industrias hasta

terminar en todas las organizaciones de servicios, incluyendo a los servicios de salud.

Por otro lado la medición de la calidad de vida relacionada con la salud de la población, es importante actualmente, ya que ayuda a estudiar la salud de la población, para de esa manera poder medir la efectividad de las intervenciones sanitarias en salud. Asimismo esta medición en el área de la atención primaria genera retos. ¹⁴

Proceso de reforma actual del sector salud en Latinoamérica y repercusión en la calidad de los servicios de salud.

La reforma de salud, en la gran mayoría de los países latinoamericanos, prioriza el fortalecimiento y desarrollo del Sistema Nacional de Salud, en donde se incorpora valores como la igualdad, es decir acceso a la salud, como un derecho de todos los ciudadanos de un país, equidad, integralidad, universalidad, todo esto aunado a la eficiencia, eficacia y efectividad. Fortaleciéndose a las estrategias en un marco de descentralización asistencial, como administrativa, con una participación conjunta con la ciudadanía, para un control social.

De otro lado, en el proceso de globalización la gran mayoría de países tienen similitud, pero también hay una gran diferencia en el desarrollo e implementación de sus procesos políticos, para la realización de la reforma en el sector salud. Con la finalidad de poder reducir la inequidad, la cual viene deteriorándose y acentuándose como consecuencia del propio deterioro de la calidad de vida de la población, y es por estos efectos negativos en el proceso de globalización en economía mundial, como desempleo, ingresos desiguales, perfiles epidemiológicos superpuestos y cruzados, en donde las enfermedades modernas conviven con enfermedades de décadas pasadas, así como daños producidos por el desarrollo moderno, que coexisten con padecimientos del subdesarrollo, lo que ha llevado muchas veces al desarrollo de programas dirigidos, a paquetes de salud en la atención primaria, para una población de bajos recursos y una oferta de servicios de salud conforme a las leyes del mercado, lo que viene ocasionando mayor desigualdad en el acceso a los servicios de salud de la población.

Sin embargo, un pilar para poder disminuir la inequidad es la estrategia de la mejora de la calidad de los servicios de salud, que en su definición esta, orientada a buscar la satisfacción del usuario externo e interno, es decir el trabajador de salud.

También la calidad trata de establecer una relación directa entre la reducción de costos y equidad.

A continuación, se realiza la evolución de la calidad de algunos países latinoamericanos

En Brasil se implementó el Sistema Único de Salud en el cual se garantiza los principios de universalidad, integralidad e equidad de la atención en los servicios de salud, con principios bases a operatividad la descentralización administrativa, política y control social.

Cuanta con tres tipos de financiamiento lo que genera una desigualdad en acceso a la población de los diferentes servicios de salud públicos y privados, ya que se cuentan con seguros, seguridad social, planes privados y el gobierno.

A continuación el impacto positivo de esta reforma:

- a) Descentralización financiera y administrativa, encomendada a las municipalidades.
- b) Con la implantación del sistema único de salud a través los consejos de salud, en los cuales están los trabajadores de salud, lo que genera un control y participación de participación de la comunidad, generando un control social.

El impacto negativo:

- a) Se prioriza de los servicios de salud básicos, teniendo mayor interés en ciertos programas, así como el minino de inversiones en los servicios de salud secundarios y terciarios, lo que entorpece los principios de la salud.
- b) Problemas para poder mantener en financiamiento en el tiempo.

En Argentina, el sector de salud se caracteriza por ofrecer un servicio heterogéneo en relación a la cobertura de salud, fuentes de financiamiento y población atendida. En la década del noventa realizan una reforma en busca de la calidad, transfiriendo los hospitales a las municipalidades.

Esta política de salud pretende que haya una preponderancia del sector público sobre los otros sectores, con el total control de la población, con ciertos requisitos fundamentales como solidaridad, equidad, eficacia, eficiencia, efectividad y calidad. Finalmente con una sola meta que es la cobertura a toda la población, así como la descentralización de la salud.

A continuación el impacto positivo de esta reforma:

- a) Descentralización;
- b) Se establece la normativa para los Hospitales de Autogestión
- c) La libre elección de la población a ser afiliada;
- d) Fiscalización en el cumplimiento del Programa médico.

El impacto negativo:

- a) En la prestación de los servicios de salud hay inequidad.
- b) La ley de flexibilización del trabajo genera inestabilidad laboral.

En Cuba, la salud pública se centra en una cobertura universal con equidad a su población ha permitido la introducción de tecnología compleja, y a modelos de atención en salud nuevos.

Este sistema tiene principios básicos: la salud de su población como un derecho y responsabilidad del estado; con servicio de salud subsidiado, con cobertura universal y con una participación activa de la población en los diferentes programas de salud, con carácter integral.

El sector salud tiene logros positivos para la población en relación a la prestación de servicios de salud, pero la difícil situación económica actual de bloque socialista, repercute directamente en la deficiencia de recursos en salud, lo cual perjudica a los trabajadores del sector salud.

En Colombia, se presenta una reforma que se caracteriza en menor inversión y/o aportes o parte del estado y una mayor gasto de bolsillo por parte de los usuarios de los servicios de salud.

El Fondo Monetario Internacional plantea esta propuesta de reforma y tiene como matriz transferir la responsabilidad de salud de la población, al sector privado como política de recorte del gasto público.

Este deterioro de las condiciones de salud en la población, es consecuencia de los procesos de descentralización y focalización, ocasionando un impacto negativo en el suministro de los servicios.

Esta reforma planteada en principios de seguridad social, han fallado ya que en la práctica no es posible de cumplirlos por las siguientes causas:

- Las nuevas IPRESS de salud públicas, con el cambio de subsidios de oferta de salud a subsidios de demanda, genera que su subsistencia sea con la venta de sus servicios de salud a la población.
- Una disminución en el pago, así como el no cumplimiento de obligaciones económicas del estado, con el régimen subsidiado de servicios de salud, lo que ocasiona una disminución de la cobertura y por ende una disminución de la calidad de los servicios de salud¹.

El impacto negativo:

- a) Descentralización ocasiona una crisis aguda debido a la disminución de la dotación de recursos financieros del estado.
- b) La no construcción y modernización de los hospitales, que no pueden competir con un sistema de competencia abierta, ni para el sistema de privados, en venta directa de servicios de salud.
- c) Colapso de la redes de salud, es decir hospitales públicos.
- d) Disminución de la oportunidad laboral, así como la pérdida de trabajo para los trabajadores de salud.
- e) Disminución de las coberturas de enfermedades ya controladas como la tuberculosis, lo cual desprotege a la población, generando un aumento en la desnutrición de la población infantil.

En Ecuador, en la actualidad este país en relación a los demás países de Latinoamérica sigue siendo uno de los países con mayor desigualdad en el sector salud.

Es un Sistema caracterizado por ser institucional, pero fragmentado, ineficiente e inequitativo, orientado a brindar una atención individualizada, en una organización muy burocrática, ineficaz y centralizada.

Tiene un financiamiento en salud insuficiente y distribución inequitativa, es decir el sistema de seguridad social, el cual coexiste con los sistemas privados que muchas veces tiene mayor poder adquisitivo.

Otro gran problema son barreras económicas, culturales, infraestructura lo que ha limitado el acceso a los servicios de salud, especialmente de la población con menos recursos, la cual está compuesta por indígenas, afro-ecuatorianos y mujeres.

Por otro lado no hay una medición real de los programas a nivel nacional, ya que sus indicadores no plasman la realidad de las coberturas, procesos, satisfacción de usuarios real.

En México, su objetivo primordial en salud es implementar herramientas que promuevan la calidad y eficiencia, así como profundizar y acelerar la descentralización en salud, ampliar la cobertura en la seguridad social, priorizando a las zonas rurales y urbanas más pobres con un paquete mínimo-básico de servicios de salud.

El impacto de esta reforma presenta cambios y avances importantes, por lo merecen un amplio apoyo social, teniendo extremo cuidado que estos cambios nos alteren o tergiversen los principios de equidad, calidad, eficacia, efectividad y eficiencia. Finalmente otro punto álgido de la reforma es la competencia entre los proveedores.

En Paraguay, el sector salud se centró en el desarrollo y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, así como en sus principios incorporados como eficacia, eficiencia equidad, solidaridad, atención integral, libre elección,

calidad, descentralización, participación y control social, esto aunado a sinergismo de manera complementaria de la parte pública y privada.

A continuación el impacto positivo de esta reforma:

- a) El impulso de esta reforma por medio del Consejo Nacional de Salud, donde el consejo regional y local genera una fuerte participación comunitaria.

El impacto negativo:

- a) Malas condiciones de trabajo del personal de salud.
- b) Desabastecimiento de insumos, material y equipamiento, tanto de manera cuantitativa, lo que genera una atención altamente riesgosa, con deficiencias en la calidad de atención.
- c) Disminución de personal asistencial, con baja remuneración.
- d) No hay incentivos ni reconocimientos a la autoformación.

Finalmente en Venezuela, la reforma del sector de la salud tiene como objetivo descentralizar los servicios de salud, generando proyectos de salud nuevos, así como un nuevo modelo de atención integral en salud. Se ha establecido programas con equipos multidisciplinarios, pero a pesar de eso no hay hasta ahora un cambio en la prestación final, en relación a la calidad del servicio de salud.

Esto no permite una respuesta a la demanda existente que la población exige, generando una desproporción entre la necesidad de la demanda con la de la oferta de salud; lo que deviene en un bajo impacto de la calidad de los cuidados en los servicios de salud.¹⁴

En la atención primaria de salud, donde la oferta del servicio de salud ha ido en aumento, lo que genera obstáculos para el acceso adecuado a los servicios de salud, rompiendo uno de los principios universales de la salud como la equidad, lo que genera de la población tenga que comprar salud por encima de sus posibilidades, teniendo un gasto de bolsillo mayor, lo que genera un aumento

en la pobreza de la población, ya que cubrir gastos por enfermedad lleva a muchas familias a bancarrota.

Por eso las reformas en salud deben de buscar una cobertura universal, generando una protección social en salud, lo que llevaría a disminuir la brecha de acceso a los servicios de salud, en relación a la equidad. Hoy en día casi todos los sistemas de salud en países en vías de desarrollo han logrado casi una cobertura universal.

El propósito de las reformas de la prestación de servicios de salud se enfoca en el pilar, el cual es la atención primaria de salud, optimizando la contribución de los servicios de salud en las áreas rurales, por medio de redes de atención sanitaria, con trabajo conjunto de las municipalidades.

Con el crecimiento económico de la última década, ha generado que se asigne mayores recursos al sector salud, lo que genera una expectativa de mejores resultados en cobertura y prestación de servicios de salud, creando oportunidades para reorientar los servicios de salud hacia la atención primaria priorizando aquellos lugares donde la salud llega con falencias.

2.3 Definición de términos básicos

Calidad en los servicios de salud: Es el resultado de la comparación realizada por los usuarios del servicio de salud recibido, así como las expectativas del servicio que van a recibir y las percepciones de la actuación de la organización prestadora del servicio de salud.

Gestión: Coordinación de actividades para planificar, controlar, asegurar y mejorar un proceso o una entidad de salud.

Calidez: Es la amabilidad y la cortesía para nuestros usuarios externos.

Efectividad: Se relaciona con la eficiencia y eficacia. También tiene relación con los indicadores de efecto e impacto.

Eficacia: Evalúa el logro de los Objetivos, en relación directa con disponibilidad, accesibilidad, cobertura, y calidad de los recursos.

Eficiencia: Evalúa la relación entre el logro de un objetivo y los recursos utilizados. Evaluándose factores como costo, productividad, utilización, rendimiento y beneficio.

Confidencialidad: Es la información que no está disponible, ni será revelada a individuos, entidades no autorizadas.

Usuario: Entidad o persona que recibe servicio de salud.

Planificación de la calidad: Área de la calidad enfocada a cumplir los objetivos de la calidad, los procesos, los recursos, para cumplir los objetivos de la calidad.

Aspecto ambiental: Todas las actividades, productos y servicios de una organización que interactúa con el medio ambiente

Enfermedad: Condiciones físicas o mentales, que surge, empeora o ambas, a causa de una actividad laboral.

Habilidad: Capacidad para aplicar apropiadamente atributos o comportamientos personales para desempeñar una actividad.

Infraestructura: Instalaciones, equipos y servicios necesarios para el funcionamiento de una entidad.

Atención médica: Conjunto de servicios de salud que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Calidad de servicios: Es recibir de forma eficaz, eficiente, equitativa, uniforme cada una de las prestaciones de salud, utilizando la red de salud de prestadores de servicios de salud.

Establecimiento de atención médica: Todo aquel establecimiento público, privado, fijo o móvil, que presta servicios de salud, ya sea ambulatoria, o para el internamiento de los pacientes.

Cartera de servicios de salud: Conjunto de acciones preventivas, curativas, de rehabilitación y cuidados paliativos que oferta una institución prestadora de servicios de salud.

Gestión administrativa: Proceso que mediante la planeación, organización, ejecución y control se diseña y mantiene, en equipo para el cumplimiento eficiente de los objetivos específicos.

Gestión de servicios de salud: Proceso de gestión que implica la participación de las unidades administrativas competentes del Ministerio de salud (MINSA), ESSALUD, Fuerzas Armada y Policiales, para garantizar la atención y operación adecuada de la prestación de los servicios de salud en el marco de la ley de salud.

Gestor de servicios de salud: Es un servidor público responsable de velar que la prestación de servicios de salud a la población afiliada se lleve a cabo de manera integral a través de las Instituciones prestadoras de servicios de salud, respetando los derechos de los asegurados a través de un proceso de gestión permanente y asesoría entre prestadores y asegurados.

CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la Hipótesis

El presente trabajo de investigación es un tipo de estudio descriptivo, por lo que no corresponde la formulación de hipótesis.

3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo por su Naturaleza	Indicador	Escala de Medición	Categorías	Medio de Verificación
Evaluación de la calidad	Es el resultado de la comparación realizada por los usuarios del servicio de salud recibido, así como las expectativas del servicio que van a recibir y las percepciones de la atención.	Cualitativo	Conocimientos sobre la atención que se da en el centro de salud. Percepción del calidad de salud	Ordinal	1 como calificación menor y 7 como la máxima calificación	Encuesta
Eficiencia atención de Salud	Evalúa la relación entre el logro de un objetivo y los recursos utilizados. Evaluándose factores como costo, productividad, utilización, rendimiento y beneficio.	Cualitativo	Conocimiento sobre la eficiencia en atención. (tiempo de espera, Dx y Tto)	Ordinal	1 como calificación menor y 7 como la máxima calificación	Encuesta
Percepción de calidad de atención para con el Personal de Salud	Comportamientos del Personal de salud en relación a la atención del paciente	Cualitativo	Hábitos en la práctica Asistencial	Ordinal	1 como calificación menor y 7 como la máxima calificación	Encuesta
Comunicación Transparent	Comunicar sin prejuicios si algo	Cualitativa	Franqueza al comunicarse	Ordinal	1 como calificación menor y 7 como	Encuesta

e	está mal.				la máxima calificación	
Retroalimentación en relación a errores	Manejo de la información de forma abierta para promover la calidad de atención.	Cualitativa	Información abierta	Ordinal	1 como calificación menor y 7 como la máxima calificación	Encuesta
Dotación de Recursos Humanos	Profesionales de salud necesarios para proveer una atención de salud con calidad	Cualitativa	Dotación de Personal Adecuada	Ordinal	1 como calificación menor y 7 como la máxima calificación	Encuesta
Apoyo Gerencial para la calidad de atención	La manera en como la gerencia prioriza la calidad de atención al paciente en el centro de salud	Cualitativa	Soporte de la Dirección	Ordinal	1 como calificación menor y 7 como la máxima calificación	Encuesta
Trabajo en Equipo entre Servicios	Servicios del centro de salud que coordinan sus acciones para salvaguardar la calidad de atención de salud.	Cualitativa	Coordinación entre Servicios	Ordinal	1 como calificación menor y 7 como la máxima calificación	Encuesta

CAPITULO IV METODOLOGIA

4.1 Diseño Metodológico

Transversal, no experimental, descriptivo correlacional.

4.2 Diseño muestral

La población está definida por todos los asegurados que reciben atención en el Centro de Atención Primaria III Surquillo – ESSALUD en el periodo Enero del 2016 a junio 2016.

La muestra es probabilística porque los sujetos será seleccionados mediante métodos al azar, lo cual permite efectuar inferencias a la población en base a la teoría de probabilidades.

La muestra serán los asegurados evaluados a través de un cuestionario tipo encuesta que acudirán a la atención en el Centro de Atención Primaria Surquillo – ESSALUD.

El tamaño de la muestra se determinara utilizando la fórmula de cálculo de % en la investigación descriptiva, con un error estándar de 10%, se recomienda añadir un 20% de la muestra total por estimar, por las perdida y errores en los registros de la encuesta

4.3 Procedimientos de recolección de datos

La recolección de la información será mediante una encuesta, tipo cuestionario, la cual será elaborada con las variables ya señaladas, en relación a la encuesta SERVQUAL modificada para establecimientos de salud del primer nivel – MINSA.

Se empleará el método de entrevista directa con el personal debidamente capacitado para tal fin.

Los usuarios no tendrá límite de tiempo en la encuesta, las respuestas de las fichas se tabularán.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Se utilizara programas de Microsoft Excel y SPSS, la última versión y vigentes.

4.5 Aspectos éticos

No presenta dilemas éticos, ya que se obtendrá el consentimiento verbal de los encuestados, así como se gestionara los permisos para dicha encuesta con la Dirección Médica del Centro de Atención Primaria III Surquillo.

CRONOGRAMA

AÑO 2016													
MESES		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
ACTIVIDADES	Elaboración del proyecto de investigación												
	Investigación bibliográfica												
	Formulación y evaluación de encuesta												
	Recolección de información												
	Registro de información en programa informático												
	Análisis de información												
	Revisión de información												
	Elaboración de informe final												
Tiempo Total de Ejecución del Trabajo de Investigación: 12 meses													

Recursos Humanos:

- El investigador
- Encuestador

Recursos económicos:

- Peculio personal del investigador

Recursos Físicos:

- Elementos bibliográficos
- -Equipo de computo
- Hojas de papel bond
- Lapiceros
- Útiles de escritorio

FUENTES DE INFORMACION

1. Avedis Donabedian, M.D.M.p.h. 1919- 2000, BIOGRAFÍA Walverly Morales Gordillo Calidad de la Atención Clínica TESM/SSNL Gestión de la Calidad abril 2010 <http://es.scribd.com/doc/51403769/Avedis-Donabedian>
2. Teresita de J. Ramírez-Sánchez, Lic. en Enf., M.S.P., M. en C.,(1) Patricia Nájera-Aguilar, Lic. en Geogr., M. en Geogr. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios
3. *Dra. Leonor Jiménez Cangas,¹ Dra. Rosa María Báez Dueñas,² Dr. Benito Pérez Maza³ y Dra. Iliana Reyes Alvarez⁴ Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud.*
4. Rev. Salud pública. 12 (4): 533-545, 2010 María E. Delgado-Gallego¹ , María L. Vázquez-Navarrete² y Lygia de Moraes-Vanderlei , Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil 533-545,
5. Dra Beatriz Zurita Garza- Calidad de la Atención en saludn - Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos Copyright© 1999 ISSN 1025 – 5583 Vol. 57, N°4 – 1996
6. OMS Informe sobre la Salud en el Mundo 2008 la Atención Primaria de Salud Más Necesaria que Nunca pag. 11, 12 http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/documentos_interes/OMS_Salud_en_el_mundo.pdf
7. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. Dra. Leonor Jiménez Cangas,¹ Dra. Rosa María Báez Dueñas,² Dr. Benito Pérez Maza³ y Dra. Iliana Reyes Álvarez.
8. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. TERESITA DE J. RAMÍREZ-SÁNCHEZ, LIC. EN ENF., M.S.P., EN C.,⁽¹⁾ PATRICIA NÁJERA-AGUILAR, LIC. EN GEOGR., M. EN GEOGR.,⁽²⁾ GUSTAVO NIGENDA-LÓPEZ, BIÓL., M. EN ANTROP., PH. D.⁽¹⁾

9. Calidad de la atención en salud al adulto mayor. Amauri de Jesús Miranda Guerra; Lázaro Luís Hernández Vergel^{II}; Aida Rodríguez Cabrera^{III}
10. Rev. Cubana Salud Pública v.31 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2005. Facultad de Ciencias Médicas "Manuel Fajardo".
11. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad Coralia Massip Pérez; Rosa María Ortiz Reyes^{II}; María del Carmen Llantá Abreu^{III}; Madai Peña Fortes^{IV}; Idalmis Infante Ochoa^V
12. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención - Avis Donabedian, 2017.
13. Cantú Humberto Cultura de calidad « El Mundo de la Calidad <http://elmundodelacalidad.wordpress.com/cultura-de-calidad/>
14. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. M. Herdmana, X. Badiab,c y S. Berraa.
15. Organización Panamericana de la Salud (OPS) Federación Panamericana De Profesionales De Enfermería (Feppen) Calidad de los Servicios de Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Enfermería Agosto 2001 <http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/calidserveresp.pdf> .
16. Calidad de la atención de salud. Error médico y seguridad del paciente
17. Gestión de la Calidad y BPA, LOS PRINCIPIOS DE DEMING <http://bpa.peru-v.com/Deming.htm>
18. Evaluación de la calidad y calidez de atención a los usuarios del subcentral de salud "el bosque". Propuesta gerencial de mejoramiento. periodo 2011. Dr. Jorge García Maldonado
19. Relación entre la satisfacción con el sistema de atención sanitaria y la experiencia personal de los pacientes, Sara N Bélico, Ere Asaltan & Christopher JL Murray
20. Garantía de calidad en Europa. Hana Kuori, Salud Publica, Mes 1993-351
21. Evaluación de la mejora de la calidad en los hospitales de Europa. https://cordis.europa.eu/result/rcn/147598_en.html.

22. La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe Anna Gabriela Ross,¹ José Luis Zeballos¹ y Alberto Infante.

23. Dirección de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social. La Atención Primaria Reducirá la demanda en los servicios de salud. Última actualización 22/07/2011
<http://dida.gob.do/tabid/187/itemid/303/La-Atencion-Primaria-Reducir-la-demanda-en-los-se.aspx> .

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título de la Investigación	Pregunta de Investigación	Objetivos de la Investigación	Tipo y Diseño de estudio	Población de estudio	Instrumento de recolección De datos
Evaluación de la Calidad de atención en el Centro de Atención Primaria III Surquillo. 2016	¿Cuál es la calidad de atención en el centro a Atención Primaria III Surquillo?	<p><u>Objetivo General:</u> Conocer la percepción en relación a la calidad de atención por parte de los usuarios del Centro de Atención Primaria III surquillo.</p> <p><u>Objetivos Específicos:</u></p>	Transversal, no experimental, descriptivo correlacional.	La población está definida por todos los asegurados que reciben atención en el Centro de Atención Primaria III Surquillo – ESSALUD en el periodo Enero del 2016 a junio 2016	Se usara la encuesta SERVQUAL modificada para establecimientos de salud del primer nivel – MINSA.

Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

EXPECTATIVAS									
En primer lugar, califique las expectativas, que se refieren a la IMPORTANCIA que usted le otorga a la atención que espera recibir en el servicio de Consulta Externa (Primer Nivel). Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.									
N°		Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
01	E	Que Usted sea atendido sin diferencia alguna en relación a otras personas							
02	E	Que la atención se realice en orden y respetando el orden de llegada							
03	E	Que la atención por el médico u otro profesional se realice según el horario publicado en el EESS							
04	E	Que el Establecimiento cuente con mecanismos para atender las quejas o reclamos de los pacientes							
05	E	Que la farmacia cuente con los medicamentos que receta el médico							
06	E	Que la atención en el área de caja/farmacia sea rápida							
07	E	Que la atención en el área de admisión sea rápida							
08	E	Que el tiempo de espera para ser atendido en el consultorio sea corto							
09	E	Que durante su atención en el consultorio se respete su privacidad							
10	E	Que el médico le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud							
11	E	Que el médico u otro profesional que le atenderá le realice un examen completo y minucioso							
12	E	Que el médico u otro profesional que le atenderá le brinde el tiempo suficiente para contestar sus dudas o preguntas sobre su salud							
13	E	Que el médico u otro profesional que le atenderá le inspire confianza							
14	E	Que el médico u otro profesional que le atenderá le trate con amabilidad, respeto y paciencia							
15	E	Que el personal de caja/ farmacia le trate con amabilidad, respeto y paciencia							
16	E	Que el personal de admisión le trate con amabilidad, respeto y paciencia							
17	E	Que usted comprenda la explicación que le brindará el médico u otro profesional sobre su salud o resultado de la atención							
18	E	Que usted comprenda la explicación que el médico u otro profesional le brindarán sobre el tratamiento que recibirá y los cuidados para su salud							
19	E	Que los carteles, letreros o flechas del establecimiento sean adecuados para orientar a los pacientes							
20	E	Que el consultorio y la sala de espera se encuentren limpios y cuenten con mobiliario (bancas y sillas) para comodidad de los pacientes							
21	E	Que el establecimiento de salud cuente con baños limpios para los pacientes							
22	E	Que los consultorios cuenten con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención							

PERCEPCIONES

En segundo lugar, califique las percepciones que se refieren a como usted **HA RECIBIDO**, la atención en el servicio de Consulta Externa (Primer Nivel). Utilice una escala numérica del 1 al 7.

Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.

N°	Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
01	P ¿Usted fue atendido sin diferencia alguna en relación a otras personas?							
02	P ¿Su atención se realizó en orden y respetando el orden de llegada?							
03	P ¿Su atención se realizó según el horario publicado en el establecimiento de salud?							
04	P ¿Cuando usted quiso presentar alguna queja o reclamo el establecimiento contó con mecanismos para atenderlo?							
05	P ¿La farmacia contó con los medicamentos que recetó el médico?							
06	P ¿La atención en el área de caja/farmacia fue rápida?							
07	P ¿La atención en el área de admisión fue rápida?							
08	P ¿El tiempo que usted esperó para ser atendido en el consultorio fue corto?							
09	P ¿Cuando usted presentó algún problema o dificultad se resolvió inmediatamente?							
10	P ¿Durante su atención en el consultorio se respetó su privacidad?							
11	P ¿El médico u otro profesional que le atendió le realizaron un examen completo y minucioso?							
12	P ¿El médico u otro profesional que le atendió, le brindó el tiempo suficiente para contestar sus dudas o preguntas?							
13	P ¿El médico u otro profesional que le atendió le inspiró confianza?							
14	P ¿El médico u otro profesional que le atendió le trató con amabilidad, respeto y paciencia?							
15	P ¿El personal de caja,/farmacia le trató con amabilidad, respeto y paciencia?							
16	P ¿El personal de admisión le trató con amabilidad, respeto y paciencia?							
17	P ¿Usted comprendió la explicación que le brindó el médico u otro profesional sobre su salud o resultado de su atención?							
18	P ¿Usted comprendió la explicación que el médico u otro profesional le brindó sobre el tratamiento que recibirá y los cuidados para su salud?							
19	P ¿Los carteles, letreros o flechas del establecimiento fueron adecuados para orientar a los pacientes?							
20	P ¿El consultorio y la sala de espera se encontraron limpios y contaron con bancas o sillas para su comodidad?							
21	P ¿El establecimiento de salud contó con baños limpios para los pacientes?							
22	P ¿El consultorio donde fue atendido contó con equipos disponibles y los materiales necesarios para su atención?							

Anexo 3: Consentimiento para realizar la entrevista

Buenos/as días / tardes / noches, mi nombre es....., se está realizando una encuesta para medir la calidad de atención, satisfacción del usuario. En esta ocasión, por encargo del Director Médico del Centro de Atención Primario III, esta encuesta servirá para mejorar la calidad de los servicios de salud. Agradecería, me permita conversar con usted, para hacerle algunas preguntas al respecto. Todas sus respuestas serán tratadas en forma confidencial.

¿Me permite entrevistar/a?