

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 INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS Y
SISTEMAS DE SALUD.**

**TEMA: “Utilización del modelo de Piot adaptado, para mejorar la
accesibilidad a una atención oportuna en el Subcentro de Salud de
Bolívar.”**

AUTORA: Dra. Rossemary Sinche Silva.

DIRECTOR DE TESIS: Máster Gady Torres.

Quito – Marzo 2012

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **ROSSEMARY PIEDAD SINCHE SILVA**, con **Cédula de Ciudadanía N°1102869128**, autora del trabajo de graduación titulado **“UTILIZACIÓN DEL MODELO DE PIOT ADAPTADO PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD A UNA ATENCIÓN OPORTUNA EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE BOLÍVAR”**, previa a la obtención del grado académico de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD** en el Instituto de Salud Pública de la Facultad de Medicina.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Quito, 11 de junio de 2012

Dra. Rossemary Piedad Sinche Silva

C.C.110286912-8

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme dado la oportunidad de estudiar esta maestría, a mi familia por su apoyo en mi idea de continuar estudiando.

A mi formadora de campo y primera Directora de tesis Mst. María Eulalia Butiña, máster Gady Torres por su apoyo como Director de esta tesis, Mst. Rosita Chiriboga, Tutora Metodológica, quienes con su experiencia, conocimientos, han apoyado y guiado este trabajo de investigación.

A cada uno de mis maestros que con su paciencia y constante esfuerzo me brindaron sus conocimientos y asesorías.

A la Universidad Católica del Ecuador, al Instituto de Salud Pública y a todas sus directivos por coordinar esta maestría, así como también a cada una de las instituciones del cantón Bolívar, Área de Salud Número 2 del Carchi, al equipo de trabajo del Subcentro de Salud de Bolívar quienes me facilitaron la información y brindaron la colaboración necesaria.

DEDICATORIA

A mis padres por su apoyo desinteresado;
a mi esposo Ludwig, a mis hijos Diego Mauricio y Evelyn Angélica:
mi mayor fuente de motivación.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTO	i
DEDICATORIA	ii
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Importancia y justificación de la Investigación	2
2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
3. MARCO TEÓRICO	4
3.1 Análisis de la situación	4
3.1.1 Población de Responsabilidad	4
3.1.2 Frecuencia de Morbilidad esperada	5
3.1.3 Percepción de Morbilidad	7
3.1.4 Motivación	8
3.1.5 Tiempo de Espera	9
3.1.6 Continuidad	11
3.2 Modelo Conceptual de Referencia	14
3.3. Conocimientos y Experiencias Previas	17
4. PROPÓSITO Y OBJETIVOS	22
4.1 Finalidad	22
4.2 Objetivo General	22
4.3 Objetivos Específicos	23
5. HIPÓTESIS DINÁMICA DE CAMBIO Y ESTRATEGIAS ELEGIBLES	25

6. METODOLOGÍA	24
6.1. Identificación de Actores y sus relaciones.....	24
6.2. Parámetros Operacionales.....	26
7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	28
7.1 Evaluación Operativa.....	28
7.2 Evaluación Analítica.....	31
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	36
8.1 Conclusiones.....	36
8.2 Recomendaciones.....	37

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Páginas

GRÁFICO No. 1

Tiempo en minutos por usuario medido en cada uno de los subprocesos del Proceso de Atención médica en el Subcentro de Salud de Bolívar durante año 2007, antes de la intervención.....10

GRÁFICO No. 2

Distribución de los tiempos de espera en el Subcentro de Salud de Bolívar Año 2007.....10

GRÁFICO No. 3

Modelo de Accesibilidad al servicio de salud.....15

GRÁFICO No. 4

Posibles dominios del concepto de “accesibilidad”.....18

GRÁFICO No.5

Tiempo en minutos por usuario, medido en cada uno de los subprocesos del proceso de atención médica en el Subcentro de Salud de Bolívar después de la intervención Septiembre 2010.....33

GRÁFICO No.6

Promedio de tiempo de usuario en minutos, por subproceso de atención, antes y después de la intervención Septiembre 2007-diciembre 2010.....34

ÍNDICE DE TABLAS

	Páginas
TABLA No. 1	
Diez primeras causas de morbilidad año 2010 en el Subcentro de Salud de Bolívar.....	7
TABLA No. 2	
Modelo Análisis de Accesibilidad Oportuna adaptado del Modelo de Piot y Julio Frenk aplicado al Subcentro de Salud de Bolívar año 2007.....	13
TABLA No. 3	
Parámetros Analizados.....	3
TABLA No. 4	
Modelo de Análisis de Accesibilidad Oportuna adaptado del Modelo de Piot y Julio Frenk aplicado al Subcentro de Salud de Bolívar en el año 2010.....	32

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO DE TABLAS

TABLA No.1

Población de Responsabilidad del Subcentro de Salud de Bolívar distribuido por grupos etarios. Año.2007.

TABLA No.2

Población de responsabilidad del Subcentro de Salud de Bolívar distribuida por grupos etarios Año 2010.

TABLA No.3

Recetas despachadas en el Subcentro de Salud de Bolívar. Años 2007-2010.

TABLA No.4

Tiempo Promedio-Máximo y Mínimo en minutos medido en cada uno de los subprocesos del Proceso de Atención médica en el Subcentro de Salud de Bolívar.

TABLA No.5

Coberturas de algunos programas del Subcentro de Salud de Bolívar.

TABLA No.6

Morbilidad en el Subcentro de Salud de Bolívar Año 2007.

TABLA No.7

Morbilidad en el Subcentro de Salud de Bolívar Año 2010.

TABLA No.8

Posibles hipótesis causales de Tiempo de espera en el Subcentro de Salud de Bolívar.

TABLA No.9

Matriz de Marco Lógico.

TABLA No.10

Plan de Actividades.

TABLA No.11

Instrucciones Operativas.

ANEXO DE INSTRUMENTOS

Encuesta para investigar problemas existentes en Subcentro de Subcentro de Salud de Bolívar.

Resumen Ejecutivo

El presente estudio es una introducción a una Investigación - Acción en el sistema local de salud de la parroquia Bolívar de la provincia del Carchi, se realiza en el Subcentro de salud de Bolívar perteneciente al área de salud No 2 del Ministerio de Salud Pública, cuya población de responsabilidad es de 5245 habitantes a marzo del 2012.

Este trabajo está centrado en el análisis de un problema básicamente relacionado con barreras de accesibilidad a una atención oportuna en el Subcentro de Salud de Bolívar, por largos tiempos de espera, y por barreras de tipo organizacional.

Una vez identificado el problema se decide realizar una Investigación – Acción; para abordarlo se construye un modelo conceptual de referencia sobre la accesibilidad a una atención oportuna, el cual constituye el punto de partida de esta investigación en servicios de salud. Este modelo se inspira en los dominios de accesibilidad planteado por Julio Frenk y en un análisis operativo según el modelo de M. Piot.

El modelo utilizará los siguientes parámetros:

- a) Parámetro Epidemiológico que en este caso lo llamaré frecuencia de morbilidad.
- b) Parámetro sociológico: Percepción de morbilidad y motivación para utilizar el servicio de salud.
- c) Parámetro Operacional: Tiempo de espera menor a sesenta minutos y continuidad en la atención.

La hipótesis plantea que modificando los parámetros de motivación, tiempos de espera y continuidad, se mejorará la posibilidad de acceso a una atención oportuna al Subcentro de Salud de Bolívar. Los objetivos específicos se orientan básicamente a reducir los tiempos de espera, mejorar la motivación, la continuidad. Tratando de buscar un modelo conceptual de referencia se intenta aplicar el Modelo de Piot adaptado para analizar un problema horizontal; pero encuentro una serie de obstáculos para la selección de indicadores, no puedo aplicarlos en forma secuencial ya que Piot es un modelo que se usa específicamente para analizar problemas verticales.

Este estudio ha sido ejecutado en dos fases: en la primera se realiza un estudio descriptivo transversal, basado en datos estadísticos, encuestas y observaciones durante el año 2007; en la segunda fase longitudinal se plantean estrategias de cambio, evaluación operativa analítica y comparación de los dos periodos analizados antes y después de las intervenciones.

Con una mejor organización del servicio, la redistribución de espacios físicos y la implementación de un sistema de citas, la posibilidad de accesibilidad a atención oportuna en el Subcentro de salud de Bolívar que en el año 2007 fue de 0,23 en el año 2010 asciende a 0,26. Este resultado ha sido mejorado gracias a la reducción de tiempos de espera. La Motivación se incrementa de 0,30 % a 0,50% en el 2010; el 2% de los usuarios en el 2007 esperaban menos de 60 minutos; en el año 2010 el 41% de usuarios espera menos de 60 minutos para ser atendidos.

Palabras clave: Accesibilidad, atención oportuna, continuidad.

1. INTRODUCCIÓN

El presente estudio es una introducción a una Investigación - Acción en el sistema local de salud de la parroquia Bolívar, provincia del Carchi; se realiza en el Subcentro de Salud de Bolívar perteneciente al Área de Salud No 2 del Ministerio de Salud Pública, cuya población de responsabilidad es de 5245 habitantes.

Este trabajo se centra en el análisis de un problema básicamente relacionado con barreras de accesibilidad a una atención oportuna en el Subcentro de Salud de Bolívar, por largos tiempos de espera y por barreras de tipo organizacional.

Para abordar este problema se construye un modelo conceptual de referencia sobre la accesibilidad a una atención oportuna. Este modelo se inspira en los dominios de accesibilidad planteados por Julio Frenk.

El modelo utilizará los siguientes parámetros:

- d) Parámetro Epidemiológico que en este caso lo llamaré frecuencia de morbilidad.
- e) Parámetro Sociológico: Percepción de morbilidad y motivación para utilizar el servicio de salud.
- f) Parámetro Operacional: Tiempo de espera menor a sesenta minutos y continuidad en la atención.

1.2. Importancia y justificación de la investigación.

A nivel del país las barreras económicas, culturales, de género y geográficas limitan el acceso a los servicios de salud especialmente de la población pobre que vive en zonas rurales y urbano-marginales populares. Según CEPAR.(2008) Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social Capítulo I. El Peso de la Enfermedad en el Ecuador/ en la Encuesta de Condiciones de Vida del 2001¹, el 72% de las familias ecuatorianas reconocían dificultades económicas para acceder a servicios de salud, con mayores restricciones en la zona rural de la región costera donde el 84% declaraba sus limitaciones económicas para acceder a ellos.

Es necesario recalcar lo cerca que deben estar los servicios de salud a la población, identificar los parámetros que intervienen en el dominio de la accesibilidad a atención oportuna, con el objetivo de introducir cambios y hacer que los resultados de la intervención en los parámetros planteados, modifiquen y favorezcan la accesibilidad a una atención oportuna; por otro lado, permitirá planificar predictivamente, para responder adecuadamente a las necesidades de salud de la población y lograr una mejor optimización de los recursos, en un futuro cercano.

¹CEPAR. Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social. Capítulo I. El Peso de la Enfermedad en el Ecuador. Septiembre de 2003 en la encuesta de Condiciones de vida del 2001, realizada por Patricio Lozada y Colaboradores.

El discurso político actual promueve fuertemente la utilización de los servicios públicos, nos ofrece atención médica gratuita, aumento de coberturas, ampliación de horarios, atención de morbilidad crónica, catastrófica, ha invertido en recursos materiales, talento humano, creando la necesidad de proyectar la demanda de atención de salud y planificar estrategias y recursos necesarios para su atención.

En información recolectada y procesada en entrevistas a la población de Bolívar, el 85% manifiesta su “insatisfacción por el tiempo largo de espera para ser atendidos”, refieren que por esa razón optan por acudir a la consulta particular. La resistencia a la utilización de los servicios se relaciona con barreras de acceso organizacional por los largos tiempos de espera. El equipo de trabajo operativo del Subcentro de Salud de Bolívar está conciente que este problema genera insatisfacción en los usuarios que utilizan el servicio.

Los usuarios que asisten al Subcentro de Salud manifiestan que cuando son transferidos al Hospital de San Gabriel, hospital de referencia, no les solucionan sus problemas de salud, no hay permanencia del personal médico, por esta razón la población opta por acudir al Hospital de El Ángel el cual les genera mayor confianza, cuando lo ideal sería que en un alto porcentaje (85%) de los problemas de salud de la población se solucionen en el primer nivel de complejidad, y para los que requieran transferencia a un segundo nivel (hospital) el acceso debe ser fácil.

Esta investigación se realiza en un contexto en el que el gobierno ha priorizado el mejorar la accesibilidad, utilizando como estrategia el incremento de recursos humanos, infraestructura física, equipamiento. Durante el año 2008 -periodo de la investigación- se incrementan los recursos humanos así como infraestructura, este proceso de investigación coincide con la implementación en el Ministerio de Salud Pública de un nuevo Modelo de Atención en salud, en la Unidad operativa de Bolívar; la actual reforma en salud ha permitido el incremento de personal de salud. En el Subcentro de Bolívar laboran un médico, un odontólogo, una enfermera, una obstetriz que trabaja solo dos días a la semana; y la conformación de los Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAS) con énfasis en atención integral, enfoque comunitario y familiar.

Actualmente, desde el año 2010, los inicialmente Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAS) cambian de nominación pasan a llamarse APS(Atención Primaria en Salud); las fichas familiares que eran el punto de partida de los equipos EBAS para obtener un verdadero diagnóstico de salud poblacional -en este caso de Bolívar- no ha tenido continuidad, las fichas familiares no se han actualizado; se desconocen los análisis y tabulación de los datos de las mencionadas fichas procesadas en el Área de Salud, No 2.

En el año 2010, desde el mes de diciembre, se incrementa al equipo de salud del Subcentro otro médico rural, de manera que actualmente hay atención de lunes a domingo, los fines de semana se atienden solo consultas de emergencia: lo hacen en jornadas rotativas los médicos rurales.

Los equipos EBAS² tenían asignadas actividades extramurales³ dentro de sus funciones, El actual equipo de Salud APS (Atención Primaria en Salud) realiza más actividades intramurales.

Este trabajo de investigación se inicia en dos fases: en la primera fase se elabora un diagnóstico situacional participativo; de un listado de múltiples problemas se prioriza uno- los largos tiempos de espera- con una visión global y consensuada se aborda esta investigación profundizando en el tema de mejorar el acceso a una atención oportuna en el Subcentro de Salud de Bolívar. En la segunda etapa se elaborará un protocolo; se construirá un modelo y marco conceptual de referencia para abordar el problema.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Problema: La utilización del Modelo de Piot adaptado para mejorar la accesibilidad a una atención oportuna en el Subcentro de Salud de Bolívar.

En el año 2007 se realizó un estudio descriptivo transversal sobre el funcionamiento del Subcentro de Salud de Bolívar en base a observación, estadísticas y a una encuesta realizada a usuarios se determinó que existen barreras de accesibilidad organizacional al servicio relacionadas con largos tiempos de espera y falta de continuidad en la atención. A marzo del 2012 persiste el mismo problema de accesibilidad al servicio con largos tiempos de espera.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Análisis situacional

Por las características de nuestro sistema de salud (coexistencia de varios subsistemas y sus implicaciones), analizar la problemática de salud incluso a nivel local en una comunidad pequeña como la parroquia de Bolívar resulta complejo, ya que este sistema forma parte de él: no se lo puede ignorar.

Cualquier análisis de accesibilidad debe considerar las necesidades de salud de la población, por lo que el modelo propuesto reposa sobre las relaciones y rol que debe cumplir el servicio de primer nivel de atención, que debe ser capaz de solucionar del 80% de la morbilidad general de su población de responsabilidad y es el encargado de la organización sistémica para canalizar las acciones de manera coordinada dentro del sistema, a fin de lograr la resolución de la mayoría de los problemas de salud; los que no

² EBAS. Equipos Básicos de Atención en Salud. con énfasis en atención integral, enfoque comunitario y familiar.

³ Actividades extramurales son aquellas actividades de salud preventiva o curativa que se realizan fuera de las instituciones de salud, por lo general se hacen en el área rural, pueden ser acciones de promoción, prevención y fomento de los servicios de salud.

pueden ser resueltos deben ser derivados a un nivel de mayor complejidad (ISP, 2008) Curso de Maestría de Salud Pública.

El objetivo de la existencia de un Subcentro de Salud de primer nivel de atención es ser responsable de cuidados de atención curativa, preventiva, de promoción y fomento de la salud de toda la población de responsabilidad que se le ha asignado, el primer problema encontrado es la incertidumbre que existe en el equipo de trabajo, respecto al estado de salud.

Cuando los aspectos socio- organizativos y geográficos no facilitan la utilización de los servicios sino que la obstaculizan, generan frustración e insatisfacción en el usuario, ineficiencia al sistema de salud e incumplimiento de sus objetivos y políticas; así como, falta de acceso a una atención oportuna en salud, éste último factor no se ha investigado a profundidad (7) (8). Por lo tanto se hace necesario trabajar para tratar de mejorar la calidad de atención y su acceso oportuno.

3.1.1 Población de responsabilidad

El Ministerio de Salud Pública en base a ciertos criterios geo-demográficos y sociopolíticos asigna a cada unidad operativa de diferente nivel de complejidad una población de responsabilidad, con la finalidad de enfrentar en red los principales problemas de salud, predominantes en su zona geográfica determinada. (MSP 2000.Manual de organización y funcionamiento de las áreas de salud).Según esta disposición el Subcentro de Salud de Bolívar en el año 2007, es responsable de la salud 5068 habitantes y en el año 2010 d5245, parámetros poblacionales que son los denominadores para evaluar los diferentes indicadores sobre el funcionamiento de un servicio de salud.

Actualmente no existe un sistema único de registro que permita conocer la procedencia de usuarios, por ello, la población usa indistintamente los servicios de los diferentes subsistemas, siendo imposible cuantificar qué proporción de la población de responsabilidad es atendida en el Subcentro de Salud y en el Centro Médico Municipal, principales prestadores de servicios. El Ministerio de Salud Pública generará un registro familiar y comunitario como parte del modelo de atención de la red pública de servicios de salud, que si se hace realidad permitiría a futuro registrar y conocer la verdadera población de responsabilidad que accede al Ministerio de Salud Pública.

3.1.2 Frecuencia de Morbilidad Esperada

En el sector salud se está trabajando en estandarizar la nomenclatura de las enfermedades, lo cual permitirá disminuir el sesgo de información. Actualmente no se conoce cuál es la verdadera morbilidad, lo cual evidencia barreras de accesibilidad.

Tabla No.1
Diez primeras causas de morbilidad año 2010
en el Subcentro de Salud de Bolívar.

No. Orden	Enfermedad	Número
1	Infección respiratoria aguda	839
2	Infección de vías urinarias	188
3	Parasitosis	170
4	Artritis	125
5	Vaginitis	122
6	Vaginosis	101
7	Gastritis	97
8	Hipertensión arterial	89
9	Artrosis	69
10	Dermatitis	60

Fuente: Consolidado Anual de Registros médicos del Subcentro de Salud de Bolívar. Año 2010.

Elaborado por: Personal de Enfermería del Subcentro de Salud de Bolívar.

En este cuadro se observa que las diez principales causas de morbilidad representan el 75% del total de la morbilidad atendida y son de baja complejidad; sin embargo, es importante anotar que este cuadro es registrado por la enfermera rural de turno, sin previa capacitación y sin ninguna supervisión por parte de la unidad de conducción del área. El reporte sobre Diez Primeras Causas de Morbilidad⁴ tiene inconsistencia en las cifras, además no existe una nomenclatura estandarizada para registro de morbilidad con el riesgo del *no registro de la morbilidad real* del Subcentro ni de la parroquia Bolívar. En el listado de diez principales causas de morbilidad no se registra ninguna de las enfermedades crónicas que son observadas en la morbilidad general provincial, la duda se centra en el hecho de que exista un *sub-registro de morbilidad* o que efectivamente esta demanda no utilice el Subcentro de Salud de Bolívar.

Es importante considerar algunos datos de coberturas médicas de fomento y prevención del Subcentro de Salud de Bolívar durante el periodo enero-diciembre de 2010 con los siguientes resultados: cobertura de control prenatal llegó a 51%; la cobertura en el control de niño sano menor de un año alcanzó un 86% con una concentración de cuatro controles ; en los grupos de población escolar con un 84.9%; la población pre-escolar con

⁴Reporte de Diez Primeras Causas de Morbilidad 2010.- Es un documento que lo consolida la enfermera rural del Subcentro de Salud de Bolívar, sus datos se basan en el registro mensual del médico.

un 78%; regulación de la fecundidad 105%, detección oportuna de cáncer mamario, 14,8%; detección oportuna de cáncer cervico uterino 3.5% (Tabla No. 3).

Las actividades preventivas programadas por el Ministerio de Salud Pública, a realizarse en el Subcentro de Salud de Bolívar, se cumplieron sólo el 31.9% lo cual nos indica que el personal de salud no está aprovechando la consulta curativa para hacer actividades preventivas. El programa con mayor cobertura de cumplimiento, es el de Planificación Familiar, seguido de Crecimiento y Desarrollo; sin embargo, estos datos son dudosos porque la población con la que se trabaja es una proyección poblacional basada en el penúltimo censo del INEC.(mayo 2000).

La productividad y el rendimiento del recurso humano que labora en el Subcentro de Salud de Bolívar son muy bajos en el año 2007, en la actualidad esto no ha cambiado, a pesar de que el actual gobierno ha establecido que el médico y resto del personal de salud laboren 8 horas diarias, en el Subcentro de Salud de Bolívar siempre han trabajado en jornada laboral de 8 horas diarias. Revisando los registros y consolidados de atenciones 2010, la productividad del médico es de 2 pacientes por hora, es decir realiza 16 consultas al día. La productividad de la obstetrix es de un paciente por hora; en 8 horas contratadas atiende 8 pacientes al día, su rendimiento es de un paciente /hora por lo que se requeriría contratar una hora de obstetricia para realizar estas actividades. Según estos datos de productividad de la consulta de morbilidad se observa que la utilización del servicio en el año 2007 es de 0,36%, en el año 2010 asciende a 0,50% (Tabla No. 4).

$$\text{Frecuencia de morbilidad} = \frac{\text{Total de morbilidad esperada}}{\text{Total /población de responsabilidad}}$$

$$\text{FM} = \frac{5245}{5245} = 1$$

Fuente: Consolidado Anual de Consulta Médica del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Rossemay Sinche Silva.

3.1.3 Percepción de Morbilidad

Constituye el percatarse de la posibilidad de estar enfermo. Según el CIPS(2009)⁵ el 40,7% (2876) de la población se perciben enfermos, en los últimos 30 días anteriores a

⁵CIPS (2009) Centro de Investigación Psicológicas y Sociológicas. Boletín del CIPS, año 1 No. 3. Modo de Desarrollo.

las encuestas. Fuente (ESFINSA 96). No hay estadísticas al respecto, probablemente el 100% de la población se percibe enfermo por lo menos una vez durante el año, por lo que en este parámetro utilizaremos 1 como valor de referencia.

En el modelo propuesto se habla de percepción de morbilidad, parámetro que se relaciona con fenómenos como las creencias relativas a salud, la tolerancia al dolor o la incapacidad.

$$\text{Percepción de morbilidad} = \frac{\text{No.de pacientes que se perciben enfermos}}{\text{Total de la morbilidad esperada}}$$

$$X = \frac{5245}{5245} = 1$$

Fuente: Consolidado Anual de Registros Médicos del Subcentro de Salud de Bolívar. Año 2010.
Elaborado por: Rossemary Sinche Silva.

3.1.4 Motivación.

La motivación se genera en la relación que existe entre el prestador y la persona conciente, con síntomas de enfermedad, quien toma la decisión de acudir a un centro de atención de salud sea cual fuere. Para aplicar nuestro modelo conceptual en el Subcentro de Salud de Bolívar el valor referencial se asume como la tasa de utilización, que permite plantear un análisis de posibles causas de acceso al servicio de salud.

Existen muchas personas que podrían beneficiarse de la atención, hay quienes por diversas razones se consideran excluidos del acceso a los servicios y no los utilizan, aunque los necesiten. Otras padecen de una enfermedad; pero postergan la búsqueda de atención por diferentes razones (económicas, culturales, desconfianza, falta de tiempo); personas que están expuestas a factores de riesgo podrían beneficiarse de los diferentes programas preventivos; pero no acuden a la consulta, pierden la oportunidad de recibir información y motivarse sobre la importancia de la prevención; por otro lado los servicios preventivos se limitan a atender a una determinada población. (Us Houser of Representatives.1976).

Motivación: = $\frac{\text{No. de 1ras consultas de morbilidad/año}}{\text{Total de la población de responsabilidad}}$

$$X = \frac{2672}{5245}$$

$$X = 0,50$$

Fuente: Consolidado Anual de Registros Médicos del Subcentro de Salud de Bolívar. Año 2010.
Elaborado por: Rossemary Sinche Silva.

Por las características descritas en el contexto cantonal de Bolívar, su población no tiene problemas de accesibilidad al servicio, ni de accesibilidad geográfica. El 80% de la población del Cantón Bolívar se encuentra ubicada a menos de 5 Km. de distancia, el 20% restante vive en los sectores rurales y acuden a la cabecera parroquial los días de feria para acceder a sus necesidades de salud y otras. Con la nueva política, el estado que ofrece gratuidad en la atención y medicamentos, aparentemente no evidencia problemas de accesibilidad financiera.

En encuestas aplicadas a los usuarios que asisten al Subcentro de Salud, el 70% manifiestan poca confianza y credibilidad en los médicos, por ello refieren ir donde especialistas del hospital sin pasar por el Subcentro de Salud, siendo lo ideal que el primer nivel de atención se constituya la puerta de entrada del paciente y donde se resuelven la mayoría de sus necesidades (80%) en caso de requerirse desde allí debe ser referido a un centro médico de mayor complejidad. Este trabajo no investiga la capacidad resolutoria del Subcentro de Salud ni otros aspectos de la calidad de la atención, estos serían motivo de otra investigación.

En información recolectada y procesada en entrevistas a la población, el 85% manifiesta su “insatisfacción por el tiempo largo de espera para ser atendidos”; refieren que por esa razón optan por acudir a la consulta particular. Esta decisión de resistirse a la utilización de los servicios podría tener relación con barreras de acceso organizacional por los largos tiempos de espera.

3.1.5 Tiempo de espera

“Uno de los principales problemas es el prolongado tiempo de espera: entre las 11 a 12h00 hay gran congestión. La asignación de fichas para la atención se realiza el mismo día. Los días lunes y viernes, al ser días de feria, hay mayor demanda de pacientes.”

Tiempo de Espera= $\frac{\text{Porcentaje de usuarios que esperan <60 minutos}}{\text{No de consultas de morbilidad al año.}}$

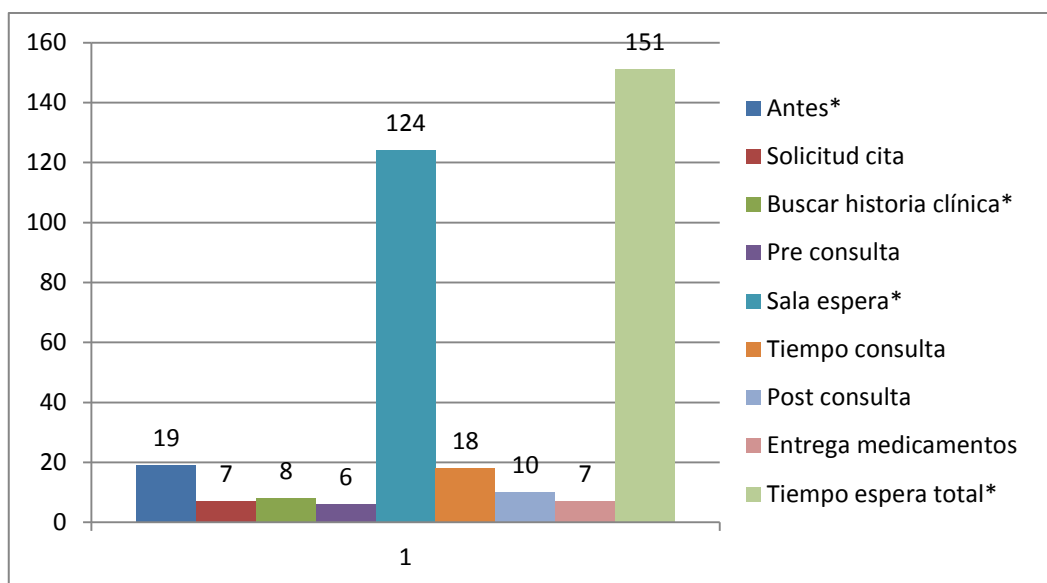
$$X = \frac{41}{3208} = 0,0127\%$$

Fuente: Consolidado Anual de Registros Médicos del Subcentro de Salud de Bolívar. Año 2010.

Elaborado por: Rossemary Sinche Silva.

Por medio de observación directa realizada en el Subcentro de Salud de Bolívar durante las dos últimas semanas del mes de septiembre del año 2007 se registraron los siguientes tiempos de espera:

Gráfico No.1
Tiempo en minutos por usuario medido en cada uno de los subprocessos del Proceso de atención médica en el Subcentro de Salud de Bolívar durante año 2007. antes de la intervención.

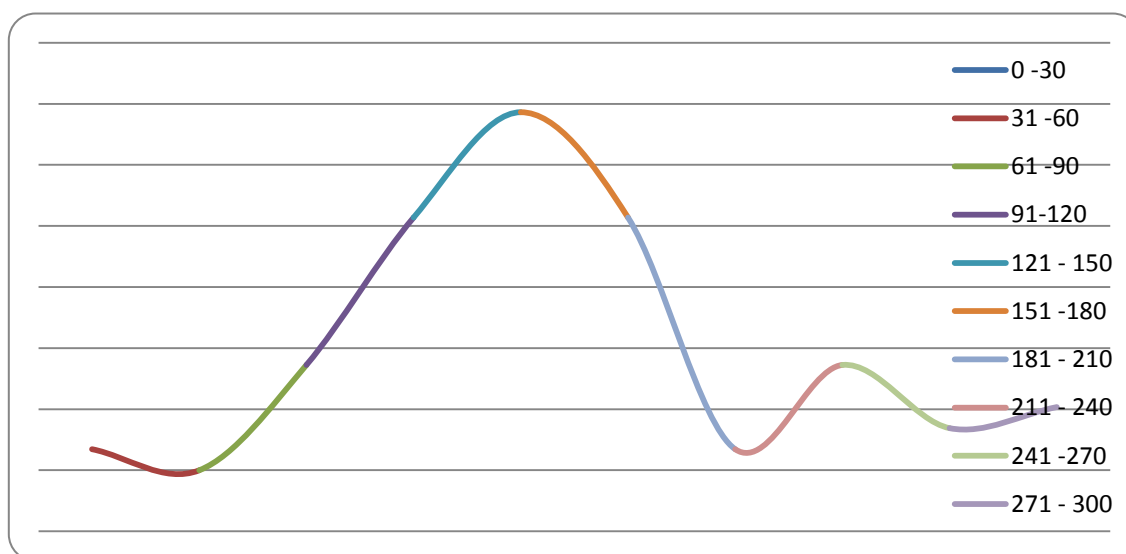


Fuente: Datos obtenidos de las observaciones realizadas en el SCS de Bolívar en el mes de Septiembre de 2007.

Elaborado por: Rossemary Sinche Silva.

En este gráfico se observa que gran parte de tiempo de espera se produce en la sala de recepción para consulta médica con un valor de 124 minutos, en buscar la historia clínica aproximadamente se tarda 8 minutos, el tiempo total de espera es mayor a 140 minutos.

Gráfico No 2
Distribución de los Tiempos de Espera en el Subcentro de Salud de Bolívar
año 2007.



Datos tomados de observación directa realizada en el Subcentro de Salud de Bolívar mes de Septiembre 2007.
 Elaborado por: Rossemary Sinche Silva.

El Gráfico No 2 demuestra la distribución de los tiempos de espera. Se observan dos curvas que se corresponden con un grupo de usuarios que esperan entre 60 y 210 minutos y un segundo grupo, proporcionalmente pequeño (hacia la derecha del cuartil 3) que espera entre 210 y 270 minutos. Tan solo un 2 % de las observaciones tienen tiempos de espera inferiores a 60 minutos, siendo éste el valor referencial que se aplica en el modelo para analizar la situación actual. Es curioso que entre 30 y 60 minutos no haya usuarios que esperen, igual observación para el ascenso de la línea después de la segunda curva, la hipótesis explicativa para esta distribución irregular sería el ausentismo del personal en varios momentos del horario de atención. El 75% de las observaciones se distribuye en tiempos de espera entre 116 y 285 minutos, el 25 % se distribuye en tiempos menores a 116 minutos. (Anexo No. 7 Posibles hipótesis de los largos tiempos de espera).

Cabe indicar que la mayor congestión de pacientes se produce los días lunes y viernes, de martes a jueves hay baja afluencia, en promedio se atienden 10 pacientes diarios, durante estos días el tiempo máximo de espera es de 02h: 05 minutos y el mínimo es de 01h:15 minutos, por tanto, el promedio de espera es de 02h:22 minutos.

3.1.6 Continuidad

La atención no debe limitarse solamente al momento de la consulta, sino que supone que el servicio de salud asuma la responsabilidad por el individuo, hasta que finalice el episodio de enfermedad o de riesgo.

Se define como la aceptabilidad de la población a las medidas de prevención y/o tratamiento propuesto en la primera consulta de morbilidad. Esto depende de varios factores: económicos, geográficos, además de la disponibilidad e información que genere eficacia y efectividad en el tratamiento de enfermedades crónicas y su prevención.

En el Subcentro de Salud de Bolívar se presentan patologías de baja complejidad que deberían resolverse en esta unidad operativa; el 80% de los problemas de salud como lo dice el Instituto de Salud Pública⁶ basado en datos internacionales y sólo un 20% aproximadamente debería referirse a un segundo nivel de complejidad, eso sin olvidar que el primer nivel continúa siendo responsable del paciente hasta finalizar su episodio de enfermedad; es decir que debe mantener la continuidad y seguimiento de ese caso; sin embargo, se esperaría que las primeras consultas de morbilidad, tengan por lo menos una consulta subsecuente que en el caso de Bolívar se da en una proporción 9%, según la propuesta del ISP se esperaría el 100%, evidenciándose un problema de continuidad.

Según las entrevistas realizadas a los usuarios que asisten al Subcentro de Salud de Bolívar manifiestan que cuando son transferidos al Hospital de San Gabriel, hospital de referencia, no les solucionan sus problemas de salud: no hay permanencia del personal médico, por esta razón la población opta por acudir al Hospital de el Ángel el cual les genera mayor confianza, cuando lo ideal sería que en un alto porcentaje 85% de los problemas de salud de la población se solucionen en el primer nivel de complejidad, y para los que requieran transferencia a un segundo nivel, (hospital) el acceso debe ser fácil.

En los partes diarios y consolidados mensuales existentes en el Subcentro de Salud, en el año 2007 se registran cinco referencias, no hay ninguna contra-referencia, lo cual no nos garantiza continuidad en la atención; además estos registros son dudosos, lo cual nos hace pensar que hay un sub-registro o se están dejando de referir patologías que deben ser solucionadas en otro nivel de complejidad, lo ideal sería que existan instrumentos -como fichas de archivo- para asegurar la continuidad con la programación de citas previas.

⁶En una de las clases presenciales de la Maestría de Salud Pública, en el módulo de Nivel de Referencia y los Sistemas Locales de Salud. Bloque Gerencia Hospitalaria I, datos tomados del texto Restrepo Guillermo & González Juan C. (2000).Administración por Productos. Volumen II. p. 208-212.Santafé de Bogotá D.C

Datos actualizados del 2010 nos permiten comprobar que las referencias han aumentado; en este año se han realizado 48 referencias, ninguna contra-referencia: no se garantiza la continuidad.

En la revisión de varias historias clínicas de Atención integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia (A.I.E.P.I) en el mes de Noviembre del 2007, se constata que no todas tienen registrado la fecha de control; tampoco existe en la Unidad Operativa ningún registro de las acciones que realiza el personal con aquellos pacientes que no asisten, no hay información sobre la evolución del paciente ni cronograma de visitas domiciliarias, lo cual resalta más los problemas de continuidad.

El equipo de trabajo del primer nivel desconoce en detalle el horario de atención y el paquete de actividades de los otros servicios que deberían funcionar en red y que sirven de apoyo para el primer nivel de atención como: Laboratorio Clínico, Radiología., Rehabilitación, Psicología, ya descritos en el análisis del contexto cantonal.

$$\text{Continuidad} = \frac{\text{No. Total de consultas subsecuentes de morbilidad}}{\text{Total de 1ras consultas morbilidad atendidas en <60 min}}$$

$$X = \frac{536}{1315} = 0,40$$

Fuente: Consolidado Anual de Registros Médicos del Subcentro de Salud de Bolívar. Año 2010.
Elaborado por: Rossemary Sinche Silva.

Como conclusión a éste análisis, en el Subcentro de Salud de Bolívar el 75% de las observaciones se distribuyen en tiempos de espera entre 116 minutos y 285 minutos, el 25% de ellas en tiempos menores a 116 minutos.

Lo ideal esperado para acceder a una atención oportuna en el Subcentro de Salud de Bolívar con la aplicación del Modelo de Accesibilidad de Julio Frenk sería:

Tabla No.2
Modelo Análisis de accesibilidad oportuna adaptado del Modelo de Piot y Julio Frenk aplicado al Subcentro de Salud de Bolívar año 2007.

PARÁMETROS	INDICADOR	MORBILIDAD	
		Primeras Consultas	
Población	Total población asignada al SCS Bolívar año 2007	5068	↓
Frecuencia de morbilidad esperada x1/Habitante/año.	Frecuencia de Morbilidad.= $\frac{\text{Total de morbilidad esperada}}{\text{Total de la Población de responsabilidad}}$	$\frac{5068}{5068} = 1$	↓
CONCIENCIA	Percepción de morbilidad.= $\frac{\text{No de pacientes que se perciben enfermos}}{\text{Total de la morbilidad esperada}}$	$\frac{5068}{5068} = 1$	↓
Tiempo de espera < 60 = 0,02	Tiempo de espera= .. $\frac{\text{Porcentaje de usuarios que esperan < 60 minutos}}{\text{Número. de consultas al año}}$	$\frac{2}{1676} = 0,00119$	
Motivación	Motivación= $\frac{\text{No. de 1ras consultas de morbilidad}}{\text{Total de la población de responsabilidad}}$	$\frac{1528}{5068} = 0,30$	↓
Tratados Oportunamente	Tratados oportunamente= $\frac{\text{No pacientes que recibieron tratamiento}}{\text{No de primeras consultas de morbilidad}}$	$\frac{364}{1538} = 0,23$	↓
Continuidad= Segundas Consultas Morbilidad realizadas= 0.096	Continuidad = $\frac{\text{Total de consultas subsecuentes de Morbilidad}}{\text{No. 1ras consultas Morbilidad atendidas en < 60min.}}$ (2% de 1676 pacientes) = 33 esperan < 60X' 88% 1676 1474 esperan > 60 X'	$\frac{148}{33} = 4,48$	

Fuente: Datos tomados de los consolidados anuales del Subcentro de Salud de Bolívar año 2007
 Elaborado por: Rossemary Sinche Silva

Aplicando el modelo conceptual de referencia a la realidad el Subcentro de Salud de Bolívar nos daría las siguientes conclusiones:

- Este modelo propuesto parte de las necesidades de la población asignada al Subcentro de Salud de Bolívar, en la que se esperaría una incidencia de morbilidad general de 1 / habitante / año. Se ha asumido que la conciencia de morbilidad es uno.
- El valor referencial del *tiempo promedio de espera* en el año 2007 es de 0.02, que representa al 2% de usuarios que esperan menos de 60 minutos (Encuesta de usuarios).
- El parámetro que corresponde a *motivación* para el año 2007 es de 0,30% por lo que las primeras consultas de morbilidad 2007 son de 1528.

- El valor referencial de *continuidad* es de 4,6 % que corresponde a las segundas consultas de morbilidad, 5 son las referencias realizadas a un segundo nivel.

- Según el análisis operativo de este modelo, la posibilidad de accesibilidad oportuna al Subcentro de Salud de Bolívar es de 2%; es decir, de 1676 personas que se esperaba sean atendidas por un episodio de morbilidad al año, solamente 33 son atendidas oportunamente; esto no quiere decir que las restantes no fueron atendidos, ya que 1528 utilizan el servicio de salud de Bolívar, pero no en forma oportuna y los demás es posible que se atiendan con otro proveedor.

3.2 MODELO CONCEPTUAL DE REFERENCIA.

Este *modelo* conceptual de referencia se ha tomado de los dominios de accesibilidad planteados por Julio Frenk. (1998), utilizo esta herramienta para medir la accesibilidad a atención oportuna, porque me permite explicar el proceso que deben seguir los usuarios que tienen necesidad de atención hasta alcanzar la solución de su problemas de salud en forma oportuna en el seno del servicio, e identificar las barreras que impiden la accesibilidad oportuna.

“La investigación sobre los sistemas de salud busca mejorar el funcionamiento de los mismos. El investigador debe observar, recolectar información de un sistema dado, analizar e identificar disfuncionalidades relacionadas con la observación descriptiva y analítica, el mayor interés reside en su dimensión estratégica y capacidad de reducir la incertidumbre cuando se toma una decisión para orientar el sistema de salud.”(Van Dormael, 1988,p 175-187).

Hasta la fecha no existen tasas de morbilidad general reales debido al sub-registro de la información; sin embargo, los datos de morbilidad del país se basan en los reportes del Ministerio de Salud Pública. Según la última propuesta del Ministerio de Salud Pública MSP.(2008) Derecho en Salud para todos: *Transformación sectorial en salud para el Ecuador.*(documento propuesta), se plantea como un supuesto que en un periodo de seis años hasta el 2014 se logre cubrir un 80 - 85% de la morbilidad total por demanda con base en un Modelo de Atención Primaria de Salud, en esta propuesta no se hace referencia a ningún estudio sobre la morbilidad total por demanda.(M.S.P.2008)

Gráfico 3.
Modelo de Accesibilidad al Servicio de Salud



Fuente: Cuadro basado en los dominios de Accesibilidad propuesto por Donabedian y Adaptado del Modelo de Piot.
Elaborado por: Dra. Rossemary Sinche Silva.

Esta investigación adecúa el modelo de accesibilidad de Julio Frenk, que se explica en el numeral 2.3 de experiencias previas. Frenk analiza tres dominios de accesibilidad:

Un **dominio estrecho** que lo define desde el momento en que el individuo busca atención médica hasta cuando recibe la atención es decir para acceder a este dominio se han superado las barreras que se pueden presentar a la entrada al momento de buscar la atención médica o al inicio del proceso de atención. Al analizar este dominio se pretende evaluar la posibilidad que se da en la relación de buscar y recibir atención en término de ciertos atributos de la calidad de atención, en este punto vale aclarar que el estudio de este dominio es sumamente complejo en términos de calidad de atención, ya que constituye el espacio de inter-relación médico-paciente, en este estudio se aborda la accesibilidad oportuna siguiendo los parámetros de este utilizando dos parámetros semejantes a los planteados por Frenk en su dominio estrecho, que son: **Motivación.-** es la traducción del sufrimiento sentido por los individuos en la decisión de buscar atención de salud, o sea los individuos que sienten la necesidad de buscar atención curativa o preventiva y deciden buscarla, en este dominio radicaría la incertidumbre respecto a la decisión que toma la población de responsabilidad, en nuestro estudio hemos tomado como indicador de esta decisión la tasa de utilización en el Subcentro de Salud de

Bolívar, es decir se expresa por el número de primeros contactos esperados de morbilidad por habitante por año, en la unidad de salud.

El segundo parámetro de este dominio es el **tiempo de espera** que se lo define como el tiempo que el usuario debe hacer antesala desde que busca el servicio hasta cuando recibe la atención.

En **dominio intermedio** analizado por J. Frenk.(1998) en el modelo conceptual de esta tesis se retoma básicamente en los mismos términos, es decir considera la posibilidad de continuidad de la atención, lo cual conceptualmente se aplica tanto para la consulta curativa como para la preventiva. Es necesario aclarar que al referirnos a *continuidad de atención* estaríamos abordando -según el Instituto de Salud Pública y otros autores- otro dominio de investigación sobre la calidad de atención. En este trabajo se considera que la accesibilidad a una atención oportuna debe incluir la posibilidad de que el sistema facilite la accesibilidad y la continuidad de la atención, se toma como referente que el 80% de las primeras consultas de morbilidad tengan por lo menos una consulta subsecuente y el 20% restante una referencia y contra referencia a un nivel de mayor complejidad. Salgado,& Rivera Casado (1999) afirma: “la gran mayoría, 80-90% de los problemas de salud pueden ser atendidos en el primer nivel de atención, ya que ahí es más fácil garantizar características de calidad como: globalidad y continuidad”(p.90).

En el proceso se pueden presentar barreras, tanto de accesibilidad a la continuidad de la atención, como a la utilización del servicio, esto afecta la motivación del usuario.

El **dominio amplio** del modelo comprende la etapa previa de la motivación para utilizar o no un servicio; se refiere a la conciencia de un problema de salud: morbilidad. Según el CIPS (2009)⁷ en relación a la conciencia de morbilidad por definición: “Presencia de enfermedad= conciencia de síntoma.”(p12).

Se asume el valor de 1 para el parámetro de conciencia de enfermedad, se sustenta en el hecho de que no existe en el país datos estadísticos al respecto; sin embargo, en algunos estudios como CEPAR⁸, se evidencia que las personas están gastando mensualmente en salud, por lo cual se asume existe percepción de enfermedad por lo menos una vez al año.

En este trabajo se introduce un cuarto dominio de **accesibilidad a atención oportuna**, el cual se amplía a dos parámetros: frecuencia de morbilidad y necesidad de atención de la población de responsabilidad, que no termina con la población que recibió atención, ya que ésta tendrá necesidad de atención por otro episodio de morbilidad.

El Modelo Conceptual de Referencia (Gráfico. No. 2) propuesto en esta tesis para abordar una investigación con posibilidades de mejorar la *“accesibilidad a una atención oportuna”* introduce este concepto como un cuarto dominio que abarca lo que sería el criterio de **“la necesidad de atención”**.

⁷ CIPS 2009 Centro de Investigación Psicológicas y Sociológicas. Boletín del CIPS, año 1 No. 3. Modo de Desarrollo.

⁸ CEPAR (2006) Proyecto de Análisis y Promoción de Políticas de Salud. Estudio de fin de salud en el Ecuador. Segmento: Gastos en los Hogares en salud. ESFINSA. Proyecto de Análisis y Promoción de Políticas de salud.

Este cuarto dominio abarca toda una inter-fase que correspondería al proceso de accesibilidad a una atención oportuna bajo el concepto de accesibilidad en todos sus dominios. Esta interfase se sitúa entre dos extremos: la “necesidad de atención” y la “atención recibida oportunamente” que -según el modelo- es una situación dinámica y cíclica entre la necesidad actual y la futura.

La inter-fase de accesibilidad a atención oportuna abarca los dominios de accesibilidad considerando otros aspectos de la calidad de la atención que en esta tesis no son objeto de estudio, pero influyen en la accesibilidad, la cual tiene interrelación con la aceptabilidad del servicio. Este modelo nos permitirá: conocer las relaciones entre los diferentes pasos y/o parámetros, identificar disfunciones, como instrumento de planeación y discusión con los gestores, para evaluar cada uno de los parámetros propuestos en el modelo conceptual de referencia.

En resumen y como será analizado en el siguiente punto, el modelo conceptual de referencia permitirá medir cuál es la posibilidad de accesibilidad oportuna que existe en el Subcentro de Salud de Bolívar y en el caso de darse un proceso continuo de Investigación - Acción a futuro, con los debidos compromisos e involucramiento de los otros actores, sería una posible herramienta a ser utilizada dentro de sistema local.

3.3 Conocimientos y experiencias previas

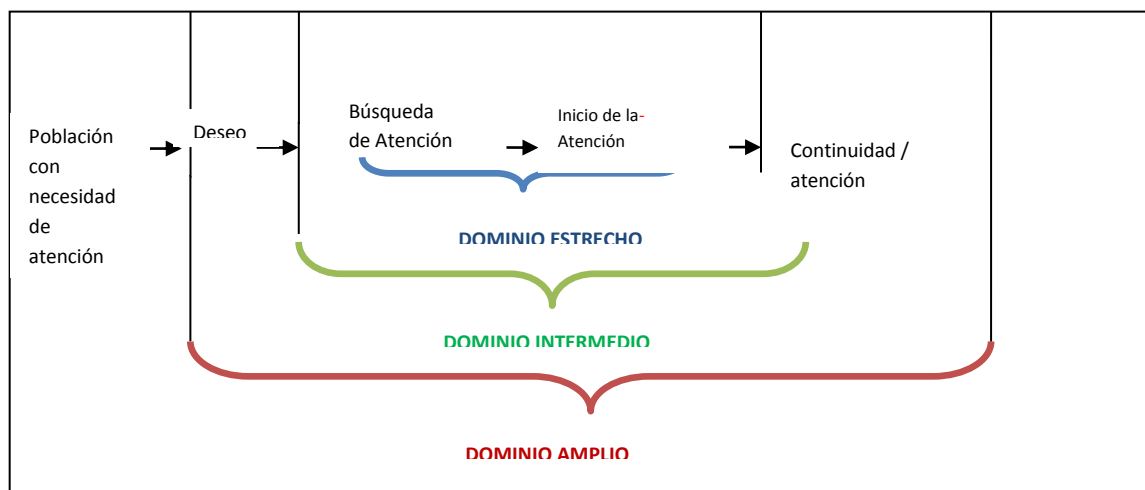
El interés por medir la accesibilidad es evidente, aunque conceptualmente sea bajo parámetros o marcos conceptuales diferentes. Es frecuente escuchar en los medios y a las autoridades relacionadas al sector salud que determinado porcentaje de la población no tiene acceso a ningún servicio. “El 25-30% de la población ecuatoriana carece de acceso regular no tiene acceso regular a servicios de salud; dos terceras partes no tiene un plan de aseguramiento, hay insuficiente presupuesto para las acciones de salud, subsiste la incoordinación de las instituciones y la centralización de las decisiones sobre la asignación de recursos, desafíos que están siendo abordados desde la perspectiva sectorial”.⁹

La accesibilidad es un concepto que presenta dificultades en su definición, se utilizan varios términos como sinónimos de accesibilidad los que no tienen claros los límites, cuando se usa indistintamente los términos de disponibilidad, acceso utilización cobertura.

⁹ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Ecuador. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. O.P.S 2da. edición, 8 de noviembre de 2011. pp.3 -5

Son varios los autores que se ocupan de la conceptualización y medición de la accesibilidad, algunos consideran sólo las **características** de la población, otros los recursos del servicio dentro del sistema, hay quienes combinan los dos(atributos de la población y del servicio). Estos alcances o dominios sobre los que se utiliza el concepto de accesibilidad, J. Frenk los representa en el Gráfico No. 4¹⁰ bajo la conceptualización de tres dominios como una sucesión de acontecimientos desde que surge la necesidad de atención, cuando inicia, recibe y /o continúa la utilización del servicio, (J. Frenk.1998).

Gráfico No.4
Posibles dominios del concepto de “accesibilidad”



Fuente:.. Figura sugerida por Dr. Avedis Donabedian a Julio Frenk Salud Pública de México 1985.

Elaborado por: Dr. Avedis Donabedian.

“La equidad en salud implica que localmente la población debería tener igual oportunidad para desarrollar su potencial en salud y responder a sus necesidades de asistencia sanitaria. La accesibilidad puede significar, que los servicios se encuentren disponibles al paciente cuando lo necesite e ingrese fácilmente al sistema”¹¹.

Según expresa Aday, L. A. and R. L.(1986)“Otro factor importante para determinar la accesibilidad es la utilización efectiva de servicios de salud: señala la proporción de personas que realmente necesitan atención y la reciben; permite conocer la opinión de los pacientes sobre la disponibilidad de los servicios cuando lo requieren. En la accesibilidad se distinguen dos aspectos fundamentales, el aspecto socio-organizativo y, el aspecto geográfico cultural. La estructura organizativa de los servicios de salud constituye una barrera importante para la accesibilidad, ya que como se estructura la prestación de los servicios y sus equipos se constituye en la forma como se presta la atención médica. Accesibilidad es un concepto que presenta dificultades en su definición, se utilizan varios términos como sinónimos de accesibilidad y no son claros los límites

¹⁰ Esta figura es sugerida por el Dr. Avedis Donabedian a Julio Frenk.

¹¹ANDERSEN R, Aday LA (2008).Development of analyses of access to Medical Care.Health.Administration .Press.Medigan: Ann. Abor.pp. 56-59.

cuando se usa indistintamente los términos de disponibilidad, acceso, utilización, cobertura (pp.73-96)¹².

Por su parte, el Discursive Dictionary of health Care(Diccionario comentado de Atención a la salud)¹³ anota: “En la práctica, acceso, disponibilidad y aceptabilidad son muy difíciles de distinguir.”

“En el Ecuador el acceso a los servicios de salud es muy limitado, se estima que un 78% de la población accede a las entidades tanto públicas como privadas; solo un 22% es afiliado a algún sistema de seguro de salud, 19% al Instituto de Seguridad Social y 3% a empresas de medicina pre-pagada; quienes acceden a los servicios reciben atención de insuficiente calidad.”¹⁴

En la revisión de experiencias investigativas sobre falta de atención oportuna en salud, los estudios se han orientado a determinar Oportunidades Perdidas de Vacunación OPV, liderados por la Organización Panamericana de la Salud, y la Organización Mundial de la Salud, para verificar el esfuerzo político que estas instituciones han venido impulsando con la estrategia de ampliación de cobertura de vacunación a través del programa PAI.(Plan Ampliado de Inmunización).

“En América Latina, se registra un número importante de estudios relacionados con la calidad de la atención y con la satisfacción por los servicios que se ofrecen en salud, los cuales tocan tangencialmente el problema de la accesibilidad a los servicios de salud.”¹⁵

Romano Y, Mayarelh A. (2001).manifiestan en “Los hallazgos del estudio *estado del arte* que hace referencia a la satisfacción de los servicios de salud en países como Chile, España, México, Perú y Colombia entre otros, se centran en cuantificar porcentualmente a los encuestados en medir el grado de satisfacción, pero no aportan sobre los criterios que operan en los sistemas sobre la conformidad o inconformidad y con la obtención o no del servicio.”(p.28).¹⁶OMS/OPS.(2000)“Por otro lado se registran datos sobre los usuarios que reciben la atención, pero no se registran datos sobre los que no la reciben. Se preocupan en determinar el índice de satisfacción, pero no se ahonda en los factores intrínsecos institucionales, que lleven a una mayor objetividad sobre la equidad y la calidad en salud.”(p 22-35) .Con relación a la accesibilidad, unos investigadores, señalan que la posibilidad del acceso depende de las características de la población, el nivel de ingresos, la cobertura de seguridad social, las actitudes del personal de atención médica; o bien, de las características del sistema de prestación de los servicios tales como distribución y organización de los recursos humanos y servicios. De Brigard Pérez AM

¹²Aday,L. A. and R. L.(1986) Eichhorn. The Utilization of Health Services: Indices and Correlates-A Research Bibliography. DHEW Pub. No. (HSM) 73-3003. Washington: Government.

¹³El Discursive Dictionary of Health Care.Diccionario Comentado de Atención a la salud. Fuente: Salud Pública de México 27(5): 438-453,1985.

¹⁴UNDP- UNICEF.(2006).Sostenibilidad fiscal y desarrollo humano.

¹⁵Martínez P, Rodríguez L y Agudelo C. (2008). Equidad en las Políticas de la Reforma del Sistema de Salud, Rev. de Medicina. Universidad Nacional de Colombia pp: 312. Bogotá. Colombia.

¹⁶Romano Y, Mayarelh A. (2001).Estado del Arte de las encuestas de salud. Programa de Investigación en salud.2000.http://www.salud.org.documentación/estado de arte/satisfacción, visitado 2 de febrero /2009.

(2006.) sostiene que “el acceso se puede medir a través de indicadores de resultados que analizan la relación del individuo con el sistema, como: la tasa de utilización y los niveles de conformidad con el mismo” (p: 14-20).

Según Salazar R, Verónica (2008) Se han aplicado indicadores cuantitativos de acceso orientados a la organización y disponibilidad de los servicios, uno de ellos es el promedio ponderado del tiempo de espera para concretar una cita con el tiempo de espera y el tiempo real de atención, otro indicador es el promedio ponderado de la atención entre la cantidad ideal y la cantidad real de servicios, personal y equipamiento en una comunidad determinada”(pp 4).“Se han identificado unos factores para la utilización de los servicios de atención en salud relacionados con las características socioeconómicas y psicológicas del usuario, factores relacionados con la familia, tales como ingresos, afiliación al sistema general de salud, tipo y acceso a las fuentes reguladoras de atención y otros factores relacionados con la comunidad, como la disponibilidad de atención, el aprecio de los servicios y el carácter urbano o rural de los mismos” (Andersen R, Aday 2008.(p :533-546.)

Otros estudios revelan que los factores de oferta, tecnología y número de personal de salud, tienen una vital importancia en la utilización de los servicios y en los gastos de salud, porque el tipo de formación, cualidades del personal, entorno en que se presta la atención, las normas y reglamentaciones, tienen marcadas influencias sobre la conducta del personal de salud.

En Colombia, los estudios y análisis de la equidad, la accesibilidad y las políticas de reforma del Sistema de Salud han hecho correlaciones entre la distribución de indicadores sociales con los indicadores de salud en los que se logra identificar unos perfiles de enfermedad y de muerte, relacionados con pobreza y con el desarrollo. (Olaya,Peláez, A.2008,pp4)

Este trabajo de investigación se ha interesado en medir la accesibilidad oportuna utilizando como modelo referencial, el ya explicado, los conceptos y modelos de accesibilidad utilizados por Donabedian que han sido también utilizados por Julio Frenk como propuesta de medición de accesibilidad.

El análisis realizado por el Instituto Mexicano del Seguro Social define el tiempo de espera, como aquel que transcurre desde la hora de cita programada o de la solicitud de la atención por el usuario, hasta que es atendido por el médico del servicio.

“El análisis de Tiempo de Espera comprende el establecimiento de las causas que generaron las largas esperas en una unidad de salud y la posibilidad de realizar los cambios necesarios para reducir tales tiempos”(Maldonado. 2001,pp 421).

Pero ¿Cómo reducir un tiempo de espera? Constituye un problema común para los administradores de las instituciones de salud; cuando estos son prolongados pueden

constituirse en una barrera de accesibilidad para el usuario (Centro de Recursos electrónicos de Actualidad Gerencial 2000 b.)¹⁷

La reducción del tiempo de espera significaría disminución de los minutos que los clientes emplean esperando al médico, a la enfermera u otro personal encargado de ofrecer servicios de salud, y no de los minutos que estos realmente pasan con los usuarios. Los periodos largos de espera superiores a dos horas son muy comunes, y se han reportado en Costa Rica, Kenia y Sudáfrica, Jordania y muchos otros países. En aquellos lugares donde los administradores se han esforzado por mejorar la situación a través de cambios a nivel organizacional, el tiempo de espera se ha reducido por lo menos en una hora (Centro de recursos electrónicos de actualidad gerencial 2000 c)¹⁸

Como se mencionó anteriormente, hay gran interés por medir los criterios de oportunidad de atención que están relacionados con el tiempo de espera, tal es el caso de Canadá con el I anuncio federal provincial y territorial; establece la siguiente definición: El tiempo de espera es el periodo que transcurre entre la realización de una cita y el contacto con el servicio solicitado, momento en que el paciente está dispuesto a recibir la atención.

El servicio de salud responsable del primer nivel de atención debe:

- 1) Ser de fácil acceso, que no tenga brechas de accesibilidad.
- 2) Cubrir una población definida y limitada
- 3) Funcionar en una estructura de “dimensiones humanas”
- 4) Estar dotado de un pequeño equipo que genere confianza, que sea polivalente, permanente, organizado y dé atención de servicios oportunos prestados eficientemente y sin barreras de organización, supervisado, y que conozca los problemas de salud de la población.
- 5) Disponer de los elementos, instrumentos técnicos, instrumentos administrativos y de los medios financieros para tomar a cargo los problemas de salud de la población.
- 6) Integrar las actividades curativas y preventivas

Un atributo importante de la calidad es la “continuidad **en la atención**”, es decir que la atención no debe limitarse solamente al momento de la consulta sino que supone que el servicio de salud asuma la responsabilidad por el individuo, hasta que finalice el episodio de enfermedad o de riesgo, es decir hasta la recuperación total, para lo cual es necesario

¹⁷Centro de Recursos electrónicos de actualidad Gerencial (2000) *Cómo reducir el tiempo de espera en las clínicas de Planificación Familiar*. En línea URL <http://www.erc.msh.org.readroom/español/Waitingham>. visitado el 2 de febrero de 2009.

¹⁸Centro de Recursos electrónicos de actualidad Gerencial (2000) *Cómo reducir el tiempo de espera en las clínicas de Planificación Familiar*. En línea URL <http://www.erc.msh.org.readroom/español/Waitingham>. visitado el 2 de febrero de 2009.

un seguimiento, la falta de continuidad en la atención del individuo reduce la eficacia de la atención de salud e incrementa sus costos.

La calidad es una combinación de características humanas y tecnológicas que los servicios deben poseer para poder cumplir sus objetivos. La calidad técnica se define en términos de cuatro variables:

- a. La **integridad**, es decir, satisfacer todas las necesidades de los pacientes.
- b. Los **contenidos**, es decir, hacer todo lo que se debe hacer en cada caso
- c. La **destreza**, es decir, hacer bien lo que se debe hacer.
- d. La **oportunidad**, es decir, hacer a tiempo y en la secuencia adecuada lo que se debe hacer.

Organizar incluye desarrollar una estructura intencional de roles para el desempeño efectivo. La organización requiere de una red de centros de decisión y comunicación para coordinar los esfuerzos hacia las metas de la institución y del equipo de trabajo. Para que funcione, se debe comprender la estructura organizacional.

La efectividad de una organización también recibe la influencia de la **cultura organizacional**, que afecta a todo el proceso gerencial(planeación, organización, integración de personal, dirección y control), es la cultura organizacional quien a su vez define el clima organizacional, que facilita u obstaculiza la -Cultura Participativa-importante porque le permite conocer al trabajador su estructura organizacional, sus roles y funciones, lo involucra en los procesos de la organización, le genera: empoderamiento compromiso, credibilidad, confianza, satisfacción del usuario externo, y espera igual reciprocidad de la comunidad para conseguir su bienestar, y mejoramiento continuo de la calidad de vida, e incluso se motiven a formular Planes de Atención y Programas de Servicios que fomenten la Participación Comunitaria y lograr un servicio de calidad que satisfaga las necesidades sentidas de la población.

4. Propósito y Objetivos:

4.1 Finalidad

- a) Mejorar la accesibilidad a una atención oportuna en el Subcentro de Salud de Bolívar.

4.2 Objetivo General:

- 4.2.1 Mejorar la motivación, tiempo de espera y continuidad de la atención, permitirá aumentar la posibilidad de accesibilidad a atención oportuna en el Subcentro de Salud de Bolívar.
- 4.2.2 Experimentar la aplicabilidad de la utilización de la adaptación del Modelo de Piot. como una herramienta de investigación operativa para evaluar y planificar una mejor accesibilidad a una atención oportuna en el Subcentro de salud de Bolívar.

4.3 Objetivos Específicos:

- a) Implementar alternativas de cambio que permitan mejorar la posibilidad de accesibilidad a una atención oportuna en el SCS de Bolívar.
- b) Negociar las alternativas de cambio con el personal del Subcentro de salud.
- c) Evaluar el proceso de implementación así como los resultados de alternativas de cambio establecidos durante la investigación
- d) Analizar los factores conductuales asociados a la evidencia de las alternativas de cambio que no funcionan.
- e) Descubrir posibles temas de investigación, los cuales si existe la motivación, colaboración y deseo de continuidad podrían ejecutarse.

5. Hipótesis Dinámica de Cambio y Estrategias Elegibles

Interviniendo los parámetros de: motivación, tiempo de espera y continuidad, se mejorará la posibilidad de accesibilidad a una atención oportuna en el Subcentro de Salud de Bolívar.

Se utilizaron diferentes estrategias, la más importante fue la negociación del cambio; con la participación de todo el personal del Subcentro de Salud de Bolívar, se pudo llegar a acuerdos necesarios para alcanzar los objetivos propuestos y lograr mejorar la accesibilidad a una atención oportuna en el Subcentro de Salud de Bolívar y contribuir al mejoramiento de la calidad del servicio; de nuestra parte, se les prometió la entrega de un certificado de participación en este proceso de Investigación - Acción; así como también los instrumentos necesarios para la introducción del cambio.

Como estrategias de cambio se plantearon las siguientes:

Para mejorar la motivación:

Informar a toda la población sobre la importancia de utilizar el servicio del Subcentro de Salud, así como también los horarios de atención y servicios que brinda.

Para reducir los tiempos de espera:

- a) Implementación de un sistema de citas de dos maneras: en el momento de la consulta curativa o preventiva, en las visitas domiciliarias aprovechando el trabajo de los Equipos Básicos de Atención los cuales se desplazan casa a casa a realizar las visitas domiciliarias.
- b) Mejorar la distribución de los espacios físicos en el Subcentro de Salud de Bolívar.
- c) Reorganizar el archivo de Historias Clínicas.

- d) Informar a la población urbana de Bolívar que utilicen los servicios del Subcentro de Salud preferentemente de lunes a jueves de manera que los días viernes tengan prioridad en la atención los pobladores del sector rural.
- e) Información comunitaria sobre los horarios y servicios que brinda el Subcentro de Salud.
- f) Reajuste de actividades asistenciales curativas, de promoción y prevención: esta estrategia fue descartada porque en consenso refirieron que alguna vez intentaron implementarla, pero no funcionó.

Para mejorar la continuidad:

- a) Hacer un seguimiento de los afiliados que solicitan atención médica con el objetivo de conocer si mejora o no su estado de salud, de igual manera a los pacientes que acuden a control de los diferentes programas.
- b) Mantener una comunicación continua con los Hospitales de referencia con el fin de hacer un seguimiento de los casos de los pacientes que requirieron atención hospitalaria y hacer seguimiento a aquellos que requerirán control médico en el Subcentro de Salud.
- c) Comprometer a las autoridades de salud se evite rotación de personal médico asistencial, lo cual favorecerá la continuidad en la atención.
- d) Realizar un cronograma de visitas domiciliarias para hacer un seguimiento a los casos médicos: esto se realizaría aprovechando la conformación de los Equipos EBAS.

6. METODOLOGÍA

6.1 Identificación de actores y sus relaciones:

En la parroquia de Bolívar existen básicamente dos prestadores públicos de salud de primer nivel de atención, el Subcentro de Salud de Bolívar y el Subcentro de Salud Municipal; se han identificado también cuatro consultorios médicos generales privados, un centro obstétrico privado que atiende los fines de semana, cuatro consultorios odontológicos, particulares y tres farmacias particulares. el segundo nivel de atención y servicios diagnósticos complementarios, la población puede utilizar el Hospital de San Gabriel, el Hospital de El Ángel, o el Hospital Provincial Luis G. Dávila de Tulcán a los que se accede en aproximadamente 15 y 60 minutos respectivamente.

El equipo de trabajo del Subcentro de Salud de Bolívar está constituido por: dos médicos, un odontólogo, dos enfermeras y una Auxiliar de enfermería. El equipo de la unidad de conducción del área No 2 tiene acercamientos con la unidad operativa y el equipo conductor sólo para cumplir las disposiciones del nivel central cuando se implementa una nueva normatividad en los programas sobre todo verticales. No hay coordinación con el

Municipio, ni con otros actores importantes de la comunidad. A nivel provincial está constituido por la Dirección Provincial de Salud, representada por su Director, quien preside la unidad de gestión.

El Municipio, que es otro actor importante en salud a nivel local, ofrece un servicio de primer nivel de atención básicamente en consulta curativa de libre demanda con una importante inversión en infraestructura, recursos humanos, los cuales están centralizados en la cabecera parroquial de Bolívar. Las políticas de salud se establecen a nivel nacional sin ningún sustento técnico, todas las decisiones sobre el funcionamiento del Subcentro se basa en el criterio del médico de turno que trabaja en el Centro de Atención Médico Municipal.

En esta investigación se utilizará una metodología de Investigación-Acción, ya que incluye aspectos comportamentales; sin embargo, se aplicará como apoyo herramientas de Análisis Operativo -Investigación Operativa usando como modelo conceptual de referencia el que se describió anteriormente (Modelo de Accesibilidad de Julio Frenk.

En este modelo analizaremos los siguientes parámetros:

Parámetro Epidemiológico:

Necesidad de salud que se relaciona con **Frecuencia de morbilidad** esperada por habitante y por año; se refiere a cuántas personas esperamos acudan al Subcentro de Salud de Bolívar por lo menos una vez al año sea por enfermedad o por prevención. Según el instituto de Salud Pública (ISP) se considera que las personas tengan un episodio de morbilidad al año, por esa razón lo multiplicamos por 1.

Parámetro Sociológico:

Percepción de morbilidad se refiere a los pacientes que se percatan de la posibilidad de estar enfermos. Lo multiplicamos también por 1 porque las estadísticas mundiales refieren que por lo menos una vez al año todas las personas se han sentido enfermas.

Motivación para utilizar el servicio de salud (M) es la traducción del sufrimiento sentido por los individuos en la decisión de buscar atención de salud, o sea son los usuarios que sienten la necesidad de buscar atención curativa o preventiva en el Subcentro de Salud.

6.2 Parámetros Operacionales:

Tiempo de espera.-Se considera al tiempo que transcurre desde la hora de solicitud de una cita, o de la atención por el usuario, hasta el momento en que es atendido por el médico del servicio, se ha establecido como ideal en un periodo no mayor a 60 minutos.

Atención en salud .-El proceso de búsqueda de la atención lleva a establecer contacto directo con el médico, una vez establecido el contacto se inician las actividades correspondientes al proceso diagnóstico, toma de decisiones y al proceso terapéutico.

Continuidad.- Es decir que la atención no debe limitarse solamente al momento de la consulta, sino que supone que el servicio asuma la responsabilidad por el individuo hasta que finalice el episodio de enfermedad o de riesgo, es decir hasta la recuperación total. Se refiere a la organización del servicio y a su capacidad de respuesta, para asegurar al usuario que accedió al **dominio estrecho**, o sea hay continuidad en la atención de sus necesidades de salud actuales y subsecuentes.

En este trabajo de investigación se pretende modificar los parámetros Motivación, Tiempo de Espera, y Continuidad los otros parámetros a posterior. Esta metodología se caracteriza porque tiene un enfoque participativo con el involucramiento de todos los actores, orientado hacia la acción y al cambio e implica un proceso empoderante de enseñanza – aprendizaje de los actores basada en una relación no jerárquica.

Para esta investigación se contará con:

- a) Un equipo de investigación interno conformado por el personal del Subcentro de salud constituido por: dos médicos, un odontólogo, dos enfermeras, una auxiliar de enfermería.
- b) Un equipo de investigación externo: conformado por la formadora de campo asignada por el Instituto de Salud Pública quien apoyará y asesorará este trabajo, la investigadora quien acompañará durante todo el proceso de investigación.

El interés de los investigadores internos por este trabajo es mediano ya que deben cumplir con una variedad actividades en su unidad operativa sin embargo habido la colaboración y empeño en apoyar cada una de las responsabilidades asumidas. El interés como maestrante de Salud Pública ha sido aplicar las diferentes herramientas y conocimientos aprendidos en el Instituto de Salud Pública cumplir con un requisito exigido por la universidad y aportar en el mejoramiento de la calidad del servicio de ésta unidad operativa. Este análisis situacional se realiza en dos etapas:

Primera Etapa.- Se realiza un análisis descriptivo, basado en información estadística retrospectiva correspondiente al año 2007 e información recolectada mediante encuestas y observación directa entre los meses de noviembre del año 2007. (Anexo. A1) En esta etapa fue posible identificar un listado de problemas que nos orientan a buscar posibles relaciones de causalidad, se prioriza un problema el cual está relacionado con barreras de accesibilidad a una atención oportuna, con la finalidad de investigar y profundizar en

él, se construye un Modelo Conceptual de Referencia sobre la accesibilidad oportuna al servicio de salud.

La segunda etapa.- Analítica longitudinal o prospectiva será descrita en el numeral de resultados y discusión, se realiza en un periodo corto de dos meses, en esta se analizará la información del año 2007, observación directa de tiempos de espera y se hace una comparación de los dos periodos de análisis 2007 - 2010.

Para el análisis situacional se utiliza Información estadística retrospectiva correspondiente al año 2007.

Las fuentes primarias de información fueron:

- Observación directa con guía de campo
- Revisión de historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar
- Entrevistas semi- estructuradas a los actores internos y externos.
- Encuestas a los usuarios que asisten al Subcentro de Salud
- Encuesta a hogares
- Estadísticas del Área de salud No. 2. Estadísticas del Subcentro de Salud de Bolívar de los años 2007 y 2010.

Fuentes secundarias de información:

- Informes del INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos).Año 2007 y 2010.

Al inicio de este trabajo para realizar el análisis situacional en septiembre 2007 con el apoyo de una guía se realiza observación directa para tratar de determinar los problemas que se presentan en el Subcentro de Salud de Bolívar; esta guía se aplica durante los diferentes días de la semana, en esta fase de observación hubo algunos errores como por ejemplo: la guía se aplicó en el Subcentro de Salud los días de mayor congestión de pacientes; lo cual puede haber causado sesgo en la información: la observación se hacía cada tres personas.

El tipo de encuesta fue de tipo aleatoria se realizó en septiembre del año 2007, cuando iniciábamos la práctica de aplicación de encuestas por lo que considero sesgada esta información.

TABLA No. 3
PARÁMETROS ANALIZADOS

PARÁMETRO	CONCEPTO	INDICADOR
Frecuencia de morbilidad	Primeras consultas esperadas por 100.000 habitante por año	Frecuencia de morbilidad = $\frac{\text{Total de morbilidad esperada}}{\text{Población de responsabilidad}}$
conciencia	Constituye el percatarse de la posibilidad de estar enfermo	Percepción de morbilidad = $\frac{\text{No. de pacientes que se perciben enfermos}}{\text{Total de la morbilidad esperada}}$
Tiempo de espera	Es el tiempo que transcurre desde la hora de solicitud de una cita hasta el momento en que el paciente es atendido por el médico del servicio,	Tiempo de espera = $\frac{\text{Porcentaje de usuarios que esperan < 60 minutos}}{\text{Número de consultas al año.}}$
Motivación	Es la necesidad de buscar atención médica.	Motivación = $\frac{\text{No. de 1ras consultas de morbilidad}}{\text{Total de la población de responsabilidad}}$
Tratados Oportunamente	Son los pacientes que recibieron atención en un tiempo menor a 60 minutos.	Tratados Oportunamente = $\frac{\text{No de pacientes que recibieron tratamiento}}{\text{No de primeras consultas de morbilidad}}$
Continuidad	Es decir que la atención no debe limitarse solamente al momento de la consulta, sino que el servicio asuma la responsabilidad por el individuo hasta que finalice el episodio de enfermedad o de riesgo, es decir hasta la recuperación total	Continuidad = $\frac{\text{Total de consultas subsecuentes de Morbilidad}}{\text{Total 1ras consultas morbilidad atendidas en <60 min.}}$

Fuente: Consolidado Anual del Subcentro de Salud de Bolívar.
Elaborado por: Rossemary Sinche Silva

7. Resultados y Discusión.

7.1 Evaluación Operativa.

Dentro de la implementación de las alternativas de cambio se establecieron varias instrucciones operativas, entre ellas la conformación de un equipo de trabajo integrado por el médico Director del Subcentro de Salud, una médica general, un odontólogo, una enfermera, una auxiliar de enfermería, una auxiliar de odontología.

Se convocó a una reunión inicial, la cual se realizó al final del horario de trabajo a fin de no interferir en sus labores diarias, se les explicó algunas generalidades de la Investigación – Acción, hubo acuerdo para iniciar e involucrarse en este trabajo, se identificaron los problemas existentes y se priorizó uno -motivo de este estudio- hubo una

completa participación del personal, opinaron , aportaron con sugerencias, al inicio parecían no comprender la razón del porqué implementar los cambios, se repetía la queja de “hace falta personal”; en resumen, los primeros contactos mantenidos con el personal del Subcentro, fueron positivos.

En la segunda reunión se notó que el personal empezaba a asimilar el involucramiento en los cambios propuestos mismos que fueron consensuados con ellos, estuvieron más motivados, exponían sus ideas y opiniones, con altos niveles de respeto, lo cual favoreció una adecuada negociación, facilitó la búsqueda de mecanismos para lograr la implementación de cada estrategia de cambio y permitió la creación de los instrumentos a utilizarse en cada alternativa, estos fueron analizadas por los integrantes del equipo, se consideró su factibilidad, conveniencia y costos.

Se plantearon instrucciones operativas para cada una de las estrategias de cambio la mayor dificultad encontrada fue cuando se propuso nombrar responsables de cada instrucción, les costó trabajo asumir responsabilidades, pero fue el Médico Director quien tomó la iniciativa de colaborar, motivó la participación de los demás miembros.

Otra situación difícil fue reconocer los errores cometidos y afrontar la realidad de los datos respecto a la baja tasa de utilización y productividad en el Subcentro, la insatisfacción del usuario por los largos tiempos de espera y la necesidad de trabajar en equipo a fin de lograr los objetivos propuestos.

Existió apoyo institucional, para financiar los formularios e instrumentos, así como la colaboración en las capacitaciones programadas.

Para mejorar la motivación las actividades programadas contemplaban: a) informar a la población sobre los servicios y horarios que brinda el Subcentro de salud, nuevo modelo de atención, cuándo y quién lo va a realizar b). Promover la participación comunitaria para lo cual se planteó conformar el Comité de Salud Parroquial con la participación de líderes y actores sociales con el objetivo que participen activamente y trabajen coordinación con el personal de salud. La primera convocatoria fue fallida, no pudo darse en las horas programadas, la segunda se logró realizar aunque inició con bastante tiempo de retraso, primero se explicó el objetivo de la reunión, en qué consistía el trabajo de investigación, acción que se había iniciado a nivel local y que ellos como líderes comunitarios eran muy importantes para trabajar coordinadamente con el Subcentro de Salud y el Municipio y conseguir el mejoramiento de la calidad de vida de la población, manifestaron que con mucha frecuencia “han sido utilizados para hacer política, les ofrecían ayudarles y nunca lo hicieron , que ahora esperaban no sea lo mismo”. Participaron activamente dando sus opiniones y percepciones acerca de sus necesidades de salud e incluso la insatisfacción y abandono que sentían las personas de la tercera edad. Se aprovechó este espacio para

darles a conocer el nuevo modelo de Salud, que ofrece gratuidad en la atención y cubre enfermedades crónicas. Con el apoyo del personal del Subcentro de Salud se establecieron compromisos de dar atención prioritaria a los jubilados cuando ellos acudan al Subcentro.

Para disminuir el tiempo de espera, conjuntamente con el personal del Subcentro de salud se acordó que parte del problema de los largos tiempos de espera se debían a la mala distribución de los espacios, por lo cual se determinó probar diferentes maneras de distribuir el espacio laboral de manera que ofrezca mayor funcionalidad.

Referente a la actividad de citas médicas se elaboró un flujograma de admisión y atención, dos semanas más tarde de lo previsto, por cuanto en esos días hubo campañas de vacunación.

Lo más difícil ha sido tratar de comprender y documentar cuáles son los factores organizacionales que influyen en los largos tiempos de espera: quizá porque al hacer este análisis se involucra el personal operativo, sobre todo en lo referente a ausentismo e incumplimiento de horarios de trabajo.

Uno de los pacientes, al observar el flujograma expuesto en un tablero de acetato, consideró que el personal del Subcentro se estaba preocupando por la mejora de la atención a los pacientes, lo cual le satisfacía.

Otra de las actividades planteadas para disminuir el tiempo largo de espera fue la implementación de un sistema de citas, tanto en la consulta curativa y/o preventiva, se aprovechará el espacio de interacción del personal de salud con el paciente en el momento de la atención médica o de enfermería y/o de visitas domiciliarias realizadas por los equipos EBAS (Equipos Básicos de Atención en Salud).

Planificar una capacitación al personal de salud acerca de la organización del servicio, sobre el tipo de Investigación- Acción a realizarse en el Subcentro de Salud; solicitar el apoyo desinteresado y deseo de compromiso para implementar las estrategias de cambio-propuesto por ellos mismos- para lograr el mejoramiento de la calidad del servicio.

El organizar el archivo de Historias Clínicas, tuvo cierto grado de dificultad, porque se notó que al personal encargado de estadística le fue difícil aceptar que uno de los *cuellos de botella* (lugar donde se presenta retardo en el proceso de atención por tiempo largo de espera) se estaba presentando al sacar la historia clínica del archivo de estadística y una de las posibles hipótesis causales era la falta de orden del mencionado archivo: con la estrategia planteada se logró disminuir este tiempo de espera.

Respecto a la información comunitaria sobre los horarios y servicios que brinda el Subcentro, por medio de rótulos ubicados en lugares estratégicos y cuñas informativas durante la misa dominical, con la colaboración del cura párroco.

Una vez aplicadas las alternativas de cambio; se reflejó un aumento de la cobertura, en la continuidad y en la disminución considerable de los largos tiempos de espera.

Aún existen situaciones que no han mejorado como: el sistema de referencia y contra-referencia, la comunicación entre el primer y segundo nivel, con el municipio, falta de acercamiento y supervisión por parte del área de salud No. 2, lograr una mejor participación ciudadana ya que nunca han sido tomadas en cuenta sus necesidades respecto a salud, esto se refleja en la ampliación innecesaria del servicio de emergencias del Subcentro de Salud de Bolívar.

Durante esta introducción a la Investigación – Acción, se establecieron algunas situaciones positivas y negativas como:

Al inicio parecía haber poco interés del personal del Subcentro de Salud; pero cuando se les explicó que se iba a aplicar una forma diferente de Investigación- Acción, que a diferencia de las otras, se preocupa principalmente de aspectos sociales, que evalúa el proceso a más de los resultados, que es participativa, no jerárquica, que requiere la participación activa y trabajo en equipo, no tiene intereses particulares, cuyo objetivo principal es el mejoramiento de la calidad del servicio y mantener un cambio cíclico permanente, la actitud cambió notablemente.

El mantener con el equipo de investigación una relación no jerárquica, con metas y objetivos comunes, facilitó la confianza y la toma de decisiones consensuadas.

La falta del tiempo fue una de las limitaciones durante el proceso de investigación, debido a estudios y trabajo simultáneos, lo cual dificultó mantener un mayor acercamiento con los actores externos; así como la periodicidad necesaria de las supervisiones al proceso.

Algunos procesos propuestos a pesar de su inicial negativa, para como estrategias de cambio, pudieron ser superados y no constituyeron obstáculo alguno para que se logren los objetivos planteados en esta Investigación- Acción sin olvidar que hubo un gran esfuerzo y colaboración del equipo de investigación interno, conformado por el personal que labora en el Subcentro de Salud quienes demostraron su interés, compromiso con este trabajo.

7.2 Evaluación Analítica

De las alternativas de cambio implementadas se obtuvo:

Analizando el **dominio estrecho** desde el momento en que el individuo busca la atención médica hasta el momento en que la recibe, podríamos decir que han mejorado las barreras a la entrada de la decisión de buscar atención médica y durante el proceso.

Al analizar los parámetros de este dominio: **La motivación** o sea la traducción del sufrimiento sentido por los individuos en la decisión de buscar atención en salud, porque sienten la necesidad de buscarla y la desean. En el 2007 el 30% de usuarios están motivados a utilizar el servicio en el año 2010 asciende a 50%.

TABLA No. 4

Modelo de análisis de accesibilidad oportuna adaptado del Modelo de Piot y Julio Frenk Aplicado a la población asignada al Subcentro de Salud de Bolívar 2010.

Fuente: Consolidado anual de registro médico del Subcentro de Salud de Bolívar.

PARÁMETROS	INDICADOR	MORBILIDAD	
		Primeras Consultas	
Población	Total población asignada al SCS Bolívar año 2007		5245
Frecuencia de morbilidad esperada x1/Habitante/año.	Frecuencia de Morbilidad.= $\frac{\text{Total de morbilidad esperada}}{\text{Total de la Población de responsabilidad}}$	$\frac{5245}{5245} =$	1
CONCIENCIA	Percepción de morbilidad.= $\frac{\text{No de pacientes que se perciben enfermos}}{\text{Total de la morbilidad esperada}}$	$\frac{3208}{5245} =$	0,61
Tiempo de espera < 60 = 0,41	Tiempo de espera= $\frac{\% \text{ usuarios que esperan } < 60 \text{ minutos}}{\% \text{ de personas/perciben enfermas y utilizan el servicio}}$	$\frac{41}{3208} =$	0,0127
Motivación	Motivación= $\frac{\text{No. de 1ras consultas de morbilidad}}{\text{Total de la población de responsabilidad}}$	$\frac{2672}{5245} =$	0,50
Tratados Oportunamente	Tratados oportunamente= $\frac{\text{No pacientes que recibieron tratamiento}}{\text{No de primeras consultas de morbilidad(}}$	$\frac{706}{2672} =$	0,26
Continuidad= Segundas Consultas Morbilidad realizadas= 0.096	Continuidad = $\frac{\text{Total de consultas subsecuentes de Morbilidad}}{\text{Total 1ras consultas morbilidad atendidas en } < 60 \text{ min}}$ 41% de 3208 pacientes = 1315 esperan < 60X' 59% de 1676 pacientes = 1892 esperan > 60 X'	$\frac{536}{1315} =$	0.40

Fuente: Consolidado anual de registro médico del Subcentro de Salud de Bolívar año 2010

Elaborado por: Rossemay Sinche Silva.

Como lo mencionamos, el modelo propuesto parte de las necesidades de la población asignada al Subcentro de Salud de Bolívar, en el cual se esperaría una incidencia de morbilidad general de 1 / habitante / año. La conciencia de morbilidad es uno.

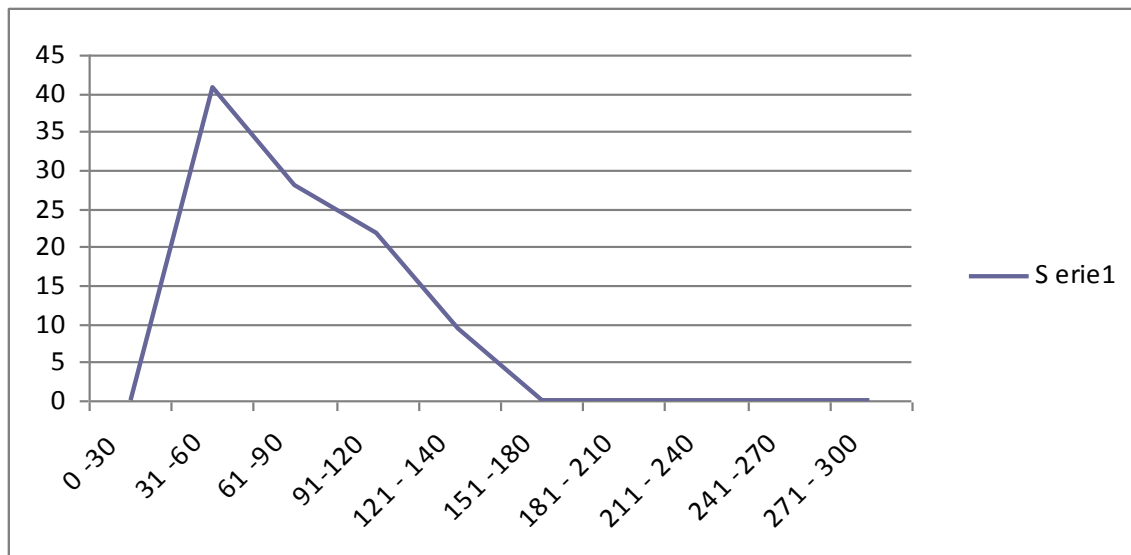
El siguiente parámetro, **Motivación**, para el año 2010 es de 50% por lo que las primeras consultas por morbilidad 2010 son de 2672.

Tiempo de espera. En encuestas realizadas en diciembre del 2010, el tiempo de espera inferior a 60 minutos representa el 41% de usuarios. Es impresionante la disminución comparada con el año 2007, en el que tan solo un 2% esperaba menos de 60 minutos.

Según el análisis operativo de este modelo, la posibilidad de accesibilidad oportuna al Subcentro de Salud de Bolívar en el año 2010 es de 41 %, es decir de 3208 personas que fueron atendidas por un episodio de morbilidad al año; solamente 1315 son atendidas oportunamente, esto no quiere decir, que las restantes no fueron atendidos, ya que 2672 utilizan el Subcentro de Salud de Bolívar, pero no lo fueron oportunamente y el resto, a lo mejor fueron atendidos por otro proveedor.

Gráfico No.5

Tiempo en minutos por usuario, medido en cada uno de los subprocesos del proceso de atención médica en el Subcentro de Salud de Bolívar después de la intervención Septiembre 2010



Fuente: Datos tomados de las encuestas realizadas en el Subcentro de Salud de Bolívar en el mes de Sep-2010.
Elaborado por: Rossemary Sinche Silva.

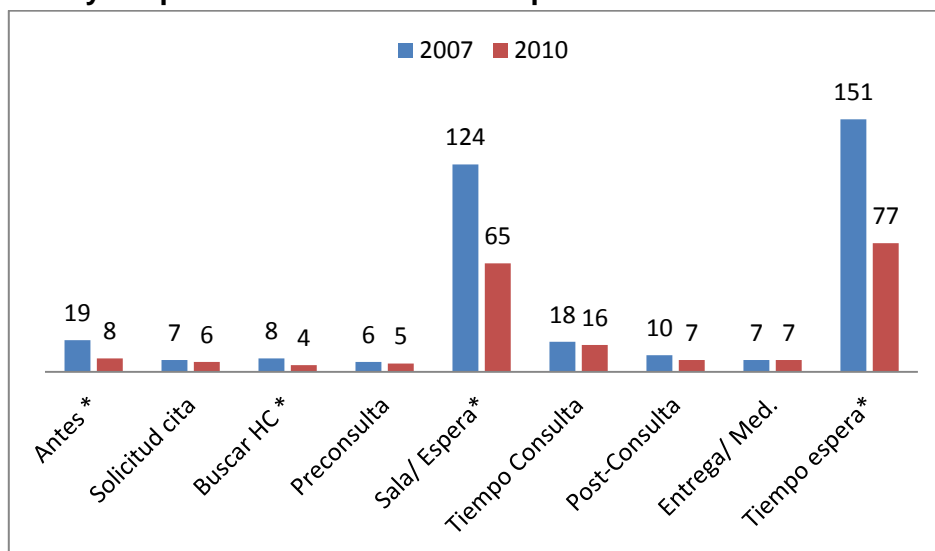
Esta curva, a diferencia de la anterior, (Gráfico No. 4) es unimodal y asimétrica con desviación a la izquierda. La mediana se reduce de 146 minutos a 69 minutos. El 25 % de las observaciones esperan menos de 56 minutos y 25 % esperan más de 98 minutos; sin embargo, los valores superiores se reducen a un máximo de 140 minutos. Curiosamente, el valor mínimo aumenta de 25' a 39' (64%). El 41% de las observaciones se encuentran

con tiempos de espera inferiores a 60 minutos. La explicación sería que las estrategias de intervención ejecutadas en el Subcentro de Salud de Bolívar como: reorganización de actividades, organización del archivo de historias clínicas, implementación de citas, flujograma del proceso de atención y la permanencia del personal en el horario de trabajo aportaron a esta reducción de tiempo de espera. (Tabla No. 7).

Si se intenta realizar una asociación entre el parámetro de Tiempo de espera y Tasa de Utilización del servicio, al parecer existe una relación de asociación; pero hay factores de confusión como: la producción, la disponibilidad del recurso humano, nueva política de estado, gratuidad en los servicios de salud, entre otros.

Gráfico No.6

Promedio de tiempo de usuario en minutos por subproceso de atención, antes y después de la intervención Septiembre 2007-diciembre 2010.



Fuente: Datos tomados de la observación a los individuos que asisten al SCS durante los meses de septiembre 2007 y diciembre 2010.

Elaborado por Rossemary Sinche Silva.

En el Gráfico No.6 podemos observar que en el proceso de atención médica específicamente en el subproceso de espera en la sala, el tiempo de espera disminuye de 124' a 65' (48%) y la proporción que se reduce en el primer paso del proceso al momento de ingreso en el Subcentro de Salud y al buscar la Historia Clínica, antes y después de la intervención, es del orden del 50%. La reducción total del tiempo de espera en promedio es de 51%.

Respecto al tiempo dedicado a la consulta hay que hacer dos observaciones: la primera se observa un 18 % de reducción del tiempo de consulta y pos- consulta, situación que debe cuidarse, probablemente en el proceso de intervención se ha producido un efecto de tensión sobre los tiempos, el cual debe ser controlarlo y evaluado, ya que no sería deseable arbitrariamente disminuir este tiempo de atención. La segunda observación se

refiere a que en los dos momentos, el tiempo de consulta es de 18 y 16 minutos, considerando todas las atenciones, es decir primeras y subsecuentes de morbilidad, y todas las de fomento y prevención.

El acompañamiento que se ha dado en estos meses y la inter- relación con el equipo de investigación ha aumentado la motivación del personal del Subcentro de Salud de Bolívar, ha dado lugar al cumplimiento del Plan de actividades; ha permitido conocer el grado de interés de cada miembro del equipo en esta investigación, se notó al equipo de salud más motivado especialmente al personal de enfermería.

El parámetro de **motivación**, si persiste el interés por indagar, mantener el ciclo de la Investigación – Acción y continuar con las estrategias implementadas en el Subcentro de Bolívar, se podría dar inicio a futuras investigaciones porque aún hay mucho por indagar. No conocemos, por ejemplo, los aspectos de la motivación, por esta razón en este trabajo hemos utilizado como indicador la Tasa de Utilización, para conocer si verdaderamente no existen barreras financieras y saber cuál es la verdadera capacidad resolutive del Subcentro de Salud de Bolívar.

Según el análisis operativo de este modelo, la posibilidad de accesibilidad oportuna a medicación en el año 2007 es de 0,23% es decir de 1528 consultas de morbilidad, 364 pacientes reciben medicación oportunamente; comparando con el periodo el 2010 que es de 0,26% es decir de 2672 primeras consultas de morbilidad sólo reciben tratamiento 706 pacientes.

Si analizamos la oportunidad en la atención por el tiempo de espera tenemos que en el año 2007 el 2% de 1676 pacientes: 33 son atendidos oportunamente en un tiempo menor a 60 minutos, el 88%(1474) esperan más de 60 minutos; y los demás es posible que se atiendan con otro proveedor .En el año 2010 el 41%(3208) son atendidos oportunamente en un tiempo menor a 60 minutos, el 59% restante(1892) se atienden ; pero no en forma oportuna y los otros pacientes es posible qu se atiendan co9n notro proveedor.

En al año 2010 se registra un 16% de consultas subsecuentes, que es el valor referencial de continuidad en el año 2010.

En relación a lo programado (Anexos. Tabla No.9) se cumplieron en su mayoría, excepto una de las conferencias a pesar de haber sido planeada anticipadamente, no se pudo cumplir esta actividad debido a que en esa fecha la persona encargada de la capacitación fue convocada a otra actividad direccionada desde el nivel central; lo cual demuestra una vez más que no existe en el área una adecuada planeación y coordinación. Se cumplió el 75% de las actividades de capacitación programadas con la participación activa del

equipo de investigación, se formularon preguntas, sugirieron propuestas de cambio y estrategias de mejoramiento continuo.

Referente a la programación de citas durante la consulta curativa resultó mejor asignarlas durante las visitas domiciliarias. en el Subcentro de Salud de Bolívar se proyectaron 80 citas médicas y de ellas se cumplen 30 equivalentes al 37,5%, la mayor dificultad que ha tenido el equipo de investigación interno responsable de esta actividad es la falta de tiempo por un sinnúmero de actividades por cumplir, esta carencia no permitió al equipo de investigación hacer un seguimiento minucioso al fichero de citas.

Según relatos del equipo de investigación interno fue satisfactorio experimentar diversas maneras de readecuar la distribución del espacio físico para facilitar las tareas diarias. Fue motivante propiciar la participación comunitaria, con líderes y actores sociales específicamente con miembros del Comité de Salud Parroquial , al inicio con un poco de dificultades, ellos manifestaron que en ocasiones anteriores habían tenido malas experiencias, refieren haber sido utilizados para fines políticos, con grandes ofrecimientos que no se hicieron realidad. La organización de jubilados manifestó grandes expectativas con la aplicación del nuevo Modelo de Atención en Salud.

Cabe mencionar que del Área de Salud No. 2 a pesar de tener conocimiento del trabajo de investigación que se venía realizando en una de sus unidades operativas de responsabilidad, no hubo ningún interés en conocer los resultados de la implementación de las estrategias de cambio, mas; sin embargo, evidenció gran interés por parte del personal del Centro Médico Municipal, durante el lapso de tiempo de la investigación nunca se conoció de ninguna visita, ni supervisión al equipo de trabajo del Subcentro de Salud de Bolívar por parte del Ministerio de Salud, ni representantes de la Dirección o Jefatura de Área.

8. Conclusiones y Recomendaciones.

8.1 Conclusiones:

- Con una mejor organización del servicio, la redistribución de espacios físicos y la implementación de un sistema de citas, la posibilidad de atención oportuna en el Subcentro de Salud de Bolívar en el año 2007 es de 0,23% y en el año 2010 es del 0,26%. Este resultado ha sido mejorado gracias a la reducción de tiempos de espera.
- La motivación en relación al año 2007 es de 0,30% y en el año 2010 asciende a 0,50%.
- El parámetro de Continuidad en el año 2007 es de 4,48% en el 2010 es de 0,40%

- A partir de la aplicación de las diferentes estrategias de intervención, el tiempo de espera total se reduce en un 51%, cabe indicar que esta reducción del tiempo de espera no solo responde a las estrategias de intervención, sino a otros factores externos como el incremento de personal médico y/o la permanencia del personal en el servicio.
- Con una mejor organización del servicio, la redistribución de espacios físicos y la implementación de un sistema de citas, la posibilidad de atención oportuna en el Subcentro de Salud de Bolívar en el año 2007 es de 0,23% y en el año 2010 es del 0,26%.
- El modelo utilizado ha permitido identificar que potencialmente el Subcentro de Salud de Bolívar para responsabilizarse de los 5245 habitantes requeriría 11 horas/ de disponibilidad médico/día. Con los actuales recursos disponibles tanto del Ministerio de Salud Pública, como los del municipio serian suficientes para cubrir las necesidades de atención, y coordinar adecuadamente las diferentes acciones dentro de un sistema local de salud.
- La nueva política de Estado, ha orientado su objetivo a incrementar la accesibilidad a los servicios de salud; entre sus principales estrategias consta una importante inversión en infraestructura, equipamiento y recursos humanos; sin embargo, se observa que en el 2007 la producción del médico es de 0.87 pacientes por hora y en el 2010 es de 2 pacientes por hora, o sea esta productividad se incrementa a casi el doble.
- El parámetro de motivación, si continúa el interés por indagar y mantener el ciclo de la Investigación-Acción, mantener y monitorizar las estrategias de cambio implementadas en el Subcentro de Bolívar, podría dar inicio a futuras investigaciones porque aún hay mucho por investigar como por ejemplo: al momento desconocemos los aspectos de la motivación, por esa razón en este trabajo hemos utilizado como indicador la tasa de utilización; desconocemos si en verdad no existen barreras financieras, es necesario indagar sobre la verdadera capacidad resolutive del Subcentro de Salud de Bolívar.
- Tratando de buscar un modelo conceptual de referencia se intenta aplicar el Modelo de Piot adaptado para analizar un problema horizontal; pero encuentro una serie de obstáculos para la selección de indicadores, no puedo aplicarlos en forma secuencial ya que Piot es un modelo que se usa específicamente para analizar problemas verticales.

8.2 Recomendaciones

Es posible que los recursos disponibles actualmente en la parroquia de Bolívar tanto humanos como físicos, se canalicen de una manera más eficiente porque al parecer estos son suficientes; pero, se requiere un acompañamiento en supervisión, y asistencia técnica en forma periódica. Al momento, se evidencia la ausencia de supervisión en el lugar donde se realizó ésta investigación, por ello es necesario conformar un equipo de supervisión.

Al mejorar la coordinación y la facilidad de acceso de los usuarios al segundo nivel de atención, se garantizará la continuidad de aproximadamente el 20% de morbilidad que no podría ser resuelta en un primer nivel.

Si bien es cierto que la nueva política de gobierno desestima la participación de los municipios en el sector de prestación de servicios de salud, resulta difícil aceptar la no existencia de coordinación de los recursos existentes para lograr un objetivo común: mejorar la atención oportuna de todos sus habitantes.

Implementar un equipo de supervisión a nivel del Área de Salud No.2 con apoyo técnico y con una visión de salud pública a la gestión del área, contribuirán al monitoreo y mejoramiento del trabajo de los equipos de salud, específicamente del Subcentro de Salud de Bolívar, se elevará la calidad de atención del servicio, contribuirá a la integralidad, y se aprovechará la consulta curativa para hacer actividades preventivas.

Para realizar esta propuesta se plantea:

- a. El equipo de supervisión debería constituirse en apoyo para cada unidad operativa perteneciente al área de salud, estaría conformado por técnicos definidos y capacitados, quienes tendrían una relación directa con el Director del área para elaborar y organizar participativamente un plan de supervisión.
- b. Este equipo de supervisión será responsable de un subsistema de información que operará al interior del área de salud, será: sencillo, accesible, se mantendrá actualizado, comunicará permanentemente a sus directivos del Ministerio de Salud y su actuación podría ser imitada por otros actores del sistema.

- c. El equipo de supervisión debe garantizar el cumplimiento del objetivo de la propuesta y formalizar vínculos de coordinación con otros niveles de atención como: especialistas, hospitales, otros servicios técnicos y sociales de la localidad.

Es necesario que para la detección temprana de la enfermedad, su promoción, y prevención, se reduzca la incidencia de problemas de salud, los comportamientos de riesgo y luchar contra los determinantes sociales y de la salud, se requiera un servicio de salud que tome la iniciativa de mejoramiento continuo de la calidad del servicio.

Se recomienda realizar un trabajo coordinado con el equipo de gestión del área para encaminar actividades conjuntas con el otro proveedor de salud municipal, esta acción permitirá optimizar recursos disponibles y se evitarán duplicidad de acciones.

Supervisar el proceso de implementación de estrategias, de manera que estimule la continuidad en la atención; así como el mejoramiento del número de visitas y seguimiento, con la ayuda de una agenda de citas.

BIBLIOGRAFIA

ÁLVAREZ Francisco Heredia. (2006)MD. *MSP Instrumentos de Auditoría Médica* ECOE Ediciones. 1ra. Edición Bogotá, DC.

ANDERSON R, Aday LA (2008). *Acces to Medical Care in the U.S: realizad and potencial Med Care* Vol.16:pp :533-546.

Aday, L. A. and R. L. Eichhorn. *The Utilization of Health Services: Indices and Correlates- A Research Bibliography*. DHEW Pub. No. (HSM) 73-3003. Washington: Government Printing Office, 1972.

ADAY LA, Andersen R. (2006)*Development of analices of Access to Medical Care*. Health Administration Press.Medigan: Ann Abor.

BELTRÁN Jaramillo Jesús Mauricio. (2004).*Indicadores de Gestión. Herramientas para lograr la Competitividad*.3R Editores. Temas Gerenciales.

CIPS (2009) Centro de Investigación Psicológicas y Sociológicas. Boletín del CIPS, año 1 No. 3.Modo de Desarrollo.

Centro de Recursos electrónicos de actualidad Gerencial (2000) *Cómo reducir el tiempo de espera en las clínicas de Planificación Familiar* .En líneaURLhttp://www.erc.msh.org.readroom/ español/ Waittingham.visitado el 2 de febrero de 2009.

CEPAR Proyecto de Análisis y Promoción de Políticas de Salud. *Estudio de fin de salud en el Ecuador*. Segmento: Gastos de los Hogares en salud. ESFINSA Proyecto de Análisis y Promoción de Políticas de Salud.2006www.cepar.org.ec/proyectos/proyectos.htm - En caché - Similares visitado el 12 de febrero de 2010.

CÉSPEDES J. (2008) Efectos de la Reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia sobre la Equidad en el acceso y la utilización de los Servicios de Salud. *Revista en Salud Pública*, 2 (2):145-164.

DANE, OPS (2008). *La Mortalidad en Colombia según condiciones de vida*. Estudios causales **Boletín No. 16**. Santa Fe de Bogotá: DANE.

DE BRIGARD Pérez AM. (2006) Responsabilidad de administradores y Prestadores de Servicios de Salud. *Revista Hospitalaria*. 2(11):14-20

DONABEDIAN, A. (1973) *Aspects of Medical Care Administration*. Cambridge: Harvard University Press, 1973.

DEBROWERE Inge &Pesse K. (2006.) *Lineamientos para la Metodología en Enseñanza Aprendizaje sobre Investigación en Sistemas de Salud*. Documento para la discusión

DiscursiveDictionary of heathCare (Diccionario Comentado de Atención a la Salud)

FRANCO A.(2010) Seguridad Social en Salud en Colombia. *Estado de la Reforma Revisado en Salud Pública* Vol. 1 pp 1-16

FRENKJ.(1998) .Investigación en Servicios de Salud: *El concepto y la medición de la accesibilidad*.OPS.Washington.DC.- pp.29-36.

Texto.

GRODOS D.&Mercenier (2000). *La investigación sobre sistemas de salud: Una propuesta de metodología*. ITG. Amberes Bélgica pp.55-61.

L'ANNONCE fédérale, (2005) *provinciale et territoriale sur les points de repère*, établissait la définition des temps d'attente comme suit Amberes Bélgica.

MALANGÓN –London &Galan Morera &Ponton Laverde.(1999) *Auditoria para una gestión eficiente*. Editorial Médica Panamericana.

MALDONADO G, Fragoso j.Orriko s, Flores M, Quiroz C & Sandoval A.(2001). *Tiempo de espera en el primer nivel para la población asegurada por el Instituto de seguro Social*. Rev. Médica IMSS.4º: 5, pp: 421.

MARTÍNEZ P, Rodríguez L y Agudelo C (2008). Equidad en las Políticas de la Reforma del Sistema de Salud, Rev. de Medicina. Universidad Nacional de Colombia pp: 312.Bogotá. Colombia.

Manual de organización y funcionamiento de las áreas de salud.MSP (2000).Matriz de monitoreo y Evaluación áreas y servicios pp: 44-41

MSP (2009). Derecho en salud para todos: *Transformación sectorial en Salud para el Ecuador*.(documento propuesta) pp.25-26

MSP (2002). Marco General de la Reforma Estructural de la salud del Ecuador

MERCENIER y Prof.Balen.V (1995). *Bases de Organización de los servicios de Salud* traducido al español de la versión en Inglés 1995 por Dr. Vigmar Muñoz Febrero 1997.Cochabamba. pp: 55-58.

NORTON Roberthkaplan David. (2006) .*Cuadro de Mando Integral*. Edit. Gestión.

Restrepo Guillermo & González Juan C. (2000).Administración por Productos. Volumen IIP. 208-212.Santafé de Bogotá D.C

RODRIGUEZ C. (2007) En salud se pierde un 50% de la facturación cuando no se utiliza la calidad como herramienta de gestión. Informe No.274 Agosto 2007 (visitado 3 de febrero 2009).

SEMPÉRTEGUI Ontaneda Fernando (2003) *La Investigación en Medicina*. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador. Editado en Universidad Central del Ecuador.

OLAYA, Peláez, A. (2008,1 de febrero).*Desarrollo Sistemas de Salud y Bienestar*.En : El Pulso. Medellin Colombia.No. 41 pp 4. Suplemento de periódico.

OPS/OMS. (1999) División de Salud y Desarrollo. *Principios y Conceptos Básicos de Equidad en Salud*. Boletín Semanal de Prensa. Washington D.C

OMS/OPS. (2000) Informe sobre la Salud en el mundo. *Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud*. Washington D.C.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Ecuador. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. O.P.S 2da. Edición, 8 de noviembre de 2011.pp.3-4.

PESSE K & Paeppe P. (1999) *La Investigación –Acción y la Investigación Operativa: Herramientas para la Investigación de los Sistemas de Salud*.Boletín No. 4 APS, pp: 107-111. Quito- Ecuador.

RESTREPO Guillermo & González Juan C.(2000).Administración por Productos. Volumen IIP. 208-212.Santafé de Bogotá D.C

ROMANO Y, Mayareth A. (2009). Estado del arte de las encuestas de satisfacción en salud. Programa e investigación en Salud. [http/ www.salud.org./documentación / estado del arte/ satisfacción/](http://www.salud.org./documentación / estado del arte/ satisfacción/) visitado 2 de febrero de 2009.

SALGADO (1999).y Rivera Casado 1991

SALAZAR R, Verónica, (2008) *.Avances del Sistema de Seguridad Social en Salud en: El Pulso*. No.37, pp.4 Suplemento de periódico. Medellín. Colombia.

SONIS A. Equidad y Salud.(200) Revista Panamericano de Salud Pública OPS/OMS, pp;8,359-362.

US Houser of Representatives (1976) A discursive dictionary of health care.Washington,DC. US.Government Printing Office.

VAN Dormael, (1988). *Intégrations et Recherche*, De l'utilité d'un modèle de référence pour guider la rechercheensytèmes de santé. ITGA, Ámberes, Bélgica, pp175-187

ANEXOS

ANEXO DE TABLAS

Tabla No. 1.

Población de responsabilidad del Subcentro de Salud de Bolívar distribuida por grupos etarios Año 2007

Grupos Etarios	Población/habitantes
< 1 año	98
12 a 23 meses	90
1 a 4 años	285
5 a 9 años	477
10 a 14 años	478
15 a 19 años	431
20 y mas años	3209
TOTAL	5068

Fuente: INEC Proyecciones de Población por Provincias, Cantones, Y Parroquias según grupos Etarios del MSP, Año.2007
Elaborado: Rossemary Sinche Silva

Tabla No. 2

Población de responsabilidad del Subcentro de Salud de Bolívar distribuida por grupos etarios Año 2010

Grupos Etarios	Población/habitantes
< 1 año	97
12 a 23 meses	90
1 a 4 años	280
5 a 9 años	470
10 a 14 años	483
15 a 19 años	433
20-64	2990
65-70	249
75 y más	153
TOTAL	5245

Fuente: INEC Proyecciones de Población por Provincias, Cantones y Parroquias según grupos Etarios del MSP, Año.2010
Elaborado: Rossemary Sinche Silva.

Tabla No. 3
Recetas despachadas en el Subcentro de Salud de Bolívar.
Años 2007-2010.

Año	Recetas de Consulta preventiva	Recetas de Morbilidad	Promedio de recetas entregadas por paciente	Total recetas
2007	99	1094	365	1194
2010	177	2118	706	2295

Tabla No 4
Tiempo Promedio-Máximo y Mínimo en minutos medido en cada uno de los subprocesos del Proceso de Atención médica en el Subcentro de Salud de Bolívar.

Proceso de Atención Médica	Tiempo Promedio en minutos	Tiempo Máximo en minutos	Tiempo Mínimo en minutos
*Antes de la atención	8	15	5
Solicitar Cita	6	7	3
*Buscar Historia Clínica	4	8	3
Pre- consulta	5	6	5
*Sala de Espera	124	65	30
Tiempo de consulta médica	16	18	5
Post – Consulta	7	10	5
Entrega de medicamentos	7	7	4
*Tiempo de espera total	175	330	40

*Estos subprocesos no se suman al tiempo de espera para la atención médica.

Fuente: Datos obtenidos de las observaciones realizadas en el SCS de Bolívar en el año 2007.
 Elaborado por: Rossemary Sinche Silva.

Tabla No. 5
Coberturas de algunos Programas del Subcentro de Salud Bolívar.

PROGRAMA	META M.SP	REALIZADO	%CUMPLIMIENTO
Ca de Cérnix(DOC)	147	14	9,5
DOC Mamario	225	0	0
Planificación familiar	142	32	22,5
Control Prenatal	99	47	47,4
Menores de un año	79	88	111,3
Niños de 1-4 años	94	123	130,8

Fuente Estadística S.C.S Bolívar Periodo analizado Enero- diciembre 2010
Elaborado por: Rosemary Sinche Silva.

Tabla No 6
Morbilidad en el Subcentro de salud de Bolívar.
Periodo enero- diciembre 2007

Primeras Consultas	1528
Consultas Subsecuentes	148
Total	1676

Fuente: Registros diarios del Subcentro de Salud de Bolívar Año 2007
Elaborado por: Rossemary Sinche Silva.

Tabla No 7.
Morbilidad en el Subcentro de Salud de Bolívar.
Periodo enero- diciembre 2010

Primeras Consultas	2672
Consultas Subsecuentes	536
Total	3208

Fuente: Registros diarios del Subcentro de Salud de Bolívar de Bolívar Año 2010.
Elaborado por: Rossemary Sinche Silva.

ANEXO DE TABLAS

Tabla No. 1.

Población de responsabilidad del Subcentro de Salud de Bolívar distribuida por grupos etarios Año 2007

Grupos Etarios	Población/ habitantes
< 1 año	98
12 a 23 meses	90
1 a 4 años	285
5 a 9 años	477
10 a 14 años	478
15 a 19 años	431
20 y mas años	3209
TOTAL	5068

Fuente: INEC Proyecciones de Población por Provincias, Cantones, y Parroquias según grupos Etarios del MSP, Año.2007
Elaborado por: Rossemary Sinche Silva

Tabla No. 2

Población de responsabilidad del Subcentro de Salud de Bolívar distribuida por grupos etarios Año 2010

Grupos Etarios	Población/habitantes
< 1 año	97
12 a 23 meses	90
1 a 4 años	280
5 a 9 años	470
10 a 14 años	483
15 a 19 años	433
20-64	2990
65-70	249
75 y más	153
TOTAL	5245

Fuente: INEC Proyecciones de Población por Provincias, Cantones y Parroquias según grupos Etarios del Ministerio de Salud Pública. Año.2010
Elaborado por: Rossemary Sinche Silva.

Tabla No .3
Tiempo Promedio-Máximo y Mínimo en minutos medido en cada uno de los subprocesos del Proceso de Atención médica en el Subcentro de salud de Bolívar.

Proceso de Atención Médica	Tiempo Promedio en minutos	Tiempo Máximo en minutos	Tiempo Mínimo en minutos
*Antes de la atención	8	15	5
Solicitar Cita	6	7	3
*Buscar Historia Clínica	4	8	3
Pre- consulta	5	6	5
*Sala de Espera	124	65	30
Tiempo de consulta médica	16	18	5
Post – Consulta	7	10	5
Entrega de medicamentos	7	7	4
*Tiempo de espera total	175	330	40

*Estos subprocesos no se suman al tiempo de espera para la atención médica.

Fuente: Datos obtenidos de las observaciones realizadas en el Subcentro de Salud de Bolívar en el año 2007.
 Elaborado por: Rossemary Sinche Silva.

Tabla No. 4
Coberturas de algunos Programas del Subcentro de Salud Bolívar

PROGRAMA	META M.SP	REALIZADO	PORCENTAJE/ CUMPLIMIENTO
Ca de Cérvix(DOC)	147	14	9,5
DOC Mamario	225	0	0
Planificación familiar	142	32	22,5
Control Prenatal	99	47	47,4
Menores de un año	79	88	111,3
Niños de 1-4 años	94	123	130,8

Fuente Estadística S.C.S Bolívar Periodo analizado Enero- diciembre 2010
 Elaborado por: Rosemary Sinche Silva.

Tabla No 5
Morbilidad en el Subcentro de salud de Bolívar.
Periodo enero- diciembre 2007

Primeras Consultas	1528
Consultas Subsecuentes	148
Total	1676

Fuente: Registros diarios del SCS de Bolívar Año 2007
Elaborado por: Rossemary Sinche Silva

Tabla No 6.
Morbilidad en el Subcentro de salud de Bolívar.
Periodo enero- diciembre 2010

Primeras Consultas	2672
Consultas Subsecuentes	536
Total	3208

Fuente: Registros diarios del SCS. de Bolívar Año 2010
Elaborado por: Rossemary Sinche Silva

Tabla No. 7

Posibles hipótesis causales de largos tiempos de espera en el SCS de Bolívar.

	Factores que inciden en el tiempo de espera para atención	Calificación	Ponderación	Hipótesis Posibles causas	Acciones para mejorar
Recursos Humanos	Ausentismo profesional.	1		Continuos cambios del personal. -Contratos de trabajo provisional	Garantizar la permanencia del profesional
	Impuntualidad a la hora de entrada	3		Profesionales viven lejos a su lugar de trabajo. - Personal contratado con poca motivación.	-Motivar a profesionales a que lleguen puntuales. -Contratar a personal que viva cerca al lugar de trabajo
	SUBTOTAL	4	2		
Administrativos del área de salud	Reuniones no planificadas	1		Falta de planeación y coordinación desde el Área de Salud No. 2	
Organización del servicio	Funcionalidad del área de trabajo	2		Estructuralmente espacios de trabajo mal distribuidos lo cual obstaculiza	
	Distribución del trabajo	1		. Falta fortalecer el trabajo en equipo	
	Archivo de historias Clínicas	1		Desorden en el archivo de Historias clínicas	
	Adecuado uso del carnet de usuario.			Los pacientes no traen el carnet de citas lo cual produce tardanza en la búsqueda de la H.C	
	Subtotal	5	1		
Ético	Influencias personales en la asignación de turnos	1		El personal que asigna las citas médicas tiene preferencias al asignar las mencionadas citas	Cumplan normas y principios ético-profesionales al asignar las citas
	Subtotal	1	1		

Fuente: Datos tomados de las percepciones del equipo de investigación y de la observación directa realizada en el Subcentro de Salud de Bolívar Septiembre Año 2007

Elaborado por: Rossemay Sinche Silva

TABLA No. 8
MATRIZ DE MARCO LÓGICO

Objetivos	Indicador	Fuente de Verificación	Condicionante
FINALIDAD: -Mejorar la accesibilidad a una atención oportuna se contribuye al mejoramiento en la calidad de atención en Bolívar. -La adaptación del modelo de Piot es útil para evaluar y planificar el mejoramiento de la accesibilidad a una atención oportuna en e Subcentro de Salud de Bolívar.	Instrumento validado Instrumento validado	Evidencias de validación Evidencias de validación basado en criterio de expertos	No aplica
Objetivo Específico: Si mejoramos la motivación, tiempo de espera y continuidad de atención mejorará la accesibilidad oportuna al SCS de Bolívar.	Modelo de PIOT= A+B+C+D+E INCIDENCIA, CONCIENCIA, MOTIVACIÓN....	A.- Registro del INEC B.-Consenso(0,95) c.- Encuesta de Hogares D.- Encuesta de usuarios E.- Auditoría de H.C, registro de referencia y contrareferencia.	Se cumplen los compromisos pactados con el equipo de investigación. Hay permanencia del equipo de investigación Las disposiciones del nivel central no interfieren con las actividades planificadas.
RESULTADOS: 1. Población consciente de un problema de salud está motivado en utilizar el servicio del SCS.	Tasa de Utilización	C.- Encuesta de hogares Estadísticas del área	Estabilidad del Equipo de investigación
2. Se reducen los tiempos de espera en el proceso de atención en el SCS de Salud de bolívar	Tiempos de espera de espera promedio inferior a 60 minutos. Anotar rangos	Medición semestral del tiempo de espera Se hará una medición externa al término de la investigación.	Estabilidad del Equipo de investigación
3. Existe continuidad intra- episodio en la resolución de un problema de salud.	Proporción de 2das consultas de morbilidad Meta 1 subsecuente. No de contra-referencias/ No Total de referencias(semestral) No de referencia/Total de 1ras.consultas	Archivos del SCS Auditoría de H.C	Estabilidad del Equipo de investigación
4. Equipo de investigación motivado y capacitado para implementación de estrategias de cambio	Capacitaciones previstas/ Capacitaciones realizadas. Responsabilidades acordadas/ Responsabilidades cumplidas Dentro de una metodología i-acción no se puede ser rígido en estas propuestas se desarrollaran en un proceso cíclico...	- Registro de capacitación - Evaluación del Plan Operativo	Estabilidad del Equipo de investigación
5. Actividades	Plan de Actividades	Ejecución	

TABLA 9. PLAN DE ACTIVIDADES				Plazo		
Objetivo general:		indicador	Fecha	Responsable	F. Inicio	F. Término
Objetivo específico:						
	Mejorar la calidad en la oportunidad de atención en la interface entre la persona con un problema de salud y la solución del mismo.	Modelo de Piot = A+B+C+D+E	2008-09--06	Equipo de investigación interno	2008-09-06	2008-12-05
	Resultados:					
R1.-	Población consciente de un problema de salud está motivada en utilizar el servicio del SCS.	Nº de personas con problema de salud que asisten al SCS/ Total de Población de responsabilidad	2007-01 -12	Equipo Investigación	2007-01-12	2008-12-08
		No de citas cumplidas/Total de citas programadas	2007-08-06	Equipo de Investigación	2008-09-12	2008-12-05
1.1	Promover la participación comunitaria					
1.2	Conformar Comité de salud Parroquial con líderes y actores sociales	Comité de salud Conformado	2008-09- 14	Equipo de Investigación interno y Externo	2008-10-30	2008-12-05
1.1.2	Realizar un taller de información y análisis de problema y difusión de estrategia de sistema de citas	Taller realizado	2008-09-19	Equipo de investigación I y E	2008-IX-19	2008-IX-06
1.2	Difusión e información					
1.2.1	Difusión a través de la misa dominical sobre sistema de citas	Información Difundida	2008-09-22	Equipo de investigación interno	2008-09-22	2008-12-08
1.2.2	Elaborar letreros informativos sobre horarios y sistema de citas	Letreros colocados en SCS en lugares visibles	2008-x-30	Equipo de Investigación interno	2008-X-19	2008-10-20
R 2.-	Se reducen los tiempos de espera en el proceso de atención en el SCS Bolívar.	19/30= 0,63 a 25/30=0,83 en un año.	2008-09-06	Equipo de Investigación Interno	2008-09-06	2008-12-08
2.1	Reorganizar el proceso de atención. Incluye desde la admisión hasta la solución de problema.		2008-09-07	Equipo de Investigación Interno	2008-10-06	2008-12-05

	Comprender y documentar los factores organizacionales y comportamentales del proveedor de servicios y usuarios que afectan el tiempo de espera			equipo de investigación		
2.1.1		Se identificaron nudos críticos	13 a 17 /10	Interno y Externo	2008-10-13	2008-10-17
2.1.2	Elaborar Flujograma de admisión y atención de pacientes.	Flujograma Elaborado	2008-09-30	Equipo de investigación Interno Director SCS	2008-X-01	2008-X-16
2.1.3	Redistribución de áreas de trabajo acordes a flujograma.	áreas de trabajo reorganizadas	2008-09-06	Equipo de investigación interno	2008-10-13	2008-X-16
2.1.5	Evaluar funcionalidad de flujograma.	Ver funcionalidad del flujograma	al 28/ nov.	Equipo de investigación Interno y Externo	2008-XI-04	2008-XI-
2.2	Implementar un sistema de citas					
2.2.1	Implementar citas en la consulta curativa o preventiva.	Sistema de citas implementado en consulta	2008-09-06	Equipo de Investigación	2008-09-06	2008-12-05
2.2.2	Implementar citas en las visitas de EBAS	Implementación citas en visita Familiar	2008-09-06			
R 3-	Equipo de investigación motivado y capacitado para la implementación de estrategias de cambio.	Nº Citas cumplidas/citas programadas	2008-10-01	Equipo de investigación Interno		
	Socializar análisis de problema	Lista de asistentes a Charla de socialización de problema realizada	2008-08-22	Equipo de investigación Externo(Maestrante)	2008-08-22	2008-08-22
	Consensuar protocolo de investigación	Actas de realización de consenso compromisos y acuerdos.	2008-09-19	Equipo de investigación I y Externo	2008-09-19	2008-09-19
	Analizar metodología de investigación y acción					
	Capacitación sobre modelo de Piot	No de personas con Conocimiento Modelo de Piot/No total del personal	2008-08-19	Equipo de invest.externo	2008-08-19	2008-08-19



TABLA No.10.

INSTRUCCIONES OPERATIVAS

INSTRUCCIONES OPERATIVAS	¿Quién?	¿Cuándo?	¿Con quién?	¿Dónde o a quienes?	¿Cómo? indicador	¿Para qué?	¿Qué hace el investigador?	obstáculos	Facilitadores o Fuente.
<p>Estrategia 1 AUMENTAR LA POSIBILIDAD DE ATENCIÓN OPORTUNA EN EL SUBCENTRO DE ASALUD DE BOLIVAR</p> <p>Se desarrollarán los Parámetros del Modelo de Piot para tratar de responder a: Qué pasa con las personas que tienen un problema de salud. Desde que lo perciben hasta que se soluciona? ¿Qué pasa entre A y Z? A= Individuo sin problema X de salud Z= Individuo con problema de salud solucionado</p>									
ACTIVIDADES									
1.1 Para mejorar el Parámetro Epidemiológico	Director del Subcentro de Salud.	Al inicio y finalización de la investigación	Con el equipo de investigación	En el SCS Bolívar		Para medir la incidencia de las personas que se espera acudan al SCS al menos una vez al año por morbilidad	Compara la información obtenida al inicio de la investigación y después de dos meses	Ninguno	Consolidados mensuales.
1.2 Para mejorar la conciencia de Enfermedad (difícil de modificar) Informa a la población sobre importancia del auto cuidado así como también los servicios y horarios del SCS, nuevo modelo de Atención	Coordinador equipo EBAS	Cuando salgan a las visitas familiares o cuando acudan los pacientes a la consulta médica	Con integrantes de los EBAS	En la comunidad	No de personas informadas	Para crear conciencia en la población sobre la importancia de la prevención en salud		Ninguno	Ficha familiar
1.3 Motivación para acudir al SCS	Equipo de Investigación	Cuando tengan contacto con la comunidad en visitas domiciliarias o en el SCS	Con el equipo de investigación	En el SCS o en la comunidad				Ninguno	Registro diario de EBAS Registro diario de citas
1.4 INTERFASE Usuario consciente de problema y motivado) y atención oportuna en el sistema	Equipo de investigación	Cuando haya contacto entre el personal de salud y el usuario que requiere ser atendido	Con el equipo de investigación	En el SCS de Bolívar		Para dar una atención oportuna		Ninguno	No aplica
INSTRUCCIONES OPERATIVAS	¿Quién?	¿Cuándo?	¿Con quién?	¿Dónde o a quienes?	¿Cómo? indicador	¿Para qué?	¿Qué hace el investigador?	obstáculos	Facilitadores O FUENTE
ESTRATEGIA 2. REDUCIR LOS TIEMPOS DE ESPERA EN EL PROCESO DE ATENCIÓN EN EL SCS BOLIVAR									

ACTIVIDADES									
2.1 Capacitar al personal de salud sobre organización de los servicios de salud	capacitador contratado por DPS		Con equipo de investigación	Área de Salud No 2		Para ampliar el conocimiento sobre temas importantes de Salud pública	retroalimentación	Ninguno	Listado de asistencia. Evaluación de la capacitación antes y después.
2.2 organizar archivo de H. Clínicas						Para disminuir el tiempo de espera en buscar H. C.		Ninguno	
3.Estrategia implementar un sistema de citas									
3.1 Asignar citas a los pacientes de dos maneras: 3.3.1 Con el equipo de EBAS,	Director del SCS Enfermera del SCS		Con equipo EBAS	Cuando se salga a las visitas familiares	No de personas citadas/ No personas cumplen cita	Para disminuir el tiempo de espera entre la llegada y solicitud de atención	Evalúa el % de cumplimiento de las citas y sus razones	Incumplimiento de las citas	Registro en H. clínica. Registro de citas
2.4 Información comunitaria sobre los horarios y servicios que brinda el SCS	Equipo de investigación				No personas informadas/ total de personas			Ninguno	

ANEXO DE INSTRUMENTOS

ENCUESTA

FAVOR RESPONDA CON LA VERDAD EL SIGUIENTE CUESTIONARIO DE ENCUESTA:

1. Cuando Usted se enferma ¿a dónde primero asiste?
 - a) Subcentro de Salud
 - b) Boticario
 - c) Curandero
 - d) Dispensario del Municipio
 - e) Médico particular
 - f) OtroCuál?-----
2. ¿Cuánto tiempo se tarda en llegar desde su casa al Subcentro de salud
 - a) 5- 15 minutos
 - b) 20-30 minutos
 - c) 30-60 minutos
 - d) 1-2 horas.
 - e) 2-3 horas
 - f) 3-4 horas
 - g) más de 4 horas
3. ¿En donde vive Usted?.....
- 4.¿ Cuánto tiempo? tarda en desocuparse de la atención médica?.....
- 5 .Recibe las indicaciones respectivas acerca de su enfermedad? SI () NO () A veces () Nunca () Siempre ()
- 6 .Le entregan la medicación en el Subcentro de Salud?
 - a) Siempre
 - b) A veces
 - c) Nunca

CALIFIQUE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS MARCANDO CON UNA X TENIENDO EN CUENTA QUE: 4= EXCELENTE 3= BUENO 2= REGULAR 1= MALO	4	3	2	1
	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
7. El trato con el médico fue:				
8. La comunicación que pudo obtener con el médico fue:				
9 . En la consulta el médico (Odontólogo) le preguntó sobre otros problemas que le aquejan como: depresión, alcoholismo, drogadicción, conflictos familiares. 2= SI 1= MALO				
10. El tiempo transcurrido durante la consulta fue:				
11. La privacidad del consultorio fue:				
12.L a explicación recibida para exámenes y tratamiento a seguir fueron:				
13 ¿Cómo califica la información sobre controles, vacuna, importancia de la alimentación y cuidados de su primer trimestre de embarazo y otros?				
10. El tiempo transcurrido durante la consulta fue:				
11¿. Qué calificación le merece el servicio recibido?				
12 La comodidad del consultorio fue:				
13.La atención que le brindaron en el Subcentro de Salud considera que es:				
Recomendaría Usted el servicio a uno de sus familiares o conocidos 2= SI 1= NO			SI	NO

SEÑOR USUARIO SI CALIFICO MALO O PESIMO, AMPLIE PORQUE Y SI FALTA OTRO PUNTO DE EVALUACION EN EL CUESTIONARIO QUE NO ESTA SIENDO CONSIDERADO FAVOR COMENTE CUALES SERIAN:-----
