

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

TESIS DE GRADO

**TRABAJO PRESENTADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA
CON MENCIÓN EN
GERENCIA HOSPITALARIA**

TEMA

**IMPACTO DE UN PLAN DE CAPACITACIÓN Y REORGANIZACIÓN DEL
SERVICIO SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN CON ÉNFASIS EN LA
GLOBALIDAD.
SERVICIO DE PEDIATRÍA CENTRO DE SALUD DE CHIMBACALLE**

AUTOR

Dr. Ivar González A.

DIRECTOR DE TESIS

Dr. José Sola

DIRECTOR METODOLÓGICO

Dr. Edgar Rojas

Quito, mayo del 2011

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA.-

En la presente investigación, directa e indirectamente, participaron varias personas al leer, opinar, corregir y fortalecer mi ánimo en períodos de crisis o felicidad.

Agradezco a mis padres y hermanos que me acompañaron en esta aventura que significó la maestría y que, de forma absoluta, entendieron mis ausencias y mis malos momentos.

A mi esposa Jessica quien con su afecto, cariño y amor me dio fortaleza para afrontar los tiempos difíciles.

Al Dr. José Sola por haber confiado en mi persona, por su paciencia y su acertada dirección. A todos quienes forman parte del ISP por los consejos, el conocimiento adquirido, apoyo y ánimo que me brindaron. A mis queridos compañeros que me permitieron entrar en su vida durante estos dos años de convivir dentro y fuera del salón de clase, en especial a Santiago quien extendió su mano incondicionalmente para motivarme a seguir adelante sin dejar nada atrás.

Gracias a todos.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Página
Resumen ejecutivo	7
Abstract	8
1. Presentación	9
2. Planteamiento del problema	14
2.1. Evaluación de la esfera biopsicosocial del paciente durante la consulta médica en el CS Chimbacalle	15
2.2. Manejo de los problemas biopsicosociales del paciente durante la consulta médica en el CS Chimbacalle	15
2.3. Autonomía del paciente en el CS Chimbacalle	16
2.4. Relación médico-paciente en el CS Chimbacalle	16
3. Marco teórico	16
3.1. Funciones de primer nivel y organización de los servicios de salud	16
3.2. Calidad de la atención	17
3.2.1. El pensamiento sistémico y la calidad de la atención	17
3.2.2. Globalidad o integralidad de la atención	19
3.2.3. El pensamiento sistémico y la atención holística	20
3.2.4. Importancia de la evaluación biosicosocial en la atención del paciente	22
3.2.5. Factores relacionados con la limitada evaluación biopsicosocial en la atención del paciente	23
3.2.6. El paciente pediátrico y la atención con globalidad	24
3.2.6.1 Relación médico – paciente	26
3.2.6.2. Autonomía del paciente pediátrico	28
4. Conocimientos o experiencia previa	29
4.1. Experiencias de mejoramiento de la calidad de la atención en servicios de salud públicos de otros países	29
4.1.1. Programa de garantía de calidad para los servicios de planificación familiar en Egipto	29
4.2. Modelo de atención biosicosocial en un hospital de Chile: Servicio clínico de Pediatría Hospital las Higueras	30
5. Hipótesis de cambio y estrategias elegibles	31
5.1. Listado de alternativas de cambio	31
5.2. Selección de la alternativa	32
5.3. Hipótesis de cambio	33
6. Propósito y objetivos	33
6.1. Objetivo general	34
6.2. Objetivos específicos	34
7. Instrucciones operativas	34
8. Metodología	36
9. Resultados	39

9.1. De la evaluación operativa	39
9.2. De la evaluación analítica	41
10. Discusión	49
11. Conclusiones	53
12. Recomendaciones	55
13. Bibliografía	57
Anexo 1	62
Anexo 2	68

ÍNDICE DE TABLAS

Número	Título	Página
1	Distribución de la población según grupo etario	10
2	Matriz de priorización de alternativas	32
3	Actividades e indicadores de proceso diseñados para la investigación	37
4	Indicadores analíticos de resultados intermedios diseñados para la investigación	39
5	Nivel de capacitación y empoderamiento del personal del CS Chimbacalle respecto a globalidad de la atención	39
6	Agenda de capacitaciones formativas elaborada por el personal del CS Chimbacalle	40
7	Valoración de parámetros de globalidad mediante encuesta a usuarios, antes y después de la aplicación de la alternativa de cambio	48

INDICE DE GRÁFICOS

Número	Título	Página
1	Trato del servicio en una escala del 1 al 10 según encuesta efectuada a usuarios. Servicio de Pediatría, CS Chimbacalle, 2009	41
2	Trato del servicio en una escala del 1 al 10 según encuesta efectuada a usuarios. Servicio de Pediatría, CS Chimbacalle, 2011	42
3	Médico indaga sobre alimentación. Encuesta a usuarios de Pediatría. CS Chimbacalle, 2009 y 2011	42
4	Médico dialoga con paciente sobre cómo vivir mejor. Encuesta a usuarios. Pediatría-CS Chimbacalle, 2009 y 2011	43
5	Médico dialoga con paciente sobre beneficios de la vacunación Encuesta a usuarios. Pediatría -CS Chimbacalle, 2009 y 2011	43
6	Médico indaga cómo se siente. Encuesta a usuarios. Pediatría - CS Chimbacalle, 2009 y 2011	44
7	Médico indaga relación con la familia Encuesta a usuarios. Pediatría - CS Chimbacalle, 2009 y 2011	44
8	Usuario recibe información sobre su enfermedad. Encuesta Servicio Pediatría - CS Chimbacalle, 2009 y 2011	45
9	Usuarios reciben explicación sobre medicamentos. Encuesta Servicio Pediatría-CS Chimbacalle, 2009 y 2011	45
10	Usuario escoge entre opciones de tratamiento. Encuesta Servicio Pediatría - CS Chimbacalle, 2009 y 2011	46
11	Relación con el médico. Encuesta a usuarios, Pediatría - CS Chimbacalle, 2009 y 2011	46
12	¿Qué cambiaría en el Servicio de Salud? Encuesta a usuarios. Pediatría - CS Chimbacalle, 2009 y 2011	47
13	Porcentaje de diagnósticos biopsicosociales encontrados en Historias Clínicas. Pediatría - CS Chimbacalle, 2011	47

RESUMEN EJECUTIVO

La globalidad de la atención es uno de los aspectos clave en la calidad de la atención; diversos estudios mencionan la importancia de fortalecer la valoración biosicosocial, relación médico-paciente y la autonomía, como objetivos trascendentales que repercuten en la eficiencia del servicio de salud y el bienestar del usuario externo.

El objetivo de esta investigación se centra en fortalecer la calidad de la atención del servicio de Pediatría del Centro de Salud No. 4, se enfoca en la globalidad de la atención, mediante un proceso que involucra la capacitación del personal y la organización del servicio de salud.

La metodología aplicada corresponde a investigación-acción, que es empoderante y participativa, permite formular en base a un problema identificado, una alternativa de cambio que surge desde el mismo personal de salud. Ésta fue definida con una serie de instrumentos empleados (guía de observación, encuestas al personal de salud y usuarios externos, revisión de historias clínicas, grupos de interés), que permitió delimitar una brecha entre las necesidades percibidas por el personal de salud y los usuarios externos; se observa una deficiencia en la globalidad de la atención por parte del servicio de Pediatría. Para responder a esa necesidad no cubierta por la unidad operativa, se efectuó una serie de capacitaciones formativas centradas en la globalidad de la atención, y además se realizó una reorganización del Servicio de Salud mediante la aplicación de citas programadas, reintegración de la postconsulta e introducción de elementos biosicosociales en el sistema de información.

Una vez implementada la estrategia, se observaron cambios en la globalidad de la atención, percibidas mediante encuestas efectuadas a los usuarios externos en dos tiempos con espaciamiento de un año (trato del servicio 73% vs 80%, médico indaga sobre alimentación 83% vs 94% datos obtenidos después de la alternativa de cambio respectivamente).

La alternativa de cambio permitió fortalecer la globalidad al modificar aspectos del personal de salud; sin embargo, se requiere un estudio adicional para valorar la influencia de los cambios en los otros elementos de la calidad de atención.

Palabras clave: calidad de la atención, atención holística, relación médico-paciente, autonomía, biopsicosocial, capacitación, organización del servicio de salud, investigación-acción.

ABSTRACT

The comprehensiveness of care is one of the key aspects of quality of care; several studies mention the importance of strengthening the biopsychosocial assessment of the patient, the doctor-patient relationship and the autonomy, as far-reaching goals that impact on the service of the efficiency of the health care and the welfare of the patient.

The objective of this research focuses on strengthening the quality of care service on Pediatrics of the Health Center No. 4, emphasizing on the totality of care, through a process that involves the training of the staff and the organization of the health service.

The methodology used in this study was action research; it is an empowering and participatory method, which allows the formulation based on an identified problem, an alternative solution that arises from the same health staff. It was defined based on a number of instruments used (guided observation, surveys to the health staff and to external users, review of medical records, interest groups), which defined a gap between the needs identified by the personnel and external users and the response given by the health service, seen here as a deficiency in the totality of care provided by the pediatric service. To address to this need not covered by the operating unit, a series of trainings were carried out focusing on the global training of care. Also a reorganization of the Health Service was conducted through the implementation of scheduled appointments and the reintegration of post consultation and the introduction of biopsychosocial elements in the information system.

Once implemented the strategy, changes were observed in the totality of care perceived by surveys applied to external users, twice within a space of a year (service treatment 73% vs. 80%, doctor investigates nutrition 83% vs. 94%: data obtained after the alternative of choice respectively).

We conclude that the alternative of change allowed the strengthening of the totality by modifying aspects of the health staff, thereby fulfilling the definition of training heading for change. Further study is required to assess the influence of changes in other elements of quality of care.

Key words: quality of care, holistic care, doctor-patient relationship, autonomy, biopsychosocial, training, health service organization, action research.

1. PRESENTACIÓN

La investigación fue efectuada en el Centro de Salud No. 4 - Chimbacalle, Unidad Operativa perteneciente al Ministerio de Salud Pública, creada en el año 1960 bajo decreto presidencial del Dr. Velasco Ibarra, quien atiende la demanda de los pacientes del sur de Quito. Inicialmente funciona como programa piloto de salud dependiente del Ministerio de Previsión Social¹.

En 1967 estuvo localizado en las calles Sangay y Corazón en el local donde hoy funciona la casa barrial de Chimbacalle. Este Centro de Salud contaba con servicios de medicina general, atención prenatal, enfermería y alimentación complementaria auspiciado por CARE y Trabajo Social.

En Agosto de 1970 pasa a funcionar en el actual edificio en las calles Juan Borgoñón y Juan de Alcázar. Esta reubicación constituía una necesidad de la demanda de salud que era cada vez más creciente y el edificio en el que funcionaba era inapropiado.

Mediante decreto Ejecutivo N° 3292 del 29 de abril de 1992, publicado en Registro Oficial N° 932 de Mayo de 1992 se le designa como Área de Salud, con la responsabilidad de organizar y operacionalizar 29 unidades operativas de nivel básico de atención, dividida en tres Sub Áreas: Guamaní, Epicachima y Chimbacalle. En el año de 1994 se descentraliza y se crea el área de Guamaní y en el año 2000 Epicachima.

En la actualidad cuenta con 14 Unidades Operativas: el Centro de Salud constituye la Jefatura de Área. El 15 de Agosto de 1990, se implementa la maternidad de corta instancia en la cabecera de área, brindando servicio de parto normal y alojamiento conjunto.

En 1996 el MSP, OPS y PRO SALUD le designaron como Área Amiga del Niño y de la Madre por ser una institución que reunía con los diez pasos fundamentales de la atención Materno Infantil. Esta calificación sólo se le otorgaba únicamente a los Hospitales.

En septiembre de 1998 Cristophel Blendem Misión y CBM conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública realizaron un diagnóstico institucional y una caracterización social del área de influencia del Área de Salud N°4 y la validaron para implementar un proyecto piloto de atención y prevención de discapacidades que por su respuesta positiva se mantiene aún con el apoyo de estas organizaciones no gubernamentales¹.

¹Análisis situacional del centro de salud N°4 Chimbacalle. Reseña Histórica. 2008.

La población asignada al Centro de Salud para el año 2007 fue de 42322 habitantes². Se caracteriza por ser una comunidad urbana, migrante, pluricultural y en su mayoría han culminado solo la educación primaria. Distribuida de la siguiente manera:

Tabla 1.- Distribución de la población según grupo etario

GRUPOS DE EDAD	Nº	PORCENTAJE
Menores 1 año	772	1.8%
1 a 4 años	3067	7.2%
5 a 9 años	3842	9.1%
10 a 14 años	3771	8.9%
15 a 19 años	4136	9.9%
20 años y más	26734	63.1%
Total	42322	100%
Embarazadas	964	2.3%
Mujeres en Edad Fértil 15 a 49 años	14127	33.4%
Detección Oportuna de Cáncer 25 a 64 años	10567	25%

Fuente: Base de datos MSP
Elaborado por: Investigador IG.

Su nivel económico es bajo (Quintil 2); se dedican en mayor parte al comercio, al trabajo informal y mano de obra³.

Cabe mencionar que se encuentra en una zona urbana y el acceso a las poblaciones asignadas es de aproximadamente 5 minutos a la más distante en transporte urbano. Hay todo tipo de movilización tanto municipal como público, por lo que existe acceso geográfico.

El Centro de Salud presta servicios del primer y segundo nivel de complejidad que se detallan a continuación:

- Emergencia 24 horas Primer nivel

² MSP. Asignación de población. 2007

³ MSP. Asignación de población y distribución por quintiles.

• Centro obstétrico (Maternidad de corta estancia)	Segundo nivel
• Pediatría	Segundo nivel
• Ginecología	Segundo nivel
• Medicina general	Primer nivel
• Psicología	Primer nivel
• Odontología	Primer nivel
• Medicina Interna	Segundo nivel
• Laboratorio	Primer nivel
• Rayos X y Ecografía	Segundo nivel
• Enfermería, farmacia y trabajo social	Primer nivel

Adicionalmente, en el mismo edificio, existe un convenio con Fundación Vista Para Todos, que da varios servicios de consulta oftalmológica, cirugía oftálmica, laboratorio, venta y reparación de lentes.

Las prestaciones que oferta el centro de salud tras la declaratoria de Gratuidad, no generan costo para el usuario. Hasta el año 2008 se efectuaba un pago por episodio, especialmente para los servicios de especialidades (Neumología, Traumatología, Gastroenterología). En un análisis previo a esa fecha se concluyó que el gasto de bolsillo por consulta era elevado, lo que dificultaba el acceso al servicio. En la actualidad, todos los servicios que efectúa el CS N° 4 son gratuitos para el usuario.

El centro de salud permanece abierto las 24 horas todos los días del año, lo que se ajusta a las necesidades de la población.

El CS Chimbacalle tiene como nivel de referencia el hospital Enrique Garcés y el Hospital Patronato San José del Sur.

Racionalidad de la atención.-

En cuanto a la racionalidad de la consulta curativa 9 de cada 10 tratamientos prescritos por el médico están de acuerdo con el diagnóstico: cifra alta y esperada en comparación al referente del 90%, lo cual evidencia una buena racionalidad de la consulta curativa. En lo que respecta a los exámenes de laboratorio solicitados por el médico, el 70% y 66% de los mismos son pertinentes.

Sistema de referencia-contrareferencia.-

El sistema no funciona adecuadamente, según el referente nacional emitido por el MSP sostiene que del 30% de la morbilidad debe ser referida. Los datos justificados obtenidos en el Centro de Salud alcanzan el 0,1% y el 83%. Dentro de las historias clínicas revisadas se observó que no existe contrarreferencia.

Gestión del recurso humano.-

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

Gestión de medicamentos.-

En cuanto a la selección de medicamentos, existe un comité de farmacología capacitado y con experiencia en su manejo. Son escogidos en un 50% de acuerdo al perfil epidemiológico y el otro 50% con respecto a las necesidades de los servicios de segundo nivel que oferta el centro de salud. Además, se observa que un 80% del abastecimiento son genéricos. Existió una ruptura de stock en los meses de junio, julio y agosto: del total de fármacos solicitados el 75% son recibidos. Por último cabe recalcar que en cuanto al personal de farmacia, existe un conocimiento del 90% sobre las normas de almacenamiento, distribución, transporte y control.

Gestión de la información.-

Se debe mencionar que el sistema de información es deficiente, no existe hoja de síntesis, ni ficha familiar. En lo que respecta a los partes diarios y otros documentos de llenado obligatorio, solo el 72% son adecuadamente correctos. En el Centro de Salud no hay un sistema informático único al que puedan tener acceso todos los usuarios internos. Esto provoca duplicidad de documentos, diagnósticos y tratamientos.

Calidad de la atención en el CS Chimbacalle.-

En los servicios de salud de primer nivel, como es el caso del CS Chimbacalle, la calidad de la atención involucra el cumplimiento de los siguientes elementos: continuidad, globalidad, integración y efectividad de la atención brindada (Mercenier, 1997 p. 55-58).

La *continuidad* hace referencia al hecho que el servicio se hace responsable de la salud del paciente, a través de su seguimiento durante el (los) episodio (s) de enfermedad o factor de riesgo (continuidad intraepisodio), así como entre sus episodios de enfermedad, “cuando está sano” (continuidad interepisodio).

Para evaluar la continuidad intraepisodio se efectuó una revisión de las historias: sólo un 24% de los pacientes fueron observados en su última morbilidad, hasta finalizar su problema agudo; apenas el 45% de los usuarios completan su tratamiento⁴.

En la continuidad interepisodio, la relación de consultas preventivas y curativas es de 1:3 respectivamente, lo que quiere decir que por cada tres consultas curativas, una es preventiva.

La *integración* implica ofrecer durante la consulta la mezcla óptima de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Solo a un 40% de las personas se le practican actividades de promoción y prevención, porcentaje muy bajo en comparación con nuestro referente (90% de las consultas)⁴. Por su parte, en la promoción y la prevención colectiva no se cumplen las visitas domiciliarias programadas. En el año 2007 sólo se cumplió en un 26% y en el anterior año no se realizó ninguna visita domiciliaria. Las brigadas programadas centran sus actividades en lo curativo, antes que en promoción y prevención.

La *efectividad* de la atención está relacionada con el cumplimiento de los objetivos asistenciales en este caso. Para medir la efectividad de la atención se realizaron 22 encuestas a los pacientes. El 86% expresó que se sintieron “curados” en su última consulta médica.

La *integralidad de la atención* (globalidad, atención holística), supone el considerar al paciente en toda su esfera biosicosocial, e involucra la relación médico-paciente, la autonomía del paciente y, por tanto, depende de la capacidad del médico para establecer una relación empática con el paciente.

Con respecto a la integralidad, de las historias clínicas revisadas: solo el 1.9% de pacientes atendidos se indaga sobre sus condiciones biosicosociales, lo que nos da a entender que la consulta se basa netamente en lo curativo; el usuario no participa en la toma de decisiones acerca de las opciones de tratamiento y tampoco recibe información completa sobre su enfermedad.

La ausencia de una integralidad de la atención impide que se logre un diagnóstico y tratamiento del paciente más allá de la sintomatología que presenta, es decir, más allá de lo somático, lo que conduce a su vez a una demanda insatisfecha y a una atención inefectiva.

La demanda no satisfecha siempre insiste y reaparece por distintos caminos. Los pacientes volverán a insistir en múltiples consultas con los mismos y nuevos síntomas; buscarán interconsultas con especialidades, acudirán a servicios de urgencias, o bien, su demanda reaparecerá en redes de atención paralelas, alternativas o privadas, o en centros de atención psicosocial o comunitarias. La hiperfrecuentación, problema importante en los actuales servicios, procede de la insistencia de la demanda no resuelta (Velasco, 2006. p. 52); sin embargo, no por mucho acudir a los servicios de salud, el paciente manifiesta expresamente los aspectos psicosociales que requieren atención. La consecución de síntomas deja en silencio el posible conflicto que los origina.

Un aspecto implícito en la integralidad de la atención es por tanto, la buena relación médico-paciente. Una evaluación del vínculo médico-paciente en el

Centro de Salud N° 4 demostró que el 86% de los pacientes encuestados recibieron información sobre su enfermedad o tratamiento; sólo 3 de cada diez pacientes les dieron la opción de escoger su tratamiento, lo que demuestra que en la consulta no hay participación (entendida como autonomía); 30% perciben que hay una muy buena relación médico-paciente, cuando se esperaba que esta apreciación alcance el 100%, ya que depende la evolución del cuadro clínico del paciente y es un indicador de la coherencia entre la integralidad de la atención y la percepción del paciente.

La limitada globalidad de la atención que se brinda en el Centro de Salud N° 4 es una barrera importante en la calidad de la consulta, que afecta no solamente a la satisfacción y evolución clínica del paciente, sino que influye sobre el funcionamiento del sistema de servicios de salud y el sistema sanitario en sí. De hecho, mejorar la integralidad de la atención origina una reacción en cadena que mejora la productividad, reduciendo los precios, aumentando la participación del usuario: originando la superación institucional con el consiguiente aumento de rentabilidad (Fred, 1990).

En ese sentido, el motivo de esta investigación está dirigido a la calidad de la atención: uno de los puntos críticos es la globalidad.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Esta investigación surgió tras realizar el análisis situacional del Centro de Salud No. 4 (en el primer Módulo de Campo de la Maestría de Salud Pública), en donde se observó que existe una brecha entre la calidad de la atención y la limitada globalidad en las actividades asistenciales que efectúa el personal de la mencionada Unidad Operativa.

La salud no sólo constituye la ausencia de enfermedad, sino el completo bienestar físico, psicológico, emocional y espiritual. Lo que significa brindar una atención de calidad por su globalidad (Mercenier, 1997). El análisis situacional realizado, al respecto de los problemas psicosociales existentes, reveló que éstos no son indagados por el profesional médico en el Centro de Salud de Chimbacalle.

En el Centro de Salud de Chimbacalle, durante la consulta médica, sólo al 1.9%⁴ de los pacientes se les indaga sobre sus condiciones biosicosociales, lo que nos da a entender que la consulta médica es netamente curativa y se da prioridad exclusivamente a la causa biológica. Al personal médico no le interesa lo que le sucede al usuario externo dentro del contexto que lo rodea, ni tampoco ofrece autonomía en la consulta.

⁴ Dato obtenido en encuesta realizada a 102 pacientes que acuden a la consulta en el CS Chimbacalle. Guía para mejorar la calidad de atención. 1/14/2008.

En ese sentido, se debe entender a la globalidad de la atención, de acuerdo a lo planteado por Mercenier (1997), como la atención holística, en donde se considere a la persona en toda su esfera biosicosocial y se le brinde las condiciones necesarias para fortalecer su dignidad y autonomía.

En base a lo señalado, y dado que la comunidad, así como también el personal de salud, dan importancia a los problemas psico-sociales, se tomó a la *Globalidad*, como un tema que, además de constituir una situación que concierne a salud pública, requiere todo el interés desde el punto de vista de la calidad de la atención y de la función del servicio de salud, para dar respuesta a una necesidad sentida por la población.

Se realizó entonces, un **análisis a profundidad** de dicha situación, que permitió un mejor conocimiento del tema tratado; sin embargo, debido a que se consideró trabajar de manera específica en la población pediátrica, los datos que se describen proceden de encuestas efectuadas por personal externo al servicio, a usuarios que acudieron a la consulta. De igual manera, la revisión de historias clínicas se realizó en aquellas correspondientes a dicho servicio.

2.1. Evaluación de la esfera biosicosocial del paciente durante la consulta médica en el CS Chimbacalle.-

Uno de los problemas existentes en todas las consultas médicas del Centro de Salud con las que el médico se enfrenta en su práctica cotidiana, es el análisis de la situación biosicosocial del paciente, que empeora su enfermedad y afecta a su familia y al entorno que la rodea.

En el Centro de Salud de Chimbacalle no se han realizado investigaciones sobre la globalidad en la atención médica.

Se realizó un análisis en el año 2008, tras efectuar una revisión a 102 historias clínicas tomadas al azar de las diferentes especialidades y que fueron atendidos en el último año, se obtuvo los siguientes resultados: en sólo dos (1.9%) de las 102 historias clínicas revisadas en su última consulta, se indagó sobre las condiciones biosicosociales del paciente.

2.2. Manejo de los problemas biosicosociales del paciente durante la consulta médica en el CS Chimbacalle.-

De lo observado en las historias clínicas, es casi nula la información referente al manejo de los problemas biosicosociales del paciente: apenas un 1.9% de médicos indagan sobre este aspecto. De éste dato, solo el 50% de historias clínicas tienen un manejo y seguimiento adecuado. El diagnóstico en estos casos se limita únicamente a solicitar interconsultas al servicio de Psicología o Trabajo Social.

2.3. Autonomía del paciente en el CS Chimbacalle.-

No se dispone de información en las historias clínicas que permitan identificar el nivel de autonomía que tiene el paciente durante la consulta médica; y es más difícil establecer este dato en la consulta pediátrica.

Al preguntar a los apoderados de los niños, quienes salían de la consulta con sus hijos, si fueron informados acerca del problema de salud que tenían, el 16% señalaron que no⁵. De igual manera, un 8% de los padres manifestaron que no habían sido informados sobre la medicación que recibirían sus hijos.

Por otra parte, un alto porcentaje de pacientes, el 53% de la muestra analizada, mencionó no haber tenido oportunidad de elegir su tratamiento. Es decir, no se le brindaba al paciente la información necesaria para que pudiera decidir entre varias opciones de manejo.

2.4. Relación médico-paciente en el CS Chimbacalle.-

De acuerdo a la misma encuesta efectuada a los usuarios⁸, un 23% de los apoderados de los niños calificaron el comportamiento del médico como “serio o muy serio” durante la atención que recibieron. Significa que la relación médico-paciente es buena desde el contexto del usuario externo.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Funciones de primer nivel y organización de los servicios de salud

Debe recordarse que cualquier servicio de salud que brinda un primer nivel de atención, debe cumplir con ciertas funciones, como son: **puerta de entrada**, es decir, debe constituir el primer contacto de la población con el sistema de salud; **síntesis de la información**, que implica disponer de toda la información necesaria y pertinente para ofrecer una atención integral y en base a ello, tomar decisiones junto con el paciente; **contacto o diálogo con la población**, que supone el reconocer las necesidades sentidas por parte de la población y mantener un contacto con la comunidad, que vaya más allá del mero diálogo durante la consulta médica; y, **responsabilidad de la salud individual y colectiva**, que supone el tomar a cargo la responsabilidad por la salud de los pacientes (por ejemplo, saber qué pasó con el paciente que se refirió al segundo nivel), pero también por la salud de la comunidad en general (Mercenier, 1997).

⁵ Datos obtenidos en base a encuesta efectuada a 174 usuarios del servicio de pediatría. Encuesta realizada por personal externo al servicio de salud. Centro de Salud de Chimbacalle. 21/04/2009.

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

3.2. Calidad de la atención

3.2.1. El pensamiento sistémico y la calidad de la atención

El enfoque sistémico es la aplicación de la teoría general de los sistemas en cualquier disciplina.

La teoría general de los sistemas se caracteriza por una perspectiva holística e integradora, en donde lo importante son las relaciones y los conjuntos que a partir de ellas emergen.

La primera formulación en tal sentido es atribuible al biólogo Ludwig von Bertalanffy en 1936; para él la teoría general de sistema debería constituirse un mecanismo de integración entre las ciencias naturales y sociales. Esta teoría surge en respuesta al agotamiento e inaplicabilidad de los enfoques analítico-reduccionista y sus principios mecánico-causales. Su principio es la noción de totalidad orgánica, mientras que el paradigma anterior estaba fundado en una imagen inorgánica del mundo (Bertalanffy, 1981).

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

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

Las características que pueden ser aplicables a cualquier sistema son:

- La interrelación de sus componentes (relación entre las partes y el todo).
- Están ordenados en una jerarquía.
- Las partes no son iguales al todo.

- Los límites son artificiales.
- Pueden ser abiertos o cerrados, según la influencia con el ambiente.
- Tiene entradas, procesos, salidas y ciclos de retroalimentación.
- Las fuerzas tienden a ser contrarias entre ellas (*feedback*) para mantener el equilibrio.
- Entropía.

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

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

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

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

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

El enfoque sistémico, además del pensamiento sistémico, incluye otros conceptos desarrollados en la *cibernética organizacional*, como la llamada *cibernética de segundo orden*, la cual se propone observar los problemas de aprendizaje de las organizaciones como factor clave para su viabilidad y el de

homeostasis entendida como la estrategia de un sistema que le permite mantener su equilibrio interno ante cambios en el entorno (Leebov, 1991).

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

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

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

3.2.2. Globalidad o integralidad de la atención

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

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

Cuando el objetivo es la persona, no se puede organizar un servicio de salud en base a las enfermedades que presenta, sino a la atención que requiere y su entorno; si se trata de un niño no le podemos brindar atención para IRA, EDA Vacunas, entre otros, debemos considerarlo como una persona integral: bajo el cuidado de sus padres, con sus componentes económicos, sociales y culturales. La base de atención de todo paciente será su condición de mujer, niño, adolescente, adulto-anciano, su entorno familiar y social.

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

La integralidad en la atención (Alves, 2005) ⁶ puede ser definida como el conjunto de servicios, prácticas y técnicas desarrolladas por profesionales y por el sistema de salud para la garantía del “*cuidado*” en los términos apuntados por Ayres (2003)⁷. Se trata de un concepto plural y dinámico. Presupone acogida, actuación basada en la relación social que se establece entre el profesional y la población, la valorización de la cultura local, el compartimiento de significados y sentidos atribuidos a la vida cotidiana, la integración entre acciones curativas, preventivas y promocionales de la salud. Debe tener la educación en salud como principio orientador, así como el reconocimiento de que la relación entre el profesional y la población, debe estar basada en principios de equidad y participación social.

En el marco de la integralidad de la atención se concibe a la persona como un sujeto biosicosocial, inmerso en un complejo sistema de relaciones políticas, sociales, culturales y eco-biológicas; por tanto la atención aborda las diversas necesidades de salud integrando los aspectos preventivos promocionales con los asistenciales - curativos y reconoce a la persona como el centro del cuidado de la salud.

3.2.3. El pensamiento sistémico y la atención holística

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

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

Lo sistémico se encuentra presente en lo psicológico, en lo sociológico, en lo biológico y en lo físico, pero no es en ningún caso la suma de unos y otros. Se diferencia, de hecho, en tanto constituye una referencia con identidad propia, en existencia y con independencia de todos los estratos o jerarquizaciones del conocimiento clásico, o al menos del conocimiento de los últimos 400 años. La percepción sistémica de la realidad se basa en la conciencia del estado de

³ ALVES, V. S. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation, *Interface - Comunic. Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

⁷ AYRES, J. R. C. M. Care and reconstruction in healthcare practices, *Interface -Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004.

interrelación e interdependencia de todos los fenómenos físicos, biológicos, psicológicos y sociales (Capra, 1981). Este "estado de interrelación e interdependencia" se presenta, a decir de Heisenberg (1939), "en un complicado tejido de eventos, en el cual las conexiones de diferentes naturalezas se alternan, sobreponen o se combinan determinando de este modo la textura del todo".

El paradigma sistémico se sienta sobre nuevos fundamentos, estos constituyen una posición diferente a la línea de pensamiento cartesiana y por esto no se sustentan sobre las mismas raíces de formación, información o desarrollo; de ahí que el impedimento primordial que demora su implementación como paradigma, sea la escasez de datos circulantes de sus fundamentos propios, inherentes y diferentes a lo que hasta hoy ha sido conocido. La dimensión sistémica de la salud se sienta sobre ellos.

La "conciencia de este estado de interrelación e interdependencia" es el rasgo fundamental de todo abordaje sistémico y esto es válido también para la salud. Desde este enfoque, se rompe con el binomio clásico salud- enfermedad sobre el cual descansa toda la base de diagnóstico y tratamiento moderno, hace de los abordajes saludables un concepto dentro de las fronteras del individuo.

La primera premisa que otorga carácter sistémico a la salud es la consideración de los seres humanos y sus sociedades como sistemas complejos. Ser sistemas humanos, implica ser totalidades integradas en interacciones múltiples con nuestro entorno (Maturana, 1980). Los seres humanos somos sistemas no sólo porque existimos a partir de las relaciones entre los constituyentes que nos forman, sino porque los trascendemos para convertirnos en unidades con identidad propia y distinguible de todo lo que nos forma y de todo lo que nos rodea, aunque en estrecha relación con aquello. Como totalidades integradas somos un salto de calidad con respecto a nuestros constituyentes de cualquier naturaleza (física, biológica, psicológica, social) y esta trascendencia exige una nueva lógica del conocimiento (Hernández, 1999).

Morin percibe el sistema "como una unidad global organizada de interrelaciones entre elementos, acciones e individuos" (Morin, 1983)⁸:

"El término elemento no remite aquí a una idea de unidad simple o sustancial, sino que es relativo al todo del que forma parte. Así, los "elementos" de los sistemas de los que vamos a hablar (moléculas, células, etc.,) son ellos mismos sistemas (que devienen subsistemas a partir de ahora) o/y eventos o/y individuos (seres complejos dotados de una fuerte autonomía organizadora). Un todo complejo, como el ser humano, puede aparecer como elemento/evento de un sistema social y de un sistema de reproducción biológica." (Morin, 1983)

El individuo o el grupo, en tanto sistemas complejos, dados en sus relaciones e interconexiones con el medio tradicional, están integrados a su medio exterior

⁸ MORÍN E. El Método. Madrid: Ediciones Cátedra S.A., 1983

como condición fundamental para la conservación de su sistema como unidad global. Esta integración constituye, por tanto, la base esencial de todo sistema, incluyendo a grupos e individuos.

Evidentemente, las unidades básicas de relaciones que involucran a individuos y grupos: entre los sujetos y el ambiente; y entre los sujetos y otros sujetos siempre considerados como sistemas. Esta idea se concreta coherentemente en la teoría de la *autopoyesis* (del griego *poyesis*: producción) mediante la noción de acoplamiento estructural (Hernández, 1999).

Dentro del sistema de categorías autopoyéticas la noción de acoplamiento estructural es coherente con los principios básicos que sustenta en la práctica el abordaje sistémico de los individuos en la medicina tradicional. Toda la práctica médica tradicional se dirige a lograr la integración del individuo como sistema y al medio en el cual se desarrolla.

En otras palabras, la salud como fenómeno humano, posee dos dimensiones que vienen dadas según el paradigma desde el cual se enfoque: la dimensión cartesiana, que se basa fundamentalmente por el binomio salud enfermedad y la dimensión sistémica, que viene dada por el concepto de potencial humano. En efecto viene dado por la relación que se establece entre las perturbaciones causadas en el acoplamiento estructural entre sistemas y el desarrollo de comportamientos compensatorios que presenta el mismo para mantener su identidad. De esta relación depende la conservación y la trascendencia de individuos y grupos como sistemas.

3.2.4. Importancia de la evaluación biosicosocial en la atención del paciente

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

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

El no indagar sobre las condiciones biosicosociales no solo produce problemas en el paciente, sino también en el desarrollo de la sociedad⁹. Todo esto puede llevar a un aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad, encarecen los

⁹ Programa de reparación y atención integral en salud y derechos humanos– PRAIS.1999

costos de la atención médica porque al no curarse el paciente, acude a una nueva consulta médica, lo que significa un aumento del costo por una misma enfermedad¹⁰.

Al incrementarse las causas ya mencionadas, cobra importancia la concientización de los profesionales sobre la atención global; por cuanto, un problema de salud puede afectar el entorno personal, familiar y social del paciente.

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

3.2.5. Factores relacionados con la limitada evaluación biosicosocial en la atención del paciente

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

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

Factores que afectan la evaluación biosicosocial del paciente:

- *Organización de los sistemas de salud*: ahora existe el riesgo de la pérdida del rol de médico tratante, sea médico de cabecera, de familia, sea médico de confianza, sea el experto recomendado, ya que desde la puesta en marcha del concepto de redes, o de seguros contratados, el paciente muchas veces es derivado por su seguro al hospital o médico “de la red” sin oportunidad a veces de conocerlo, de entablar una familiarización con el problema del paciente y su enfermedad y, en muchos casos, anteponiendo intereses económicos del seguro de salud al bienestar del paciente.
- *Factores económicos*: un tema muy delicado pues este factor puede obviamente entorpecer una relación médico/paciente, en la cual el factor honorarios o pago por los servicios interfiere en el proceso de atención. Una

¹⁰ La equidad en los servicios de salud .Benito A. Pérez Maza1. Rev. Cubana Salud Pública 2007;33(3)

faceta de este problema la vemos repetidamente en los servicios de urgencia, en donde el problema del pago bloquea la atención o la retarda con las funestas consecuencias que puedan ocurrir; sin embargo, el pago de la cuenta se relaciona directamente con reclamos contra el Centro de Salud y/o médico y a veces incluso se opta por acusar injustificadamente de negligencia al recibir la cuenta por la atención del paciente. Se conoce una situación; “A mi paciente le pegaron una infección intrahospitalaria” sin saber que los pacientes son portadores de gérmenes o por razones de deficiencia inmunitaria pueden fácilmente contraer infecciones en el curso de una hospitalización por una patología grave.

- *Factores socioculturales:* la capacidad de entendimiento y conexión de la familia o su predisposición puede ser muy variable y afectar una relación médico-paciente; a veces, la opinión de personas o familiares aparece precozmente y se decide solicitar al médico un traslado a otro centro hospitalario, basada en la frase: “quiero lo mejor para mi paciente”, frase que tiene connotaciones positivas y negativas, que pueden también alterar el resultado de un acto médico.

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

3.2.6. El paciente pediátrico y la atención con globalidad

La mejora de la calidad de los servicios sanitarios demanda, cada vez con más frecuencia, medidas orientadas hacia la humanización de los entornos hospitalarios y la satisfacción de los usuarios. Para ello resulta necesario valorar la calidad de vida de los pacientes desde perspectivas sensibles a sus necesidades no sólo físicas, sino también psicológicas y sociales.

Cuando los pacientes son niños, esta necesidad de dar una respuesta integrada a sus necesidades de salud entendida como bienestar físico, psicológico y social adquiere una relevancia especial (Cruz-Hernández, 2004).

Para brindar una atención de salud satisfactoria a los pacientes pediátricos, además de enfocarse en el proceso de enfermedad y recuperación, es necesario evaluar muy bien todos los aspectos que influyen en el desarrollo normal de un niño; sin olvidar, por supuesto, las necesidades de la familia y, sobre todo, las de los padres que tienen a un hijo enfermo (Alfaro A, Atria R, 2009).

Esto puede entenderse si se considera al paciente pediátrico como un sistema abierto, dinámico, en interacción constante con el entorno, y al personal de salud como el facilitador que ayuda a un individuo, familia o comunidad a

centrarse en su patrón específico mediante la negociación (Torney M, Alligood R, 2003) .

A manera de ejemplo, para observar cómo la falta de atención a los factores psicosociales del niño incide sobre la evolución o la aparición de dolencias biológicas, podemos considerar el caso de los niños hospitalizados que son apartados de sus padres, o aquellos que no reciben manifestaciones de afecto. La falta de afecto que los niños manifiestan por parte de sus familiares más cercanos se prolonga a través del tiempo, llegando a un estado de ánimo que Spitz definió como depresión anaclítica, en la cual “existe una regresión del desarrollo motor y el estado somático resulta severamente afectado: decaimiento del estado general, pérdida progresiva de peso, debilitamiento de las defensas del organismo frente a las infecciones que se repiten, el insomnio se agudiza progresivamente, llegando a un estado de miseria física próximo a la caquexia, que facilita la mortalidad” (Carvallo, 2005).

Por otra parte, algunos estudios han demostrado que una atención holística al niño otorga importantes ventajas en su atención y cuidados. Se ha observado algunos detalles al respecto (Barrera, 2007):

- Mejoría de la calidad de atención: disminución de reacciones adversas de rechazo a la hospitalización, mantención del rol afectivo y cuidado básico materno y facilitación de la relación médico- familia.
- Optimización del uso de los recursos en la hospitalización: disminución en un 30% del promedio de estadía hospitalaria, del riesgo de reingreso, de la tasa de infección intrahospitalaria y atenuación del síndrome post alta.
- Educación y capacitación de la madre: información adecuada y oportuna de la enfermedad y entrega de nociones básicas en el cuidado del niño sano y enfermo.
- Aumento de la satisfacción del usuario en la atención hospitalaria.
- Otros efectos favorables: mejor recuperación de los niños en casos de accidentes, intentos de suicidio y enfermedades crónicas.

De la misma manera, y con mayor preponderancia, la atención holística juega un rol importante en el primer nivel de atención, pues, al asegurar la valoración integral del paciente, se garantiza la efectividad del diagnóstico y tratamiento, abarcar todos los problemas biosicosociales del niño(a) y su familia.

Por tanto, durante la consulta pediátrica, la atención debe involucrar la valoración y seguimiento de los siguientes factores (Alfaro A, Atria R, 2009):

1. **Factores Personales:** que consideran la etapa del desarrollo en que se encuentre el sujeto, el desarrollo cognitivo, las capacidades intelectuales, el desarrollo socio emocional, relaciones de afecto, el tipo de familia y sus interacciones.
2. **Factores relacionados con la enfermedad:** naturaleza y características, gravedad del pronóstico, si es aguda o crónica, tiempo de evolución, grado de discapacidad, efectos secundarios del tratamiento.

3. **Factores relacionados con la familia:** Afrontamiento del estrés, interacción entre sus miembros, tipo de familia, relación afectiva, comunicación, número de integrantes de la familia, redes sociales de apoyo.
4. **Factores relacionados con las Redes sociales:** Números de redes con que cuenta la familia, relación, interacción, apoyo.
5. **Factores relacionados con el Equipo de Salud:** Comunicación, confianza, apoyo y soporte emocional, nivel de estrés del equipo, trabajo conjunto, entrega de información.
6. **Ambiente:** ambiente físico (temperatura, ventilación, seguridad, iluminación, infraestructura), comodidad, horario de visitas amplio, número de pacientes por sala, sistemas de entretenimiento y recreación, información adecuada y preparación para procedimientos.

3.2.6.1 Relación médico – paciente.-

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

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

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

Lo mencionado por Cottrell: Una buena relación médico-paciente viene definida por la existencia de confianza. Ésta existe cuando el paciente está dispuesto a exponer sus problemas, la actitud del médico de mostrar interés y garantizar la confidencialidad, necesaria para que el paciente exponga sus dificultades (Cottrell, 2006).

Sánchez establece, a través de algunas habilidades y destrezas necesarias para propiciar la interacción humana, que a su vez influye en la forma y calidad de la misma entrevista para producir los datos necesarios para el diagnóstico, dar

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

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

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

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

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

El modelo al que se sugiere evolucionar, tratando de alcanzar las expectativas de los pacientes, es el *deliberativo*, correspondiente al modelo biosicosocial, de atención holística, que todos los niveles de salud en las personas, cada uno de ellos con sus necesidades específicas de atención, las cuales deben ser cubiertas (Emanuel, 1992).

Un elemento que establece el tono de la relación médico-paciente es el manejo y dirección de la autoridad. Cuando es una relación basada en la

confianza y la credibilidad, donde el paciente reconoce y trata al médico como tal, y éste reconoce y trata al paciente como persona, no como objeto, se produce la justa autoridad, a diferencia del autoritarismo. Autoridad viene de *augere*, que significa “aumentar, mejorar, agrandar”, por lo que va más allá de la definición habitual que habla del reconocimiento o legitimación del prestigio de una persona por su calidad y competencia en alguna materia, en la intención de perfeccionar, como en el modelo *deliberativo*, en el cual hay un reconocimiento de la “otredad”, el encuentro de una confianza con una conciencia (Fellowes, 2004).

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

3.2.6.2. Autonomía del paciente pediátrico.-

La Convención sobre los Derechos del Niño, en su Artículo 1 manifiesta que un niño es todo ser humano menor de 18 años de edad (UNICEF, 1990).

Los adultos, en virtud del principio de autonomía son quienes consienten y deciden sobre la proposición médica (Cambra, 2006); pero, en pacientes con edad pediátrica nos encontramos con la dificultad de la competencia del sujeto para otorgarlo.

La “Declaración de los Derechos del Niño” indica que, por falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento (UNICEF, 1990). Las capacidades del niño para comprender lo que sucede se van adquiriendo progresivamente según avanza en edad. Mientras tanto, obra en los padres o persona que los sustituya el derecho de recibir las informaciones relativas a la enfermedad y bienestar del niño, y decidir por ellos (Rodríguez, 1995).

Esta limitación de la competencia infantil no debe ser aplicada a ultranza. Cada vez se reconoce más la necesidad moral de solicitar el consentimiento a aquellos que están en la adolescencia. Aún en pre-adolescentes, es necesario dar explicaciones sencillas que alejen o al menos minimicen el temor a la acción de salud, lo cual no entra en conflicto con la responsabilidad paterna o del tutor por esa acción (Rodríguez, 1995). Ante dichas situaciones, los pediatras y demás profesionales dedicados a la asistencia de este grupo poblacional, cada vez más deben considerar cuál pudiera ser el punto de vista del niño y recurrir a instancias judiciales, si es preciso, para defenderlo.

4. CONOCIMIENTOS O EXPERIENCIA PREVIA

4.1. Experiencias de Mejoramiento de la calidad de la atención en servicios de salud públicos de otros países.-

4.1.1. Programa de garantía de calidad para los servicios de planificación familiar en Egipto.-

En enero de 1994 el Proyecto de Desarrollo de Sistemas (PDS) del Ministerio de Salud y Población (MOHP) de Egipto lanzó un programa de garantía de calidad para los servicios de planificación familiar en el sector público. Cuatro años después, el proyecto había provisto a más de 3.800 clínicas del MOHP con equipo básico y renovaciones, había capacitado a 7.710 médicos y a 14.814 miembros del personal de enfermería, había implantado estándares nacionales de práctica clínica en todas las unidades de salud, y había instalado un sistema de gerencia y supervisión para monitorear con regularidad todas las unidades para 101 indicadores de servicio de buena calidad. Se creó un Sistema de Información Gerencial (SIG) computarizado para seguir los resultados trimestrales de los indicadores en cada unidad de prestación de servicios. Los estándares clínicos para el proyecto fueron establecidos en un nivel apropiado para los médicos generales y el personal de enfermería quienes forman parte del personal de casi todas las unidades de planificación familiar en el sector público de Egipto. Las unidades de planificación familiar que cubren los 101 indicadores por dos trimestres corridos son calificadas para desplegar una Estrella Dorada: el signo visible de que una unidad presta servicios de buena calidad (El Gebaly, et al., 1998)

La campaña de mercadotecnia de la Estrella Dorada procura incrementar la cantidad de personas que acuden a la clínica al crear una demanda de prestadores y servicios de planificación familiar de buena calidad. Su estrategia principal es identificar y promover las clínicas que cumplen los requisitos usando éste símbolo de calidad ampliamente reconocido en Egipto. En las primeras etapas del programa, antes de que muchas de las unidades pudieran reunir las condiciones necesarias para recibir la Estrella Dorada, los mensajes de la campaña se concentraban en educar al público con respecto a la calidad. Los mensajes promovían *la calidad del prestador de servicios*, mostrando las clases de orientación y atención que los clientes deben esperar recibir, así como *la calidad de servicios*, haciendo hincapié en los estándares de limpieza, el tratamiento competente y la buena gerencia que debe esperarse en las clínicas con Estrella Dorada. El eslogan de la campaña invitó al público a procurar servicios de buena calidad en las clínicas públicas: "Detrás de cada puerta hay amigos y parientes para servirle y cubrir las necesidades de su familia."

En agosto de 1997, después que unas cuantas unidades habían calificado para la Estrella Dorada, el emblema de la Estrella Dorada pasó a primer plano de la campaña, no sólo como un símbolo de buenos servicios sino como un medio

para localizar dichos servicios. Los mensajes identificaron las clínicas con Estrella Dorada e instaron al público a visitar las unidades con Estrella Dorada. Durante pruebas preliminares de los mensajes de la campaña, realizadas en grupo focal, la gente mostró gran entusiasmo: "Esto mismo es lo que quiero," dijo una madre, típica de las mujeres en edad media, con bajo nivel de escolaridad, que constituyen la mayoría de los clientes en las clínicas públicas, "y si no lo consigo, ¡habrá pleito!" La declaración de la mujer subraya la importante responsabilidad de los proveedores: cubrir la demanda de servicios de buena calidad.

La campaña de la Estrella Dorada extrajo información de investigaciones sobre las imágenes que los clientes tienen de los profesionales de salud y los servicios, las cuales fueron confirmadas por un reciente estudio sobre las percepciones de los clientes con respecto a la calidad (AVSC International, 1996). En discusiones en grupo focal, las mujeres identificaron los aspectos de calidad que ellas consideraban cruciales para escoger servicios de planificación familiar. Por lo general, ellas deseaban recibir un tratamiento amable y respetuoso e instalaciones limpias y libres de infecciones, así como servicios integrales sin altos costos en dinero, tiempo o distancias.

Las mujeres estaban familiarizadas con los mensajes que la campaña transmitía por los medios de comunicación, y fueron atraídas por su imagen de alta calidad. Sus comentarios sugieren que la campaña está teniendo éxito en sus esfuerzos para volver a definir las percepciones del consumidor con respecto a la calidad y para elevar las expectativas: "Queremos una clínica como la [que aparece en televisión]." "Esta sala de exámenes está limpia, y ella está vestida de blanco." "Ella trata a las pacientes con amabilidad. Queremos encontrar este tipo de médico."

Para abril de 1998, 1.108 unidades habían recibido una Estrella Dorada y otras 1.450 habían cubierto entre el 90% y el 99% de los indicadores para el trimestre (El Gebaly, et al., 1998).

4.2. Modelo de atención biosicosocial en un hospital de Chile: Servicio clínico de Pediatría Hospital las Higueras.-

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

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

La intervención a los niños(as) con enfermedades crónicas y sus familias se realizó mediante: información a los padres o cuidadores, educación específica, acompañamiento psicológico a los padres y al niño, ejecución de planes de estimulación especial, visitas domiciliarias. Para empoderar a las familias en el proceso de recuperación de la pérdida de salud del niño(a) se establecieron actividades destinadas a favorecer el acompañamiento del niño: mantener a los padres informados respecto a la salud del niño, realizar terapia de juego y narrativa con el niño, estimular las capacidades que conserva el niño.

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

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

5. HIPÓTESIS DE CAMBIO Y ESTRATEGIAS ELEGIBLES

5.1. Listado de alternativas de cambio.-

En base al marco conceptual del problema se establecieron las siguientes alternativas de cambio, enlistadas a continuación:

Desde la comunidad:

1. Fortalecer la organización comunitaria para promover un cambio en la calidad de la atención al usuario
 - a. Elaborar mapeo de actores
 - b. Identificar líderes y organizaciones comunitarias
 - c. Convocar a líderes y organizaciones comunitarias
 - d. Definir plan de acción

2. Formular, planificar y desarrollar programas de educación en globalidad dirigida al usuario, familia y comunidad.
 - a. Convocar a sesiones para estructuración de la organización comunitaria

- b. Diseñar y difundir mensajes educativos
 - c. Informar sobre la calidad de la atención y autonomía del paciente
3. Establecer una red intersectorial que permita fortalecer la atención con globalidad al paciente pediátrico
 - a. Elaborar mapeo de actores
 - b. Convocar a actores para red intersectorial
 - c. Definir plan de acción

Desde el personal:

1. Fortalecer una comunicación adecuada con los usuarios y su entorno familiar y social a través de la generación de espacios de diálogo.
 - a. Convocar a reunión a los médicos junto con comunidad y líderes
 - b. Conocer las necesidades de la comunidad por medio de entrevistas al usuario.
 - c. Establecer estrategias para mejorar la comunicación
2. Empoderar al personal médico sobre la globalidad en la atención mediante capacitación y reorganización funcional
 - a. Convocar a reunión al personal médico
 - b. Educar sobre calidad de la atención
 - c. Conocer la importancia de la globalidad de atención
 - d. Evaluar al personal sobre conocimientos y destrezas en integralidad de la atención
 - e. Definir estrategias desde la atención médica y la reorganización del servicio de salud
3. Fortalecer el conocimiento del personal médico sobre la globalidad de la atención a través del desarrollo de investigaciones
 - a. Desarrollar investigaciones sobre conocimientos, actitudes y prácticas del prestador y usuario en el cuidado integral de salud
 - b. Aplicar conocimientos en la consulta médica
 - c. Compartir conocimientos con el usuario
 - d. Realizar entrevistas al usuario para obtener resultados

5.2. Selección de la alternativa.-

Para la selección de la alternativa de cambio se efectuó una priorización de las soluciones anteriormente propuestas en base a la siguiente matriz:

Tabla 2.- Matriz de priorización de alternativas

	Factibilidad (técnica)	Factibilidad (política)	Sostenibilidad	Impacto
Fortalecer la organización	XX	XX	X	XX

comunitaria para promover un cambio en la calidad de la atención al usuario				
Formular, planificar y desarrollar programas de educación en globalidad dirigida al usuario, familia y comunidad	XX	X	X	XX
Establecer una red intersectorial que permita fortalecer la atención con globalidad al paciente pediátrico	X	X	X	XXX
Fortalecer una comunicación adecuada con los usuarios y su entorno familiar y social a través de la generación de espacios de diálogo.	X	X	X	XX
Empoderar al personal médico sobre la globalidad en la atención mediante capacitación y reorganización funcional	XXX	XX	XX	X
Fortalecer el conocimiento del personal médico sobre la globalidad de la atención a través del desarrollo de investigaciones	X	XX	X	X

Fuente: Socialización del análisis situacional con el personal de salud Febrero 2008
Elaborado por: Investigador IG.

En base a ello, se consideró a la alternativa: Empoderar al personal médico sobre la globalidad en la atención mediante capacitación y reorganización funcional, como la más factible y sostenible para ser implementada.

5.3. Hipótesis de cambio.-

Mediante la capacitación del recurso humano (personal médico del área de Pediatría), y reorganización del servicio, se alcanzaría una atención con globalidad, que permita un abordaje (detección, apoyo y seguimiento) pertinente a todos los pacientes pediátricos que acuden al centro de salud de Chimbacalle.

6. PROPÓSITO Y OBJETIVOS

6.1. Objetivo general.-

Analizar los cambios en la calidad de atención a los pacientes que acuden al Servicio de Pediatría, específicamente en la globalidad de la atención mediante un modelo de capacitación del recurso humano (personal médico) y reorganización funcional.

6.2. Objetivos específicos.-

-Promover un proceso que, a través de la capacitación del personal sobre calidad de la atención, permita fortalecer la globalidad de la atención.

-Determinar los mecanismos que permitirían un empoderamiento del personal en relación a la globalidad de la atención durante la consulta médica.

-Desarrollar una propuesta de reorganización funcional del servicio, específicamente desde la consulta médica pediátrica, que permita un mejor abordaje a los problemas psicosociales sentidos por los pacientes, a partir del equipo de investigación empoderado respecto al tema.

-Evaluar los cambios en la globalidad de la atención después de la implementación de la alternativa propuesta

7. INSTRUCCIONES OPERATIVAS

Para el desarrollo de la investigación propuesta se efectuaron las siguientes instrucciones operativas:

7.1. Ampliación de la línea de base sobre globalidad de la atención en el Servicio de Pediatría del CS Chimbacalle

7.1.1. Recopilación de información de historias clínicas pediátricas: observando el porcentaje de diagnósticos biosicosociales y su manejo

7.1.2. Recopilación de información a partir de encuestas a usuarios del servicio de pediatría sobre elementos relacionados con la globalidad de la atención

7.1.3. Reunión con el personal de pediatría para informar los resultados de las observaciones de historias clínicas y encuestas.

7.1.4. Realización de un grupo de interés con el personal del Servicio de pediatría para determinar estrategias que permitan alternativas de cambio

Los indicadores de estas actividades están constituidos por la información obtenida sobre la calidad de atención, las funciones y organización del SCS desde la perspectiva del personal de pediatría

7.2. Elaboración e implementación de un plan de capacitación para fortalecer la globalidad de la atención en el servicio de pediatría

7.2.1. Elaboración de un listado de capacitación sobre globalidad de la atención: determinado en base a un grupo de interés realizado con el personal del CS

7.2.2. Búsqueda de recursos para la capacitación

7.2.3. Elaboración de agenda de capacitación conjuntamente con el personal del SCS

7.2.4. Aplicación de la capacitación

Los indicadores de estas actividades incluyen: listado de capacitaciones, número y tipo de recursos gestionados para la capacitación, agenda de capacitación elaborada y número de capacitaciones efectuadas/número de capacitaciones que constan en la agenda.

7.3. Fortalecimiento de la organización funcional del servicio para impulsar la globalidad de la atención en el CS Chimbacalle, mediante las siguientes actividades:

7.3.1. Definición de problemas en relación con la organización funcional del CS: determinados a partir del grupo de interés con el personal del Servicio de Salud

7.3.2. Conceptualización y elaboración de estrategias y actores para mejorar la organización funcional del servicio con enfoque a fortalecer la atención con globalidad

7.3.3. Aplicación de estrategias y actividades de reorganización funcional del servicio

7.4. Evaluación de los cambios en la globalidad de la atención post-implementación de la alternativa propuesta

7.4.1. Evaluación de cambios observados en la calidad de la atención relacionada con la globalidad inmediatamente posterior a la intervención a través de encuestas dirigidas a usuarios y, en un año después de la implementación de la alternativa de cambio.

7.4.1.1. Recolección de información a través de encuestas dirigidas a usuarios del Servicio de Pediatría

7.4.1.2. Recopilación de datos en historias clínicas de pacientes asistentes al Servicio de Pediatría

8. METODOLOGÍA

La investigación a realizarse corresponde a una investigación-acción, es decir, se basa en una metodología empoderante y participativa, en la que el investigador es parte del proceso, y donde se toman en cuenta los aspectos comportamentales, de relaciones sociales y humanas; que en forma dinámica y con el involucramiento de todos los actores, propende hacia la formulación y puesta en práctica de cambios que generen un nuevo conocimiento, que si bien es aplicable al contexto, puede ser considerado en situaciones similares (Debrouwere, Pesse, 2006).

Se consideró la investigación-acción, puesto que se trata de un aspecto de orden biosicosocial, que requiere para su manejo, una metodología que permita involucrar a los actores en el proceso de cambio. Exige un empoderamiento de quienes influyen en él; lo que significa trabajar en modelos comportamentales, con un aspecto predominantemente cualitativo.

Para cada una de las actividades efectuadas en la investigación, se establecieron los indicadores de proceso y resultado respectivos a través de los cuales se evaluó su cumplimiento, así como de los objetivos específicos relacionados con la resolución del problema.

Para definir el problema de investigación se partió de un análisis situacional, en el que se valoró el cumplimiento del servicio de salud, con las funciones que debería mantener un primer nivel, las características de la calidad de la atención, analizando su organización, la coherencia entre oferta-demanda-necesidad, entre otros. En base a dicho análisis, se estableció un listado de problemas (una brecha entre lo que es y lo que debería ser), seleccionándose de ellos el tema de la globalidad de la atención, por ser un problema sentido por la comunidad, y observado por el personal del SCS, frente al cual no se ha ofertado una respuesta.

El equipo investigador estuvo constituido por personal de Pediatría del CS Chimbacalle. Las técnicas e instrumentos empleados fueron tanto cuantitativos como cualitativos. Durante la primera fase de este estudio se realizó una ampliación de la línea base del problema mediante las siguientes actividades:

- Revisión de 60 historias clínicas pediátricas obtenidas al azar de los partes diarios de los médicos para la observación de diagnóstico y manejo de problemas biosicosociales.
- Encuestas dirigidas a 174 usuarios aplicadas por personal externo al Servicio de Salud, posterior a la salida del usuario de la atención en el Servicio de Pediatría (Anexo 1).

- Grupo de interés con el personal del CS, con la intención determinar la percepción del personal sobre globalidad de la atención y cuál sería la alternativa tanto desde la misma actividad del usuario interno como desde el servicio de salud.

Debido a que el personal del CS propuso como alternativa de cambio la realización de un plan de capacitación, se estableció, mediante un grupo de interés con los pediatras y usuarios internos del Servicio de Pediatría, los temas del plan de capacitación. Las capacitaciones fueron realizadas por una persona externa al CS, experta en el tema de globalidad de atención, y se presentaron con la modalidad de taller. El objetivo final era desarrollar el empoderamiento del personal y decidir junto con el equipo qué acciones, decisiones y actividades se realizarían para fortalecer la integralidad en el Servicio de Pediatría.

Finalmente, y luego de la introducción de la alternativa de cambio, se efectuó un análisis de las modificaciones en la globalidad de la atención, a través de los mismos elementos considerados en la línea de base:

- Revisión de 60 historias clínicas pediátricas obtenidas al azar para la observación de diagnóstico y manejo de problemas biosicosociales.
- Encuestas dirigidas a 174 usuarios aplicadas por personal externo al Servicio de Salud, posterior a la salida del usuario de la atención en el Servicio de Pediatría (Anexo 1).

Además, para valorar el impacto a largo plazo de las estrategias aplicadas a mejorar la calidad de la atención, y específicamente la integralidad, se realizó, luego de un año, una encuesta a una muestra de 174 personas usuarias del servicio de Pediatría, en las mismas condiciones que la primera.

Los indicadores de proceso y las observaciones considerados para estas actividades se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 3.- Actividades e indicadores de proceso diseñados para la investigación

Actividad	Indicador de proceso	Resultado de la actividad
Recopilación de información de encuestas dirigidas a usuarios externos	-Nº de usuarios encuestados	-Percepción de los usuarios sobre globalidad de la atención en el CS
Recopilación de información de historias clínicas pediátricas	-Nº de historias clínicas revisadas	-Información procedente en historias clínicas sobre diagnóstico de problemas biosicosociales y su

		manejo
Realización de grupo de interés con personal del servicio de Pediatría para informar resultados de línea de base del estudio y establecer estrategias	-N° de personal del servicio de pediatría participantes del grupo de interés	-Percepción del personal sobre globalidad de la atención -Estrategias propuestas por el personal de salud
Elaboración listado de capacitaciones	-N° de personal que elabora el listado	-Listado de capacitaciones
Búsqueda de recursos para capacitación	-N° y tipo de recursos gestionados para la capacitación	-Recursos disponibles para la capacitación
Elaboración de agenda de capacitación	-N° de personal que elabora agenda de capacitación	-Agenda de capacitación elaborada
Aplicación de las capacitaciones	-N° de personal asistente a las capacitaciones	-N° de capacitaciones efectuadas/N° de capacitaciones que constan en la agenda X 100
Realización de grupo de interés con equipo de salud: para definición de problemas en relación con la organización funcional del CS que inciden en la globalidad de la atención	-N° de personal que participa en grupo de interés	Problemas identificados en la organización del servicio que afectan la globalidad de la atención
Elaboración de alternativas que fortalezcan la reorganización funcional del servicio	-Estrategias consideradas para la reorganización funcional del servicio	-Estrategias de reorganización funcional del servicio definidas y aplicadas
Evaluación de los cambios en la globalidad de la atención a corto y largo plazo	-N° de encuestas efectuadas a los usuarios externos - N° de historias clínicas analizadas	-Resultados de encuestas y de historias clínicas analizadas

Fuente: Matriz de análisis de procesos. Abril 2011

Elaborado por: Investigador IG.

Los indicadores analíticos considerados para estos resultados “intermedios” fueron los siguientes:

Tabla 4.- Indicadores analíticos de resultados intermedios diseñados para la investigación

Evaluación	Indicador
Modificación en la calidad de la atención pediátrica	Porcentaje de pacientes del servicio de Pediatría que reciben atención con globalidad Porcentaje de historias clínicas pediátricas que cuentan con diagnóstico biosicosocial
Cambio en el discurso del personal	Discurso empleado por el personal
Impacto de la alternativa de cambio en la globalidad de la atención luego de un año de su aplicación	Porcentaje de pacientes que reciben atención con globalidad un año después de la intervención en el Servicio de Pediatría Porcentaje de historias clínicas que cuentan con diagnóstico biosicosocial un año después de la intervención en el Servicio de Pediatría

Fuente: Matriz de análisis de resultados intermedios. Abril 2011
Elaborado por: Investigador IG.

9. RESULTADOS

9.1. De la evaluación operativa.-

Al efectuar el grupo de interés con el personal de salud se encontraron los siguientes hallazgos, descritos en la tabla 5.

**Tabla 5.- Nivel de capacitación y empoderamiento del personal del CS Chimbacalle
Respecto a Globalidad de la atención**

Nivel de capacitación del personal del CS Chimbacalle sobre globalidad de la atención		
Personal CS	-Capacitaciones recibidas por el personal sobre calidad de la atención han sido limitadas tanto en su cantidad como en su calidad -No han recibido alguna capacitación que hable sobre la globalidad de la atención, la autonomía del paciente o la relación médico-paciente	-“Yo nunca he recibido capacitaciones sobre lo de la globalidad” -“Sí necesitamos un poco de refuerzo para manejar estos problemas”
Empoderamiento del personal de salud respecto al tema		

Personal SCS	<p>-El personal de salud considera que la globalidad de la atención es un tema que les compete como personal de salud, y que tiene mucho que ver con la predisposición del médico; sin embargo es un aspecto del que poco se ha tratado en equipo</p> <p>-El personal señala que uno de los limitantes para aplicar la globalidad de la atención es el tiempo de consulta que se tiene establecido por paciente, el mismo que consideran demasiado corto para abarcar todos los temas de globalidad, pero además señalan la gran demanda de pacientes y aspectos relacionados con la formación del médico para responder a este elemento de la calidad de la atención</p>	<p>-“Sí sería una responsabilidad del médico el identificar personas con problemas psicosociales, pero no tenemos el tiempo suficiente para dedicarnos a ellos”</p> <p>-“Solamente tenemos 15 minutos por paciente, eso en los niños es más difícil; entonces, no podemos desarrollar una buena relación médico-paciente y abordar todos los problemas psicosociales con el tiempo que tenemos”</p>
---------------------	---	---

Fuente: datos obtenidos a partir del análisis del discurso del grupo de interés. Abril 2009
Elaborado por: Investigador IG.

En base a los hallazgos mencionados, se elaboró con el personal de salud una agenda de capacitaciones formativas la misma que se cumplió con un 50%, y se detalla en la Tabla 6.

Tabla 6.- Agenda de capacitaciones formativas elaborada por el personal del Centro de Salud de Chimbacalle

Tema	Fecha y hora	Facilitador
La calidad en Salud	4/03/2009	Dr. José Sola
Atención Integrada	4/03/2009	Dr. José Sola
Calidad de la Atención	26/03/2009	Dr. José Sola

Fuente: base a datos consensuados con el personal del Centro de Salud. Abril 2009
Elaborado por: Investigador IG.

Únicamente se llegó a cumplir con la mitad de las capacitaciones planificadas debido a ciertas limitaciones: por un lado se encontraron dificultades en la congregación de los asistentes a las capacitaciones, puesto que debían acudir a otras reuniones determinadas por la jefatura de Área o por el gremio al que corresponde el personal; esto, sumado al hecho que por dos ocasiones se debieron suspender las capacitaciones por ausencia del facilitador; sin embargo,

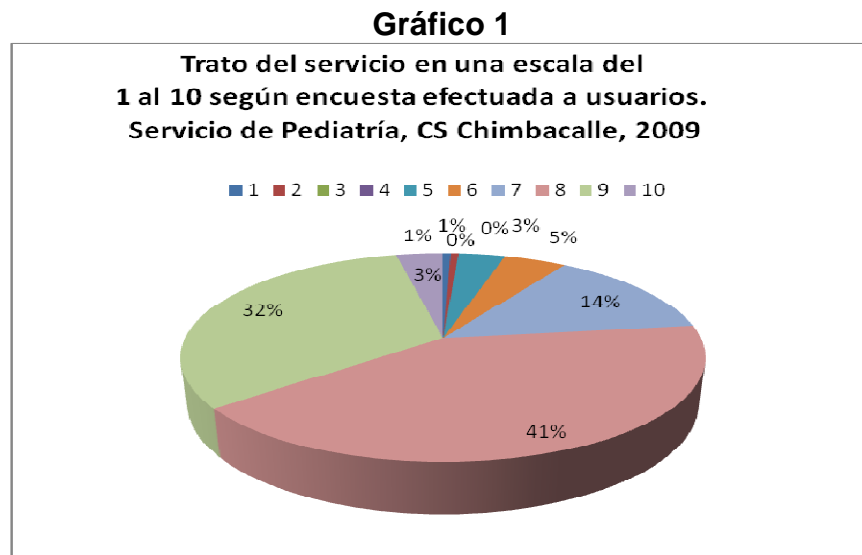
durante las capacitaciones el equipo de investigación definió las funciones y elementos organizativos para el fortalecimiento de la globalidad de la atención.

- *En la organización funcional del servicio:* Establecer la estrategia de cita previa para disponer de un tiempo adecuado de diálogo con el paciente, fortalecer el servicio de postconsulta para brindar más información al paciente, especialmente relacionado con responder preguntas al usuario sobre su enfermedad, explicar el tratamiento que va a recibir y dar continuidad a la atención.
- *Sistema de información:* Incluir en la historia clínica del paciente diagnósticos biosicosociales. Elaborar un listado de pacientes que requieren intervenciones psicosociales para efectuar visita domiciliaria, atención por psicología y trabajo social.

9.2. De la evaluación analítica

Tras aplicar la alternativa de cambio se realizaron encuestas heteroaplicadas a 174 usuarios del Servicio de Pediatría, relacionadas con la globalidad de la atención

En cuanto al trato del Servicio, el 41% le otorga un puntaje de 8 –en una escala de 1(muy malo) a 10 (excelente)-, de acuerdo al gráfico que se señala a continuación:

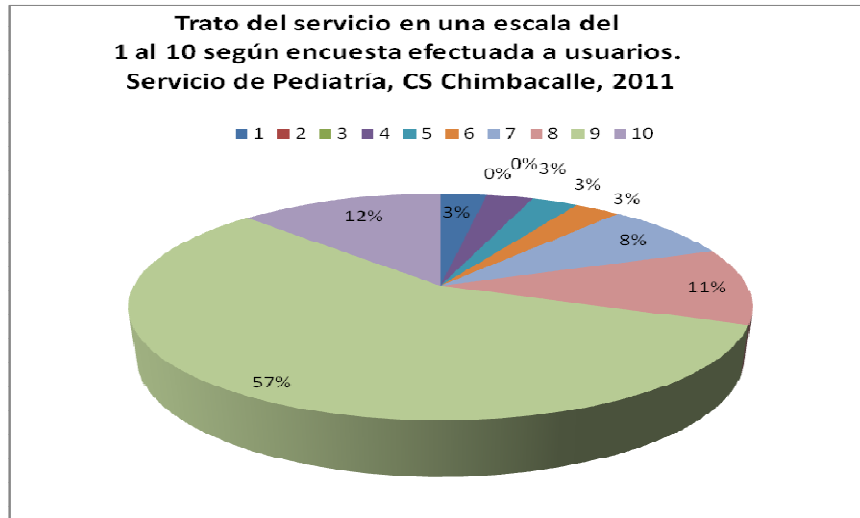


Fuente: Base de datos de encuestas realizadas. Abril 2009
Elaborado por: Investigador IG.

De todas maneras, se observa que un 10% de la muestra señala que el trato en el Servicio de Salud está en una escala entre 1 a 6.

Al volver a efectuar la encuesta, dos años después de la aplicación de la alternativa con la finalidad de observar su impacto a largo plazo, se encontró que más del 50% de la muestra encuestada calificaron al trato del servicio con un valor de 9 a 10.

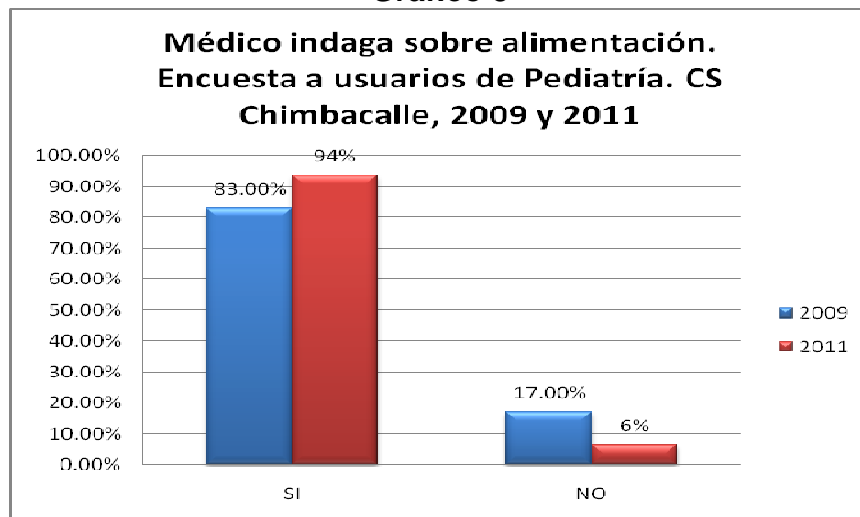
Gráfico 2



Fuente: Base de datos de encuestas realizadas. Marzo 2011
Elaborado por: Investigador IG.

Por su parte, en la encuesta realizada inmediatamente posterior a la intervención se observó que un 83% de los médicos en el Servicio de Pediatría indagaban sobre alimentación durante la consulta; mientras que dos años después de la intervención el 94% de los encuestados manifestaron que el personal de salud preguntó aspectos relacionados con la alimentación de sus niños.

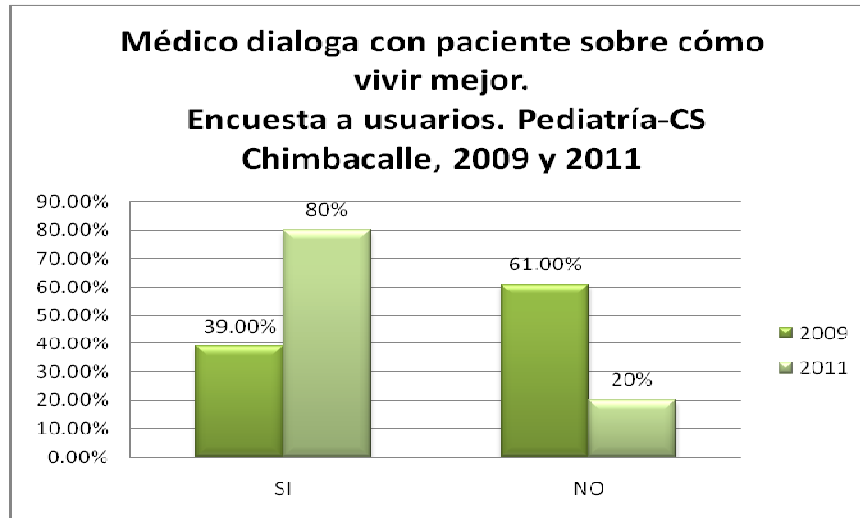
Gráfico 3



Fuente: Base de datos de encuestas realizadas. Abril 2009. Marzo 2011
Elaborado por: Investigador IG.

En el año 2009 un 39% de los pacientes refería que el médico dialogaba durante la consulta sobre cómo vivir mejor, mientras que en el año 2011 el porcentaje ascendió al 80% de médicos que dialogaban con sus pacientes el cómo vivir mejor.

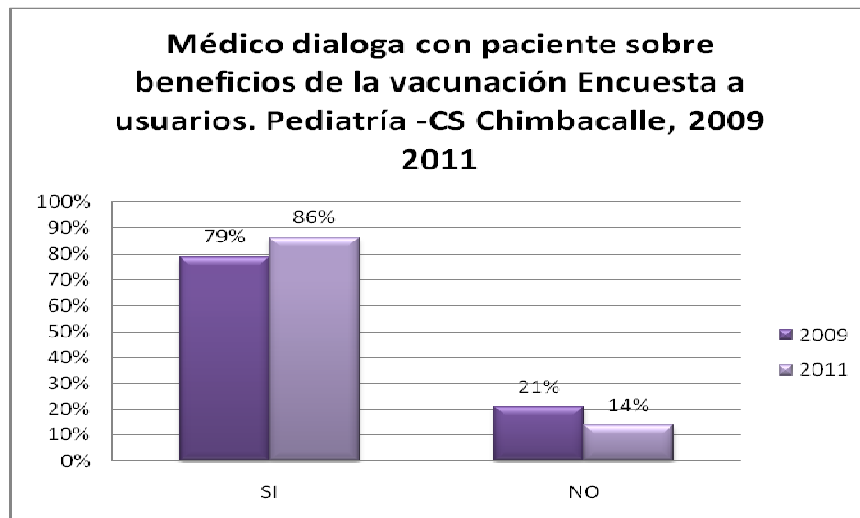
Gráfico 4



Fuente: Base de datos de encuestas realizadas. Abril 2009. Marzo 2011
Elaborado por: Investigador IG.

Un 79% de los pacientes encuestados en el año 2009 afirmaba que recibía información del médico sobre los beneficios de las vacunas. En el año 2011 el porcentaje de usuarios que recibían información sobre los beneficios de las vacunas fue del 86%.

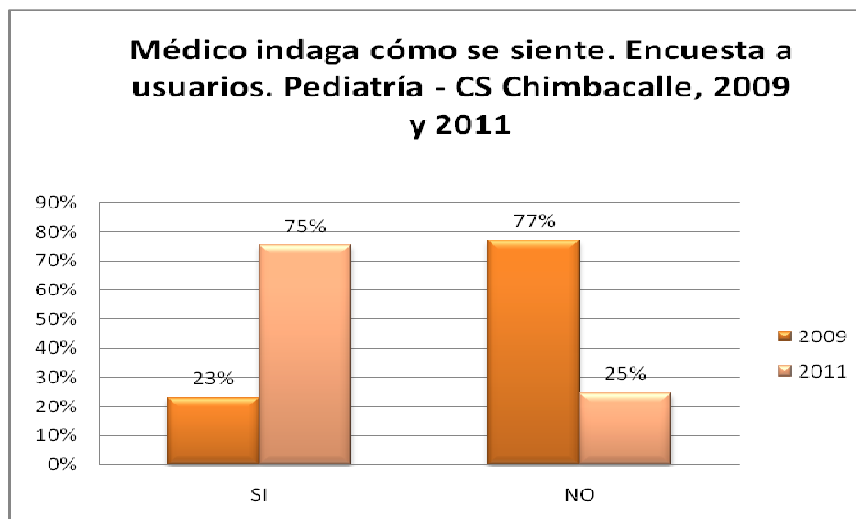
Gráfico 5



Fuente: Base de datos de encuestas realizadas. Abril 2009. Marzo 2011
Elaborado por: Investigador IG

El 23% de los pacientes manifestó en el 2009 que el médico les preguntaba “cómo se siente”. En el año 2011 el 75% señaló que el médico había preguntado durante la consulta “cómo se siente”.

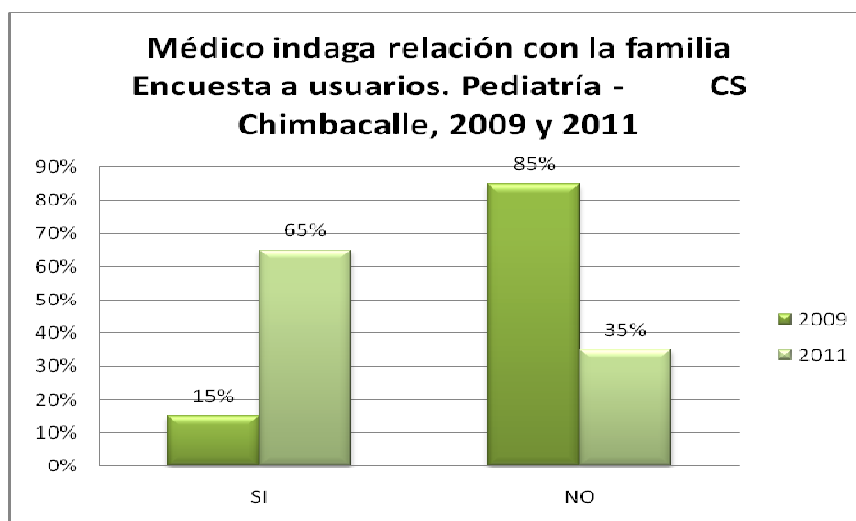
Gráfico 6



Fuente: Base de datos de encuestas realizadas. Abril 2009. Marzo 2011
Elaborado por: Investigador IG.

El 15% de los usuarios en el año 2009 manifestaron que durante la consulta el médico les preguntó sobre su relación en familia; en el año 2011 el 65% de los usuarios respondieron que el médico indagó durante la consulta sobre su relación familiar.

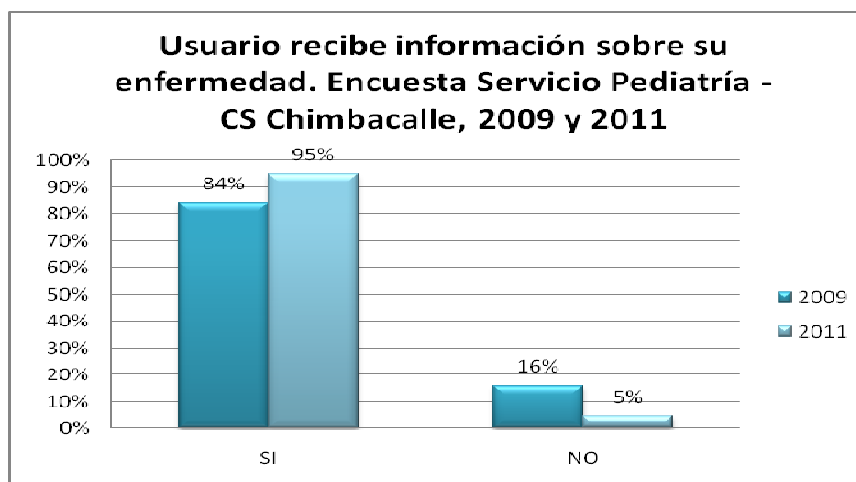
Gráfico 7



Fuente: Base de datos de encuestas realizadas. Abril 2009. Marzo 2011
Elaborado por: Investigador IG.

En el año 2009 el 84% de los pacientes respondieron que sí recibieron información sobre la enfermedad que padecían. Para el año 2011 el porcentaje de pacientes que recibía información sobre la enfermedad que presentaban sus hijos era de 95%.

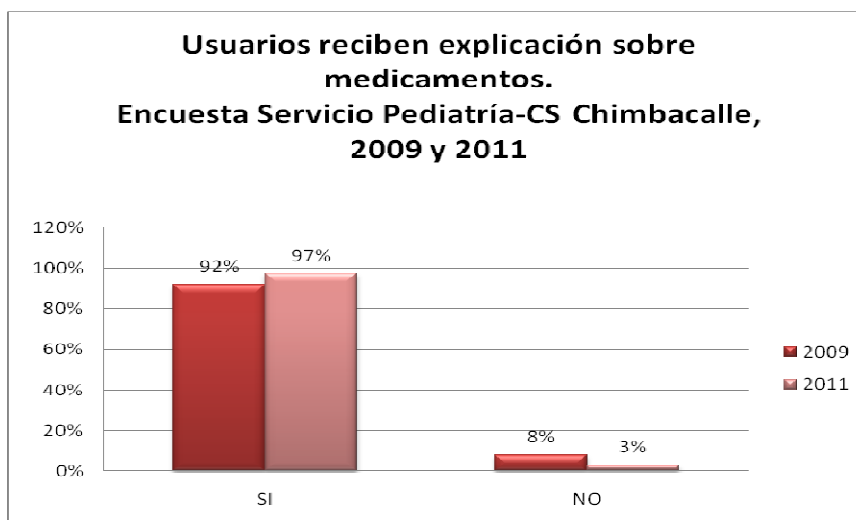
Gráfico 8



Fuente: Base de datos de encuestas realizadas. Abril 2009. Marzo 2011
Elaborado por: Investigador IG.

Posterior a la aplicación de la alternativa de cambio, el 92% de los pacientes señalaron que recibían explicación sobre los medicamentos recetados; ese porcentaje ascendió al 97% en el año 2011.

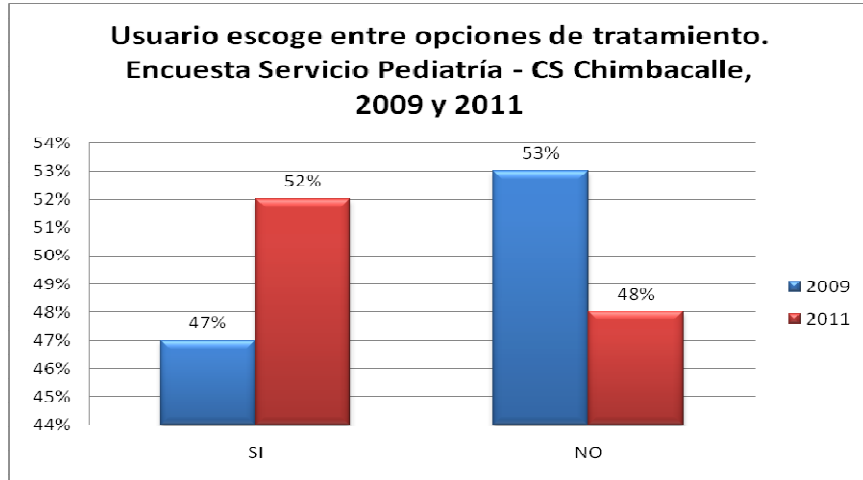
Gráfico 9



Fuente: Base de datos de encuestas realizadas. Abril 2009. Marzo 2011
Elaborado por: Investigador IG.

En el año 2009, el porcentaje de usuarios que refirieron la posibilidad de escoger entre opciones de tratamiento durante la consulta fue del 47%, mientras que en el año 2011 fue del 52%.

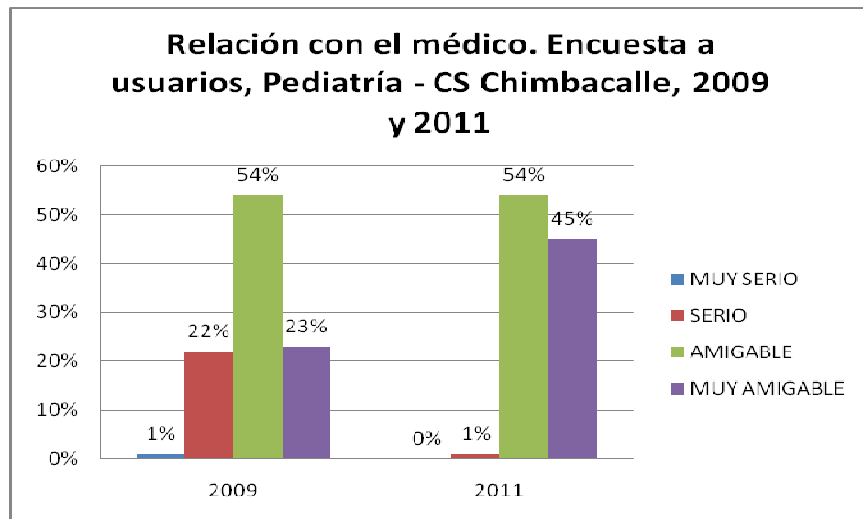
Gráfico 10



Fuente: Base de datos de encuestas realizadas. Abril 2009. Marzo 2011
Elaborado por: Investigador IG.

Al preguntar a los usuarios cómo fue la relación con el médico que le atendió, en el año 2009 el 22% señaló que el médico fue serio y un 54% que fue amigable; en el año 2011 el 54% y 45% de los encuestados manifestaron que el médico que les atendió fue amigable y muy amigable, respectivamente.

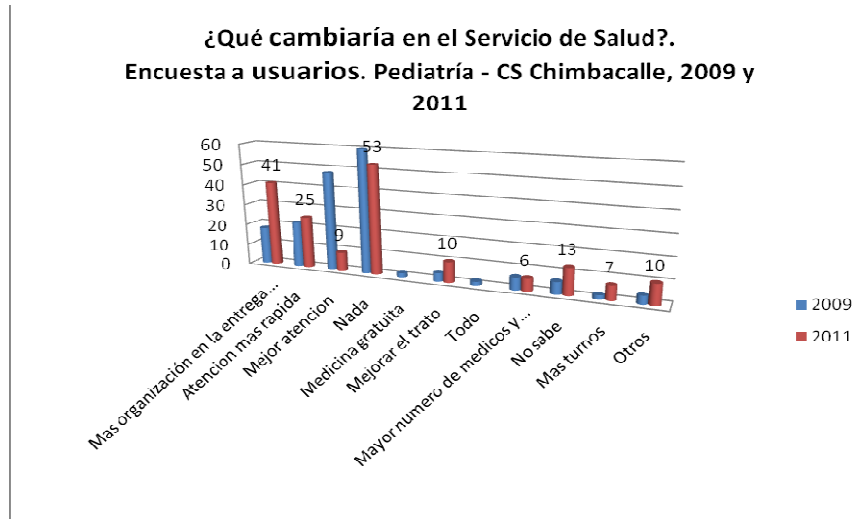
Gráfico 11



Fuente: Base de datos de encuestas realizadas. Abril 2009. Marzo 2011
Elaborado por: Investigador IG.

Al encuestar a los pacientes sobre qué cambiarían ellos en el Servicio de Salud, el mayor número de pacientes manifestaron que “nada”, seguido de “mejor atención” y “más organización en la entrega de turnos”. En el año 2011, de igual manera, el mayor número de usuarios manifestaron que no cambiarían nada, seguido por aquellos que solicitan “más organización en la entrega de turnos” y “atención más rápida”.

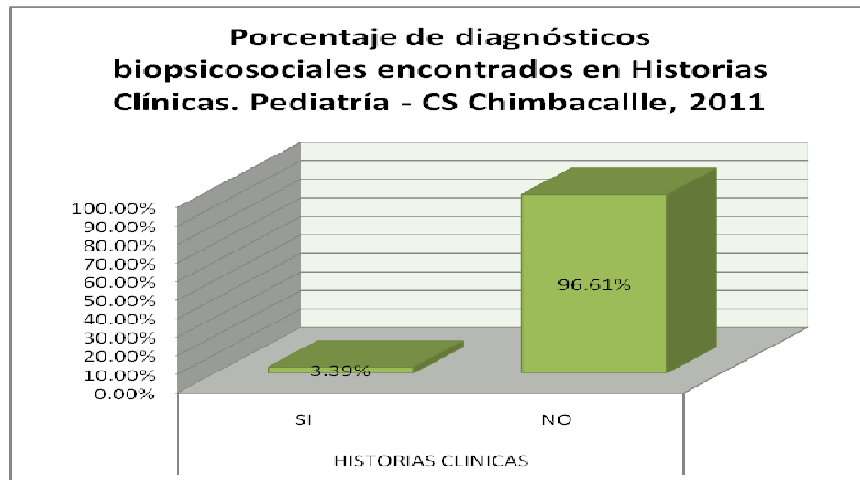
Gráfico 12



Fuente: Base de datos de encuestas realizadas. Abril 2009. Marzo 2011
Elaborado por: Investigador IG.

Por último, se valoraron 60 historias clínicas para analizar su contenido de diagnósticos biosicosociales, encontrándose que para el año 2011, apenas el 3,39% de ellas contenía algún diagnóstico psicosocial, además del biológico.

Gráfico 13



Fuente: Base de datos de encuestas realizadas. Marzo 2011
Elaborado por: El investigador

A manera de síntesis, se expone el siguiente cuadro en el que se especifican las variaciones en cada uno de los ámbitos valorados antes de aplicar e instaurar la alternativa de cambio.

Tabla 7.- Valoración de parámetros de globalidad mediante encuesta a usuarios, antes y después de la aplicación de la alternativa de cambio

Elemento valorado	Después de la aplicación de la alternativa	
	2009	2010
Trato del servicio		
1-6	10%	12%
7-8	55%	19%
9-10	35%	69%
Médico indaga sobre alimentación	83%	94%
Médico dialoga con el paciente sobre cómo vivir mejor	39%	80%
Médico dialoga con el paciente sobre beneficios de la vacunación	79%	86%
Médico dialoga con paciente sobre cómo se siente	23%	75%
Médico dialoga con paciente sobre relación con la familia	15%	65%
Usuario recibe información sobre la enfermedad	84%	95%
Usuario recibe información sobre los medicamentos	92%	97%
Usuario escoge opciones de tratamiento	47%	52%
Relación con el médico (amigable y muy amigable)	77%	99%

Fuente: Base de datos de encuestas realizadas. Abril 2009. Marzo 2011
Elaborado por: Investigador IG.

10. DISCUSIÓN

La discusión de este estudio se enfocará en dos elementos relacionados, el primero con la alternativa de cambio considerada para la presente investigación y los resultados a corto y mediano plazo derivados de ésta; y el segundo, con el o los cambios producidos en el modelo del problema inicialmente formulado.

Uno de los elementos determinantes de la globalidad de la atención es la participación del médico, es decir, con todos los factores que dependerían del médico o profesional de la salud para producir una atención holística, que involucre considerar todos los aspectos biosicosociales del paciente. En ese sentido, centrar la solución del problema de calidad de atención en ámbitos del médico, tal como se realizó en este estudio, es coherente con la formulación de los aspectos que influyen en la globalidad de la atención.

Al aplicar la alternativa de cambio, mediante la capacitación del recurso humano, se observa cómo claramente ésta ha influido sobre la relación médico-paciente. Es así que en el año 2011, apenas el 1% de los pacientes perciben al médico como “serio”, y más del 90% señalan que el médico es “amigable” y “muy amigable”. Esta percepción de la actitud del médico es muy importante para el establecimiento de una buena relación médico-paciente. En un estudio efectuado por Fernández, en el Hospital Militar Geriátrico de la ciudad de Lima en el año 2003, encontró que 74% de pacientes describieron a su médico como amable (Fernández, 2003), porcentaje similar al encontrado en el presente estudio antes de aplicar la alternativa de cambio; sin embargo, los resultados pueden verse alterados por otros factores del médico y del paciente.

Epstein, en su investigación, donde se grabó 100 videos de consultas médicas de internistas en EE UU, vio que la respuesta empática de médicos mujeres fue significativamente más frecuente que entre los galenos varones (Epstein, 2001). Miettola, en su estudio (Finlandia) anotó que los estudiantes de medicina del primer año, en su segundo día de clases, también percibieron que los médicos usaban diferentes formas de comunicación con los pacientes, dependiendo del usuario externo; añade que si bien la comunicación era empática, se tornaba más distante en casos especiales y críticos, como con los niños con discapacidad intelectual, adultos mayores, personas socialmente marginados y aquellos que se encontraban en la sala de emergencia (Miettola, 2005).

De todas maneras, el cambio producido en la percepción del paciente, como uno de los determinantes de la relación médico-paciente, está a la par del cambio observado en los otros elementos analizados en esta tesis, que tienen que ver con la valoración biosicosocial del paciente. Tal como se observa, en los resultados analíticos de este estudio, todos los elementos valorados mejoraron después de la aplicación de la intervención.

Esto último ha quedado bien establecido en otros estudios. Por ejemplo, es claro que una mejor relación médico-paciente permite analizar elementos biosicosociales y promover la autonomía del paciente. En el estudio de Fernández, se encontró que los médicos explicaron el diagnóstico y tratamiento a 85% y 88%

de los pacientes entrevistados, respectivamente, valores que son inferiores a los encontrados en este estudio luego de su aplicación. En una encuesta en 370 usuarios externos de un hospital de Iquitos en la ciudad de Lima, los pacientes opinaron que en 85% de las veces el médico les hizo entender su problema de salud y que en 72%, les explicó su tratamiento y cuidados a seguir (MINSA, 2005).

Refiriéndose al mismo tema, Mulanovich concluye que existe menos satisfacción con la información recibida sobre la enfermedad, que con la conducta del médico o con el aspecto afectivo de la relación médico-paciente (Mulanovich, 1989).

Se han encontrado factores que podrían influir en la autonomía del paciente durante la consulta, Cooper encontró que las mujeres médicos dan consultas con mayor participación del paciente que los profesionales varones (Cooper, 1999). Otros factores señalados en la participación son el estado emocional y grado de educación, según Back (Back, 2005). Cooper afirmó que los pacientes con etnicidad concordante a la de sus médicos participan más en la consulta y que los pacientes afro-americanos tienen, significativamente, menos participación en la entrevista que los blancos (Cooper, 1999).

De todas maneras, la relación médico-paciente, uno de los elementos de la globalidad influye incluso en la percepción del servicio de salud por parte de los pacientes. En una investigación efectuada por Ramos-Rodríguez, la satisfacción se asoció significativamente a la percepción de la calidad de la relación médico-paciente. Por tanto, señala la autora, que las características y actitudes que evaluamos en la relación médico-paciente realmente son importantes para el paciente y, por lógica, se asociarán a todos aquellos beneficios que la satisfacción de la consulta médica les trae, motivo por el cual deben ser tenidos en cuenta en cada acto médico. De igual modo, se asoció la intención de recomendación del médico y la satisfacción del usuario de manera significativa (Ramos-Rodríguez, 2008).

Ahora bien, luego de haber analizado algunos de los elementos evaluados en este estudio, es preciso volver a la propuesta de cambio implementada. Pues si bien, en el año 2009, inmediatamente después de aplicar la estrategia de cambio, los valores de cada uno de los ítems habían mejorado, éstos tuvieron un mejor porcentaje un año después. Podríamos suponer que, como se esperaba, se hubiera dado un cambio en la forma de pensar, y actuar de los médicos o profesionales de la salud ocasionado por la capacitación formativa recibida, que permitiera mejorar todos los aspectos de la globalidad; sin embargo, se observa una tendencia a mejorar la calidad de la atención holística con el pasar del tiempo, sin que se hubiera dado una continuidad a dicha capacitación. A pesar que el sistema de información aplicado (la historia clínica del paciente) no cuenta con un porcentaje similar de diagnósticos biosicosociales.

Una de las preguntas a formularse sería entonces, ¿logra la capacitación cambios en el personal de salud, en su organización y por tanto, en la calidad de la atención, no sólo a corto, sino a largo plazo?

Existen muchos tipos de capacitación y con disímiles objetivos. Al mismo tiempo, existen numerosos centros que imparten capacitación, así como muchos profesionales y expertos en este tema; sin embargo, esta discusión se centrará en un tipo de capacitación de reciente establecimiento, la dirigida hacia el cambio, "su finalidad no es aportar conocimientos, sino conseguir el cambio, es decir, cambiar a las personas, sus comportamientos, actitudes, sentimientos... para responder a las necesarias transformaciones que han de experimentar las organizaciones" (González, 2008 p. 2).

Según Von Krogh y sus coautores, "la creación de conocimiento depende ante todo de las relaciones de la organización. Para poder compartir el conocimiento personal, el individuo debe confiar en los demás, escuchar y reaccionar ante sus ideas..." (Von Krogh, et al. 2000, p. 4). Cambiar a las personas exige un cambio en su forma de actuar, de pensar y de ver el mundo, por tanto, debemos actuar directamente sobre sus actitudes, sobre sus predisposiciones hacia ciertos eventos o fenómenos, hacia las otras personas, hacia su trabajo y hacia su organización.

Pero esto no es nada fácil. De entrada, no todas las personas que acuden a una acción de capacitación para el cambio acuden con igual disposición; muchas se encuentran predispuestas. Algunas actitudes son positivas, y éstas ayudan y facilitan la transformación; otras, en cambio, son negativas y, por tanto, dificultan y obstaculizan el proceso. En este sentido, es frecuente encontrarnos con dos clases de comportamientos: resistencia o defensa (González, 2008). Para cambiar estos comportamientos se necesita de un proceso de desarrollo organizacional que comprenda a todos, así como de una serie de acciones pensadas, meditadas, planificadas y coordinadas entre ellas.

Ciertos enfoques destacan la importancia de la integración de los objetivos organizacionales y las metas individuales para lograr un ambiente organizacional propicio para el trabajo y proclive al cambio; ellos guardan relación con las prescripciones de Schein (1982), con respecto a la adaptabilidad organizacional. Schein, un estudioso del cambio y el mejoramiento organizacional, prescribe como norma la integración y el compromiso con los objetivos de la organización. Schein afirma que de este surge la motivación para cambiar cuando sea necesario. Otros autores, como Certo y Drucker (1986) y Barret (1973) coinciden en que aparecerán problemas administrativos cuando no exista alineación entre objetivos organizacionales y metas individuales. Drucker, sobre todo, es muy preciso al expresar que los objetivos de eficiencia y maximización de beneficios no bastan por sí solos para garantizar el mejoramiento, la innovación y el cambio en las organizaciones (Sulbaran, 1998).

Por tanto, y de acuerdo a lo mencionado, un cambio en los profesionales de la salud secundario a una capacitación, es posible siempre y cuando los objetivos de ésta estén destinados a modificar conductas, actitudes, paradigmas; y dispongan de herramientas para ponerlas en marcha. Dos ejes del cambio, son entonces, la

cultura y clima organizacional, y probablemente fueron éstos dos elementos los que permitieron en el caso de la investigación realizada, alcanzar una mejor valoración de la globalidad después de un año de implementada la propuesta.

Si bien es cierto, la cultura y clima organizacional no fueron objetos de este estudio; sin embargo, durante los grupos de interés mantenidos con el personal de salud, se evidenciaron algunos factores que interfieren la calidad de la atención relacionada con la globalidad. En efecto, algunos cambios en la organización funcional del servicio de salud, como la aplicación de las citas programadas, la realización de postconsulta, el mejoramiento del tiempo efectivo de cada consulta, que tuvieron especial empuje en el año 2010, pudieron ser factores intervinientes en el cambio observado, a nivel de la globalidad de la atención.

Por otro lado, si se retorna al modelo conceptual del problema, se puede observar cómo mediante la capacitación y reorganización del servicio de salud se ha actuado sobre el sujeto (médico, profesional de la salud), los instrumentos (conocimiento), y la división del trabajo: lo cual ha permitido fortalecer la globalidad de la atención en el CS Chimbacalle.

Es claro que al mejorar la globalidad de la atención, se renovará también la calidad de la atención en todos sus otros elementos. En los ensayos controlados de Kaplan y Col se demostraba que aspectos específicos de una buena comunicación médico-paciente y de la valoración biosicosocial del paciente (medidos con grabaciones de audio de las entrevistas) estaban estrechamente relacionados con los resultados de salud medidos objetivamente (presión arterial y HbA1c), con escalas de estado funcional (RAND-13-items, functional status questionnaire) y con la salud subjetiva.

En segundo lugar, la mejora de la globalidad de la atención también se ha relacionado con otras variables de proceso (Winefield, et al. 1995): una mayor participación del paciente en las decisiones, mayor cumplimiento de las expectativas del paciente y su satisfacción, mayor satisfacción profesional y mayor adherencia a los tratamientos (Roter, 1997). Estas variables de proceso serían factores intermedios entre la mejor relación médico-paciente, los resultados de salud y la utilización. Si una persona participa más en la toma de decisiones del médico, cumple mejor con los tratamientos y aumenta la probabilidad de curarse-controlarse de la enfermedad que padezca. Si una persona está más satisfecha con su médico también mejora su percepción de salud y su adherencia a los tratamientos, mientras que una baja satisfacción del médico se relaciona con una mayor utilización de sus pacientes (Ruiz, et al. 2000).

Y en tercer lugar, la globalidad se ha relacionado con una mejora en la gestión del tiempo de consulta, de tal modo que los médicos que han desarrollado aspectos tan importantes como la empatía, la exploración de creencias y expectativas de los pacientes, o la participación del paciente en las decisiones, han consumido el mismo tiempo de consulta que los que no lo hacen (Winefield, et al., 1995). Incluso, aunque se consumiera más tiempo de entrevista, se trataría de una inversión de futuro; ya que, como ya hemos comentado, al mejorar la

eficiencia (menos pruebas complementarias) y los resultados de salud, los pacientes tendrían menos necesidad de utilizar las consultas.

Por último, es entonces innegable la importancia de todo proceso destinado a mejorar la globalidad de la atención. La capacitación vinculada al cambio, juntamente con una adecuada organización institucional, sería una respuesta para lograr que una alternativa de solución a un problema identificado tenga impacto, con los resultados esperados en beneficio de la población.

La capacitación y reorganización del servicio de salud orientada a mejorar la calidad de la atención debió principalmente fundamentarse en un cambio en la concepción desde el paradigma biomédico a uno sistémico. En efecto, no podría haberse generado un cambio en la globalidad de la atención en el CS Chimbacalle, sin la modificación de esta concepción de la salud. Por tanto, la capacitación permitiría que el recurso humano maneje un concepto de la atención en salud más global, y esto influya en su práctica diaria.

Pese a haberse producido una mejora de la calidad de la atención desde la percepción del paciente, se puede observar que la historia clínica todavía carece de diagnósticos biosicosociales, lo que manifestaría un enfoque sistémico de la salud todavía limitado, y especialmente demarcado por una persistente biologización de la salud. Esta situación podría influir negativamente en el resultado deseado, pues impediría un empoderamiento del recurso humano con los elementos de la calidad de la atención considerados en esta investigación, y que tienen que ver cómo se concibe la salud de la población.

Por tanto, se requiere más mecanismos destinados a mirar la salud y los procesos de atención en salud como un conjunto de elementos dentro de un sistema, cambiante en el tiempo, pero interrelacionados entre sí y con el medio externo. Y aún más, se requiere “ver” al paciente, como un sistema en sí, independiente y al mismo tiempo influido por los cambios en el entorno, donde no es suficiente curar un órgano o una enfermedad, administrar una pastilla, aplicar un procedimiento; sino, donde es preciso, y la calidad de la atención así lo exige, identificar las perturbaciones que afectan su complejo sistema humano; con la finalidad de fortalecer su potencialidad.

11. CONCLUSIONES

La calidad de la atención, en sus diferentes componentes, supone la concepción de la salud desde un punto de vista sistémico, donde no se puede excluir la preponderancia de los determinantes psico-sociales sobre los biológicos en la valoración del paciente; por tanto, la globalidad de la atención que considera observar al paciente en todo su ser biopsicosocial, es un componente clave en la determinación de una atención con calidad. No puede concebirse un mejoramiento en la calidad de la atención sin un cambio previo de paradigmas que permitan

definir a la salud no sólo como la ausencia de enfermedad. Prima la importancia de “conducir” los nuevos procesos asistenciales en salud hacia una concepción sistémica, paso fundamental para generar cambios en materia de globalidad de la atención.

La presente investigación, pretendió, a través de una capacitación, contribuir a un cambio de paradigmas en la percepción del personal de salud, que permitan modificaciones en su práctica diaria y así brindar una atención global.

El fortalecimiento de la calidad de la atención exige también una revisión de los elementos subyacentes, como la relación médico-paciente y la autonomía del paciente en la consulta. Precisamente, muchos de los factores influyentes dependen de una adecuada comunicación con el personal, que no puede darse sin un cambio en sus conductas, actitudes y pensamientos. Estas modificaciones requieren también un “salto” desde la visión cartesiana de observar el problema por elementos separados, hacia una visión sistémica, donde las causas y las consecuencias del problema son interdependientes; sólo así, podría ofrecerse al paciente soluciones oportunas y coherentes con sus problemas de salud.

Tanto la valoración biopsicosocial, como la autonomía del paciente dependen de ese vínculo médico-paciente; por tanto, son elementos estrechamente relacionados, que no pueden mejorar por sí solos. A su vez, fortalecer cualquiera de ellos tiene una consecuencia positiva sobre la calidad de la atención en general. La limitada valoración de estos tres, evidente en la investigación actual, se fortalecieron por un proceso que involucró la capacitación formativa del personal de salud y la reorganización del servicio.

La alternativa de cambio planteada en este estudio, mediante la investigación acción, permitió que a partir de la modificación del recurso humano, se observe al paciente desde otro aspecto que no sea el meramente biológico; esta situación fue permanente en el tiempo (valoración del impacto en el estudio). Podría decirse que se incidió en un cambio de paradigmas en el recurso humano y dio paso a ciertas modificaciones en la práctica diaria.

La opción aplicada en esta investigación puede considerarse una “capacitación dirigida al cambio”, que permitió modificar la atención del servicio pediátrico del CS Chimbacalle, cambiando estructuras organizacionales en beneficio de una atención con mayor globalidad. Sin embargo; aún queda pendiente el determinar el alcance de ese cambio aparentemente generado por la capacitación, e identificar si la visión sistémica se aplica a todos los procesos implicados en la salud.

En relación con los objetivos planteados:

- Mediante la capacitación realizada, se observó un cambio en la atención de los profesionales de salud con un enfoque más sistémico, por tanto, puede concluirse que se logró una capacitación “dirigida al cambio”.

- La globalidad de la atención, medida a través de encuestas post consulta realizadas a los usuarios externos, presentó un incremento en todos los componentes analizados, incluyendo la valoración biopsicosocial, la relación médico-paciente y la autonomía del paciente para tomar decisiones sobre su propia salud.
- La reorganización funcional del servicio, aplicada mediante la realización de citas programadas y el restablecimiento de la post consulta, fueron elementos indispensables para lograr modificaciones en la calidad de la atención, que incluso permitieron que los cambios se mantengan o mejoren en el tiempo.
- Después de la implementación de la alternativa propuesta, se produjo un cambio en la percepción de la salud por parte del personal: demostrado con la valoración de las encuestas aplicadas a los usuarios externos.

En referencia a la metodología empleada, ésta permitió promover un proceso de capacitación dirigido al cambio, además logró que el personal reconociera las dificultades desde el punto de vista de organización del servicio, con la intención de que se generen soluciones propuestas por el mismo personal de salud, con el objetivo de asegurar su empoderamiento; hecho que puede notarse por la persistencia de una atención más global, después de un año de seguimiento.

Tanto el personal de salud como la comunidad percibieron la ventaja de ofrecer una atención con mayor globalidad, tal como puede observarse en la atención brindada por el personal y en lo referente al incremento de la satisfacción del paciente con el servicio de salud.

12. RECOMENDACIONES

El objetivo de la presente investigación fue valorar los cambios en la globalidad de la atención con la alternativa propuesta; sin embargo, se requiere un análisis adicional del cambio en los paradigmas del recurso humano generado tras la aplicación de la intervención. Es preciso aplicar, además, procesos a largo plazo, que fortalezcan la visión sistémica de la salud, tanto en el personal como en los pacientes y la comunidad.

Es preciso que el CS Chimbacalle valore otros aspectos que pueden influir sobre la globalidad de la atención. Por ejemplo, faltaría revisar qué elementos, desde el punto de vista del paciente, pueden ser determinantes.

Se recomienda aplicar la metodología empleada en esta investigación-acción para fortalecer la integralidad de la atención en los otros servicios y otras unidades operativas, de similares condiciones y evaluar los resultados obtenidos.

Es importante para la Salud Pública y para quienes dirigen su actividad diaria al cuidado de los pacientes, desarrollar e incrementar todas aquellas estrategias que

permitan fortalecer la globalidad; esto asegurará que la atención ofertada sea de calidad, y evitará gastos inoportunos en el sistema de salud; sin embargo, cabe recordar que para lograr este cambio debe producirse una reflexión de paradigmas en quienes trabajan en actividades asistenciales y salubristas, con un salto desde lo biologicista hacia lo sistémico. Se requerirán procesos que fomenten la concepción sistémica de la salud, visualizarla integralmente: la *atención con globalidad* debe convertirse en un requisito fundamental.

13. BIBLIOGRAFÍA

ALFARO A, ATRIO R. *Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño hospitalizado*. Revista Pediátrica Electrónica. Chile 2009, Vol. 6, N°1. ISSN 0718-09182009; 1: 1-5.

ALVES V. *A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation*. Interface - Comunic. Saúde, Educ., v.9, n.16, p.39-52, Botucatu, set.2004/fev.2005.

AYRES, J. *Care and reconstruction in healthcare practices*, Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.8, n.14, p.73-92, Botucatu, set.2003-fev.2004.

BACK A, ANTOLD R, BAILE W, TUSKY J. *Approaching difficult communication task in oncology*. CA Cancer J Clin. USA 2005; 55:164-77.

BARRERA, F y COLS. *Participación de la madre y la familia en la atención del niño hospitalizado: Análisis histórico y visión del futuro*. [Versión electrónica]. Revista Chilena de Pediatría. 2007; 78 (1). 85-94.

CAMBRA F. *Consentimiento informado en pediatría*. Barcelona, Instituto Boja de Bioética. Hospital Sant Joan de Déu, 2006.

CAPRA F. *O Ponto de Mutacao*. 20 a rev. ed. Brasil: Editora Cultrix Ltda., 1997.

Chile Crece Contigo. *Modelo biopsicosocial en el Servicio de Pediatría del Hospital Higuera*. 2006. disponible en: www.mednet.cl/medios/eventos/.../EquipoTalcahuanoPTO13.ppt

COOPER L, GALLO J, GONZÁLEZ J, VU HT, POWE N, Nelson C, Ford D. *Race, gender and partnership in the patient-physician relationship*. JAMA. 1999; 262:583-9.

COTTRELL L, NIELD L, PERKINS K. Effective interviewing and counseling of the adolescent patient. Pediatric Ann, 2006; 35(3): 164-166.

CRUZ - HERNANDEZ M. Un renovado reto en la formación pediátrica: la relación médico-paciente-familia. Educación Médica Barcelona 2004; 7(4): 119-124

DEBROUWERE I, PESSE K. Lineamientos para una metodología de enseñanza-aprendizaje sobre investigación en sistemas de salud. Documento para discusión. Instituto de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica del Ecuador; Quito, 2006.

HERNÁNDEZ L. *Potencial humano: una concepción de la salud desde el paradigma sistémico de investigación*. Disponible en: bibliotecavirtual.clacso.org.ar.

EMANUEL E, EMANUEL L. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En: Counciro A (editora). *Bioética para clínicos*. Editorial Triacastela, Uruguay. 1999. ISBN 84-921418-9-1, págs. 109-126

EI GEBALY H, HESS R, BRANCICH C, WASZAK C. El programa de la Estrella Dorada en Egipto. Mejorías en la atención y mayores expectativas. Population Information Program, Center for Communication Programs. The Johns Hopkins University School of Public Health, Volumen XXVI, Número 3, 1998.

EPSTEIN R, BORTELL F. *Pudor, honor, and autoridad: the evolving patient-physician relationship in Spain*. Patient Education and Counselling. 2001; 45:51-7.

FELLOWES D, WIKINSON S, MOORE P. *Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/or carers*. Cochrane Database Syst. London. 2004; CD003751.

FERNÁNDEZ J. *Grado de satisfacción del usuario externo en los servicios de consulta externa del Hospital Militar Geriátrico*. Tesis para optar por el título de especialista en medicina integral y gestión en salud. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú; 2003.

FRED D. La gerencia Estratégica. Fondo editorial LEGIS. Serie empresarial Tercera impresión, Bogotá, COLOMBIA. 1990.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Convención de los Derechos del Niño. México. UNICEF, 1990.

GONZÁLEZ C. *Capacitación para el cambio*. Acimed. 2008; 17(4). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/aci/v17n4/aci02408.pdf>.

KAPLAN SH, GREENFIELD S, WARE JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. Med Care 1989; Volumen 27 N°3.

LAÍN ENTRALGO. *La relación médico-enfermo*. Historia y teoría. Madrid, Revista de Occidente, 1964.

LEEBOV W. ERSOZ C. J. Manual de Administradores de Salud para el Mejoramiento Continuo. American Hospital Publishing, traducción del Centro de Gestión Hospitalaria; 1991

MATURANA H, VARELA F. Autopoyesis and cognition. The realization of the living. Boston Vol. 42. Dordrecht D. Reidel Publishing Co. 1980.

MERCENIER P, VAN BALEN H. Bases de la organización de los servicios de salud. 1er Curso de Post-grado en Medicina Tropical; Bolivia, 1997. p. 55-58.

MIETTOLA J, MANTYSELKA P, VASKILAMPI T. Doctor-patient interaction in Finnish primary health care as perceived by first year medical students. BMC Medical Education. 2005; 5:34-40.

MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ. *Encuesta de satisfacción de usuarios del Hospital César Garayar García* [Informe técnico]. Lima: MINSA, Unidad de gestión de calidad en salud; 2005.

MULANOVICH V. *Relación médico-paciente en servicios docentes de hospitalización del servicio de medicina*. Tesis de Bachiller para optar por el título de médico-cirujano. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú; 1989.

PARÍS M. *Formación - Aprendizaje Organizacional: ¿Relación suficiente para construir una organización inteligente?* Revista electrónica psicología científica. Argentina, 2011.

RAMOS-RODRÍGUEZ C. *Percepción de las relaciones médico-pacientes por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina* Lima. An Fac med.2008; 69(1):12-6.

RODRÍGUEZ A, MARTINÓN J. El consentimiento informado en pediatría. Aspectos prácticos. Cuadernos de bioética. 1995; 6(22): págs. 188-195.

ROTER DL, STEWART M, PUTNAM SM, LIPKIN M, STILES W, INUI TS. *Communication patterns of primary care physicians*. JAMA 1997; 227: 350-356.

RUIZ R, MUÑOZ M, ALBA M, PÉRULA L. *Effectiveness of a patient-centered approach in patient attending primary care surgeries for chronic musculoskeletal pain/fibromyalgia*. IV International conference on Health & Communication. Barcelona 2000.

SÁNCHEZ J. La relación médico-paciente. Algunos factores asociados que la afectan. Rev CONAMED 2007; 12 (1): págs.20-28.

SULBARÁN JP. *El rol de la gerencia en el proceso de cambio*. Revista de Economía. 1998(14). Disponible en: http://iies.faces.ula.ve/Revista/Articulos/Revista_14/Pdf/Rev14Sulbaran.pdf.

TENA C, SÁNCHEZ-GONZÁLEZ J. Medicina asertiva: una propuesta contra la medicina defensiva. Ginecol Obstet Méx 2005; 73(10): págs. 553-559.

TORNEY M, ALLIGOOD R. Modelos y Teorías en Enfermería. (5ª Ed). Madrid, 2003. Elsevier Science.

VELASCO S. *Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en atención primaria de salud.* Secretaría General de Políticas de igualdad, Instituto de la Mujer. Madrid, 2006.

WINEFIELD HR, MURRELL TG, CLIFFORD J. Process and outcomes in general practice consultations: problems in defining high quality care. South Australia Soc Sci Med 1995; 41: 969-975.

ANEXO 1

Guía análisis situacional trabajo de campo

EJE TEMÁTICO	VARIABLE	INDICADOR	FUENTE	TÉCNICA	REFERENTE	RESULTADOS
CALIDAD DEL SERVICIO	ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA	Total de distancias en Km del centro de salud a las comunidades asignadas	Mapa del distrito metropolitano	Revisión documental I: matriz	Investigar y justificar	Mapa
	ACCESIBILIDAD ECONÓMICA	Formas de pago del usuario al servicio	Registros de Dpto. Financiero	Revisión documental I: lista de chequeo	Seguro comunitario	Gratis Por acto
		Promedio de gastos directos más indirectos de los usuarios en su última consulta	Usuarios	Encuesta I: cuestionario		5.6 dólares
		Percepción de costo de la atención por los usuarios	Usuarios	Entrevista I: guía de entrevista		La mayoría refieren que el servicio no es costoso
	ACCESIBILIDAD CULTURAL	Percepción del servicio de salud por cada grupo étnico	Usuarios	Entrevista I: Guía de entrevista	Muy buena percepción	No se realizó
	PERMANENCIA	Cumple con el horario de acuerdo a las necesidades de la población	Registros de unidades de salud. Usuarios	Revisión documental I: Check list. Encuesta I: Cuestionario	Atención permanente en el 80% de UO	Se atiende 24 hs
	EFFECTIVIDAD	Número de actividades realizadas en un año / actividades programadas en un año	Registros de unidades operativas	Revisión documental I: Check list.	Normas MSP, cumplimiento del 90%	
		Número de pacientes que perciben curados en su última morbilidad/ Total de pacientes encuestados	Usuario	Entrevista	90%	86%

	PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN COLECTIVA	Número de visitas de la Brigada de Salud en las que se realizaron actividades integrales / Total de visitas de la brigada	Registros de las brigadas de salud	Revisión documental I: check list	70%	0%
		Número de visitas domiciliarias realizadas/ Total de visitas programadas	Registros de área	Revisión documental I: check list	90%	29.5%
CALIDAD DE LA ATENCIÓN	CONTINUIDAD INTRAEPISODIO	Número de pacientes que son observados hasta que finalice el problema agudo / Total de pacientes con morbilidad aguda atendidos	Historia clínica. Partes diarios	Revisión documental I: check list	80%	24.5%
		Número de tratamientos completos / Número de tratamientos prescritos	Usuario	Encuesta	100%	45%
	CONTINUIDAD INTER-EPISODIO	Número de consultas preventivas por cada usuario / Total de consultas del usuario	Historia clínica	Revisión documental I: check list	Grupos específicos: normas del MSP. Adultos 1 por año	1.13 son consultas preventivas de 3.23 consultas al año
	INTEGRACIÓN	Número de consultas en que se realizan actividades de promoción, prevención, curación / Total de consultas	Usuario. Observación	Encuesta I: cuestionario. Guía de Observación	90%	40%
	INTEGRALIDAD	Número de consulta en las que se indaga sobre condiciones biopsicosociales / total de consultas	Historia Clínica usuarios	Encuesta I: cuestionario	90%	1.9%
	RELACION MÉDICO-PACIENTE	Número de usuarios que recibieron información del diagnóstico y tratamiento / total de pacientes atendidos	Usuarios. Observación	Encuesta I: cuestionario. Guía de Observación	90%	86%

		Número de pacientes que se dio opciones para elegir su tratamiento / Total de pacientes atendidos	Usuarios	Encuesta I: cuestionario	80%	31%
		Percepción de pacientes sobre relación médico paciente	Usuarios	Entrevista I: guía de entrevista	Muy buena relación	50 % refieren buena relación 20% muy buena 30% regular
	RACIONALIDAD DE LA CONSULTA CURATIVA	Numero de prescripciones de acuerdo al diagnostico / Total de prescripciones	Archivo de recetas e historias clínicas	Revisión documental I: matriz	95%	82%
		Número de solicitudes de exámenes de laboratorio pertinentes / Total de exámenes solicitados	Historias clínicas Registros de laboratorio	Revisión documental I: check list	100%	70%
		Número de estudios de imagen solicitados pertinentes / total de exámenes solicitados	Historias clínicas. Registro de imágenes	Revisión documental I: check list	100%	66%
	RACIONALIDAD DE LA CONSULTA PREVENTIVA	Nivel de conocimiento del personal de programas preventivos	Profesionales responsables	Entrevista I: guía de entrevista	Conocimiento	Sí existe
CALIDAD DE LA RED	REFERENCIA	Número de referencias realizadas en consultas de morbilidad/total de consultas de morbilidad	Registros de la unidad	Revisión documental I: check list	10%	0.1%
		Número de referencias justificadas/total de referencias	Registros de la unidad	Revisión documental I: check list	90%	83%
	GESTIÓN DE REFERENCIA	Número de referencias que contaron con ayuda del proceso/total de referencias	Registros de la unidad	Revisión documental I: check list	90%	No aplicable por sesgo en recolección de información
	CONTRARREFERENCIA	Número de contrarreferencias hechas/total de referencias	Registros de la unidad	Revisión documental I:	100%	0%

				check list		
GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	FORMAS DE CONTRATACIÓN	Formas de remuneración al personal	Registros de la unidad	Revisión documental I: lista de chequeo		médicos: Riesgo compartido 11, Ley 31, Fonnin 6, Direc P 1, Contrato de ER 2
	CANTIDAD	Número de personal disponible	Nomina de personal del Área	Revisión documental I: lista de chequeo	Normas MSP	Médicos: 51 Enfermeras y aux: 27
	ESTRUCTURA DEL PERSONAL	Personal con perfil adecuado al cargo desempeñado / Total de personal contratado	Hoja de vida y Contrato	Revisión documental	100% de coherencia y correspondencia	No realizado
		Número de consultas realizadas / horas en consulta	Registros de Área	Revisión de documentos I: check list	Estándar MSP	3 CONSULTAS por hora
		Número de personas atendidas / Total de personal de salud	Registros de Área	Revisión de documentos I: check list	Estándar MSP	Med: 79929/40 = 1998 x año Enf: 79929/27 = 2960 x año
GESTIÓN FINANCIERA	ESTRUCTURA DE GASTO DEL PRESUPUESTO	Cuadro de distribución del gasto	Registro de la unidad	Revisión documental I: check list		
GESTIÓN DE MEDICAMENTOS	SELECCIÓN	Existencia de comité de farmacología en el área de salud	Registros del Área	Revisión Documental I: check list	Que exista el comité	Sí
		Selección de medicamentos en base a perfil epidemiológico	Lista de medicamentos del área Registro del área	Revisión documental I: check list	90%	50%
		Número de medicamentos esenciales existentes / Total de medicamentos	Registros farmacia	Revisión documental	MSP	

	ABASTECIMIENTO	Número de medicamentos genéricos adquiridos / Total de medicamentos adquiridos	Registros Farmacia	Revisión documental I:check list	80% genéricos	72/89 * 100 = 80%
		Calculo de stock mínimo y máximo	Registros de Farmacia	Revisión documental I:check list	No rebasen los limites	Ruptura de stock en junio julio y agosto
	ALMACENAMIENTO	Nivel de conocimiento y cumplimiento de normas de almacenamiento	Personal de farmacia	Observación I: Guía de observación	100% de conocimiento	90% de conocimiento
	DISTRIBUCIÓN	Frecuencia de distribución de medicamentos según las necesidades de la UO	Personal UO. Registros del área	Entrevista I: guía de entrevista. Revisión documental I: check list	Distribución permanente	Tres meses sin
		Medicamentos recibidos por la UO / total medicamentos solicitados por la UO	Registro de Farmacia y bodega	Revisión documental I:check list	90% de entrega	9/12 * 100 = 75%
	UTILIZACIÓN	Número de medicamentos entregados / número de recetas emitidas	Registros de Farmacia. Historia clínica	Revisión documental I:check list	60%	NO realizado por qué no hay un registro de total recetas emitidas
		Medicamentos genéricos prescritos / Total prescripciones	Archivo de recetas	Revisión documental I:check list	80%	
PROTECCIÓN SOCIAL	CONSEJOS DE SALUD	Número de consejos de salud funcionando/total de consejos de salud organizados	Actores Sociales. Equipos de salud. Actas de reuniones	Revisión documental I: check list Entrevistas	100% funcionando	
		Número de aportaciones generadas por la comunidad y puestas en práctica / Número total de aportaciones	Actas y registros de reuniones	Revisión documental I: check list Entrevistas	70%	

SITEMA DE INFORMACIÓN	HISTORIA CLÍNICA	Número de historias clínicas que contengan hoja de síntesis / Total de historias clínicas	Historias clínicas	Revisión documental I: lista de chequeo	90%	0%
	FICHA FAMILIAR	Número total de fichas familiares / Total de población atendida en 1 año	Estadística del área	Revisión documental I: lista de chequeo	90%	0%
	HOJAS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	Número de hojas de referencia y contrareferencia completas / Total de hojas emitidas	Historias clínicas	Revisión documental I: lista de chequeo	90%	0%
	PARTE DIARIO	Numero de partes adecuadamente llenados en el último trimestre / Total de partes diarios del mismo tiempo	Parte diario	Revisión documental I: lista de chequeo	100%	72%

ANEXO 2

GUÍA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN

Fecha:

1.- ¿Cómo siente que le trató el servicio?

Marque donde cree usted que se sintió si 1 es malo y 10 es muy bueno.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----
10

Durante la consulta el médico le comentó:

2. ¿Sobre alimentación?

Si () No ()

3. ¿Cómo vivir mejor?

Si () No ()

4. ¿Qué beneficios tiene las vacunas?

Si () No ()

5. ¿Qué beneficios tiene la papilla?

Si () No ()

6. ¿Cómo arreglar su casa?

Si () No ()

Durante la consulta el médico le preguntó sobre:

7. ¿Cómo se siente usted?

Si () No ()

8. ¿Qué relación tiene con su familia?

Si () No ()

9. ¿Cómo le afecta la crisis económica?

Si () No ()

10. ¿Le explicó el médico sobre la enfermedad?

Si () No ()

11. ¿Le explicaron sobre los medicamentos que le dieron?

Si () No ()

12. ¿El médico le dio a escoger el medicamento o las posibilidades que tenía para curar su enfermedad?

Si () No ()

13. ¿Cómo se sintió la relación con el médico?

Muy serio () Serio () Amigable () Muy amigable ()

14. ¿Cómo le atendió el médico?

Marque donde cree usted que se sintió si 1 es mal y 10 es muy bueno.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----
10

15. ¿Cómo le atendieron en enfermería? marque donde cree usted que se sintió si 1 es mal y 10 es muy bueno.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----
10

16. ¿Cómo le atendió el personal de salud desde que llegó al centro de salud? Marque donde cree usted como lo atendieron si 1 es mal y 10 es muy bueno.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----
10

17. ¿Cómo lo trataron en información?

Marque donde cree usted que se sintió si 1 es mal y 10 es muy bueno.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----
10

18. ¿Cómo lo trataron al coger el turno?

Marque donde cree como lo trataron si 1 es mal y 10 es muy bueno.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----
10

19. ¿El tiempo de espera desde que llegó hasta que le atiendan fue?

1 hora () 2 horas () 3 horas () mas 4 horas ()

20. ¿En su última consulta por enfermedad cuánto gastó?

Marque con una x, incluya medicamentos, transporte y otros.

Menos de \$1 () Entre \$1 a 5 () Entre \$5 a 10 () Más de \$10 ()

21. Si podría cambiar algo desde que llegó al centro de salud. ¿Qué sería?

