

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO.
DIRECCIÓN DE POSTGRADO.
DIRECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POSTGRADO.
POSTGRADO EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.
TRABAJO ESPECIAL DE GRADO.

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
CENTRO INTEGRAL DE SALUD “ROSARIO MILANO”**

PROFESORA:
ANIRT ARMAS DE BUJANDA

AUTOR:
DRA. LOURDES Z. ZAMBRANO C.

CARACAS, MAYO DE 2003

INDICE

Resumen	
Introducción	5
CAPÍTULO I	
Centro de Atención Integral de Salud “Rosario Milano”	6
Centro que forman parte de la Dirección de Salud Municipal	9
Estructura del personal del Centro Integral de Salud “Rosario Milano”	9
Estructura Física del Centro Integral de Salud “Rosario Milano”	10
Organigrama Estructural del Centro Integral de Salud “Rosario Milano”	11
Calidad	12
Características de un Servicio Eficiente	16
Principios de Orientación de Políticas sobre Calidad	17
Las Estrategias de Evaluación para Garantía de Calidad	17
Principios que definen la Calidad de la Atención	18
Atributos de la Calidad de la Atención en Salud	21
La Calidad Total en Los Servicios	22
CAPÍTULO II	
Modelos de Evaluación de los Servicios de Salud	23
CAPÍTULO III	
Problema	31
CAPÍTULO IV	
Método	31
Objetivo General	31
Objetivos Específicos	31
Población	32
Procedimiento	32
Técnica de Recolección de Datos	36
Análisis de los Datos	36
CAPÍTULO V	
Cronograma	39
Gráfica de Gantt	40
ANEXOS	41
BIBLIOGRAFÍA	49

RESUMEN

La evaluación de la calidad de los servicios se define como el conjunto de características que deben tener los servicios de salud, en el proceso de atención a los usuarios, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados tanto por los proveedores como por los usuarios. Se plantean tres modelos de evaluación, los cuales son: a) el modelo de Donabedian (1991) que evalúa la estructura, proceso y resultado, b) el modelo de Malagón, Galán, Pontón (2001) que comprende contexto, demanda, oferta, procesos, resultados e impacto (DOPRI) y el modelo de SERVQUAL de Parasuraman 1985 (c.p. Rodríguez 2001) que evalúa el grado de satisfacción del usuario, basado en la percepción de las necesidades del cliente y las expectativas del cliente. El modelo a utilizarse en este trabajo para la evaluación de la calidad técnica del Servicio de emergencia del Centro Integral de Salud “Rosario Milano” será el de Malagón y cols. (2001) ya que este modelo presenta varios atributos los cuales son contexto, demanda, oferta, procesos, resultados e impacto, una vez identificadas las variables se determina las fallas existentes para luego lograr las mejoras progresivas en dicha calidad, y poder hacer evaluaciones periódicas que garanticen una excelente calidad de atención. Además existen numerosas experiencias colombianas que han demostrado las ventajas del modelo en la evaluación de la calidad en instituciones hospitalarias y en servicios particulares.

Debido a la situación existente en las instituciones del país hoy en día, se tienen la responsabilidad de establecer herramientas que propicien la evaluación de la atención de los servicios de salud, respondiendo efectivamente a las metas de salud. Por lo cual, conociendo la situación en la prestación de servicios y para implementar procesos de mejoramiento continuo de garantía de la calidad, el objetivo planteado es evaluar la calidad técnica del servicio de emergencia del Centro Integral de Salud “Rosario Milano”. Se realizará un estudio diagnóstico y descriptivo, en el cual la población objeto de estudio para la evaluación técnica es el Servicio de emergencia del Centro Integral de Salud “Rosario Milano”, durante el período de Enero 2001 – Diciembre 2001. La técnica de recolección de datos se va a realizar a través de observación directa y por entrevista para establecer contacto directo con las personas que se consideren fuente de información (coordinador, secretaria de la coordinación, Director, asistente y secretaria de la dirección del centro) con respecto a las variables a evaluar, son las cuales siguientes: contexto, demanda, oferta, procesos, resultados e impacto. Por último el análisis de los datos se realizará con las plantillas establecidas para cada área a evaluar, donde el criterio para la calificación

de los indicadores será de 1 a 4 puntos; 4 es óptimo; 3 es bueno; 2 es regular y 1 es malo, esto se multiplica por una ponderación y da la calificación ponderada, la cual se suma y se interpreta si es de 3 o más se considera adecuado; si es menor de 3 se considera inadecuado. Esto nos permite determinar cuáles son los atributos más afectados por una deficiente calidad en la atención, conocer la organización e identificar los puntos débiles y fuertes.

INTRODUCCIÓN

Tomando en cuenta la situación actual en el Servicio de Emergencia, en el Centro Integral de Salud “Rosario Milano,” ubicado en San Antonio de Los Altos, Estado Miranda, se evaluará el servicio a través del modelo de evaluación de calidad de Malagón y cols. (2001) que toma en cuenta varios atributos entre ellos está el contexto, demanda, oferta o estructura, procesos, resultados e impacto (DOPRI), para asegurar la plena confianza del usuario y su satisfacción.

La evaluación de la calidad técnica en la atención médica se origina por la interacción de numerosos factores relacionados con las seis áreas del modelo de evaluación propuesto. En efecto, el paciente resulta de un contexto y de una necesidad de atención médica, recibe los recursos que ofrece el hospital a través de un proceso de atención. De la interacción de la oferta y los procesos surgen unos resultados que se traducen en un impacto. Acorde con las necesidades y prioridades definidas en el país vale la pena destacar que el modelo descrito no sólo está en la capacidad de evaluar la calidad de atención sino también explicar los factores que intervienen en el resultado de la evaluación, orientando de esta manera la toma de decisiones para el mejoramiento continuo de la calidad. Con el fin de mejorar la calidad se medirá el impacto para saber qué estrategias son efectivas; se asignarán recursos limitados de acuerdo con los logros en calidad o para identificar las mejores prácticas y hacerlas posibles.

Lo que debe ser claro es que la evaluación en sí misma no trae mejora de la calidad, requiere de acciones cuando se detectan las brechas o deficiencias frente a lo esperado. Ello implica revisar el diseño del sistema y los incentivos para lograr que opere como se desea, trabajar en gerencia de los procesos en las organizaciones de salud para que los resultados de la atención sean adecuados, analizar el conocimiento disponible y los mecanismos de difusión, y dar información a los usuarios entre otros. Esto llevará a mejorar el funcionamiento de la institución y garantizará la prestación de un servicio con eficacia, eficiencia y calidad a la población.

CAPITULO I

CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD "ROSARIO MILANO"

En la década de los años setenta funcionaban tres medicaturas de tipo rural en el Municipio Los Salías, Estado Miranda: San Antonio, Pacheco y Sta. Cruz de Figueroa. Dichos centros eran manejados por médicos rurales y enfermeras auxiliares con pocos recursos y en horario mínimo. La medicatura de San Antonio funcionaba en la casa de Rosario Milano la enfermera del pueblo. A mediados de los años ochenta la medicatura de San Antonio fue trasladada a un nuevo centro que fue construido por los dueños del Conjunto Residencial O.P.S y entregado a la comunidad conjuntamente con un colegio y una cancha deportiva. A este ambulatorio se le asigna la categoría de Ambulatorio Urbano tipo I, cuyas características eran las siguientes:

- Asistencia médica integral a nivel primario.
- Atención prestada por médicos generales y familiares de planta.
- Servicio odontológico.
- Servicio de psicología.
- Dependencia técnica y administrativamente de la Dirección del Distrito Sanitario I.

Debido al crecimiento que experimentaba la población de Los Salías, la atención médica se hizo deficiente y no había una verdadera gerencia sanitaria.

En el año de 1990, con la elección directa de los alcaldes realizada por primera vez en el país, los vecinos junto con las nuevas autoridades del municipio comienzan a planificar y a estructurar una nueva forma de atención médico asistencial primaria.

Es así como en el año 1992 nace el Sistema Integral de Salud del Municipio Los Salías. En este mismo año se rescata y remodela el ambulatorio Urbano tipo I por parte de la alcaldía, y pasa a ser el centro de Atención Integral de salud "Rosario Milano", llamado así en honor a quien fue la primera enfermera de San Antonio de Los Altos. Convirtiéndose en un centro de atención médica especializada, dirigido y administrado de manera conjunta con el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) y la alcaldía del Municipio Los Salías. Ubicado en la Avenida Los Salías adyacente a la Unidad Educativa "Miguel José Sanz".

En 1994 la Junta Socio Sanitaria implementó un sistema de generación de fondos propios, a través de un mecanismo de recuperación de costos, a fin de darle agilidad a la necesidad de abastecimiento de insumos del Centro Integral de Salud "Rosario Milano" (CISRM). Para este año la colaboración era de 20 bolívares y actualmente es de 1.000 bolívares. Esta colaboración es voluntaria y quienes no puedan darla reciben el mismo servicio.

En el año de 1995 se juramenta la Junta Socio Sanitaria del Centro Integral de Salud "Rosario Milano". Una vez que nace la junta socio sanitaria, forma parte de la administración en conjunto con la Alcaldía del Municipio Los Salias y el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS).

Con la creación del Sistema Integral de Salud del municipio, el ambulatorio pasa a ser un ambulatorio tipo II que presta servicio médico de atención especializada y de emergencia, que funciona durante las 24 horas de los 365 días del año.

Las áreas de cobertura del Centro Integral de Salud "Rosario Milano" son:

- Conjuntos residenciales ubicado en la avenida Los Salias.
- Urbanización Los Castores.
- Urbanización La Arboleda.
- Urbanización La Morita.
- El pueblo de San Antonio.

Presta los siguientes servicios:

- **Medicina general:** Por este servicio pasan todos los pacientes que ingresan al centro de salud para cualquier consulta y luego son remitidos a la especialidad según el cuadro clínico que presenten, a excepción de algunos casos como ginecología u odontología que se atienden directamente. Este servicio funciona en la sala de emergencia.
- **Emergencia:** Las 24 horas del día, los 365 días de año. Allí se reciben los pacientes que requieren de atención rápida (de tipo cardiovascular o accidentes).
- **Atención Médica Integral:** El nuevo modelo de atención médica implementado por el M.S.D.S., que da atención integral al individuo y su grupo familiar. La consulta es realizada por los médicos de medicina familiar, con asistencia domiciliar de casos bajo su control que lo amerite. En el horario de lunes a viernes de 7:00a.m a 1:00p.m y de 1:00p.m a

7:00 p.m.

- **Medicina Interna - Diabetes - Hipertensión -Nefrología:** En el horario de 8:00 a.m a 12:00 a.m de lunes a viernes previa cita. los días martes se lleva a cabo el programa de diabetes por el M.S.D.S. Atendido por especialista en medicina interna y nefrología.
- **Pediatría y Puericultura:** Horario de 1:00 p.m a 7:00 p.m , de lunes a viernes. Control de niños sanos previa cita. Inmunizaciones los días martes de 2:00 p.m a 3:00 p.m.
- **Gastroenterología:** Consulta los días lunes, martes, miércoles y viernes de 10:00 a.m a 12:00 a.m y los días jueves estudios especiales (endoscopias). Previa cita. Atendido por especialista en medicina interna y gastroenterología.
- **Oftalmología:** Consulta los días martes y jueves de 2:00 p.m a 6:00p.m previa cita.
- **Traumatología:** Consulta los días martes y jueves de 2:00 p.m a 6:00 p.m previa cita.
- **Psicología:** Consulta los días lunes a viernes de 8:30 a.m. a 1:00 p.m previa cita.
- **Cardiología:** Consulta de lunes a viernes de 11:00 a.m. a 1:00 p.m.
- **Ginecología y Obstetricia:** Consulta de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 12:00 a.m. por orden de llegada, y consulta los días miércoles de 1:00 p.m a 7:00 p.m. se realiza citología, biopsia y control prenatal, previa cita.
- **Higiene del adulto:** (Certificado de salud), de 7:00 a.m. a 10:00 a.m. De lunes a viernes.
- **Higiene escolar:** Se realiza en los centros educativos correspondientes al área de cobertura del Rosario Milano.
- **Trabajo social:** Los días lunes a viernes de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.
- **Radiología:** Horario de 8:00 a.m. a 12:00 a.m. y de 2:00 p.m. a 6:00 p.m. De lunes a viernes. Por orden de llegada.

- **Odontología:** Consulta de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 7:00 p.m. previa cita.
- **Laboratorio clínico automatizado:** De lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. y los sábados de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
- **Servicio de ambulancia:** Una ambulancia del cuerpo de Bomberos destinada al servicio del ambulatorio las 24 horas del día.
- **Proveeduría y farmacia:** Horario al público de 8:00 a.m. a 12:00 a.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m. Se encarga de suministrar los medicamentos, e insumos médico quirúrgico necesarios para los centros que conforman el sistema integral de salud.

CENTROS QUE FORMAN PARTE DE LA DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

El sistema Integral de salud del Municipio Los Salias está conformado por varios centros:

- El centro integral de salud "Rosario Milano" al cual se está haciendo referencia.
- SEMBEM, servicio creado por la alcaldía a través de un convenio con el cuerpo de bomberos del Estado Miranda. Funciona las 24 horas del día.
- Ambulatorio de Figueroa rural tipo II.
- Ambulatorio La Rosaleda Sur rural tipo II.
- Ambulatorio Las Minas rural tipo II.
- Centro Materno Infantil Olivia Monrroy ubicado en pacheco.

ESTRUCTURA DEL PERSONAL DEL CENTRO INTEGRAL DE SALUD "ROSARIO MILANO"

Personal Profesional

- Director de Salud Municipal: Médico oftalmólogo.
- Médico Coordinador: Médico Sanitarista.
- Médicos Residentes: 6 médicos.
- Médico pediatra: 1 médico.
- Médico internista: un nefrólogo y un gastroenterólogo.
- Médico Gineco_obstetra: 2 médicos.

- Oftalmólogo: 1 médico.
- Odontólogo: 2 odontólogos.
- Psicólogo: 1 psicólogo.
- Farmacéutico: 1 (uno).
- Enfermera graduada: 3 (tres).
- Bionalistas: 5 (cinco).

PERSONAL TÉCNICO

- Auxiliares. de enfermería: 13 (trece). Higienista dental: 2 (dos).
- Auxiliar de laboratorio: 2 (dos privado).

PERSONAL ADMINISTRATIVO

- Asistente de la Dirección: 1 (uno).
- Secretaria: 1 (uno).
- Secretaria del laboratorio: 1 (uno privado). Almacenista: 1 (uno).
- Aseadores: 6 (seis).
- Vigilantes nocturnos: 2 (dos).
- Recaudadores: 3 (cuatros).

PERSONAL VOLUNTARIO

- Junta Socio Sanitaria.
- Comunidad en general.

ESTRUCTURA FÍSICA DEL CENTRO INTEGRAL DE SALUD "ROSARIO MILANO"

Es una estructura de dos niveles, en la planta baja encontramos un área de emergencia que está en remodelación, el cual esta constituido por tres consultorios médicos para la consulta de medicina general, un área para emergencia y cirugía menor. Una sala de espera para los pacientes, alrededor de la sala de espera hay 7 consultorios donde se realizan las siguientes consultas: Odontología, Pediatría, Medicina familiar, Ginecología y Obstetricia, Cardiología, Oftalmología, Gastroenterología y Traumatología, la oficina de la coordinación del centro, un área para farmacia y proveeduría, un área para laboratorio, un área para radiología y un área de observación con tres camas. En el segundo nivel encontramos la oficina de la Junta Socio Sanitaria, la Dirección Municipal de Salud, dos consultorios uno para trabajo social y otro para psicología, dos cuartos, uno de los médicos residentes y el otro de los bomberos.

VER ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL CENTRO INTEGRAL DE
SALUD “ROSARIO MILANO” EN EXCEL

CAPITULO I

CALIDAD

Desde el punto de vista de la gestión, la calidad total implica la calidad en todos los procesos, la calidad del producto y la satisfacción del cliente o usuario. En este contexto la calidad comprende todas las funciones y actividades de la organización e involucra y compromete la participación de las personas de la organización, la calidad es idea y esfuerzo de todos, en otras palabras la calidad está en la filosofía de toda la organización.

Con la introducción del concepto de la existencia de cliente externos y clientes internos en la gestión de la calidad total, se entiende que todos en algún momento somos proveedores o clientes. Bajo esta óptica, en las instituciones de salud, no solo el paciente o usuario del hospital es cliente; el médico al brindar atención médica será proveedor, pero al utilizar los exámenes auxiliares con fines de diagnóstico será cliente; asimismo será cliente de las áreas administrativas de la institución.

La calidad la podemos definir como: “El conjunto de características que deben tener los servicios de salud, en el proceso de atención a los usuarios, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados, tanto por los proveedores como por los usuarios”. (Pabón, 1985, Pág. 134).

Según Ruelas (1990) la calidad de la atención incluye dos grandes aspectos: la satisfacción del paciente y sus familiares con el trato que reciben, y la calidad con la que se aplica la tecnología médica y se evitan sus indeseables efectos colaterales. Los programas de calidad deben ser integrales, tanto la dimensión técnica como la interpersonal.

La calidad técnica debe comprender la estructura, el proceso y los resultados de la atención. En la estructura juega un papel decisivo los programas de licenciatura de profesionales, certificación de especialistas y acreditación de unidades. La monitoría y el mejoramiento de los procesos de atención. Con relación a los resultados de la atención, es necesario contar con indicadores integrales, que incluyan no solamente la mortalidad sino también la morbilidad y la calidad de vida.

La calidad de la atención en salud, es una de las mayores preocupaciones de quienes tienen la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud a la población y una necesidad sentida de quienes

requieren de estos servicios. Es un hecho que toda institución prestadora de servicio de salud debe evaluar con alguna regularidad la calidad de la atención. Si embargo, se reconoce que son escasos los logros alcanzados en este campo, ya sea por la no disponibilidad de una metodología práctica y sencilla, que pueda aplicarse a todas las instituciones con relativa baja inversión de recursos, y que permita generar información útil para la toma de decisiones, orientadas a mejorar progresivamente la calidad de atención.

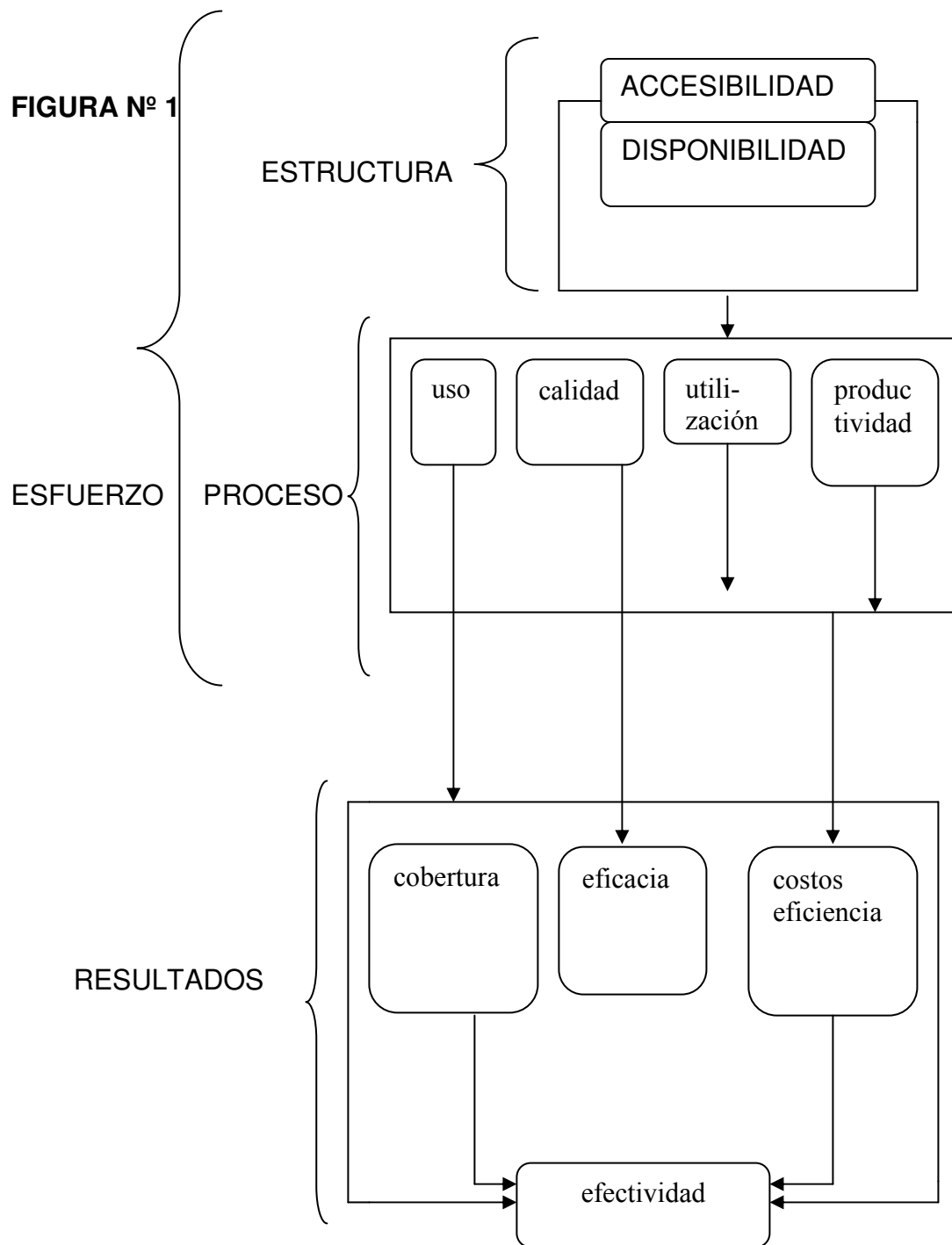
“Evaluar es medir un fenómeno, o el desempeño de un proceso, comparar el resultado obtenido con criterios pre-establecidos, y hacer un juicio de valor tomando en cuenta la magnitud y dirección de la diferencia”.(Pabón, 1985, Pág. 11).

Para evaluar los servicios de salud se requiere inicialmente una descripción orientada de tres elementos generales: la población con sus necesidades; los recursos de salud existentes y las actividades fundamentales que desarrollan esos recursos.

La evaluación y diagnóstico son funciones complementarias, ya que la evaluación se orienta a hacer juicios sobre las intervenciones que van a resolver el problema detectado mediante la función de diagnóstico. Por lo tanto no es raro encontrar el término “Evaluación Diagnóstica” significando la identificación de problemas y los juicios de valor sobre la magnitud y rumbo de los mismos.

Se define diagnóstico por Pabón (1985) como el proceso de estudio para medir, determinar y caracterizar particularidades individuales posibilitando instrumentar estrategias de intervención de acuerdo con las necesidades.

La evaluación de esfuerzo comprende: la estructura, la cual está constituida por la disponibilidad y accesibilidad, el proceso, que está constituido por la extensión e intensidad del uso, la utilización cuantitativa, la utilización organizacional, la calidad, la productividad y rendimiento, y por último, los resultados que está constituido por la efectividad, la cobertura, la eficacia y la eficiencia. (Figura 1).



Tomado de Pabón L. 1985

Donabedian (1991) establece una serie de elementos que facilitan el análisis de la calidad asistencial, los cuales son:

- Componente técnico, como expresión entre la asistencia que se presta y los avances científicos y la capacitación de los profesionales, lo que implica la ejecución de todos los procedimientos con destreza.
- Componente interpersonal, expresión de la importancia de la relación paciente profesional de la salud.
- Componente correspondiente al entorno, como expresión de la importancia que tiene para la asistencia el marco en el cual ésta se desarrolla.

En el proceso de prestación de un servicio de salud, interviene por una parte el personal, equipos y elementos directamente involucrados en el acto médico y por otra parte, la infraestructura administrativa que crea y mantiene las condiciones que hacen posible la realización del acto.

“ En el proceso se distinguen dos aspectos: uno técnico que tiene que ver con los criterios y procedimientos médico clínico y el otro que se refiere al trato recibido por los pacientes. El primer acto se llama calidad técnica y el segundo calidad humana. Ambos dependen del acto médico y de la infraestructura administrativa”. (Pabón, 1985, Pág. 135).

La infraestructura administrativa afecta la calidad técnica, ya que el contacto de los servicios y el usuario depende del diseño y operación de los procesos administrativos; y también afecta la calidad humana, ya que el concepto global de satisfacción del usuario depende del ambiente físico que encuentre (limpieza, iluminación, orden), y de su contacto con el personal administrativo.

“El acto médico afecta la calidad técnica, pues el resultado depende de las especificaciones técnicas, la prestación de servicios, la continuidad del tratamiento y la integridad de atención, también afecta la calidad humana pues de la clase de relaciones interpersonales entre el personal médico, paramédicos y los usuarios, depende en buena parte la satisfacción de estos últimos”. (Pabón, 1985, Pág. 136).

En general, la calidad humana es la medida que los usuarios usan para evaluar un servicio.

CARACTERÍSTICAS DE UN SERVICIO EFICIENTE

Señala Pabón (1985) que un servicio eficiente debe responder a una serie de preguntas, que son:

- ¿De qué consta el servicio o qué tan completo es el servicio?
- ¿Se toman las decisiones y se ejecutan a su debido tiempo?
- Si el servicio no es oportuno, ¿a qué se debe? ¿a los proveedores? ¿a los usuarios?
- ¿Se hace bien lo que se debe hacer?
- ¿Qué opina el usuario de los servicios?

En estas preguntas están incluidas las características de un servicio eficiente, que a continuación se describen:

- **Integridad:** Es la característica del servicio que lo capacita para identificar todas las necesidades clínicas del usuario y de procurar los medios para tratarlas con acciones preventivas, curativas y de rehabilitación.
- **Oportunidad:** Es la característica del servicio de intervenir con sus acciones a su debido tiempo en el proceso de atención al usuario.
- **Continuidad:** Es la característica del servicio de realizar las actividades debidas en la secuencia apropiada y sin interrupción o ruptura del proceso de atención del usuario desde el ingreso hasta que se da de alta.
- **Contenidos Técnicos:** Se refiere a la serie de criterios, conocimientos teóricos y prácticos, actitudes, habilidades, destrezas y elementos de trabajo que es necesario aplicar para el diagnóstico y tratamiento de las necesidades del usuario, en todas y cada una de las actividades requeridas en el proceso de atención de un servicio.
- **Calidad Humana:** Es buena cuando todos los aspectos del servicio, el trato del personal médico y administrativo, el orden, la limpieza, el decoro, etc., muestran respeto y consideración para los pacientes.

La calidad de un servicio eficiente se juzga como un todo, sin disociar sus componentes, prevalece la impresión de conjunto y no el éxito de una u otra acción. Se considerarían parámetro de calidad: puntualidad, presentación personal, prontitud en la atención, cortesía, amabilidad, respeto, trato humano, agilidad para identificar el problema, comunicación con el usuario y su familia, capacidad profesional, ética, equidad, presentación física de las instalaciones y educación continua al personal del servicio. Todo esto nos lleva a la satisfacción del usuario.

PRINCIPIOS DE ORIENTACIÓN DE POLÍTICAS SOBRE CALIDAD

Para Pabón (1985) existen algunos principios básicos de orientación de acciones en calidad:

- El autocontrol o sea propiciar la autocrítica, el enfoque punitivo no es deseable. Por ejemplo, a cada médico entregarle información sobre su trabajo que le permita compararlo con el promedio de sus colegas y con las normas.
- El enfoque a aspectos críticos de proceso. En algunos puntos se falla más en calidad técnica o humana, estos puntos se deben controlar y reforzar. Ejemplo, en el cambio de turnos.
- La participación en el proceso de evaluación y reglamentación inclusive la participación de los usuarios.
- La objetividad y sencillez de los medios de evaluación y control.
- La flexibilidad o capacidad de decisión dentro de las normas que promueva la iniciativa y creatividad del proveedor. Las normas en calidad están sujetas a evaluación y cambios.
- La creación de incentivos de desarrollo profesional individual y de grupo. La gestión individual y de grupo debe evaluarse y premiarse si es el caso.
- Control por excepción. El comportamiento promedio de un servicio no necesariamente es el mejor, sin embargo es útil utilizar las grandes desviaciones del promedio para analizar el porqué y juzgar si es o no justificado.

LAS ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN PARA GARANTÍA DE CALIDAD

Las estrategias de evaluación para obtener una garantía de calidad de acuerdo a lo establecido en el artículo de “Garantía de Calidad” (1996), son aquellas evaluaciones externas de prestadores de servicios: los cuales son el licenciamiento, la certificación, y la acreditación de prestadores de servicios de salud. Todos estos instrumentos buscan definir unos estándares de lo que se considera calidad, lograr una evaluación objetiva de su cumplimiento y, establecer un límite mínimo o bien un ideal superior que vaya jalonando el mejoramiento de los prestadores de servicios, sean personas o instituciones. También son muy utilizadas las evaluaciones por indicadores y la auditoría en salud. Las definiciones más aceptadas para dichas estrategias son las siguientes:

- **Licenciamiento:** Es un proceso de evaluación mediante el cual una entidad, generalmente gubernamental, otorga el permiso a un médico individual o a una organización, para prestar servicios de salud. Se hace la evaluación para asegurar el cumplimiento de unos estándares mínimos, para proteger la salud de los usuarios y la seguridad pública. Esta evaluación se puede repetir de forma periódica para que el prestador pueda continuar con sus funciones.
- **Acreditación:** Es un proceso de evaluación, formal y voluntario, que busca el mejoramiento de las organizaciones. Los estándares que utiliza se consideran óptimos y son preestablecidos. Es realizada generalmente por un organismo con reconocimiento, usualmente no gubernamental, en el cual evalúan la organización de salud para que cumpla con los estándares.
- **Certificación:** Es un proceso por medio del cual un cuerpo autorizado, ya sea un organismo gubernamental o no gubernamental, evalúa y reconoce que una persona o institución cumple con unos criterios preestablecidos. La certificación se refiere por lo general, a personas y la acreditación de las instituciones. En salud es más conocida la certificación de profesionales como especialistas, en el cual el colegio profesional, sociedad o grupo de especialistas, certifica que el profesional tiene capacidades mayores que las que permitieron su licenciamiento y cumple con los requisitos para actuar.
- **Evaluación con indicadores:** Se utiliza para evaluar el desempeño, a través del tiempo de funciones o procesos que se consideren prioritarios. Es un complemento valioso de la evaluación basada en estándares dado que ésta es puntual. Puede utilizarse para hacer seguimiento a la estructura, los procesos o los resultados de un prestador, una organización, grupo de organizaciones o sector.

Dentro de esta evaluación, los indicadores están tomando mucha importancia desde la pasada década, como complemento a la acreditación y el licenciamiento que evalúan proceso y estructura.

PRINCIPIOS QUE DEFINEN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Según la información obtenida del artículo “Capítulo IV: Modelo de Atención de Salud”, (1999) los principios son:

1. Universal: Atiende las necesidades de salud reales de toda la población, es decir, proporciona una cobertura suficiente, basada en la realidad

epidemiológica y biodermográfica de cada localidad. Para ello, cuenta con un sistema dotado de recursos humanos y materiales suficientes.

2. Integrar en cada actividad las cuatro funciones básicas de: promoción, prevención, curación y rehabilitación.

3. Reconoce la integralidad biopsicosocial del ser humano y responde a ella.

4. Debe ser accesible para todos desde el punto de vista económico, físico y socialmente. En el aspecto geográfico de la accesibilidad, nadie debe estar a más de 30 minutos de distancia de un Consultorio o Centro de Salud.

5. Es entregada por equipos multidisciplinarios a poblaciones definidas, las cuales deben tener el grado de libre elección de los equipos que sea compatible con la accesibilidad a los servicios y con la programación de sus acciones.

6. Sectorizada: la acción de los equipos de primera línea es sectorizada y tiene una alta capacidad resolutive.

Para ello cada miembro del equipo tiene funciones definidas y todos tienen una preparación básica en salud pública y en ciencias humanas, como parte de la formación en salud. En lo posible, cada equipo de sector incluye a un médico general de niños, un médico general de adultos, un obstetra-ginecólogo y un médico general de adolescentes, además de apoyo especializado en salud mental.

7. Continúa en el tiempo: se debe evitar la rotación frecuente de profesionales. Asegura la continuidad y la coordinación entre los distintos niveles de complejidad, en función de las necesidades de cada usuario. Es continua a lo largo del ciclo vital y de las variaciones entre salud y enfermedad.

8. Pone énfasis en la familia y en la comunidad como unidades básicas de atención y no sólo en los individuos.

9. Los profesionales deben salir de los establecimientos a conocer a la población y sus condiciones de vida y salud.

10. Los equipos buscan la colaboración de otros sectores y organizaciones relacionadas con la salud, en su ámbito de acción.

11. Cada persona recibe la atención que su condición requiere, sea cual sea el lugar del país en que se encuentre.

12. La atención se organiza combinando armónicamente las principales situaciones de existencia de la población: residencial, ocupacional y escolar.

13. La atención debe ser oportuna. No debe existir largas listas de espera en los hospitales.

14. La atención debe ser de alta calidad técnica y humana, con satisfacción para el usuario. Se proporciona la información necesaria y se evita la burocracia en los procedimientos. Hay respeto por las diferencias interculturales.

15. El equipo local y el sistema de salud es responsable del seguimiento de los pacientes y de los problemas colectivos de salud, así como de los sucesos negativos evitables.

16. La atención debe ser siempre deliberadamente educativa y participativa. Se estimula la plena participación de las comunidades en el diagnóstico de sus problemas y aspiraciones de salud, así como en la selección, ejecución y evaluación de las intervenciones.

17. Es racional, es decir, planificada y bien administrada.

18. Los miembros de los equipos deben participar en las decisiones que atañen a su propio trabajo y cuentan con la confianza y respeto de las autoridades a su condición profesional.

19. El modelo se apoya, además, en:

- La concepción de la salud.
- La política general de salud.
- El modelo de desarrollo del país: crecimiento con equidad.

Según Deming (1989) establece que el mejoramiento del proceso de la calidad se obtiene por:

1.- Planear lo que hay que hacer.

2.- Hacer lo planeado.

3.- Verificar los resultados.

4.- Actuar de acuerdo a la evaluación, introduciendo en el proceso la mejora que se deba hacer. Para que este proceso sea continuo, hay que repetir el ciclo una vez y otra vez, indefinidamente.

ATRIBUTOS DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Según Malagón y cols. (1998) los atributos que caracterizan una atención de salud adecuada son:

- **Oportunidad:** Corresponde a la satisfacción de las necesidades de salud en el momento requerido, utilizando los recursos apropiados de acuerdo con las características y severidad de cada caso.
- **Continuidad:** Se refiere a la aplicación, en secuencia lógica de las acciones que corresponden a cada una de las etapas del proceso de la atención, bajo la responsabilidad de un equipo de salud.
- **Suficiencia e integridad:** Provisión suficiente y oportuna de los recursos requeridos para atender las necesidades de salud en forma integral.
- **Racionalidad lógico-científica:** Utilización del saber médico y la tecnología disponible para atender los problemas de salud.
- **Satisfacción del usuario y del proveedor:** Complacencia del usuario con la atención recibida, con los prestadores de los servicios y con los resultados de la atención.
- **Efectividad:** Es el grado máximo de mejoramiento de la salud que es posible alcanzar con la mejor atención disponible.
- **Eficiencia:** Es la capacidad de reducir al máximo los costos de la atención, sin reducir el grado de mejoramiento de la salud.
- **Optimización:** Es el balance entre los costos y los beneficios de la atención en salud.
- **Aceptabilidad:** Es la conformidad de la atención global con los deseos y expectativas de los pacientes y sus familiares.
- **Legitimidad:** ES la conformidad con los principios éticos; valores, normas, regulaciones y leyes que rigen la comunidad.
- **Equidad:** Es la conformidad con los principios que rigen la justa distribución del cuidado de la salud y sus beneficios entre todos los miembros de la población.

LA CALIDAD TOTAL EN LOS SERVICIOS

Según Malagón (2001) Definir la Calidad Total en los servicios, es hablar del nivel de excelencia, que las organizaciones pueden alcanzar para lograr la satisfacción de los usuarios. Para implementar un sistema de Calidad Total, por parte de las organizaciones que prestan servicios en salud, debe darse un compromiso profundo y total por parte de la alta gerencia.

El establecimiento de un sistema eficaz de Calidad Total exige integrar cada vez mayores esfuerzos en materia de liderazgo, en cada una de las áreas que componen la organización, de modo que sea posible y en forma permanente un mejoramiento en la Calidad de atención a los pacientes, cuya respuesta debe reflejarse en la satisfacción de los servicios recibidos por los usuarios.

La Calidad Total en el servicio por parte de las organizaciones de salud, debe establecerse básicamente en la preparación previa, que garantice un excelente servicio basado en óptimos conocimientos y tecnología, en la agilidad y rapidez con que se ejecute la atención al usuario y finalmente en la confiabilidad y oportunidad de la información de las pruebas clínicas y demás exámenes que se requieran para establecer el diagnóstico y manejo del paciente, buscando los mayores beneficios con los menores riesgos para su bienestar.

Además, se debe tener en cuenta otros ingredientes básicos que van a permitir un mayor éxito o fracaso en la prestación de los servicios asistenciales, tales como:

- Saludar en forma cordial y tranquilizadora.
- Iniciar un diálogo sencillo y amigable.
- Prestar atención a sus inquietudes.
- Despedirlo amigablemente con una sonrisa.

CAPITULO II

MODELOS DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Para la medición de calidad se han utilizado tradicionalmente tres modelos. El primero, desarrollado por Donabedian (1991) evalúa tres áreas a saber: la estructura, los procesos y los resultados. La estructura se refiere a la organización de la institución y a las características de los recursos humanos, físicos y financieros. Los procesos corresponden al contenido de la atención y la forma como es ejecutada dicha atención. Los resultados representan el impacto logrado con la atención, en términos de mejoras en la salud y en el bienestar de las personas, grupos o poblaciones, así como la satisfacción de los usuarios por servicios prestados.

1.- Análisis de la estructura, lo que lleva consigo a realizar un estudio adecuado de los medios:

- Humanos.
- Materiales.
- De organización.

2.- Análisis del proceso o valoración de los métodos empleados.

3.- Análisis de los resultados como un estudio del producto obtenido.

El segundo modelo, desarrollado por Malagón, Galán, Pontón (2001) en Colombia, es más amplio en cuanto áreas de evaluación y posibilidades de inferir sobre distintos atributos de calidad, pues analiza el contexto, la demanda, la oferta, el proceso, los resultados y el impacto (DOPRI).

El Modelo DOPRI, que se expone a continuación comprende los siguientes pasos:

Primero, efectuar una evaluación del servicio que esté prestando la institución.

Inicialmente, se hace un análisis de contexto o entorno donde se desenvuelve la institución, se evalúa a través de los siguientes indicadores:

políticas, planes, programas y legislación, que rige la prestación del servicio. Se analizan estos indicadores, para saber si favorecen o no el funcionamiento de la Institución.

A continuación se analiza la demanda a través de las siguientes variables:

- Aspecto demográfico. Estudia la población en dos dimensiones: según la estructura (edad, sexo, procedencia, nivel socio-económico) y según crecimiento (indicadores de natalidad, mortalidad y migración).
- Análisis de las condiciones de salud.
- Demanda efectiva.

Se continua con el análisis de la oferta o estructura, evaluando:

- Estructura orgánica.
- Estructura funcional.
- Recurso humano o talento humano.
- Recursos físicos.
- Recursos financieros.
- Sistemas de información.

Posteriormente se analizan los procesos mediante la esquematización en forma secuente de los pasos a seguir en un determinado campo, identificando los promedios de tiempo por actividad y los períodos de espera (Flujogramas), referencias y contrarreferencias.

El paso a seguir, es el análisis de los resultados, el cual se realiza por medio de indicadores, que para los servicios ambulatorios los más importantes son: rendimiento, concentración y utilización.

Por último, se evalúa el impacto o efecto logrado, a través de indicadores tales como: la disminución del riesgo de enfermar o morir de la población beneficiaria; cambios de actitud de los usuarios; calidad de la atención brindada; relación costo-beneficio y satisfacción tanto del equipo de salud, como de la comunidad receptora de los servicios.

Segundo, elaborar la matriz DOFA, identificando las debilidades y fortalezas que surgen de la aplicación del modelo de evaluación DOPRI. (Análisis interno o presente del servicio), las oportunidades y amenazas (Análisis externo o futuro del servicio), que se obtienen del análisis del entorno en el que se desenvuelve el Servicio Ambulatorio.

Al tener un estado completo de las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas se hace un cruce para obtener las estrategias (FO, FA, DO y DA).

Tercero y cuarto, se sacan las conclusiones que se derivan de la matriz DOFA y las recomendaciones que se obtienen de las estrategias planteadas.

Quinto y último paso se realiza el Plan de Acción o Plan Estratégico que resulta de plasmar en él las estrategias, para llegar a cumplirlas en un corto (1 año), mediano (2 años) o largo plazo (3 años o más) de tal forma que al culminar con el Plan de Acción, la prestación de servicio de la institución, sea un servicio de excelencia y para mantenerlo se inicia nuevamente con los pasos anteriormente mencionados.

Según estudio realizado sobre Evaluación de la Calidad en la Atención en Salud en los años comprendidos 1999 y 2000 en Colombia, basados en el concepto de calidad desde el triple enfoque de Donabedian y el modelo DOPRI propuesto por Galán Morera, c.p. Roldán, Vargas, García, Salamanca 2001 se realizó un estudio descriptivo exploratorio en seis hospitales públicos de un departamento de la zona suroccidental de Colombia, para evaluar los servicios de nutrición y dietética, fisioterapia, terapia respiratoria y fonoaudiología, al ser considerados fundamentales en la prestación de un servicio de salud integral y con calidad, y que pocas veces se han evaluado en el contexto nacional. Los resultados muestran una situación preocupante al encontrar valoraciones de la calidad de la atención entre insatisfactorias y precarias (sólo fisioterapia obtuvo algunas valoraciones satisfactorias) y una tendencia marcada a subsanar la ausencia de los servicios evaluados a través de los convenios docente asistenciales, llevando el servicio a riesgos éticos y obviamente sobre el deterioro de la calidad. Además, fue posible la confrontación y el enriquecimiento de una metodología que puede continuar siendo implementada no sólo en los hospitales evaluados, sino también en los demás departamento como parte de las estrategias de mejoramiento continuo de las organizaciones sanitarias.

Frente a la metodología utilizada, se reconoce como principal beneficio la amplitud en la mirada de la evaluación, pues involucra de manera organizada diversas variables de análisis que permiten ampliar la visión de la situación de la calidad en la atención en un servicio específico. En ella, se proponen diferentes enfoques y herramientas para alcanzar los objetivos, pero hay limitaciones alrededor de su validez, innovación, costo, oportunidad, factibilidad y valores éticos que aún no hacen posible hablar del modelo “ideal” que garantice la obtención objetiva de los resultados y aporte todos

los elementos para su fácil implementación y adopción por parte de las instituciones de salud.

Como parte de estas limitantes se encuentran entre otros, los sistemas de información inadecuados, inoportunos y desactualizados de los cuales no es posible extraer datos reales que se puedan considerar como indicadores confiables del estado de salud, y más aún cuando se habla de servicios de salud de apoyo terapéutico en los que además, difícilmente se cuenta con la documentación acerca de los aspectos técnicos para el manejo de la atención.

El tercer modelo Servqual, es una herramienta desarrollado por Parasuraman, Ziethaml y Berry (1985) c.p. (Rodríguez 2000) sugiere que la diferencia entre las expectativas generales de los clientes y sus percepciones respecto al servicio de un proveedor específico pueden constituir una medida de la calidad en el servicio.

Percepción de las necesidades del cliente: El cliente tiene ciertas necesidades reales, de las cuales a veces él mismo no es consciente. Estas necesidades son percibidas por el sistema para la posterior realización del servicio.

Expectativas del cliente: Aquí se define lo que espera el cliente del servicio, esta expectativa está formada por comunicación de boca a boca, información externa, experiencias pasadas y por sus necesidades conscientes. A partir de aquí puede surgir una retroalimentación hacia el sistema cuando el cliente emite un juicio.

Según Rodríguez (2000), Parasuraman 1985 ha identificado cinco dimensiones que los clientes utilizan para juzgar a una compañía de servicios. Estas dimensiones son:

1.-TANGIBLES: La apariencia de las instalaciones físicas, equipo, personal y material de comunicación. Son los aspectos físicos que el cliente percibe en la organización. Cuestiones tales como limpieza y modernidad son evaluadas en tres elementos distintos.

Personas. Se considera la apariencia física de las personas. Su aseo, olor, vestido. Son las características que son detectadas en primera instancia por los usuarios, con respecto a las personas que lo atienden.

Infraestructura. Es el estado de los edificios o locales donde se realiza el servicio. Así mismo se consideran dentro de este factor las instalaciones, máquinas o móviles con los que se realiza el servicio.

Objetos. Varios sistemas de servicio ofrecen representaciones tangibles de su producto. Boletos, letreros y folletos, son algunos de los objetos con los cuales el usuario tiene contacto. El que sean prácticos, limpios y atractivos son cualidades que se deben considerar.

2.- CONFIABILIDAD: La habilidad de desarrollar el servicio prometido precisamente como se pactó y con exactitud. Los factores que conforman la dimensión de la confiabilidad son:

Eficiencia. El desarrollar el servicio acertadamente, aprovechando tiempo y materiales, realizándolo de la mejor forma posible.

Eficacia. Se refiere sólo a obtener el servicio requerido, sin importar los procesos utilizados.

Efectividad. Obtener el servicio mediante un proceso correcto que cumpla las expectativas para las que fue diseñado. Cumplir las expectativas de los clientes.

Repetición. Cuando un servicio no se realizó bien, se tiene que volver a repetir algunas veces. Esto implica tiempo y esfuerzo tanto para el usuario como para el sistema, por lo que cobra vital importancia en la medición de la calidad en el servicio. Si un servicio no se tiene que repetir, el usuario estará satisfecho.

Problema. Es similar a los servicios clasificados como de no rutinarios, porque no son comunes ya que son provocados por problemas. A veces el mismo usuario puede crear el problema, pero éste toma mucho en cuenta la ayuda que el sistema le pueda dar.

3.- VELOCIDAD DE RESPUESTA: La disposición inmediata para atender a los clientes y dar un pronto servicio. La velocidad de respuesta implica características de horario y tiempo, las cuales se ven reflejadas en los siguientes factores:

Espera. Implica el tiempo que aguarda el usuario antes de que se le preste el servicio.

Inicio y terminación. Muchas veces, los servicios son programados para empezar a una hora y finalizar a otra hora. El cumplimiento de éstos términos, influyen en la calidad del servicio.

Duración. Es el tiempo que tarda el servicio en ser producido. En los sistemas a analizar el proceso de servicio implica una vez terminado el tiempo de espera, un tiempo determinado de prestación del servicio. Este tiempo se sujeta también a la evaluación del usuario, de acuerdo a lo prometido por el sistema y lo que el usuario espera que dure. Si el tiempo de producción no cumple con lo prometido, el usuario toma opinión sobre la calidad del servicio.

Postservicio. Este factor se refiere al tiempo que el sistema tarda para resolver situaciones o problemas que no forman parte del servicio normal. Implica tiempo extra que el usuario debe gastar y el cual toma en consideración como evaluador de la calidad en el servicio.

4.- ASEGURAMIENTO: El conocimiento, cortesía de los empleados y su habilidad para comunicarse e inspirar confianza.

Cortesía. Implica amabilidad y buen trato en el servicio. El atender con buenos modales al usuario, como persona que es.

Servicialidad. Es la disposición del empleado por servir al usuario, por buscar acercarse a él antes de que éste lo pueda requerir en un momento especial o de urgencia.

Competencia. Es la capacidad de los empleados para realizar un servicio de calidad. Son sus conocimientos y acciones que demuestran al momento de realizar el servicio. El que un servidor pueda resolver un problema por sí mismo y sin retraso implica que es competente.

Credibilidad. El comportamiento y forma de reaccionar de los servidores, puede provocar seguridad o inseguridad en el usuario. Si el empleado inspira confianza al usuario, el servicio tiene más probabilidades de desarrollarse en un mejor tiempo y sin preocupaciones.

5.- EMPATÍA: Proveer cuidados y atención individualizada a los clientes.

Personalización. El buscar hacer sentir al usuario que se le trata individualmente, como alguien especial, le provocará tener una buena opinión de la empresa.

Conocimiento del cliente. El ofrecer un trato personalizado, implica además, conocer más a fondo las necesidades de cada cliente, factor esencial para proporcionar un buen servicio.

Sobre las bases de los conceptos anteriores se integra el instrumento SERVQUAL como una herramienta que consiste de 3 cuestionarios los cuales se explican a continuación:

Fase 1. este cuestionario capta las percepciones de los clientes, contiene 22 preguntas respecto al servicio que se espera que brinde una compañía de servicios excelente. Las preguntas están redactadas de manera general para aplicarse a cualquier empresa de servicio, por lo que para cada aplicación específica es posible y deseable, se adapten los enunciados que integran el SERVQUAL sobre la base de las características específicas de la empresa donde se aplicará.

Fase 2. consiste en un cuestionario mediante el cual los clientes evalúan la importancia que tiene cada una de las cinco dimensiones de servicio.

Fase 3. en esta fase se solicita a los clientes sus percepciones específicas respecto a la compañía que se desea estudiar. Básicamente, los enunciados son los mismos que en la fase 1, pero aplicados a la compañía en estudio (usando el nombre de la empresa de estudio y preguntando por la percepción del cliente sobre la misma).

Se realiza un estudio en Andalucía por (Prieto, March y López 1999) donde la pregunta clínica es: ¿Perciben los usuarios diferentes de calidad entre los centros de salud y aseguradoras privadas?

En dicho estudio se recogieron opiniones de usuarios de centros de salud y aseguradoras privadas sobre la calidad de los servicios que reciben. Las variables de opinión que se analizan están definidas según el modelo SERVQUAL sobre la calidad percibida.

Los principales resultados fueron: la accesibilidad (cita previa, horario, servicio de información y recepción), la capacidad de respuesta (agilidad de trámites y diligencia), y la coordinación interna de la organización son considerados por los usuarios de centros de salud como puntos débiles de los servicios de atención primaria que influyen negativamente en la credibilidad de los mismos. Estas variables son identificadas por los usuarios de aseguradoras privadas como las principales ventajas del modelo de atención por el que han optado.

La fiabilidad es valorada de forma positiva por los usuarios de centro de salud, pero se recibe de aquellos una mejor valoración cuando se refieren a las aseguradoras privadas. Sin embargo, la cortesía y la amabilidad de los profesionales de los centros de salud se perciben como una de las excelencias del servicio y sin diferencias con la que ofrecen los profesionales del modelo privado.

Una vez que se explicaron los distintos modelos y se estudiaron los casos en los cuales fueron aplicados dichos modelos, se puede determinar que el modelo a utilizar para la evaluación de la calidad técnica del Servicio de Emergencia del Centro Integral de Salud “Rosario Milano”, va a ser el modelo DOPRI de Malagón, Galán y Pontón (2001), la evaluación que estos autores realizan es más amplia en cuanto a áreas de evaluación y es el único modelo que toma en cuenta el contexto y el impacto, ya que se describe las características de la atención en el servicio en relación con el contexto, la demanda, la oferta, el proceso, los resultados y el impacto. Y así poder determinar la situación en la cual se encuentra la institución para establecer las mejoras continuas.

CAPITULO III

PROBLEMA

En vista de la situación actual que presenta el país en el sector salud, es necesario plantearse la necesidad de la evaluación de la calidad de los servicios, entendiéndose por calidad el grado en que los servicios mejoran los niveles esperados de salud, de manera congruente con las normas profesionales y con los valores de los pacientes. Se busca lograr los mayores beneficios y los menores riesgos al prestar los servicios de salud, haciendo evaluaciones periódicas para determinar el funcionamiento de la institución, por lo cual se va a **evaluar la calidad Técnica del Servicio de Emergencia en el Centro Integral de Salud “Rosario Milano”** ubicado en San Antonio de los Altos, Estado Miranda .

CAPITULO IV

MÉTODO

El tipo de investigación a realizarse es un estudio retrospectivo y descriptivo del Servicio de Emergencia del Centro Integral de Salud “Rosario Milano”, durante el período de Enero 2001 – Diciembre 2001, utilizando las herramientas que propone el modelo DOPRI para la medición del contexto, la demanda, la oferta, los procesos, los resultados y el impacto.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la calidad Técnica del Servicio de Emergencia del Centro Integral de Salud “Rosario Milano” durante el período de Enero 2001 – Diciembre 2001.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Determinar el contexto de la institución en el Servicio de Emergencia del Centro Integral de Salud “Rosario Milano”.
- 2.- Identificar la demanda del Servicio de Emergencia del Centro Integral de Salud “Rosario Milano”.

3.- Describir la oferta del Servicio de Emergencia del Centro Integral de Salud “Rosario Milano”.

4.- Verificar los procesos en el Servicio de Emergencia del Centro Integral de Salud “Rosario Milano”.

5.- Analizar los resultados en el Servicio de Emergencia del Centro Integral de Salud “Rosario Milano” a través de los indicadores de rendimiento, concentración y utilización.

6.- Conocer el impacto a través de la satisfacción del prestatario en el Servicio de Emergencia del Centro Integral de Salud “Rosario Milano”.

POBLACIÓN

La población objeto de estudio para la evaluación técnica es el Servicio de emergencia del Centro Integral de Salud “Rosario Milano”, durante el período de Enero 2001 - Diciembre 2001.

PROCEDIMIENTO

El modelo DOPRI se realiza por plantillas de evaluación de la calidad de la atención, que facilita la recolección de la información para las distintas áreas del modelo, que constituye la base de dicha evaluación. Las plantillas que han sido diseñada con indicadores que aplican fundamentalmente la evaluación de la calidad de la atención se puede aplicar con adaptaciones pertinentes a cualquier entidad o institución prestadora de servicio de salud.

El modelo DOPRI que se aplicará para la evaluación del Servicio de Emergencia del Centro Integral de Salud “Rosario Milano”, toma en cuenta:

1.- El contexto: Donde se evaluará los siguientes indicadores que son políticas, legislación y programas, relacionados con la institución, basándonos en lo que establece el Ministerio de Sanidad y Desarrollo Social (MSDS) quien es el ente rector del sector salud y por ello el coordinador, supervisor y evaluador de las políticas que ejecutan todas las instituciones del sector, la política a evaluar es el Modelo de atención integral que favorezca las acciones de promoción, protección, restitución, rehabilitación

de la salud y prevención de enfermedades, dirigidas a las personas, las familias, las comunidades y el medio ambiente, a fin de lograr un desarrollo local sostenible, en cuanto a la legislación nos basaremos en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (Gaceta oficial N° 36.860, 30 de Diciembre de 1999) artículo 83 y 84 que establece el derecho a la salud y el Reglamento interno del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (Gaceta Oficial N° 4.539, 12 de Marzo de 1993) artículo 106, 197 y 198, con respecto a los programas los establecidos por el MSDS, entre ellos: programa de lactancia materna, programa de Diabetes, programa de saneamiento ambiental, programa de prevención y control de Enfermedades Transmisibles dirigidas a los individuos, las familias y las comunidades, y programa ampliado de inmunizaciones para la prevención de tuberculosis, poliomielitis, sarampión, tosferina, difteria y tétano), dependiendo si estos indicadores están presente se le asigna una calificación de 1 a 4 puntos para determinar si el funcionamiento de la institución es favorable o no. La calificación es uno (1) cuando el contexto es malo, dos (2) cuando el contexto es regular, tres (3) cuando el contexto es bueno y (4) cuatro cuando el contexto es óptimo, una vez que se le da valor se multiplica por la ponderación de la plantilla y se obtiene la calificación ponderada para poder determinar si el contexto de la institución es adecuado o inadecuado, el cual se obtiene calificando como adecuado mayor de 3 e inadecuado menor de 3.

2.- La demanda: Se hará por la recolección de las estadísticas que se encuentran en los archivos del Centro Integral de Salud "Rosario Milano", se clasificará a la población por grupos de edad y sexo, por la procedencia de la población, el nivel socio-económico y la identificación de las primeras 10 causas de morbilidad durante el año 2001, se determina el porcentaje de estos indicadores y se representará por gráficos circulares para el análisis epidemiológico. Además evalúa la relación entre el nivel de atención institucional y la morbilidad en consulta externa y urgencias y la demanda efectiva atendida en consulta general y especialista. Se califica de 1 a 4 puntos, luego se multiplica por la ponderación, se obtiene la calificación ponderada y se determina si es adecuado cuando es mayor de 3 y es inadecuado cuando es menor de 3.

3.- La oferta: Se evaluará la estructura orgánica donde se toma en cuenta si existe organigrama, si posee el organigrama líneas de coordinación y líneas de asesoría. A nivel de la estructura funcional se evaluará si existe manual de funciones, manual de funciones por cargo, requisitos por cargo, manual de procedimientos administrativos y manual de procedimientos financieros. A nivel de recurso humano se evaluará en la parte administrativo si hay jefe de servicio, secretaria y coordinador del centro, y a nivel asistencial el número

de médicos generales, enfermera jefe y auxiliar de enfermería. A nivel del recurso físico, se evalúa si cuenta con área de espera general, unidad sanitaria para el área de espera, el equipamiento básico para los consultorio y el área de emergencia. En cuanto a los recursos financieros si se cuenta con presupuesto para funcionamiento y si cuenta con presupuesto para la inversión. Y por último si cuenta con sistema de información para operación, sistema de información para la toma de decisiones y para control de gestión. Para cada una de estas variables se realiza una plantilla de evaluación donde se califica de 1 a 4 puntos si están presentes o no, luego se multiplica por la ponderación y se obtiene la calificación ponderada de cada estructura evaluada y se determina si es adecuado cuando es mayor de 3 y es inadecuado cuando es menor de 3.

4.- El proceso: Se evalúa a través de los flujogramas, si los posee la institución y si se cumplen esto, se realiza por la entrevista a los prestadores del servicio (coordinador y, secretaria de la coordinación, director, asistente y secretaria de la dirección), sistemas de referencias y contrarreferencias. Se le da una calificación de 1 a 4 puntos, donde 4 es cuando existe el flujograma y se aplica correctamente, 3 cuando existe el flujograma pero se aplica en la mayoría de los casos, 2 cuando el flujograma existe pero se aplica en pocos casos y 1 cuando el flujograma no existe.

5.- Los resultados: Se va a medir por los indicadores de:

- Rendimiento se mide en cada uno de los profesionales del área asistencial que labora en la institución. Según García (1993) el rendimiento de la consulta en Medicina General contenida en las cláusulas contractuales vigentes por M.S.D.S es de 6 consultas por hora. De acuerdo a esto se determina si el rendimiento es adecuado o no.

Rendimiento:
$$\frac{\text{Nº de consultas realizadas}}{\text{Nº de horas laboradas}}$$

- concentración se va a medir para determinar el número de usuario que acude a el servicio de emergencia. La calificación es 4 cuando es menos de 1.5 , de 1.5 a 1.9 la calificación es 3, de 2 a 2.4 es 2 y superior o igual a 2.5 es 1.

Concentración:

Total de consultas realizadas en un servicio, en un período determinado de tiempo

Total de personas atendidas de primera vez, en el servicio durante el mismo período de tiempo

- Utilización se refiere al porcentaje de recurso disponible utilizado.

Los recursos utilizados se refiere al número de horas utilizadas en cada uno de los consultorios, y los recursos disponibles al número de horas disponibles para ser utilizados en cada consultorio mensualmente; esto se evalúa de la siguiente manera:

Nº de consultorio x Nº de consulta/día x 20 días.

Utilización:

Cantidad de recursos utilizados x 100

Recursos disponibles

Con estos resultado se determina si el servicio es adecuado o no.

6.- El impacto: Se evaluará por la satisfacción del prestatario, se mide por medio de entrevista al funcionario de la institución (médicos generales, portero, aseadoras, enfermera graduada y auxiliares) del Servicio de emergencia del Centro Integral de Salud “Rosario Milano”, entendiéndose por satisfacción laboral según Gibson (2001) la actitud que los individuos tienen sobre sus trabajos. Es el resultado de sus percepciones acerca de sus trabajos, basados en los factores de entorno laboral, y la fórmula que se utilizará es la siguiente:

Satisfacción prestataria: Nº de trabajadores satisfechos x 100

Nº de trabajadores de la institución

Una vez que se determina el porcentaje de satisfacción se califica 4 cuando es 95% a 100%, 3 cuando es 85% a 95%, 2 cuando es 80% y 1 cuando es menos de 80%.

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se va a realizar a través de entrevista para establecer contacto directo con las personas que se consideran fuente de información (coordinador, secretaria de la coordinación, director, asistente y secretaria de la dirección del centro), y a través de observación directa, dicha información va a ser recolectada en las plantillas de evaluación de cada área y posteriormente ser analizadas, con respecto a las variables a evaluar que son:

- 1.- Contexto: Donde se evaluará políticas, programas, planes y legislación. Se le da una calificación de 1 a 4 puntos como ya fue explicado en el procedimiento.
- 2.- Demanda: Por los datos estadísticos recopilados de los archivos del centro, para clasificar la población por edad, sexo, procedimiento, nivel socio-económico y las 10 primeras causas de morbilidad durante el año 2001 para evaluación epidemiológica, y la relación entre el nivel de atención institucional y la morbilidad en consulta externa, urgencia y la demanda efectiva en consulta general y especialista.
- 3.- Oferta: Se evaluará a través de las variables de la estructura orgánica, funcional, recurso humano, recurso físico, recurso financiero y sistemas de información.
- 4.- Proceso: Se evaluará por los flujogramas, si se cumplen o no, referencias y contrarreferencias.
- 5.- Resultados: Se evaluará a través de los indicadores de rendimiento, concentración y utilización.
- 6.- Impacto: Se evaluará por la variable de satisfacción del prestatario.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

El análisis se realizará a través de las plantillas de evaluación de cada área: Contexto, Demanda, Oferta, Procesos, Resultados e Impacto.

La estructura de la plantilla se divide en cuatro columnas. La primera corresponde al indicador de evaluación. En la segunda se registra la calificación que se da a cada indicador en una escala de 1 a 4 puntos de acuerdo con los criterios establecidos en la guía para diligenciar cada plantilla. La calificación 4 corresponde a óptimo, 3 a bueno, 2 a regular y 1a malo. En la tercera columna se tiene una ponderación de los distintos indicadores de evaluación, en una escala de cero a uno, según su importancia en la respectiva área. Finalmente, en la cuarta columna se registran las calificaciones ponderadas de los distintos indicadores, que resultan de multiplicar las respectivas calificaciones por su correspondiente valor de ponderación. Al sumar los valores de esta columna se obtiene la calificación del área.

Para la calificación de los indicadores se tendrá en cuenta los siguientes criterios: si los elementos de evaluación favorecen la prestación de servicios de salud de buena calidad la calificación será 4; si la favorecen con escasa excepciones, la calificación será 3; si la limitan la calificación será 2; si conducen a prácticas de mala calidad, la calificación será 1. Una vez que se tiene la suma de la calificación ponderada de la plantilla de evaluación del contexto la interpretación final se realiza si es de 3 o más se considera adecuada; si es menor de 3 se considera inadecuado.

En la plantilla de evaluación de la demanda se debe realizar una clasificación de la morbilidad de consulta externa y urgencias según el nivel de complejidad en el cual debe ser atendida. Para dicha evaluación se debe tomar un determinado período de tiempo el cual corresponde al año 2001. La calificación se realiza con base en los siguientes criterios: si la morbilidad atendida corresponde a un 90% o más del nivel de atención institucional, se asigna 4; entre un 80% y 89% se asigna 3; entre 60% y 79% se asigna 2; y menos de 60% se asigna 1. en esta plantilla se evalúa la relación entre el nivel de atención institucional y morbilidad en consulta externa y urgencia, además se evalúa la demanda efectiva atendida en consulta general y especialista. En esta última se establece el porcentaje de pacientes atendidos en cada consulta en relación con el total de demandantes. Se califica con los siguientes criterios: 4 si se atiende al 100%, 3 si se atiende entre 90% y 99% de los demandantes; 2 si la atención sólo cubre entre 80% y 89% de los demandantes y 1 si la atención cubre a menos del 80% de los demandantes. Para obtener la calificación ponderada de la demanda se suman las calificaciones de la cuarta columna y su valor se registra en el total. La interpretación es similar al contexto.

En la plantilla de evaluación de la oferta se evalúan la estructura orgánica (organigrama), la estructura funcional (manuales de funciones y

procedimientos), los recursos (humanos, físicos y financieros) y el sistema de información. Se realiza una plantilla por cada área y posteriormente se realiza una plantilla para integrar las calificaciones de los componentes del área de la oferta. El análisis se realiza de manera igual a los anteriores.

En la plantilla de evaluación de los procesos se evalúa la existencia de flujogramas que orienta a los usuarios y a los prestadores de servicios, referencias y contrarreferencias, se le da una calificación de 1 a 4 puntos y el análisis es igual a los anteriores.

En la plantilla de. evaluación de los resultados se evalúa el rendimiento, concentración y utilización, donde se le da una calificación de 1 a 4, la cual se multiplica por la ponderación obteniéndose la calificación ponderada, la cual se suma y se obtiene el total. El análisis se realiza igual a los anteriores.

En la plantilla de evaluación del impacto se evalúa la satisfacción del prestatario (médicos, enfermeras graduada y auxiliares y portero), se da una calificación de 1 a 4 puntos se multiplica por la ponderación y se determina la calificación ponderada. El análisis se realiza igual a los anteriores.

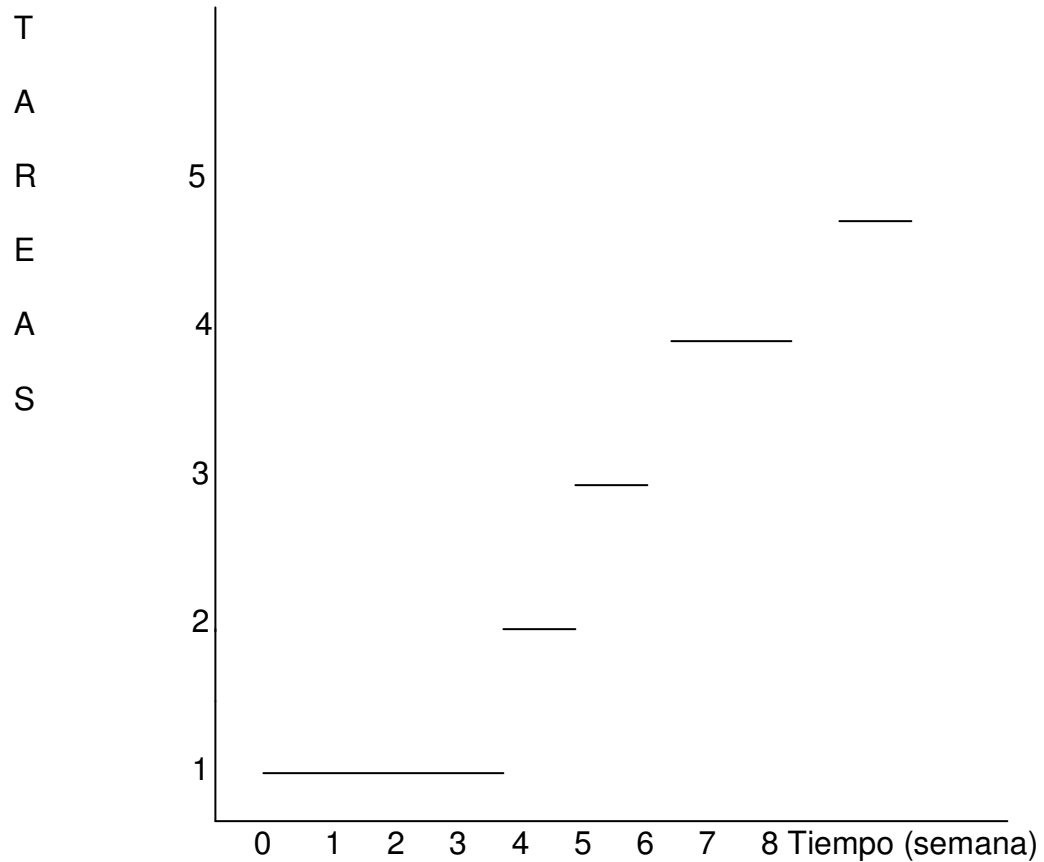
Una vez que se ha realizado el análisis de cada área de evaluación del modelo DOPRI nos permite conocer cuales son los atributos más afectados por una deficiente calidad en la atención, así como los factores determinantes de dicha situación. Estas distintas áreas se representarán a través de gráficos de barra, donde se evidenciará cual de estas áreas (contexto, demanda, oferta, procesos, resultados e impacto) presenta mayor deficiencia.

CAPITULO V
CRONOGRAMA

Una vez aprobado el proyecto se llevará a cabo el siguiente cronograma:

Tareas por realizar	tiempo probable de ejecución
1.- Revisión de la literatura para ampliar el marco teórico y recopilar las estadísticas del año 2001 por edad, sexo, procedencia, consulta de primera y sucesivas.	3 semanas
2.-Recopilar información con respecto al organigrama, flujograma, si existe manual de funciones, nº de personal profesional, técnico y auxiliar del servicio de emergencia.	1 semana
3.- Revisar el inventario con respecto al equipamiento básico para el área de emergencia y si hay los recursos financieros para la inversión	1 semana
4.-Análisis de los datos y representaciones gráficas.	2 semanas
5.-Redacción del informe final	1 semana

GRÁFICA DE GANTT



Tareas:

- 1.- Revisión de la literatura para ampliar el marco teórico y recopilar las estadísticas del año 2001 por edad, sexo, procedencia, consulta de primera y sucesivas.
- 2.-Recopilar información con respecto al organigrama, flujograma, si existe manual de funciones, nº de personal profesional, técnico y auxiliar de área de emergencia.
- 3.- Revisar el inventario con respecto al equipamiento básico para el servicio de emergencia y si hay los recursos financieros para la inversión.
- 4.-Análisis de los datos y representaciones gráficas.
- 5.-Redacción del informe final.

ANEXOS

PLANTILLAS DE EVALUACIÓN

CONTEXTO:

Indicador	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación Ponderada
Legislación		0.3	
Políticas		0.3	
Programas		0.1	
Relaciones Institucionales		0.1	
Relaciones con Proveedores		0.1	
Relación con la Comunidad		0.1	
TOTAL		1.0	

DEMANDA:

Indicador	Calificación (1-4)	ponderación	Calificación ponderada
Relación entre el Nivel II de atención y la morbilidad :			
Consulta externa			
Urgencia		0.30	
Demanda efectiva		0.30	
Atendida:			
Consulta general		0.20	
Consulta Especialista		0.20	
TOTAL		1.0	

OFERTA:

Estructura orgánica	Calificación (1-4)	ponderación	Calificación ponderada
Existe organigrama		0.30	
El organigrama			
Posee líneas de coordinación		0.25	
El organigrama			
Posee líneas de Asesoría		0.25	
Su ubicación			
Jerárquica esta acorde con las			
Normas		0.20	
TOTAL		1.0	

Estructura funcional	Calificación (1-4)	ponderación	Calificación Ponderada
Existe manual de Funciones		0.15	
Existe manual de funciones por cargo		0.15	
Existen requisitos por cargo			
Existe manual de procedimientos administrativos		0.10 0.15	
Existe manual de procedimientos financieros		0.15	
Existe manual de procedimientos Técnicos		0.15	
Existe manual de procedimientos Científicos		0.15	
TOTAL		1.0	

Recurso Humano	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación Ponderada
• Administrativo			
Jefe del servicio		0.15	
Secretaría		0.05	
Coordinador		0.10	
• Asistencial			
Médicos general		0.30	
Enfermera jefe		0.10	
Auxiliar de enfermería		0.10	
		0.20	
Otro personal			
TOTAL		1.0	

Recurso Físico	Calificación (1-4)	ponderación	Calificación ponderada
Se cuenta con área de espera		0.14	
Se cuenta con unidad sanitaria para el área de espera		0.14	
Muebles de oficina			
Escritorio		0.08	
3 sillas		0.08	
Camilla		0.08	
Megatoscopio		0.08	
Teléfono		0.08	
Perchero		0.08	
Intercomunicador con enfermería		0.08	
Lavamanos		0.08	
Secador de manos		0.08	
TOTAL		1.0	

Recurso Financiero	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación ponderada
Cuenta con Presupuesto para funcionamiento		0.5	
Cuenta con Presupuesto para Inversión		0.5	
TOTAL		1.0	

Sistema de Información	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación ponderada
Cuenta con sistema de información para Operación		0.33	
Cuenta con sistema de información para Toma de decisiones		0.33	
Cuenta con sistema de información para control de gestión		0.33	
TOTAL		1.0	

PLANTILLA PARA INTEGRAR LOS COMPONENTES DE LA OFERTA

Indicador	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación ponderada
Estructura Orgánica		0.05	
Estructura Funcional		0.10	
Recursos Humanos		0.25	
Recursos Físicos		0.25	
Recursos Financieros		0.25	
Sistemas de Información		0.10	
TOTAL		1.0	

PROCESOS:

Indicador	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación ponderada
Flujogramas			
Consulta de médico general		0.3	
Consulta médico especialista		0.2	
Urgencias		0.2	
Sistemas de referencias			
Consulta de médico general		0.1	
Consulta médico especialista		0.1	
urgencias		0.1	
TOTAL		1.0	

RESULTADOS:

Indicador	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación ponderada
Concentración			
Consulta de medicina general		0.3	
Utilización			
Consulta de medicina general		0.4	
Rendimiento			
Consulta de medicina general		0.3	
TOTAL		1.0	

IMPACTO:

Indicador	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación ponderada
Satisfacción del prestatario TOTAL		1.0 1.0	

**PLANTILLA PARA LA EVALUACIÓN GLOBAL DE LA CALIDAD DE LA
ATENCIÓN EN SALUD**

Indicador	Calificación (1-4)	Ponderación	Calificación Ponderada
CONTEXTO		0.05	
DEMANDA		0.05	
OFERTA		0.15	
PROCESOS		0.25	
RESUL T ADOS		0.15	
IMPACTO		0.35	
TOTAL		1.0	

BILBLIOGRAFÍA

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
(Gaceta oficial N° 36.860, 30 de Diciembre de 1999).

BERNAL C., (2000). Metodología de la Investigación: Para Administración y Economía. Santafé de Bogotá - Colombia: Editorial Prentice Hall.

DEMING W., (1989). Calidad Total, Productividad y Competitividad: La salida de la crisis. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.

DONABEDIAN A., (1990). La Dimensión Internacional de la Evaluación y Garantía de la Calidad. Revista la Salud Pública Mexicana. Vol. 32: pág. 113 – 117.

DONABEDIAN A., (1991). La Calidad de la Atención Médica Definición y Métodos de Evaluación. México: Editorial La Prensa Médica Mexicana.

GARCÍA J., (1993). Indicadores de Gestión para Establecimientos de Atención Médica (Guía práctica). Caracas – Venezuela: Editorial Disinlimed, C.A.

GARCÍA M., ESCOBAR R. III Jornada de Experiencias Exitosas en: Gestión de Salud Pública. (Folleto). Fundación Polar.

GIBSON J., IVANCEVICH J., Y DONNELLY J. (2001). Las Organizaciones. Comportamiento, Estructura y Procesos. Décima Edición. Santiago-Chile: EditorialMcGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE CHILE LTDA.

GINEBRA J., Y ARANA R., (1994). Servicio al Cliente: La otra Calidad. Santafé, Colombia: Editorial McGraw-Hill.

GUTIERREZ M., (2000). Nociones de Calidad Total: Conceptos y Herramientas Básicas. México: Editorial Limusa, S.A de C.V.

HELLRIEGEL D., SLOCUM J., Y WOODMAN R., (1999). Comportamiento Organizacional. Octava Edición. México: Editorial Internacional Thonson, S.A. de C.V.

LEGAULT G., (2000). Alcanzar la calidad Total: Es una empresa de servicios. México: Editorial Trillas S.A. de C.V.

MALAGÓN G, GALÁN R, Y PONTÓN G., (1998). Auditoría en Salud. Para una Gestión Eficiente. Editores Pardo Franz, Galán Ricardo y Gómez Héctor. Evaluación de la calidad de la atención en los servicios de salud. Aplicación en la auditoría médica. Bogotá – Colombia: Editorial Médica Internacional Ltda. pág. 77 – 128.

MALAGÓN G, GALÁN R, Y PONTÓN G., (2000). Administración Hospitalaria. Editores Galán Carlos y Pardo Franz. Indicadores y Estándares de Calidad de la Atención Médica. Bogota – Colombia: Editorial Médica Internacional Ltda. Pág. 562 - 565.

MALAGÓN G, GALÁN R, Y PONTÓN G., (2001), Garantía de Calidad en los Servicios Ambulatorios. Editores Galán Carlos y Galán Claudia. Garantía de Calidad en Salud. Bogota – Colombia: Editorial Médica Internacional Ltda. Pág. 269 – 287.

MALAGÓN G, GALÁN R, Y PONTÓN G., (2001), Mejoramiento Institucional Permanente. La Calidad en el Mundo. Editores Ruíz Jaime y Castro Orlando. Garantía de Calidad en Salud. Bogota – Colombia: Editorial Médica Internacional Ltda. Pág. 290 – 291.

PABÓN LASSO H., (1985). Evaluación de los Servicios de Salud. Universidad del Valle Colombia: Editor –autor.

REGLAMENTO INTERNO DEL MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL (Gaceta Oficial N° 4.539, 12 de Marzo de 1993).

RUELAS E., (1990). De la Cantidad a la Calidad y de la Evaluación a la Garantía. México: Editorial Salud Pública México.

SERNA L., (2001). Metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud. México: Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

VARO J., (1993). Gestión estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios. Madrid: Editorial Díaz de Santos.

VUORI H., (1988). El control de la Calidad en los Servicios Sanitarios. Barcelona: editorial Masson.

Garantía de Calidad en Salud. (16/05/02). Consideraciones y Definiciones para un Sistema de Garantía de Calidad en Colombia (1996). Colombia. Disponible: <http://www.garantiacalidad.com/articulosgc.htm>

Capítulo IV: Modelo de Atención de Salud. (10/05/02). Publicación en Internet:dentalNetLtda(1999).Disponible:<http://www.mundomed.net/colmedico/publicac/polsalud/modelo.html>

ROLDÁN, P. ,VARGAS, C., GIRALDO, C., VALENCIA, G., GARCÍA, C., SALAMANCA, L. (09/06/02). Evaluación de la Calidad en la Atención en Salud .Colombia Médica 2001;32:14-18. disponible:

<http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol32No1/calidad.html>

PRIETO, M., MARCH, J., LOPEZ, L. (23/06/02). ¿Perciben los usuarios diferencias de calidad entre centros de salud y aseguradoras privadas?.EINA-PV GRUP BIBLIOGRÁFIC D'ATENCIÓ PRIMARIA 1999; 24;259266.disponible:

<http://www.capsemfyc.com/Sesbib/SB0351/Sb0351.htm>

RODRIGUEZ, M. (23/06/02).una herramienta para evaluar el servicio: EL SERVQUAL. Fundación latinoamericana para la calidad. 2000. disponible: http://www.calidad.org/public/art2000/0967494704_myrtam.htm

RUÍZ, C. (20/06/02). Gestión de la calidad del Servicio.5campus.com (2001)Disponible:

<http://www.ciberconta.unizr.es/LECCION/calidadserv/100.htm>

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL CENTRO INTEGRAL DE SALUD
"ROSARIO MILANO"

