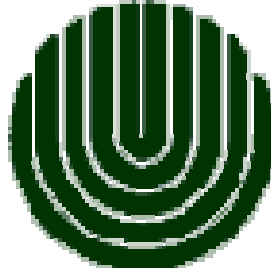


# UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA

Vicerrectoría Académica  
Sistema de Estudios de Posgrado  
Programa de Doctorado en Ciencias de la Administración



*Formulación de un Modelo Óptimo de Referencia Orientado a la  
Excelencia para la Gestión de la Calidad de la Salud Pública  
Costarricense*

Tesis de graduación sometida a la consideración del Tribunal Examinador del  
Programa de Doctorado en Ciencias de la Administración de la Escuela de  
Ciencias de la Administración, como requisito para optar al grado de Doctor  
en Ciencias de la Administración

Por:

Marco Sanabria Aguilar

San José, Costa Rica

2012

*MILY por siempre*

Reza un dicho popular “*en los detalles está el demonio*”.

Una investigación como esta tiene muchísimos demonios, y es necesario permanecer alerta para no caer en sus garras. Afortunadamente, conozco muchísimos ángeles.

Mi agradecimiento y aprecio, por consiguiente, a todas esas buenas personas que me prestaron su atención y sus conocimientos para que pudiera salir bien librado de entre tantos detalles: a Sonia Gómez, Fernando Gardela, Fernando Zúñiga.

Un agradecimiento especial a Carlos Marín, por su orientación y consejo, que siempre fueron más allá del deber.

A mi familia, pilares invaluable en mi aventura terrenal: a Maritza, Nicolle, Marco y Gabriel.

A todos vosotros que El Maestro les bendiga y les guarde; El Maestro haga brillar su rostro sobre ustedes y les conceda su favor; El Maestro les muestre su rostro y les conceda paz.



**UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA  
VICERRECTORIA ACADEMICA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADOS  
Doctorado en Ciencias de la Administración  
ACTA DE PRESENTACIÓN DE TESIS  
ACTA Nº11-12**

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el 02 de Julio 2012, con el objeto de recibir el informe oral del estudiante **SANABRIA AGUILAR MARCO ANTONIO**, cedula 8-0086-0219, quien se acoge al Reglamento del Sistema de Estudios de Posgrado, bajo la modalidad de Tesis, para optar al grado de Doctor en Ciencias de la Administración. Están presentes los siguientes miembros del tribunal:

- |   |                         |
|---|-------------------------|
| Director del Sistema de Estudios de Posgrado        | Dr. Victor Hugo Fallas. |
| Director de Escuela de Administración               | P/Dra. Lorena Zuñiga S. |
| Coordinador Doctorado Ciencias de la Administración | Dr. Fernando Zuñiga U.  |
| Director de Tesis                                   | Dr. Carlos L. Marin Z.  |
| Lectora de Tesis                                    | Dra. Sonia M. Gomez E.  |
| Lector de Tesis                                     | Dr. Fernando Gardela R. |

**ARTICULO 1**

El Presidente del Tribunal informa que el expediente del postulante contiene todos los documentos de rigor y además declara que cumple con todos los requisitos del Plan de Estudios correspondiente. Se le solicita que proceda a realizar la exposición.

**ARTICULO 2**

El postulante hace la exposición de su tesis doctoral titulada "**FORMULACIÓN DE UN MODELO OPTIMO DE REFERENCIA ORIENTADO A LA EXCELENCIA PARA LA GESTION DE LA CALIDAD DE LA SALUD PUBLICA COSTARRICENSE**".

**ARTICULO 3**

Terminada la disertación, los miembros del Tribunal examinador interrogaron al postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el tribunal se retira a deliberar.

**ARTICULO 4**

El Tribunal considera la tesis

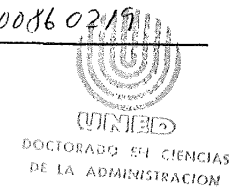
APROBADO 
                         
 NO APROBADO 
                         
 APROBADO CON DISTINCIÓN

Recomienda además \_\_\_\_\_

**ARTICULO N 5**

El presidente del tribunal comunica al postulante el resultado de la deliberación. Lo declara acreedor al grado de Doctor en Ciencias de la Administración. Se indica realizar los trámites para presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado. Se da lectura al acta que firman los miembros del tribunal y el postulante a las 10:30 horas.

Firma postulante: \_\_\_\_\_, Cédula: 8 0086 0219





## Tabla de contenido

|   |    |
|---|----|
| 1. Marco Teórico.....   | 26 |
| 1.1. Planteamiento de la investigación e importancia .....                              | 26 |
| 1.2. Objetivo General .....   | 29 |
| 1.3. Objetivos Específicos .....  | 29 |
| 1.4. Preguntas de investigación.....  | 30 |
| 1.5. Justificación .....  | 30 |
| 1.6. Viabilidad de la investigación.....  | 32 |
| 1.7. Consecuencias de la investigación .....  | 32 |
| 1.8. Hipótesis .....  | 33 |
| 1.9. Delimitación de la Investigación.....  | 34 |
| 1.10. Postura Epistemológica.....   | 34 |
| 2. Marco Teórico.....   | 37 |
| 2.1. Antecedentes históricos de la salud pública.....                                   | 37 |
| 2.2. Concepto, funciones, evaluación y clasificación de sistemas de salud pública. .... | 40 |
| 2.2.1. Concepto de salud pública .....  | 40 |
| 2.2.2. Funciones de la Salud pública .....  | 42 |
| 2.2.3. Evaluación de metas de los sistemas de salud pública.....                        | 46 |
| 2.2.4. Clasificación de los sistemas de salud .....                                     | 48 |
| 2.3. La Gestión de la Calidad en la salud pública. ....                                 | 51 |
| 2.3.1. Concepto de Gestión de la Calidad.....   | 51 |
| 2.3.2. Definición de la Calidad en la salud pública.....                                | 54 |
| 2.3.3. Sistemas de Calidad. Modelos y Normas.....                                       | 58 |
| 2.4. Metodología para evaluar la calidad en salud pública.....                          | 62 |
| 2.5. Sector Salud de Costa Rica .....   | 63 |
| 2.5.1. Constitución del Sector Salud en Costa Rica .....                                | 65 |
| 2.5.2. Sistema Nacional de Salud en Costa Rica.....                                     | 66 |
| 2.5.3. Esfuerzos para la gestión de la calidad en los servicios de salud .....          | 69 |
| 2.5.4. Políticas de calidad en la Caja Costarricense de Seguro Social .....             | 70 |

|              |  |     |
|--------------|--|-----|
| 2.6.         | Conclusiones al Marco Teórico.....                             | 72  |
| 3.           | Marco Metodológico .....                                       | 76  |
| 3. 1.        | Tipo de Estudio .....  | 76  |
| 3. 2.        | Sujetos y Muestra.....   | 76  |
| 3. 3.        | Fuentes.....   | 85  |
| 3.3. 1.      | Fuentes Primarias .....  | 85  |
| 3.3. 2.      | Fuentes Secundarias.....                                       | 86  |
| 3. 4.        | Descripción de las variables.....                              | 86  |
| 3.4.1.       | Objetivo específico No 1.....                                  | 87  |
| 3.4.2.       | Objetivo específico No 2.....                                  | 89  |
| 3.4.3.       | Objetivo específico No 3.....                                  | 92  |
| 3.4.4.       | Objetivo específico No 4.....                                  | 94  |
| 3. 5.        | Descripción de los instrumentos para recolección de datos..... | 97  |
| 3.5.1.       | Instrumento metodológico No 1 .....                            | 97  |
| 3.5.2.       | Instrumento metodológico No 2.....                             | 98  |
| 3.5.3.       | Instrumento metodológico No 3.....                             | 100 |
| 3. 6.        | Descripción de la investigación a realizar .....               | 101 |
| 4.           | Tabulación y Resultados.....                                   | 103 |
| 4.1.         | Sistema de Salud de Costa Rica .....                           | 104 |
| 4.1.1.       | Perspectiva general.....                                       | 104 |
| 4.1.1.1.     | Generalidades .....  | 104 |
| 4.1.1.2.     | Sistema Político .....   | 105 |
| 4.1.1.3.     | Desarrollo humano.....   | 106 |
| 4.1.1.4.     | Panorama Económico .....                                       | 106 |
| 4.1.1.5.     | Panorama Social .....  | 107 |
| 4.1.2.       | Contexto del Sistema de Salud.....                             | 108 |
| 4.1.2.1.     | Análisis de la situación de salud.....                         | 108 |
| 4.1.2.1.1.   | Análisis demográfico .....                                     | 108 |
| 4.1.2.1.2.   | Objetivos de Desarrollo del Milenio.....                       | 116 |
| 4.1.2.1.3.   | Determinantes de la Salud.....                                 | 123 |
| 4.1.2.1.3.1. | Políticos.....   | 123 |
| 4.1.2.1.3.2. | Económicos .....   | 124 |

|              |  |     |
|--------------|--|-----|
| 4.1.2.1.3.3. | Sociales .....   | 126 |
| 4.1.2.1.3.4. | Ambientales.....   | 130 |
| 4.1.3.       | Funciones del Sistema de Salud .....                                 | 137 |
| 4.1.3.1.     | Rectoría .....   | 137 |
| 4.1.3.1.1.   | Mapeo de la Autoridad Sanitaria .....                                | 137 |
| 4.1.3.1.2.   | Conducción de la Política Nacional de Salud.....                     | 143 |
| 4.1.3.1.3.   | Regulación Sectorial .....   | 148 |
| 4.1.3.1.4.   | Desarrollo de las funciones esenciales de salud pública .....        | 150 |
| 4.1.3.1.5.   | Orientación del Financiamiento.....                                  | 151 |
| 4.1.3.1.6.   | Garantía de Aseguramiento .....                                      | 153 |
| 4.1.3.1.7.   | Armonización de la Provisión .....                                   | 153 |
| 4.1.3.2.     | Financiamiento y Aseguramiento .....                                 | 155 |
| 4.1.3.2.1.   | Financiamiento .....   | 155 |
| 4.1.3.2.2.   | Aseguramiento.....   | 163 |
| 4.1.3.3.     | Provisión de Servicios de Salud .....                                | 167 |
| 4.1.3.3.1.   | Análisis de la Red de Servicios de Salud .....                       | 167 |
| 4.1.3.3.2.   | Desarrollo de la fuerza de trabajo en salud .....                    | 172 |
|              | Aumento del trabajo en el sector privado.....                        | 173 |
|              | Distribución del personal de salud de acuerdo con la población ..... | 175 |
|              | Formación de los profesionales del Sector Salud .....                | 176 |
|              | Regulaciones laborales.....  | 180 |
|              | Gobernabilidad y conflictividad del Sector Salud .....               | 182 |
| 4.1.3.3.3.   | Medicamentos y otros productos sanitarios .....                      | 184 |
| 4.1.3.3.4.   | Calidad de los Servicios .....                                       | 185 |
| 4.1.4.       | Mapeo Institucional del Sistema de Salud .....                       | 188 |
| 4.1.5.       | Análisis de los procesos de cambio .....                             | 190 |
| 4.1.5.1.     | Impacto sobre las funciones del Sistema de Salud .....               | 190 |
| 4.1.5.2.     | Efecto sobre principios orientadores de la reforma .....             | 195 |
| 4.1.5.2.1.   | Equidad .....  | 195 |
| 4.1.5.2.1.1. | Cobertura.....   | 195 |
| 4.1.5.2.1.2. | Distribución de recursos.....  | 196 |
| 4.1.5.2.1.3. | Acceso.....  | 198 |



|              |   |     |
|--------------|---|-----|
| 4.1.5.2.1.4. | Mortalidad materna e infantil .....       | 199 |
| 4.1.5.2.1.5. | Morbilidad .....                          | 202 |
| 4.1.5.3.     | Eficiencia .....                          | 206 |
| 4.1.5.3.1.   | Asignación de recursos .....              | 206 |
| 4.1.5.3.2.   | Sostenibilidad .....                      | 207 |
| 4.1.5.3.3.   | Participación Social .....                | 208 |
| 4.1.5.3.4.   | Análisis de Actores .....                 | 208 |
| 4.2.         | Auto-diagnóstico del Sector Salud .....   | 209 |
| 4.2.1.       | Perspectiva general .....                 | 209 |
| 4.2.2.       | Análisis de los Datos .....               | 214 |
| 4.2.2.1.     | Análisis Descriptivos .....               | 214 |
| 4.2.3.       | Análisis de Factores .....                | 234 |
|              | Estadístico de fiabilidad .....           | 235 |
|              | KMO y prueba de Bartlett .....            | 235 |
|              | Comunalidades.....                        | 235 |
|              | Varianza total.....                       | 236 |
|              | Matriz de componentes.....                | 239 |
|              | Rotación Varimax .....                    | 239 |
| 4.2.4.       | Análisis Correlacional.....               | 241 |
| 4.2.5.       | Análisis de Regresión .....               | 248 |
|              | Análisis de Correlación .....             | 248 |
|              | Resumen del Modelo.....                   | 250 |
|              | Determinación de ANOVA .....              | 251 |
|              | Coeficientes de Regresión Parcial.....    | 252 |
|              | Variables excluidas del modelo .....      | 253 |
| 4.2.6.       | Análisis Multivariado de Varianza .....   | 258 |
|              | Factores inter-sujetos.....               | 259 |
|              | Estadísticos descriptivos.....            | 260 |
|              | Contrastes multivariados .....            | 264 |
|              | Pruebas de los efectos intersujetos ..... | 266 |
|              | Pruebas por pares .....                   | 268 |
|              | Gráficos de Perfil .....                  | 268 |

|        |   |     |
|--------|---|-----|
| 4.3.   | Encuestas de Satisfacción de Usuarios Sector Salud.....                           | 275 |
| 4.3.1. | Ficha Técnica .....   | 275 |
| 4.3.2. | Análisis Descriptivos .....   | 276 |
| 4.3.3. | Análisis de Factores .....  | 340 |
|        | Estadístico de fiabilidad .....   | 340 |
|        | KMO y prueba de Bartlett .....  | 341 |
|        | Comunalidades.....  | 341 |
|        | Varianza total.....   | 342 |
|        | Matriz de componentes.....  | 344 |
|        | Rotación Varimax .....  | 344 |
| 4.4.   | El CMI aplicado al Sector Salud.....  | 346 |
| 4.4.1. | Perspectiva .....   | 346 |
| 4.4.2. | El Cuadro de Mando Integral en el Sector Salud .....                              | 346 |
| 4.4.3. | Metodología .....   | 349 |
| 4.4.4. | Resultados .....  | 350 |
| 4.5.   | Análisis de los principales modelos de calidad enfocados al Sector Salud .....    | 355 |
| 4.5.1. | Modelo EFQM .....   | 355 |
| 4.5.2. | Modelo de la JCIA/JCAHO .....   | 363 |
| 4.5.3. | Modelo de Acreditación/Certificación mediante la Norma ISO 9001:2008 .....        | 365 |
| 4.5.4. | Modelo de Acreditación de <i>Accreditation Canadian International</i> (ACI) ..... | 369 |
| 4.5.5. | Modelo de <i>Health Quality Service</i> .....                                     | 372 |
| 4.5.6. | Modelo de Acreditación Costarricense.....   | 375 |
| 5.     | Discusión .....   | 378 |
| 5.1.   | Perfil del sector salud costarricense .....                                       | 378 |
| 5.2.   | Auto-diagnóstico Sector Salud.....  | 384 |
| 5.3.   | Encuesta de percepción de la satisfacción .....                                   | 389 |
| 5.4.   | Empleo del Cuadro de Mando Integral en el Sector Salud .....                      | 393 |
| 5.5.   | Modelo propuesto: <i>Health Quality Score Card</i> .....                          | 394 |
|        | HQSC - Indicadores de Liderazgo .....   | 403 |
|        | Resumen de Indicadores de Liderazgo.....  | 405 |
|        | HQSC - Indicadores de Planificación Estratégica .....                             | 405 |
|        | Resumen de Indicadores de Planificación Estratégica .....                         | 406 |

|   |     |
|---|-----|
| HQSC - Indicadores de Personas .....  | 407 |
| Resumen de Indicadores de Personas.....   | 408 |
| HQSC - Indicadores de Alianzas y Recursos .....   | 408 |
| Resumen de Indicadores de Alianzas y Recursos .....   | 409 |
| HQSC - Indicadores de Procesos .....  | 409 |
| Resumen de Indicadores de Procesos.....   | 411 |
| HQSC - Indicadores de Satisfacción de los Pacientes.....  | 411 |
| Resumen de Indicadores de Satisfacción de los Pacientes .....                                     | 415 |
| HQSC - Indicadores de Satisfacción de Cliente Interno .....                                       | 415 |
| Resumen de Indicadores de Satisfacción del Cliente Interno .....                                  | 417 |
| HQSC - Indicadores de Responsabilidad Social.....   | 417 |
| Resumen de Indicadores de Responsabilidad Social .....  | 418 |
| HQSC - Indicadores de Resultados.....   | 418 |
| Recursos, accesibilidad y cobertura (9 indicadores) .....   | 418 |
| Resumen de Indicadores de Resultados (Recursos, Accesibilidad y Cobertura).....                   | 422 |
| Morbilidad (10 indicadores) .....   | 422 |
| Resumen de Indicadores de Resultados (Morbilidad).....  | 426 |
| Mortalidad (4 indicadores) .....  | 427 |
| Resumen de Indicadores de Resultados (Mortalidad).....  | 428 |
| Cuidados de Enfermería (4 indicadores) .....  | 429 |
| Resumen de Indicadores de Resultados (Cuidados de Enfermería).....                                | 431 |
| Gestión hospitalaria (3 indicadores).....   | 431 |
| Resumen de Indicadores de Resultados (Gestión Hospitalaria) .....                                 | 432 |
| Gestión económica (3 indicadores) .....   | 433 |
| Resumen de Indicadores de Resultados (Gestión Hospitalaria) .....                                 | 433 |
| 6. Conclusiones .....   | 434 |
| Referencias Bibliográficas .....  | 441 |
| Anexo 1 – Organizaciones costarricenses relacionadas con la gestión de la Calidad Total.<br>..... | 455 |
| Anexo 1 – Organizaciones costarricenses relacionadas con la gestión de la Calidad Total.....      | 456 |
| Anexo 2 – Listado de Hospitales y Áreas de Salud Públicas, de acuerdo con la Región.....          | 459 |
| Anexo 3 – Instrumento metodológico No 1 .....   | 464 |

|   |     |
|---|-----|
| Anexo 4 – Instrumento metodológico No 2 .....   | 465 |
| Anexo 5 – Instrumento metodológico No 3 .....   | 487 |
| Anexo 6 – Cuadro Sinóptico .....  | 509 |
| Anexo 7 – Catálogo de Indicadores – Modelo Propuesto .....  | 510 |
| (LI-01) Conocimiento por parte de los profesionales de los objetivos del centro de salud donde laboran..... | 512 |
| (LI-02) Opinión acerca del grado de involucramiento de los líderes .....                                    | 513 |
| (LI-03) Reconocer la labor de los profesionales por parte de los líderes del Centro de Salud                | 514 |
| (PE-01) Planificación estratégica .....   | 515 |
| (PE-02) Revisión y evaluación de la planificación estratégica .....   | 516 |
| (PE-03) Memoria anual de actividades .....  | 517 |
| (P-01) Adecuación del personal al puesto de trabajo .....   | 518 |
| (P-02) Planificación del personal .....   | 519 |
| (P-03) Movilidad del personal .....   | 520 |
| (P-04) Formación continuada .....   | 521 |
| (P-05) Evaluación del desempeño profesional.....  | 522 |
| (AR-01) Existencia de inventarios de materiales y productos hospitalarios.....                              | 523 |
| (AR-02) Gestión de desechos hospitalarios .....   | 524 |
| (AR-03) Coste-efectividad.....  | 525 |
| (PR-01) Proceso de planificación estratégica .....  | 526 |
| (PR-02) Procesos asistenciales clave .....  | 527 |
| (PR-03) Procesos de apoyo.....  | 528 |
| (SP-01) Empatía y trato con los pacientes y familiares .....  | 529 |
| (SP-02) Información a los pacientes y familiares sobre el proceso asistencial.....                          | 530 |
| (SP-03) Comodidad y calidad hostelera .....   | 531 |
| (SP-04) Reclamos y quejas de los pacientes y/o familiares.....  | 532 |
| (SP-05) Conocimiento y cumplimiento de los derechos de los pacientes .....                                  | 533 |
| (SCI-01) Absentismo de los profesionales de salud.....  | 534 |
| (SCI-02) Accidentes laborales de los profesionales de salud .....   | 535 |
| (SCI-03) Profesionales de salud satisfechos en su centro laboral .....                                      | 536 |
| (RS-01) Profesionales de salud participantes en actos sociales, educativos y asociativos .....              | 537 |
| (RS-02) Ciudadanos satisfechos con la imagen de la Institución .....  | 538 |

|  |     |
|--|-----|
| (R-01) Tasa de profesionales en salud por habitante.....                           | 539 |
| (R-02) Cantidad de egresos hospitalarios .....                                     | 540 |
| (R-03) Razón de camas de hospital.....   | 541 |
| (R-04) Porcentaje de ocupación de camas de hospital .....                          | 542 |
| (R-05) Promedio de ocupación de camas de hospital.....                             | 543 |
| (R-06) Estancia promedio.....  | 544 |
| (R-07) Promedio de consultas externas .....  | 545 |
| (R-08a) Porcentaje de atención prenatal por personal capacitado.....               | 546 |
| (R-08b) Porcentaje de atención de partos por personal capacitado.....              | 547 |
| (R-09a) Porcentaje de cobertura por inmunizaciones DPT3 .....                      | 548 |
| (R-09b) Porcentaje de cobertura por inmunizaciones VOP3.....                       | 549 |
| (R-09c) Porcentaje de cobertura por inmunizaciones BCG.....                        | 550 |
| (R-09d) Porcentaje de cobertura por inmunizaciones SRP.....                        | 551 |
| (R-10) Número de defunciones por sarampión .....                                   | 552 |
| (R-11) Número de casos confirmados de sarampión .....                              | 553 |
| (R-12) Incidencia de tuberculosis .....  | 554 |
| (R-13) Incidencia de cólera .....  | 555 |
| (R-14) Población en riesgo de malaria .....  | 556 |
| (R-15) IPA malárico.....   | 557 |
| (R-16) Número de casos de dengue .....   | 558 |
| (R-17) Incidencia de VIH/sida.....   | 559 |
| (R-18) Razón hombre:mujer de casos de VIH/sida.....                                | 560 |
| (R-19) Porcentaje de bajo peso al nacer .....                                      | 561 |
| (R-20a) Tasa de mortalidad general .....   | 562 |
| (R-20a1) Tasa de mortalidad general de hombres.....                                | 563 |
| (R-20a2) Tasa de mortalidad general de mujeres.....                                | 564 |
| (R-20b) Tasa de mortalidad general por enfermedades transmisibles.....             | 565 |
| (R-20c) Tasa de mortalidad general por neoplasias malignas .....                   | 566 |
| (R-20d) Tasa de mortalidad general por enfermedades del sistema circulatorio ..... | 567 |
| (R-20e) Tasa de mortalidad general por causas externas .....                       | 568 |
| (R-20f) Tasa de mortalidad general por otras enfermedades .....                    | 569 |
| (R-21) Tasa de mortalidad materna.....   | 570 |

|  |     |
|--|-----|
| (R-22a) Tasa de mortalidad infantil .....  | 571 |
| (R-22b) Tasa de mortalidad infantil en período perinatal.....  | 572 |
| (R-22c) Tasa de mortalidad infantil debido a malformaciones congénitas .....                               | 573 |
| (R-22d) Tasa de mortalidad infantil debido a enfermedades transmisibles .....                              | 574 |
| (R-22e) Tasa de mortalidad infantil debido a enfermedades del sistema circulatorio.....                    | 575 |
| (R-22f) Tasa de mortalidad infantil debido a neoplasias malignas .....                                     | 576 |
| (R-22g) Tasa de mortalidad infantil debido a causas externas .....   | 577 |
| (R-22h) Tasa de mortalidad infantil debido a otras causas.....   | 578 |
| (R-23a) Años de vida potencialmente perdidos por enfermedades transmisibles.....                           | 579 |
| (R-23b) Años de vida potencialmente perdidos por neoplasias malignas .....                                 | 580 |
| (R-23c) Años de vida potencialmente perdidos por enfermedades del sistema circulatorio ..                  | 581 |
| (R-23d) Años de vida potencialmente perdidos por causas externas .....                                     | 582 |
| (R-24) Úlceras por presión .....   | 583 |
| (R-25) Flebitis postcateterización .....   | 584 |
| (R-26) Errores en la medicación .....  | 585 |
| (R-27) Supervisión de medicamentos .....   | 586 |
| (R-28) Consentimiento informado .....  | 587 |
| (R-29) Calidad de la Historia Clínica del Paciente .....   | 588 |
| (R-30) Pacientes que reingresan urgentes por la misma categoría diagnosticada.....                         | 589 |
| (R-31) Desviación del presupuesto económico del centro de salud.....                                       | 590 |
| (R-32) Desviación del presupuesto económico del centro de salud de acuerdo con el centro de<br>costos..... | 591 |
| (R-33) Costo por unidad de producción hospitalaria .....   | 592 |

## Índice de Tablas

|   |     |
|---|-----|
| Tabla 1: Resumen de Hipótesis de la Investigación.....  | 33  |
| Tabla 2: Relación de las funciones evaluadas por el modelo de la <i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i> ..... | 59  |
| Tabla 3: Trabajadores de la CCSS: según sexo .....  | 78  |
| Tabla 4: Personal de servicios administrativos: grupo ocupacional .....   | 78  |
| Tabla 5: Personal servicios administrativos: región y centro de trabajo .....   | 79  |
| Tabla 6: Distribución de la muestra por región .....  | 79  |
| Tabla 7: Distribución de la muestra por región y ocupación.....   | 80  |
| Tabla 8: Distribución de la muestra por región, ocupación y sexo.....   | 81  |
| Tabla 9: Población proyectada por sexo, 2011 .....  | 82  |
| Tabla 10: Población proyectada por provincia, 2011.....   | 83  |
| Tabla 11: Distribución de población por provincia .....   | 84  |
| Tabla 12: Distribución de población por provincia y sexo.....   | 84  |
| Tabla 13: Principales indicadores económicos, Costa Rica 2010.....  | 107 |
| Tabla 14: Población según grupos de edad al año 2010 y proyección al 2025 .....   | 109 |
| Tabla 15: Indicadores demográficos proyectados por años quinquenales .....  | 111 |
| Tabla 16: Indicadores demográficos proyectados por años quinquenales (continuación) .....   | 112 |
| Tabla 17: Tasa de mortalidad, Costa Rica 2004-2009 .....  | 114 |
| Tabla 18: Tasa de mortalidad por género, Costa Rica 2004-2009 .....   | 114 |
| Tabla 19: Indicadores de morbilidad, Costa Rica 2004-2009 .....   | 115 |
| Tabla 20: Muertes por accidentes de tránsito, Costa Rica 2004-2009 .....  | 116 |
| Tabla 21: Balance de ODM-1, Costa Rica 2009.....  | 118 |
| Tabla 22: Balance de ODM-4, Costa Rica 2009.....  | 118 |
| Tabla 23: Balance de ODM-5, Costa Rica 2009.....  | 119 |
| Tabla 24: Balance de ODM-6, Costa Rica 2009.....  | 120 |
| Tabla 25: Balance de ODM-7, Costa Rica 2009.....  | 122 |
| Tabla 26: Tendencia de los principales indicadores económicos e indicadores económicos relacionados con la salud, años 2000, 2004-2008..... | 125 |
| Tabla 27: Distribución porcentual de los hogares con ingreso conocido por nivel de pobreza, Costa Rica 1989-2009.....                       | 126 |
| Tabla 28: Índices de pobreza para el total de hogares pobres con ingreso conocido; Costa Rica 1989-2009 .....                               | 127 |
| Tabla 29: Brechas entre el grupo de menos ingresos (quintil I) y el de mayores ingresos (quintil V), Costa Rica 2010.....                   | 128 |
| Tabla 30: Condición de empleo por género, Costa Rica 2003-2010 .....  | 129 |
| Tabla 31: Estructura Orgánica Ministerio de Salud, Costa Rica 2011.....   | 138 |
| Tabla 12: Evolución de Indicadores Sociales, Costa Rica 1950-2010.....  | 146 |
| Tabla 33: Organizaciones Participantes por País, 2009 .....   | 151 |
| Tabla 34: Aseguramiento de la Función de Salud, Costa Rica.....   | 154 |

|  |     |
|--|-----|
| Tabla 35: Inversión del Sector Salud y sus Instituciones, Costa Rica 2006-2010 (en millones de colones) .....                                    | 158 |
| Tabla 36: Esquema contributivo de Aseguramiento Caja Costarricense de Seguro Social, 2010 ..   | 161 |
| Tabla 37: Gasto per cápita del Sector Salud y del Ministerio de Salud, Costa Rica 2004-2010 ....   | 163 |
| Tabla 38: Cobertura de la Caja Costarricense de Seguro Social, 1970-2008 .....   | 165 |
| Tabla 39: Uso de los Servicios de Salud: atenciones de urgencia y consultas externas y especializadas, Costa Rica 2005-2009 .....                | 171 |
| Tabla 40: Distribución Ocupacional de los Trabajadores del Ministerio de Salud, Costa Rica 1990, 1997 y 2010 .....                               | 172 |
| Tabla 41: Distribución Ocupacional de los Trabajadores de la Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica 2000-2010 (números relativos) ..... | 174 |
| Tabla 42: Profesionales y Técnicos en Salud según Sector Institucional, Costa Rica 1994, 1998, 2002, 2006, 2008 .....                            | 175 |
| Tabla 43: Porcentaje de la Población Total y del Personal de Salud de la CCSS según Región Programática, Costa Rica 2000 y 2010 .....            | 176 |
| Tabla 44: Sistema de Estudios de Posgrado, Universidad de Costa Rica 2011 .....  | 177 |
| Tabla 45: Oferta de formación de Profesionales en Salud, Universidades Estatales, Costa Rica 2011 .....  | 178 |
| Tabla 46: Oferta de formación de Profesionales en Salud, Universidades Privadas, Costa Rica 2011 .....   | 179 |
| Tabla 47: Colegios Profesionales del Sector Salud, Costa Rica 2011 .....   | 183 |
| Tabla 48: Asociaciones Profesionales del Sector Salud, Costa Rica 2011 .....   | 183 |
| Tabla 49: Mapeo Institucional del Sistema de Producción Social de Salud, Costa Rica 2011 .....   | 189 |
| Tabla 50: Tendencia de Cobertura en el Sector Salud, Costa Rica 2005-2010 .....  | 196 |
| Tabla 51: Recurso Humano en el Sector Salud, Costa Rica 2005-2010 .....  | 197 |
| Tabla 52: Número de camas, porcentaje de ocupación, giro de camas y estancia promedio, Costa Rica 2005-2010 .....                                | 197 |
| Tabla 53: Mortalidad Infantil y Materna, Costa Rica 2005-2010 .....  | 200 |
| Tabla 54: Casos de Dengue por Región, Costa Rica 2009-2010 .....   | 204 |
| Tabla 55: Incidencia de Tuberculosis, Costa Rica 2005-2010 .....   | 205 |
| Tabla 56: Incidencia de Diarreas por cada 100.000 habitantes, Costa Rica 2010 .....  | 205 |
| Tabla 57: Inversión del Sector Salud y sus Instituciones, Costa Rica 2006-2010 .....   | 206 |
| Tabla 58: Estadísticos de la variable 01 - Liderazgo .....   | 219 |
| Tabla 59: Estadísticos de la variable 02 – Política y Estrategia .....   | 220 |
| Tabla 60: Estadísticos de la variable 03 – Personas .....  | 221 |
| Tabla 61: Estadísticos de la variable 04 – Alianzas y Recursos .....   | 222 |
| Tabla 62: Estadísticos de la variable 05 – Procesos .....  | 223 |
| Tabla 63: Estadísticos de la variable 06 – Resultados en los clientes .....  | 224 |
| Tabla 64: Estadísticos de la variable 07 – Resultados en las Personas .....  | 225 |
| Tabla 65: Estadísticos de la variable 08 – Resultados en la Sociedad .....   | 226 |
| Tabla 66: Estadísticos de la variable 09 – Resultados Clave .....  | 227 |
| Tabla 67: Estadísticos de los sub-criterios del Liderazgo .....  | 228 |



|   |     |
|---|-----|
| Tabla 68: Estadísticos de los sub-criterios de Política y Estrategia .....  | 229 |
| Tabla 69: Estadísticos de los sub-criterios de Personas .....   | 229 |
| Tabla 70: Estadísticos de los sub-criterios de Alianzas y Recursos.....   | 230 |
| Tabla 71: Estadísticos de los sub-criterios de Procesos .....   | 231 |
| Tabla 72: Estadísticos de los sub-criterios de Resultados en Clientes .....   | 231 |
| Tabla 73: Estadísticos de los sub-criterios de Resultados en las personas .....   | 232 |
| Tabla 74: Estadísticos de los sub-criterios de Resultados en la Sociedad.....   | 232 |
| Tabla 75: Estadísticos de los sub-criterios de Resultados Clave .....   | 233 |
| Tabla 76: Estadísticos de las Variables .....   | 233 |
| Tabla 77: Estadísticos de Fiabilidad .....  | 235 |
| Tabla 78: KMO y prueba de Barlett.....  | 235 |
| Tabla 79: Comunalidades .....   | 236 |
| Tabla 80: Varianza total explicada .....  | 238 |
| Tabla 81: Matriz de Componentes <sup>(a)</sup> .....  | 239 |
| Tabla 82: Matriz de Componentes rotados <sup>(a)</sup> .....  | 240 |
| Tabla 83: Matriz de Transformación de las Componentes .....   | 241 |
| Tabla 84: Correlaciones entre todas las variables .....   | 243 |
| Tabla 85: Correlaciones entre sub-criterios <i>resultados y facilitadores</i> .....                                       | 244 |
| Tabla 86: Correlaciones sub-criterios de <i>Liderazgo y Agentes facilitadores</i> .....                                   | 247 |
| Tabla 87: Correlaciones entre el <i>Liderazgo</i> y resto de las variables .....  | 249 |
| Tabla 88: Resumen del Modelo .....  | 250 |
| Tabla 89: ANOVA <sup>(e)</sup> .....  | 251 |
| Tabla 90: Coeficientes <sup>(a)</sup> de variables independientes.....  | 254 |
| Tabla 91: Variables excluidas <sup>(e)</sup> – Modelo 1 .....   | 255 |
| Tabla 92: Variables excluidas <sup>(e)</sup> – Modelo 2 .....   | 256 |
| Tabla 93: Variables excluidas <sup>(e)</sup> – Modelo 3 .....   | 257 |
| Tabla 94: Variables excluidas <sup>(e)</sup> – Modelo 4 .....   | 258 |
| Tabla 95: Factores inter-sujetos .....  | 259 |
| Tabla 96: Estadísticos descriptivos – Factor 1 .....  | 261 |
| Tabla 97: Estadísticos descriptivos – Factor 2 .....  | 262 |
| Tabla 98: Estadísticos descriptivos – Factor 3 .....  | 263 |
| Tabla 99: Hipótesis para contrastes multivariados .....   | 264 |
| Tabla 100: Contrastos multivariados <sup>(d)</sup> .....  | 265 |
| Tabla 101: Pruebas de los efectos inter-sujetos .....   | 267 |
| Tabla 102: Comparaciones por pares .....  | 268 |
| Tabla 103: Distribución por región de la muestra poblacional.....   | 277 |
| Tabla 104: Distribución por Centro de Salud .....   | 278 |
| Tabla 105: Distribución por centro de salud de la muestra poblacional .....   | 279 |
| Tabla 106: Resumen estadísticos descriptivos por variables: género, edad, región y clasificación<br>unidad de salud ..... | 280 |
| Tabla 107: Tipo de visita a la unidad de salud .....  | 281 |
| Tabla 108: Percepción de satisfacción del servicio .....  | 281 |

|  |     |
|--|-----|
| Tabla 109: Percepción de la atención recibida .....                                      | 282 |
| Tabla 110: Facilidad en la solución de trámites administrativos .....                    | 283 |
| Tabla 111: Valoración de la infraestructura por parte del usuario – Espacio físico ..... | 283 |
| Tabla 112: Valoración de la infraestructura por parte del usuario – Limpieza.....        | 284 |
| Tabla 113: Valoración de la infraestructura por parte del usuario – Ventilación .....    | 284 |
| Tabla 114: Valoración de la infraestructura por parte del usuario – Comodidad .....      | 285 |
| Tabla 115: Valoración de la infraestructura por parte del usuario – General.....         | 285 |
| Tabla 116: Identificación de los profesionales del centro de salud .....                 | 286 |
| Tabla 117: Confidencialidad del expediente clínico en el centro de salud.....            | 287 |
| Tabla 118: Organización del Centro de Salud.....   | 287 |
| Tabla 119: Procedimiento usual para solicitar citas médicas .....                        | 288 |
| Tabla 120: Razones por las que acude en forma personal a solicitar cita .....            | 289 |
| Tabla 121: Procedimiento empleado para la cita de este día.....                          | 290 |
| Tabla 122: Procedimiento empleado para obtener la cita de este día .....                 | 290 |
| Tabla 123: Facilidad en la obtención de cita de este día .....                           | 291 |
| Tabla 124: Obtención de cita para fecha requerida.....                                   | 292 |
| Tabla 125: Percepción del tiempo de espera para ser atendido en la cita .....            | 292 |
| Tabla 126: Tiempo de espera para ser atendido en la cita.....                            | 293 |
| Tabla 127: Percepción del tiempo de espera hasta pasar consulta.....                     | 294 |
| Tabla 128: Grado de confianza de la asistencia en salud recibida .....                   | 294 |
| Tabla 129: Aspectos a mejorar del centro de salud .....                                  | 295 |
| Tabla 130: Cantidad de visitas al centro de salud – últimos 12 meses .....               | 296 |
| Tabla 131: Cambio de profesional en salud durante el lapso anterior .....                | 296 |
| Tabla 132: Motivo de cambio de profesional en salud durante el lapso anterior .....      | 297 |
| Tabla 133: Facilidad administrativa para efectuar el cambio de profesional en salud..... | 297 |
| Tabla 134: Satisfacción con el cambio de profesional en salud .....                      | 298 |
| Tabla 135: Requirió asistencia de especialista en salud durante el lapso anterior.....   | 299 |
| Tabla 136: Apoyo del centro de salud para gestionar cita con especialista.....           | 299 |
| Tabla 137: Percepción de la atención en salud respecto de hace tres años .....           | 300 |
| Tabla 138: Percepción de la atención en salud dentro de tres años .....                  | 301 |
| Tabla 139: Valoración del horario de consulta (Medicina General/Especialista).....       | 302 |
| Tabla 140: Valoración del horario de consulta (Pediatría).....                           | 302 |
| Tabla 141: Valoración del horario de consulta (Enfermería y/o Rehabilitación) .....      | 303 |
| Tabla 142: Cambios del horario de consulta (Medicina general y/o especialista).....      | 303 |
| Tabla 143: Cambios del horario de consulta (Pediatría) .....                             | 304 |
| Tabla 144: Cambios del horario de consulta (Enfermería y/o rehabilitación).....          | 305 |
| Tabla 145: Respeto durante la consulta (Medicina general y/o especialista) .....         | 306 |
| Tabla 146: Respeto durante la consulta (Pediatría) .....                                 | 306 |
| Tabla 147: Respeto durante la consulta (Enfermería y/o rehabilitación) .....             | 307 |
| Tabla 148: Amabilidad durante la consulta (Medicina general y/o especialista) .....      | 308 |
| Tabla 149: Amabilidad durante la consulta (Pediatría).....                               | 308 |
| Tabla 150: Amabilidad durante la consulta (Enfermería y/o rehabilitación) .....          | 309 |

|   |     |
|---|-----|
| Tabla 151: Atención eficaz para tratar el problema de salud .....   | 310 |
| Tabla 152: Atención eficaz para tratar el problema de salud .....   | 310 |
| Tabla 153: Atención eficaz para tratar el problema de salud .....   | 311 |
| Tabla 154: Se le permite opinar y le escuchan acerca de su problema de salud.....   | 312 |
| Tabla 155: Se le permite opinar y le escuchan acerca de su problema de salud.....   | 312 |
| Tabla 156: Se le permite opinar y le escuchan acerca de su problema de salud.....   | 313 |
| Tabla 157: La información que le brinda el profesional en salud se entiende (Medicina general y/o<br>especialista) .....                | 314 |
| Tabla 158: La información que le brinda el profesional en salud se entiende (Pediatra).....   | 314 |
| Tabla 159: La información que le brinda el profesional en salud se entiende (Enfermería y/o<br>rehabilitación).....                     | 315 |
| Tabla 160: Satisfacción con el tiempo que le dedica el profesional en salud (Medicina general y/o<br>especialista) .....                | 316 |
| Tabla 161: Satisfacción con el tiempo que le dedica el profesional en salud (Pediatra).....   | 316 |
| Tabla 162: Satisfacción con el tiempo que le dedica el profesional en salud (Enfermería y/o<br>rehabilitación).....                     | 317 |
| Tabla 163: Tiempo que le dedica el profesional en salud a su consulta.....  | 318 |
| Tabla 164: Tiempo que le dedica el profesional en salud a su consulta.....  | 318 |
| Tabla 165: Tiempo que le dedica el profesional en salud a su consulta.....  | 319 |
| Tabla 166: Grado de intimidad de la consulta .....  | 320 |
| Tabla 167: Grado de intimidad de la consulta .....  | 320 |
| Tabla 168: Grado de intimidad de la consulta .....  | 321 |
| Tabla 169: Información acerca del tratamiento médico.....   | 322 |
| Tabla 170: Información acerca del tratamiento médico.....   | 322 |
| Tabla 171: Información acerca del tratamiento médico.....   | 323 |
| Tabla 172: Se le permite opinar acerca del tratamiento médico.....  | 324 |
| Tabla 173: Se le permite opinar acerca del tratamiento médico.....  | 324 |
| Tabla 174: Se le permite opinar acerca del tratamiento médico.....  | 325 |
| Tabla 175: Opinión sobre el personal de medicina general y/o especialistas que lo ha atendido<br>alguna vez en el centro de salud ..... | 326 |
| Tabla 176: Opinión sobre el personal de medicina general y/o especialistas que lo ha atendido<br>alguna vez en el centro de salud ..... | 326 |
| Tabla 177: Opinión sobre el personal de medicina general y/o especialistas que lo ha atendido<br>alguna vez en el centro de salud ..... | 327 |
| Tabla 178: Opinión sobre el personal de pediatría que lo ha atendido alguna vez en el centro de<br>salud.....                           | 328 |
| Tabla 179: Opinión sobre el personal de pediatría que lo ha atendido alguna vez en el centro de<br>salud.....                           | 328 |
| Tabla 180: Opinión sobre el personal de pediatría que lo ha atendido alguna vez en el centro de<br>salud.....                           | 329 |
| Tabla 181: Opinión sobre el personal de enfermería y/o rehabilitación que lo ha atendido alguna<br>vez en el centro de salud.....       | 330 |

|  |     |
|--|-----|
| Tabla 182: Opinión sobre el personal de enfermería y/o rehabilitación que lo ha atendido alguna vez en el centro de salud..... | 330 |
| Tabla 183: Opinión sobre el personal de enfermería y/o rehabilitación que lo ha atendido alguna vez en el centro de salud..... | 331 |
| Tabla 184: Opinión sobre el personal de servicios generales que lo ha atendido alguna vez en el centro de salud.....           | 332 |
| Tabla 185: Opinión sobre el personal de servicios generales que lo ha atendido alguna vez en el centro de salud.....           | 332 |
| Tabla 186: Opinión sobre el personal de servicios generales que lo ha atendido alguna vez en el centro de salud.....           | 333 |
| Tabla 187: Opinión sobre los trabajadores sociales que lo han atendido alguna vez en el centro de salud.....                   | 334 |
| Tabla 188: Opinión sobre los trabajadores sociales que lo han atendido alguna vez en el centro de salud.....                   | 334 |
| Tabla 189: Opinión sobre los trabajadores sociales que lo han atendido alguna vez en el centro de salud.....                   | 335 |
| Tabla 190: Recibe atención por el mismo enfermero/a cada vez que acude a cita.....   | 335 |
| Tabla 191: Atención por el/la mismo médico habitual.....   | 336 |
| Tabla 192: Atención por el/la mismo pediatra habitual.....   | 336 |
| Tabla 193: Atención por el/la mismo enfermero/a habitual.....  | 337 |
| Tabla 194: Género del profesional en salud que le atendió en la cita.....  | 337 |
| Tabla 195: Género del profesional en salud que le atendió en la cita.....  | 338 |
| Tabla 196: Género del profesional en salud que le atendió en la cita.....  | 338 |
| Tabla 197: Estado de salud en la actualidad.....   | 339 |
| Tabla 198: Estado de salud en la actualidad.....   | 339 |
| Tabla 199: Estado de salud en la actualidad.....   | 340 |
| Tabla 200: Estadísticos de fiabilidad.....   | 340 |
| Tabla 201: KMO y prueba de Bartlett.....   | 341 |
| Tabla 202: Comunalidades.....  | 342 |
| Tabla 203: Varianza Total Explicada.....   | 343 |
| Tabla 204: Matriz de Componentes <sup>(a)</sup> .....  | 344 |
| Tabla 205: Matriz de Componentes rotados <sup>(a)</sup> .....  | 345 |
| Tabla 206: Matriz de Transformación de los Componentes.....  | 345 |
| Tabla 207: Perspectivas del Cuadro de Mando Integral.....  | 348 |
| Tabla 208: Parámetros de búsqueda.....   | 349 |
| Tabla 208: Estudios realizados aplicando el CMI al Sector Salud, 1992-2010.....  | 351 |
| Tabla 210: Hospitales de Costa Rica Acreditados por la JCIA, 2011.....   | 363 |
| Tabla 211: Estructura del manual de estándares de acreditación de hospitales de la JCIA.....                                   | 365 |
| Tabla 212: Estructura de la Norma ISO 9001:2008.....   | 368 |
| Tabla 213: Estructura del modelo <i>Accreditation Canada</i> .....   | 372 |
| Tabla 214: Estructura del modelo <i>HQS</i> .....  | 374 |
| Tabla 215: Estructura del modelo de acreditación de la CCSS-Costa Rica.....  | 377 |

|  |     |
|--|-----|
| Tabla 216: Resumen de variables socio-demográficas ..... | 390 |
| Tabla 206: Características de los Procesos.....          | 410 |

## Índice de Ilustraciones

|   |     |
|---|-----|
| Ilustración 1: Funciones de la salud pública.....   | 43  |
| Ilustración 2: Componentes clave para evaluar desempeño de sistema de salud .....                                     | 48  |
| Ilustración 3: Modelos de sistemas de salud en América.....   | 50  |
| Ilustración 4: Evolución de la Gestión de la Calidad .....  | 52  |
| Ilustración 5: Conceptos de calidad esperada, calidad programada y calidad realizada .....                            | 53  |
| Ilustración 6: Modelo EFMQ de Excelencia .....  | 60  |
| Ilustración 7: Modelo Malcolm Baldrige .....  | 61  |
| Ilustración 8: Sistema Nacional de Salud de Costa Rica.....   | 67  |
| Ilustración 9: Personal de servicios administrativos por centro de trabajo, 2010.....                                 | 80  |
| Ilustración 10: Porcentajes población por provincia, Costa Rica 2011 .....  | 83  |
| Ilustración 11: Muestra poblacional a seleccionar, 2011 .....   | 84  |
| Ilustración 12: Cronograma de actividades .....   | 102 |
| Ilustración 13: Mapa de Costa Rica .....  | 104 |
| Ilustración 14: Regiones de Costa Rica.....   | 105 |
| Ilustración 15: Mortalidad por los cinco grandes grupos de causas, Costa Rica 2010 (tasa por 1.000 habitantes) .....  | 113 |
| Ilustración 16: Estructura Orgánica del Ministerio de Salud, Costa Rica .....   | 140 |
| Ilustración 17: Categorías de los Determinantes de la Salud .....   | 145 |
| Ilustración 18: Modelo de Categorías de los Determinantes de la Salud .....   | 146 |
| Ilustración 19: Proporción de Nacimientos Según Variables Maternas y de Salud Reproductiva, Costa Rica 1955-2010..... | 148 |
| Ilustración 20: Aporte Presupuestario Organismos del Ministerio de Salud, Costa Rica 2010.....                        | 155 |
| Ilustración 21: Inversión del Sector Salud, Costa Rica 2006-2010 .....  | 156 |
| Ilustración 22: Esquema de Financiamiento de la Salud Pública, Costa Rica.....  | 159 |
| Ilustración 23: Participación del PIB en el gasto del Sector Salud, Costa Rica 2006-2010.....                         | 162 |
| Ilustración 24: Mortalidad por Neoplasias Malignas – Hombres, Costa Rica 2000-2009 .....                              | 201 |
| Ilustración 25: Mortalidad por Neoplasias Malignas – Mujeres, Costa Rica 2000-2009.....                               | 202 |
| Ilustración 26: Modelo EFQM de Excelencia .....   | 211 |
| Ilustración 27: Distribución de la población de acuerdo con el género, 2011 .....                                     | 214 |
| Ilustración 28: Distribución de la población de acuerdo con rangos de edad, 2011 .....                                | 215 |
| Ilustración 29: Distribución de población de acuerdo con el grado académico, 2011 .....                               | 216 |
| Ilustración 30: Distribución de población de acuerdo con la ocupación, 2011 .....                                     | 217 |
| Ilustración 31: Distribución de población de acuerdo con el tipo de unidad de salud, 2011.....                        | 217 |
| Ilustración 32: Distribución de población de acuerdo con la región, 2011 .....  | 218 |
| Ilustración 33: Medias marginales estimadas Factor 1 (género – tipo de unidad).....                                   | 269 |
| Ilustración 34: Medias marginales estimadas Factor 2 (género gdo. académico).....                                     | 270 |
| Ilustración 35: Medias marginales estimadas Factor 1 (Unidad/gdo. académico).....                                     | 270 |
| Ilustración 36: Medias marginales estimadas Factor 2 (Tipo unidad - género).....                                      | 271 |
| Ilustración 37: Medias marginales estimadas Factor 2 (Gdo.Acad - género).....   | 272 |
| Ilustración 38: Medias marginales estimadas Factor 2 (Gdo.Acad – T.Unidad).....                                       | 272 |

|   |     |
|---|-----|
| Ilustración 39: Medias marginales estimadas Factor 3 (tipo unidad - género) ..... | 273 |
| Ilustración 40: Medias marginales estimadas Factor 3 (tipo unidad - género) ..... | 274 |
| Ilustración 41: Medias marginales estimadas Factor 3 (G.Acad. - género).....      | 274 |
| Ilustración 42: Distribución de la muestra de acuerdo con el género .....         | 276 |
| Ilustración 43: Distribución de la muestra de acuerdo con la edad.....            | 277 |
| Ilustración 44: Modelo EFQM adaptado a la Salud Pública .....                     | 357 |
| Ilustración 45: Autodiagnóstico (Puntos Fuertes y Débiles) .....                  | 386 |
| Ilustración 46: Niveles de la Calidad .....                                       | 394 |
| Ilustración 47: Concepto de Calidad en General .....                              | 395 |
| Ilustración 48: Número de organizaciones que utilizan el IQIP, 2011 .....         | 401 |

*« ¿Y cuál es el secreto de la calidad?, os preguntareis... muy sencillo, es el amor: amor al conocimiento, amor al hombre y amor a Dios. Vivamos y trabajemos de acuerdo con ello».*

*«El secreto de la calidad es el amor, uno debe amar a su paciente; uno debe amar su profesión; uno debe amar a su Dios. Si tienes amor, entonces, puedes volver la mirada para monitorear y mejorar el sistema».*

Avedis Donabedian





# **1. Marco Teórico**

## **1.1. Planteamiento de la investigación e importancia**

El desarrollo económico de una nación depende de tres elementos: a) estructura institucional que provea incentivos económicos para la asignación eficiente de recursos y defina y proteja los derechos de propiedad de la sociedad; b) entorno macroeconómico estable para la toma de decisiones y la planeación de largo plazo, y c) una continua acumulación de capital humano.

El goce de una buena salud es un elemento indispensable para la acumulación del capital humano porque determina el tiempo que una persona podrá dedicar a las actividades productivas durante su vida. La garantía de protección a la salud mediante un sistema de salud con cobertura universal y de alta calidad es fundamental para mejorar o restablecer el bienestar de las personas tras episodios de enfermedad y dar así continuidad a sus actividades económicas.

Las reformas efectuadas al Sector Salud en los últimos años tuvieron por objetivo lograr la eficiencia y la eficacia en la prestación de los servicios de salud, buscando optimizar los recursos y minimizar los gastos, a través de la atención integral con calidad, humanidad y eficiencia. Por otra parte, la evolución de la gestión administrativa hasta nuestros días, ha traído consigo una serie de estudios que hacen énfasis en la gestión de la calidad con el fin de ofrecer excelencia operacional.

Se dice que la calidad es una resultante de un producto y/o servicio, y surge debido a la sinergia de un conjunto de procesos que tienen lugar tanto dentro como fuera de una organización. Aunque por lo general se ignoran las características que presentan los procesos, incluyendo a las personas que participan de estos, y se considera que únicamente el producto o la prestación del servicio es lo único que logra la calidad para el cliente final (beneficiarios en el caso de la salud pública).

El concepto de calidad en el Sector Salud, es más amplio que el aplicado en los modelos industriales, ya que incorpora elementos de acción correctivos además de la medición del bien o servicio, Salazar (1996) afirma que las instituciones de salud constituyen una empresa de servicios, que tienen aspectos medibles y comparables a los de las empresas de bienes (p. 21-26).

Una definición muy aceptada a la calidad en la salud pública es la que brinda el Instituto de Medicina de la Academia de Ciencias de los Estados Unidos de Norteamérica y que se refiere a la calidad como *«el grado por el cual los Servicios de Salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y éste es consistente con el conocimiento profesional actual.»* (Lohr, 1991: 6-9).

La OPS por otra parte brinda la siguiente definición: *«La calidad en Salud Pública es el grado en el cual las políticas públicas, programas, servicios e investigación para la población causan el incremento en los resultados de salud deseados y en las condiciones propicias para que la población sea saludable.»* (OPS, 2001).

En la delimitación de la presente investigación, las principales variables inherentes al tema particular son: normativa para la gestión de la calidad en la salud pública, dimensiones de la salud pública, regulaciones en la salud pública. Otras variables relacionadas son los modelos de excelencia de calidad y los mecanismos de gestión.

La importancia de abordar este tema se debe a que la salud ha sido una preocupación constante de la humanidad a lo largo de su historia. Entre las necesidades del hombre está la de mejorar su potencial de desarrollo. A lo largo de la historia se encuentran multitud de hechos y situaciones que ponen de manifiesto las actividades que las diferentes civilizaciones han llevado a cabo con el propósito de mejorar su nivel de salud y su calidad de vida.

Una buena salud beneficia a quien la posee y genera condiciones favorables para las personas que la rodean, evitándose, por ejemplo, epidemias que pueden mermar a la población y con ello la fuerza laboral. Una salud buena, reflejada en una mayor esperanza de vida y en menores tasas de mortalidad en la población, tiene las siguientes

implicaciones: incremento de la fuerza laboral; la mayor permanencia de los individuos en sus centros de trabajo, y el aumento de la capacidad física de las personas para realizar actividades productivas, entre otras. Además, la salud complementa a otras fuentes de capital humano como educación y la experiencia laboral. Una buena salud favorece las capacidades cognoscitivas y la retención de ideas que forman parte del acervo de conocimientos de los individuos; permite prolongar la estancia de las personas en actividades laborales y con ello favorece el aprovechamiento de la fuerza de trabajo.

La salud es un punto de encuentro. Aquí confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, la política social y la económica. Además de su valor intrínseco, la salud es un medio para la realización personal y colectiva. Constituye, por lo tanto, un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus líderes en la búsqueda del bienestar que es, a fin de cuentas, el sentido último del desarrollo. Como práctica social y conocimiento, la salud pública ha sido históricamente una de las fuerzas vitales que han conducido a la reflexión y la acción colectivas en torno a la salud y al bienestar.

Sin embargo, existe la impresión generalizada de que este papel conductor se ha desgastado y que hoy día la salud pública vive una crisis de identidad, de organización y de acción. De allí la importancia en que la calidad en la salud pública tiene su origen no sólo en el malestar expresado por los beneficiarios del sistema, sino también en el deseo de disminuir la desigualdad en el sistema de salud de los diferentes grupos sociales.

Relacionado con lo antes expuesto, el presente estudio tiene por objetivo determinar la intersección entre la salud pública y el sistema de prestación de servicios sanitarios. El resultado de esta investigación será plantear un modelo integral de evaluación de la calidad de la salud pública en todas sus dimensiones. Este modelo permitirá poseer una herramienta dinámica y compartida que facilitará el monitoreo, mediante una serie de indicadores, el grado de cumplimiento de los objetivos del Sector Salud. El modelo busca tener un impacto en la creación de una cultura en el sistema donde la mejora continua de la calidad es un concepto sostenido en la salud pública.

Con este propósito, se efectuará una evaluación con cuatro componentes: la información recogida por los indicadores del sistema de salud pública, la conformidad con

la normativa vigente, una autoevaluación del sistema de salud pública mediante el modelo de excelencia EFQM (Corma, 2005), y la satisfacción de los beneficiarios mediante una encuesta de satisfacción basada en el modelo SERVPERF (Zeithaml, 1993).

La exposición de este trabajo tiene cuatro partes esenciales: en primer lugar las características del Sector Salud orientadas a garantizar la calidad en la salud pública: centrado en la población, igualitario, proactivo, promotor de salud, reductor de riesgo, transparente, efectivo y eficiente. Revisar la normativa vigente de aseguramiento de calidad de las instituciones de salud pública. En tercer lugar interesa realizar una autoevaluación de la excelencia operativa en el Sector Salud, y por último realizar un sondeo de muestra de la percepción de los servicios de salud por parte de los beneficiarios del sistema.

## **1.2. Objetivo General**

Elaborar un modelo óptimo de referencia para medir la gestión de la calidad de la salud pública Costarricense.

## **1.3. Objetivos Específicos**

- a) Revisar las definiciones y modelos que se han empleado para conceptualizar la gestión de la calidad en la salud pública.
- b) Analizar las variables que se han propuesto por parte del Gobierno para la gestión de la calidad de la salud pública.
- c) Determinar las expectativas que tienen los beneficiarios del sistema de salud pública por cuanto a la atención y servicio que perciben del mismo.
- d) Proponer una estructura para un modelo óptimo de referencia para la gestión de la calidad en la salud pública costarricense.

## 1.4. Preguntas de investigación

- a) ¿Cómo ha sido definida y conceptualizada la calidad en la salud pública?
- b) ¿Cuáles son las variables o dimensiones que deben incluirse para medir la calidad en la salud pública?
- c) ¿Cuál es la estructura que debe tener el modelo óptimo de referencia para medir la calidad en la salud pública?

## 1.5. Justificación

La realización de esta investigación tiene diversos motivos que la justifican. Primero, se pretende efectuar una aportación de carácter teórico, que desde luego, implica evidencia empírica: ayudar al esclarecimiento de un constructo complejo y dinámico como lo es la gestión de la calidad en el Sector Salud. Esta aportación consta de dos puntos de impacto: el conceptual y el operacional. El conceptual, se da por medio de la revisión sistemática de las principales definiciones de dicha construcción. En tanto que el operacional, se logra al de inspeccionar las dimensiones que han sido incluidas por las principales corrientes de la calidad para evaluarla.

A nivel mundial el tema de calidad en los servicios de salud ha adquirido considerable importancia, y cada vez alcanza prominencia debido a la autonomía con que opinan y juzgan los beneficiarios, acerca de la asistencia recibida por los encargados de brindar los servicios de salud.

En la actualidad el tema de calidad en las organizaciones constituye un reto y es un requisito indispensable para mantener la competitividad. Las empresas públicas y privadas deben incorporar la filosofía de calidad en su proceso operativo, ya que ésta constituye el factor más importante para determinar su éxito o su fracaso. Por tanto la calidad es un concepto estratégico en nuestros días para los servicios de salud y la OMS la define como *«un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de recursos, un mínimo de riesgos*

*para el paciente, alto grado de satisfacción por parte de éste e impacto final en la salud»* (OMS; 1996).

Donabedian (1990), dio a conocer una división clásica de los indicadores que deben ser empleados para medir el nivel de la calidad en la salud, para ellos los clasificó de indicadores de estructura, indicadores de procesos e indicadores de resultado. Los de estructura hacen referencia a los insumos propios de una organización. Los de proceso se relacionan con el contenido de la atención e incluyen tanto lo que los profesionales en salud como proveedores de atención realizan por los beneficiarios, así como la pericia con la cual llevan a cabo su labor. Los de resultados por su parte corresponden a lo que se obtiene para el beneficiario. Un resultado supone un cambio en el estado de la salud (para bien o para mal), que puede atribuirse directamente al tipo de atención recibida (p. 36-40).

Costa Rica ha sido un país con amplia tradición democrática, donde el Estado ha dado históricamente, prioridad al desarrollo social. Esto se ha concretado en una serie de políticas, programas y acciones que han tocado positivamente los diferentes grupos sociales, indicadores contenidos en el Índice de Desarrollo Humano, que reflejan esta situación.

En los últimos años, se ha hecho un esfuerzo por conducir al país a través de la vía del desarrollo sostenible, y el principal reto que se plantea es la equidad y la integración social. La Reforma del Estado ha llevado a este a replantear su papel y a definir las áreas fundamentales que requieren transformarse. Dentro de éstas, la Reforma al Sector Salud ha sido un área estratégica. El fortalecimiento de la vigilancia de la salud colectiva e individual y de la rectoría en salud son los ejes fundamentales de esta Reforma.

El Ministerio de Salud ha venido implantando el enfoque de la Calidad Total en los servicios de salud, como una alternativa que reoriente las estrategias de atención de salud considerando no solo la necesidad de ampliar la cobertura sino implementar mecanismos que aseguren una prestación de servicios del más óptimo nivel; ya que la «*Gestión de la Calidad Total*» y el «*Mejoramiento Continuo de la Calidad*» es una estrategia de dimensión social porque su objetivo es satisfacer las expectativas y necesidades de los clientes, pacientes, usuarios del servicio a través del compromiso del conjunto de la

organización, con la participación del personal y la mejora continua de los procesos y sus relaciones (Deming, 1995).

Es por ello que la gestión de la calidad en la salud pública es uno de los factores esenciales para los administradores en este campo, ya que ella constituye una forma importante de reducir los costos, de mejorar la comunicación interna y externa y de aumentar la confianza de los beneficiarios, además de que ayuda a conocer las expectativas y las necesidades de la comunidad, lo cual da las bases para satisfacerlas. Medir y mejorar la calidad en la salud pública significa gerenciarla, esto es, interferir en la realidad con visión de largo plazo y de progreso continuo en esa prestación.

## **1.6. Viabilidad de la investigación**

El estudio no presenta ningún problema de viabilidad, pues tanto la CCSS como las empresas privadas que ofrecen servicios de salud están muy interesadas en gestionar la calidad de sus servicios. De hecho, se plantea que, a cambio de que permitan conducir la investigación en sus contextos, se les entregue un reporte que describa y analice el modelo óptimo de referencia para la gestión de la calidad, con recomendaciones específicas.

## **1.7. Consecuencias de la investigación**

Dado que la investigación presentará datos agregados de la gestión de la calidad en la salud pública (es decir, a nivel nacional) y no de manera individual, además de observarse una estricta confidencialidad, no se viola ninguna cuestión ética. La información recolectada permitirá tanto a la CCSS como a las empresas privadas que brindan el servicio de salud obtener valiosa realimentación sobre variables significativas que afectan la gestión de la calidad en el sector salud. Los resultados le servirán, sin lugar a dudas, para mejorar la excelencia operativa. Por otra parte, se contará con un modelo para medir la gestión de la



calidad, que estará disponible para la CCSS y las empresas privadas, ya que su validación será pública.

## 1.8. Hipótesis

En virtud que la investigación es de tipo mixto se hace necesario el planteo de hipótesis, las cuales son suposiciones que tratan de explicar el fenómeno estudiado. Aunque éstas no necesariamente se consideran verdaderas, las mismas se aceptarán o rechazarán con base en la información recolectada durante la investigación (Hernández; 2006: p.122).

El planteamiento de las hipótesis se realiza basado en las preguntas de investigación que se mostraron en la sección 1.3 del presente documento, a continuación se expone una tabla resumen de las hipótesis planteadas:

Tabla 1: Resumen de Hipótesis de la Investigación

| ID | Tipo       | Planteamiento de la Hipótesis  |
|----|------------|--|
| H1 | Causalidad | La calidad en la salud pública debe concebirse como una satisfacción total de las expectativas y creación de valor para todos los grupos de interés.   |
| H2 | Causalidad | La gestión óptima de la calidad en la salud pública es causada por la percepción positiva de las siguientes dimensiones: equidad, eficacia, eficiencia, oportunidad de atención y, humanización de los servicios.  |
| H3 | Causalidad | La gestión de la calidad es un constructo molar compuesto por varios factores correlacionados entre sí, pero que se funden – siguiendo un proceso de juicio común – en un gran factor que refleja las percepciones de los colaboradores y beneficiarios sobre aspectos del sistema de salud pública. |

Fuente: elaboración propia, 2011.

## **1.9. Delimitación de la Investigación**

- a) Delimitación espacial. El estudio se realizará en cuatro áreas geográficas para hospitales y oficinas de la CCSS.
- b) Delimitación temporal. La información objeto de la investigación corresponde al período del 1ro de julio de 2010 al 1ro de octubre de 2011.
- c) Delimitación social. La población de estudio se divide en dos: los prestadores del servicio (personal de salud, personal administrativo) y los usuarios que acuden a los diferentes centros hospitalarios durante el período de estudio.
- d) Delimitación conceptual. La presente investigación se realizará con el enfoque sistémico de estructura, procesos y resultados.

## **1.10. Postura Epistemológica**

Al iniciar un trabajo de investigación es importante encontrar una ruta que permita al investigador llegar al objetivo planteado inicialmente. Esta ruta inicia por ubicar un paradigma de acuerdo con el tipo de trabajo que se va a realizar; con ello se pasará al enfoque cuantitativo si lo que se pretende es demostrar, comprobar o verificar algún hecho o evento relacionado con las ciencias naturales; por el contrario si lo que se busca es conocer, comprender o demostrar hechos relacionados con las ciencias humanas o sociales; entonces la decisión pasará al enfoque cualitativo. Posteriormente, el enfoque lo llevará a los métodos y técnicas para obtener los datos y darle el tratamiento que corresponde para llegar al resultado.

En cuanto al método ambos ofrecen al investigador diferentes opciones para seleccionar la que mejor se adapte al tipo de estudio; en el caso del enfoque cualitativo puede optarse por un enfoque hermenéutico, fenomenológico, biográfico, por citar algunos; asimismo, seleccionar una buena combinación entre ellos, también deberá explicar las dimensiones epistemológicas, ontológicas, axiológicas, nosológicas y teológicas que abordará la investigación.

Con las consideraciones anteriores se inicia ubicando la presente investigación ubicándola en un paradigma; entendiendo como tal al conjunto de normas que rigen a las comunidades científicas, en cuanto a cómo hacer ciencia.

Un paradigma no es eterno, puesto que el mundo evoluciona constantemente, la ciencia y la fenomenología avanzan a la luz de los conocimientos y descubrimientos que la humanidad ha generado a lo largo de su historia, puede decirse, que un paradigma mientras dura «rige y gobierna» a la comunidad científica.

Esta apreciación es corroborada por Martínez (2004), cuando señala que han existido cuatro paradigmas que han regido al mundo científico en los últimos quinientos años, a saber: teológico, filosófico, científico-positivista y pospositivista (p. 32). Claro está que cada paradigma se ha caracterizado por la verdad que plantea en su momento y que se sustituye por otro cuando sus postulados ya no satisfacen las necesidades de la comunidad científica.

En la presente investigación se hará referencia a los dos últimos por considerar que aclara la posición paradigmática del investigador. Respecto del primer paradigma, Leal en López (1997) plantea que:

*«... busca la objetividad del conocimiento, ser objetivo es copiar bien la realidad del estudio sin deformarla. Considera que el mundo material puede ser descrito objetivamente sin referencia alguna al sujeto investigado; convirtiendo al investigador en un seguidor de métodos»* (p. 80).

En este paradigma, el objeto de la investigación, es demostrar numéricamente un hecho o evento que es el objeto de la investigación, ignorando al sujeto investigado. Esta forma de investigar dominó al mundo científico en los últimos tres siglos. Pero a comienzos del pasado siglo XX, comienza a surgir un nuevo paradigma para el estudio de las ciencias humanas y sociales; en el cual se rescata tanto al investigador como al sujeto investigado, involucrando sus valores, intereses, creencias y además privilegia la intersubjetividad en contraposición a la objetividad al otro paradigma. Para Taylor en López (1997) señala que:

*«Las metodologías cualitativas se refieren a procedimientos de investigación que dan origen a datos descriptivos ... consiste en descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos observables, incorporando lo que los participantes dicen tal como lo expresan ellos mismos, y no como lo expresaría el investigador» (p. 50).*

Estas dos citas puntualizan de manera clara las diferencias de ambos paradigmas; destacando que en la investigación cualitativa, los hechos humanos no son asuntos medibles, sino que se valora la importancia de la cualidad tal como se vive y percibe por los sujetos desde sus pensamientos, sentimientos, creencias. Este paradigma abre al investigador la posibilidad para conocer las realidades de la salud pública a través de las vivencias y experiencias de los colaboradores y beneficiarios del sistema de salud en un momento histórico.

En relación con el enfoque se seleccionó el cualitativo por ser el representativo del paradigma pospositivista, bajo este enfoque la investigación se desarrolla de manera distinta a la que se está acostumbrado incluso para abordar hechos humanos y/o sociales. En el área de salud, se orienta a la investigación cuantitativa, a buscar el dato, a cuantificarlo, analizarlo estadísticamente y representarlo en frecuencias absolutas y porcentuales.

Por otra parte, se seleccionó el método fenomenológico, por considerar que el tema en estudio no se podía abordar con otro método que no fuera este; ya que se tratará de indagar sobre las vivencias y experiencias de los colaboradores y beneficiarios del sistema de salud, lo que permitirá conocer a través de sus palabras como perciben la realidad de la salud pública costarricense.

## 2. Marco Teórico

### 2.1. Antecedentes históricos de la salud pública

La salud pública como la conocemos hoy día, tiene un poco más de cien años de existencia, sin embargo desde tiempos remotos las diferentes civilizaciones han realizado actividades con el propósito de preservar la salud.

De acuerdo con Heródoto (1994), en la antigüedad los egipcios eran el pueblo más higiénico. Practicaban la higiene personal, tenían entre sus conocimientos gran cantidad de fórmulas farmacéuticas, elaboraban vasijas de arcilla para las bebidas y construyeron canales de desagüe para las aguas residuales (p. 77-84).

Por otra parte, según Charaka citado por Parentini (2002), señala que los indostaníes fueron los pioneros de la cirugía cosmética, y de la creación de programas en salud pública, los cuales se basaban en la integración de cuatro aspectos considerados básicos - para la época - en la salud: alimentación, sexualidad, descanso y trabajo (p. 20-22).

El concepto de salud-enfermedad tomó una dirección muy particular en el pueblo hebreo, a través de Moisés, quien por mandato divino, instaura la Ley Mosaica, la cual se considera como el primer código de salud escrito. De acuerdo con Donahue citado por Parentini (2002) todas estas prácticas tienen como propósito «*la conservación de la raza*». Esta aseveración, es a su vez, tomada del libro Deuteronomio XIV, 2: «*el objetivo de la conservación de la raza concuerda con la idea de que los israelitas eran el pueblo elegido*» (p. 24).

Blanco y Maya (2005) señalan que los griegos consideraban la salud no únicamente en el aspecto curativo, sino a la preservación de la misma, la cual visualizaban como la tarea más importante a lograr a través de la higiene. En el concepto griego, la salud pública, se consideraba como el balance entre varias fuerzas, por ello para la conservación de la salud y el estilo de vida, tomaron en cuenta la nutrición, el ejercicio y el descanso, aunque

esto representaba diferencias significativas entre las clases aristócratas y los esclavos (p. 10).

Los romanos incluyeron los riesgos ocupacionales como elementos de peso en las enfermedades. Plinio señalaba que algunas enfermedades eran exclusivas de los esclavos. En el año 160 Antonius Pío decretó normas sobre el número de médicos que debían existir de acuerdo con el número de ciudadanos en las poblaciones. Una contribución importante que señalan Blanco y Maya (2005) es que los romanos crearon los primeros hospitales públicos. Asimismo, se interesaron por la construcción de acueductos y baños públicos con el propósito de combatir prácticas antihigiénicas (p. 11-12).

Gómez (2003) apunta que para la Edad Media, la Iglesia dominaba la ideología, la cultura y la economía. La ciencia se encontraba sujeta a la religión y no podía sobrepasar los límites que ella le establecía. El pensamiento filosófico de la época se denominó *la escolástica*, en la cual se establecía que todos los conocimientos residían en las escrituras sagradas y por tanto la investigación carecía de fundamento. Esta corriente ideológica aunada a los movimientos bélico-migratorios y los bajos niveles socioeconómicos, produjeron como resultado grandes epidemias, las cuales se erradicaron imponiendo medidas de cuarentena – como el caso de la peste bubónica - o bien mediante la marginación y/o eliminación de aquellos que contraían dichas enfermedades – como el caso de los leprosos (p. 10).

Durante el Renacimiento la salud pública tuvo muy poco progreso, debido principalmente a que en esta época apenas se avanzó en el conocimiento de la epidemiología y de las enfermedades infecciosas prevalentes.

A mediados del siglo XVII, de acuerdo con lo señalado por Castilla (2006), surgen las investigaciones de Edwin Chadwick y Lemuel Shattuck, acerca de la relación existente entre pobreza y enfermedad. Chadwick llegó a la conclusión de que la salud de la población depende fundamentalmente de las condiciones socioeconómicas y del saneamiento, mediante un estudio estadístico de algunos estamentos sociales. Gracias a los informes de Chadwick los Gobiernos de los países de América del Norte y Europa establecieron por primera vez los principios de la salud pública. Estos principios se basan en luchar contra las

enfermedades endémicas de la época mediante medidas de saneamiento, inspección y legislación (p. 599).

Asimismo, continúa Castilla, a mediados del siglo XIX aparece «*La Era Bacteriológica de la Salud pública*» denominada así por los avances en el conocimiento de la epidemiología y las enfermedades transmisibles que eran prevalentes de la época (p. 599).

A principios del siglo XX, CE Winslow citado por Starfield et al. (2004) definió los principios de la salud pública moderna. Estos principios estaban fundamentados en el arte de impedir enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para saneamiento del medio ambiente, controlar las enfermedades, proveer educación sanitaria, organizar los servicios médicos y desarrollar los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida más adecuado para la conservación de la salud (p. 17-26).

A mediados del siglo XX se produce un avance en la medicina asistencial con la creación de los servicios nacionales de salud y seguridad social. Es en este momento que se incorporan los conceptos de restauración y recuperación en salud al concepto de salud pública.

Así se llega a la definición actual de salud pública.

## **2.2. Concepto, funciones, evaluación y clasificación de sistemas de salud pública.**

### **2.2.1. Concepto de salud pública**

El sistema de salud comprende todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud (OMS, 2000).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) - una de las grandes impulsoras de la Seguridad Social como un derecho universal -, en 1991 propuso una de las definiciones de salud pública más utilizadas:

*«Es la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte, y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos» (p. 6).*

Maya citado por Blanco (2005) brinda una de las definiciones más aceptadas a nivel mundial:

*«La Salud pública se considera como la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad, o bien el conjunto de actividades organizadas de la comunidad, dirigidas a la promoción, protección y restauración de la salud de la población» (p. 6).*

El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias. Aunque es necesario aclarar que existen dos tipos de actividades para y por el bienestar del sistema de salud: actividades relacionadas directamente con la salud: defensa, prevención y restauración; y otras



destinadas a incidir en el futuro de la salud de la sociedad: educadores sociales, políticas de empleo, entre otras.

Las acciones relacionadas con el fomento, defensa y prevención de la salud se clasifican según sea su incidencia en la protección de la salud o sobre la promoción de la salud y/o prevención de las enfermedades.

Las acciones concernientes a la restauración de la salud se clasifican dentro de las asistenciales: atención primaria o atención especializada (hospitalaria).

La OMS estableció en la década de los noventa, los objetivos de la salud pública:

- a) Promoción de los estilos de vida (salud)
- b) Prevención de enfermedades
- c) Establecer servicios de rehabilitación y salud.

En creciente interés por mejorar la salud global, la comunidad internacional asumió un compromiso histórico en el año 2000: mejorar la salud y el bienestar de las personas pobres del mundo en un período de 15 años. Dicho compromiso se plasmó en la Declaración del Milenio y a partir de ahí se fijaron ocho objetivos – seis de ellos relacionados con la salud -, conocidos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio – ODM (OMS, 2005):

- Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre
- Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil
- Objetivo 5: Mejorar la salud materna
- Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
- Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
- Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

## 2.2.2. Funciones de la Salud pública

La Organización Panamericana de la Salud señala (2000):

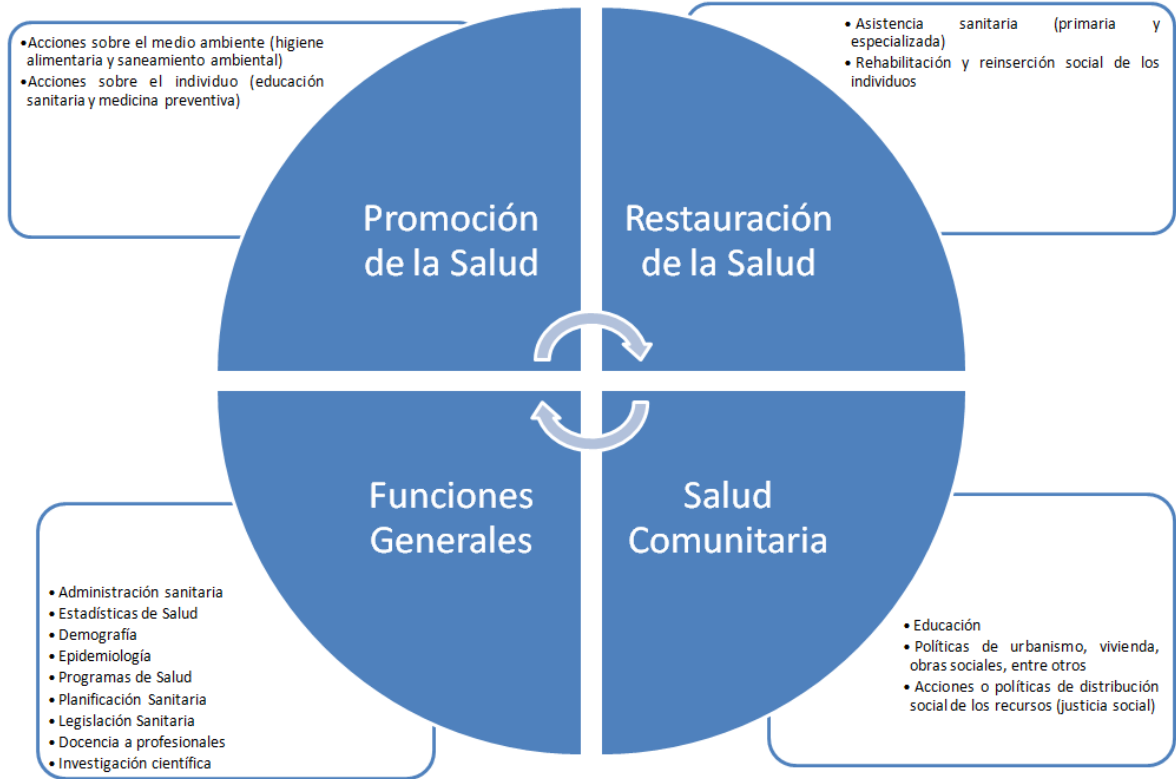
*«Se entiende por funciones de la Salud pública al conjunto de acciones y responsabilidades que deben ser desarrolladas y asumidas por la salud pública, caracterizada como un agente social diferenciado, para la realización de su objetivo o finalidad, es decir la mejoría de la salud de las poblaciones.»* (p. 4).

Las funciones de la salud pública se en dos funciones: genéricas y específicas. Las primeras no tienen per se objetivo propio, sino que cumplen con la realización del objetivo central de la salud pública y se aplican a cada campo de acción u objetivo específico en que la salud pública actúe (OPS, 2000).

Las funciones específicas hacen referencia a las responsabilidades o a los objetivos definidos como propios de la salud pública en una situación particular: control de enfermedades, saneamiento ambiental, epidemias.

En relación con los objetivos del sistema de salud, las funciones se pueden considerar como finalistas: promover la salud, control de riesgos, protección del medio ambiente, calidad de la atención; o bien como funciones de tipo instrumental: las cuales sirven a estos objetivos en forma inmediata favoreciendo las condiciones para cumplir con las de tipo finalista. Tal es el caso del monitoreo y análisis de la situación de salud, desarrollo de los recursos humanos, información pública o la regulación (véase ilustración 1).

Ilustración 1: Funciones de la salud pública.



Fuente: Elaboración Propia, 2011.

Uno de los factores clave de éxito en la salud pública es la equidad, este término se incorporó en el concepto de los Sistemas de Salud a mediados de la década de los noventa, como parte del proceso de reconstrucción de los servicios estatales de salud y se define como:

*«el proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector, con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población» (OMS, 2000).*

En este sentido la equidad forma parte de los *Principios Orientadores del Sector Salud*, y hace referencia a la cobertura de los servicios de salud, programas básicos y

distribución de recursos de acuerdo con las necesidades de cada sector, que se encuentren dispares de acuerdo con la sociedad a la que se haga referencia.

Los *Principios Orientadores del Sector Salud* definen las condiciones que garantizan el acceso oportuno a los servicios de salud, eficaces y de calidad para todos los habitantes, son obligaciones ineludibles del Estado y un derecho de todas las personas. Por ello los principios rectores que fundamentan un sistema de salud pública son:

- a) Universalidad. La universalidad en salud ha sido expresada bajo el principio de «*salud para todos*», concretado en el acceso a los servicios de salud. La universalidad en salud no se refiere únicamente al goce de una atención de carácter recuperativo, sino al acceso de un conjunto de bienes públicos en salud que incluyen, además de la atención integral de la salud, medicamentos y principios terapéuticos de alto valor social como los anticonceptivos, el saneamiento básico, la protección del medio ambiente, la prevención de riesgos y daños y la educación en salud, entre otros, con el fin de lograr que las personas y las comunidades se mantengan saludables. Paralelamente debe considerarse el principio de *interculturalidad*, ya que para la evaluación de las políticas generales, se requieren expresiones y modos de intervención plurales, y que estén en permanente diálogo con los y las representantes de las comunidades, así como de los grupos sociales y etnias existentes.
  
- b) Equidad. En la actualidad una gran parte de la población está excluida de la protección social en salud. Este sector no puede acceder a las condiciones que le permitirían cubrir sus necesidades básicas de salud, educación, vivienda y otros aspectos fundamentales de una vida con calidad. Esto constituye una injusticia y un obstáculo para el desarrollo socioeconómico de un país en particular. Es difícil estimar la magnitud del problema porque la exclusión no es un estado preciso que se identifique fácilmente, sino que adopta múltiples formas. La OIT expresa que los «*sistemas nacionales de seguridad social cubren al 10% de la población de los países, mientras que la mayoría de la población (60% en promedio) trabaja en los sectores no formales*». En la mayor parte de los países – Costa Rica no es la

excepción – la gente pobre de las áreas urbanas, la mayor parte de la población rural, los desempleados, los desplazados y los migrantes están excluidos de los sistemas de protección social. Y gran parte de ellos son mujeres y niños. La inclusión en los sistemas de protección social es, así, una tarea pendiente.

La equidad es un concepto ético asociado a los principios de derechos humanos y justicia social. Algunas perspectivas identifican la equidad sólo como disminución de brechas o disparidades, objetivo en sí mismo importante en nuestra Región. En otros casos, se asocia la equidad con el logro de un nivel mínimo de salud o con la provisión de un paquete básico de atenciones en salud. Éstas son las nociones más frecuentes en los supuestos de las reformas de la salud.

Al hablar de equidad en salud, conviene distinguir entre estado de salud, cuidado de la salud y obligaciones estatales. El estado de salud se refiere al bienestar físico, síquico y social de las personas y comunidades, mientras que el cuidado de la salud – doméstico o institucional – es sólo uno de los múltiples determinantes del estado de salud; las obligaciones estatales incluyen las responsabilidades del Estado – como primer responsable – y de los demás actores sociales para promover, proteger y garantizar el derecho a la salud.

La equidad en salud exige considerar (Gómez, 2002):

- En el estado de salud y sus determinantes: la eliminación de diferencias injustas y evitables en las oportunidades de disfrutar de la salud, así como en las probabilidades de enfermar, quedar discapacitado o morir por causas que se pueden prevenir.
- El acceso y la utilización de los servicios de salud de acuerdo con las diferentes necesidades de atención, los distintos riesgos, las divergencias en las percepciones sobre la enfermedad, las distintas prácticas que condicionan las conductas de búsqueda de atención, las desigualdades en el grado de acceso a los recursos básicos, así como las diferencias en el acceso a los servicios básicos.

- El financiamiento de la atención de acuerdo con la capacidad económica, y no en relación con las necesidades o los riesgos. Implica, por ejemplo, que las mujeres no tengan que contribuir más que los hombres por razones ligadas a la biología de la reproducción, a la mayor movilidad y a la mayor esperanza de vida; que las poblaciones rurales no tengan que asumir los costos de los traslados a los centros de salud; que las personas en situación de pobreza no tengan que pagar más por tener menor nivel de salud.
  - El balance en la distribución de la carga de responsabilidades y poder en el cuidado de la salud. Que se reconozca, facilite y valore apropiadamente el trabajo de atención de la salud, ya sea remunerado o gratuito, y que mujeres y hombres participen en pie de igualdad en los procesos de toma de decisiones dentro de las esferas micro y macro del sistema de salud.
- c) Integralidad. En el campo de la salud, este propósito implica que los Estados generen mecanismos y procedimientos, y orienten sus recursos para promover, proteger y garantizar el derecho de la ciudadanía a participar en la toma de decisiones – en los planos nacional, regional y comunitario – respecto a la promoción de la salud y la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, así como en la organización del sector Salud, lo que incluye la participación en las políticas públicas y en los presupuestos. Integra la transparencia y la rendición de cuentas; el desarrollo de mecanismos sectoriales de participación y exigibilidad de derechos; la remoción de barreras para la participación; la construcción de capacidades y la ampliación de oportunidades para que se produzca una participación inclusiva, plural e intercultural.

### **2.2.3. Evaluación de metas de los sistemas de salud pública**

El desempeño de un sistema de salud pública varía ampliamente, puesto que países con inversiones similares en el sector salud, suelen – por lo general - diferir en su capacidad

de logro de las metas establecidas para el sector. En el año 2000 la OMS definió cuatro parámetros para evaluar el desempeño general del sistema de salud, sus logros y su impacto en los diferentes sectores de la población:

- a) Especificar los límites del sistema de salud
- b) Identificar las metas del sistema de salud
- c) Definir el concepto de desempeño
- d) Interpretar las funciones clave del sistema de salud como determinantes de su desempeño

Los límites del sistema los determina el concepto de acción sanitaria, éste puede definirse como el conjunto de actividades cuyo propósito sea la mejora o el mantenimiento de la salud. Dentro de los límites del sistema, la evaluación del desempeño se mide en función de tres metas principales: mejorar la salud, mejorar la capacidad de respuesta conforme a las expectativas de los beneficiarios y asegurar la equidad de la inversión financiera.

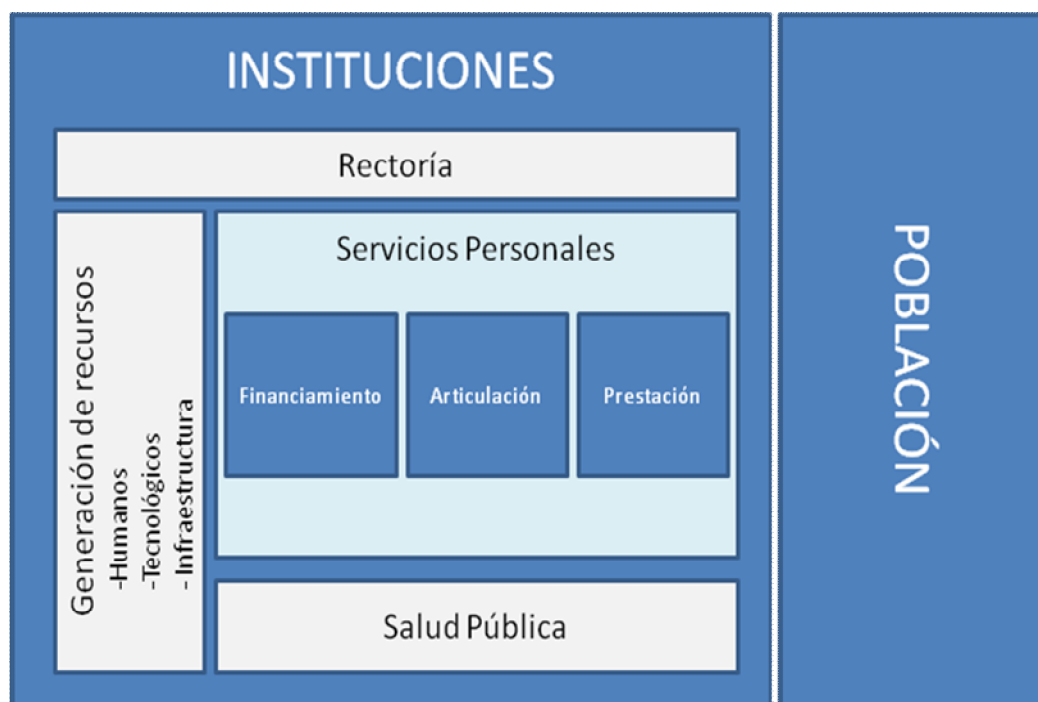
La primera meta es la esencia de un sistema de salud, ya que comprende el incremento del nivel medio y la reducción de las desigualdades en salud. La segunda meta comprende dos elementos: el respeto a los beneficiarios – incluyendo la dignidad, confidencialidad y la autonomía de la familia para tomar decisiones acerca de su propia salud – y la orientación al beneficiario – que incluye atención pronta y oportuna, apoyo social, calidad de los servicios básicos y la posibilidad de seleccionar el proveedor de la atención médica. Para la tercera meta, la equidad, se requiere que cada beneficiario contribuya en proporción de su nivel de ingresos los gastos sanitarios, es decir, la suma con la que se contribuye a pagar los gastos médicos debería depender de los ingresos y en un nivel mínimo del uso de los servicios o del riesgo que conlleva el padecimiento.

Es necesario en este punto hacer una aclaración, el concepto de desempeño, es más complejo que el simple hecho de registrar el grado de logro de las metas. Para determinar en una forma efectiva y real el desempeño de un sistema de salud se requiere relacionar los

resultados obtenidos y los que *podieron* haberse obtenido, este concepto está íntimamente relacionado con los recursos disponibles para el sistema de salud.

El desempeño del sistema de salud dependerá entonces de la forma en que el sistema de salud pública orqueste las siguientes funciones: rectoría, financiación, prestación de servicios y la generación de recursos (véase ilustración 2).

Ilustración 2: Componentes clave para evaluar desempeño de sistema de salud



Fuente: elaboración propia, 2011.

#### 2.2.4. Clasificación de los sistemas de salud

El punto de partida para clasificar un sistema de salud es tener un concepto claro del sistema de salud, con más frecuencia de la que se desea los sistemas de salud se entienden como una simple colección de organizaciones/instituciones. En lugar de esto debe entenderse un sistema de salud como un conjunto de organizaciones con relaciones estructuradas entre dos partes esenciales: la población y las instituciones. Para los efectos



de la presente investigación, lo importante es que ambos grupos representan condiciones que constituyen necesidades, para uno de salud y para el otro en una respuesta organizada por parte de las instituciones/organizaciones. Cada sistema de salud estructura este tipo de respuestas conforme con ciertas funciones básicas, que las instituciones desempeñan con el propósito de satisfacer las necesidades de salud planteadas por la población.

Como resultado del proceso de reforma que han efectuado la mayor parte de los países del orbe en cuanto a sus sistemas de salud, cada país ha desarrollado su propio sistema, la integración de los dos elementos esenciales que se menciono anteriormente ha dado lugar a los cuatro modelos de sistemas de salud, la clasificación de estos modelos obedece al grado de integración que la población tiene con cada una de las instituciones del sistema de salud. Dando lugar a dos extremos en lo que refiere a población, uno de ellos es la segregación, la cual resulta de las profundas desigualdades que se tienen en cada país, en el otro extremo se tiene la integración horizontal, en la cual todos los grupos tienen acceso a las mismas instituciones, aunque esto se puede dar debido a una de dos razones: existe libertad de elección, o bien existe una única institución en el país que presta los servicios de salud. En relación con las instituciones, la integración vertical implica que una misma institución desempeña varias funciones, en el otro extremo, las mismas se encuentran separadas entre varias instituciones/organizaciones. La ilustración 3 esquematiza estos conceptos.

### Ilustración 3: Modelos de sistemas de salud en América

| Integración de Poblaciones | Integración de Funciones Institucionales                       |   |
|----------------------------|--|---|
|                            | Integración Vertical   | Separación  |
| Integración Horizontal     | Modelo público Unificado<br>(Cuba, Costa Rica)                 | Modelo de Contrato Público<br>(Brasil)            |
| Segregación                | Modelo Segmentado<br>(La mayor parte de los países de América) | Modelo Privado atomizado<br>(Argentina, Paraguay) |

Fuente: elaboración propia, 2011.

El modelo del sistema de salud de Costa Rica es el *Modelo Público Unificado*, este modelo suministra y financia los servicios directamente a través de un sistema integrado en forma vertical; además de Costa Rica, Cuba presenta también este modelo en su sistema de salud, y son los únicos dos países del orbe que lo utilizan; en su variante extrema el modelo cubano logra integrar horizontalmente a la población, sin embargo esto se logra a costa de la libertad de elección del proveedor de servicios en salud, puesto que en Cuba se considera ilegal la oferta de servicios en salud fuera del ámbito gubernamental. Costa Rica tiene una variante de este modelo, ya que el sistema de salud costarricense es universal, aunque no existen restricciones legales que les permitan a los beneficiarios elegir otras opciones de servicio. En el caso de Costa Rica, el monopolio gubernamental se debe principalmente a la capacidad del Estado para ofertar servicios de calidad aceptable, compitiendo al mismo tiempo con el sector privado en el ramo de costos (Musgrove, 1996).

En el modelo costarricense el Estado no financia a los proveedores (Hospital Cima, Hospital La Católica, Hospital Clínica Bíblica, Hospital Jerusalén, entre otros) y éstos se ven obligados a cobrar lo que en realidad cuestan los servicios, esta ausencia de subsidio es la que distingue este esquema del modelo brasileño (modelo de contrato público); por otra

parte la diferencia del modelo público unificado costarricense con el modelo segmentado es que en éste último existe únicamente un presupuesto público.

## **2.3. La Gestión de la Calidad en la salud pública.**

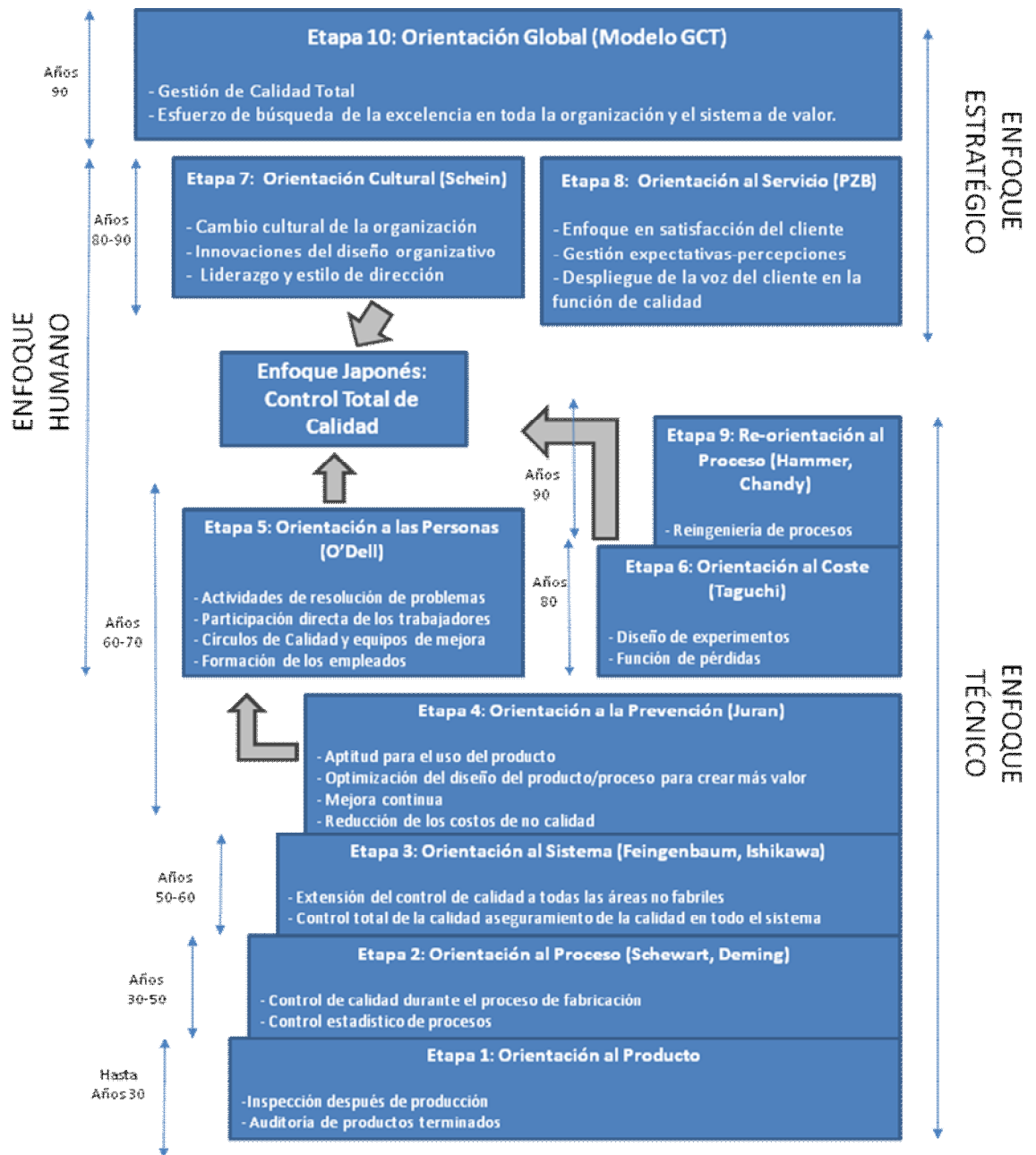
### **2.3.1. Concepto de Gestión de la Calidad**

El término calidad procede del latín «*qualitas-atis*», definido por el Diccionario de la Real Academia Española (2001) como «*la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie*» (p.272). Esta es por lo general la noción que tienen la mayor parte de las personas al utilizar el término calidad. Esta definición de calidad se encuentra estrechamente ligada al producto (bien o servicio), pero independiente de los procesos intermedios para completar el mismo.

De las múltiples definiciones existentes del término, ninguna puede considerarse mejor que otra, sino más bien cada una es una declaración que obedece a los objetivos estratégicos de la empresa. Siguiendo a Camison et al (2007) se observan diez definiciones del concepto de calidad, las cuales aparecen en diferentes fechas del siglo XX y representan el enfoque estratégico de la empresa hacia el mercado en el momento que surgen (véase ilustración 4).

Esta evolución histórica de la conceptualización de la calidad denota que la misma ha estado presente en las empresas desde mucho tiempo atrás. Curiosamente la principal dificultad que se observa con esta evolución de conceptos no es la abundancia de éstos, sino la ausencia de una Teoría de la Gestión de la Calidad generalmente aceptada (Chiles y Choi, 2000; pp. 183-212).

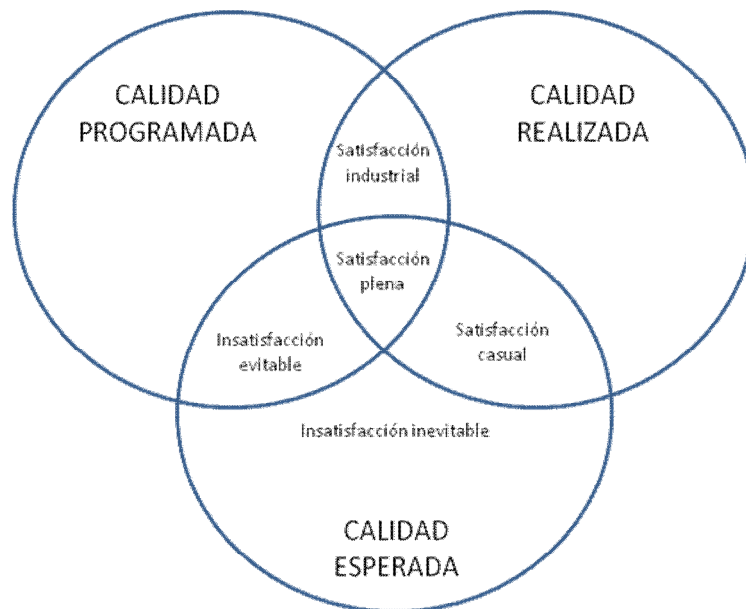
Ilustración 4: Evolución de la Gestión de la Calidad



Fuente: Gestión de la Calidad, Camisión et al (2007; p. 79)

En el año de 1991, con el propósito de conjugar las diferentes perspectivas internas y del cliente, la Asociación Española para la Calidad, propone que para alcanzar la satisfacción plena del cliente, deben coincidir la calidad programada, la calidad realizada y la calidad esperada por él (véase ilustración 5).

Ilustración 5: Conceptos de calidad esperada, calidad programada y calidad realizada



Fuente: Gestión de la Calidad, Camisón et al (2007; p. 177)

De acuerdo a la Asociación Española para la Calidad – citada por Fuentes (2002)-, se tiene que:

- La calidad programada o diseñada es la que la empresa pretende obtener y que se plasma en las especificaciones de diseño del producto, con el fin de responder a las necesidades del cliente.
- La calidad realizada es la obtenida tras la producción, y tiene que ver con el grado de cumplimiento de las características de calidad del producto tal como se plasmaron en las especificaciones de diseño.
- La calidad esperada es la necesitada por el cliente según se manifiesta en sus necesidades y expectativas.

De las anteriores tres definiciones surge el concepto de *calidad ideal*, el cual busca que los tres círculos sean concéntricos, cuando la satisfacción del cliente es plena. El objetivo de la gestión de la calidad sería conseguir plenamente la calidad esperada por los clientes, buscando que los círculos que representan la calidad programada y la calidad realizada coincidan al máximo entre sí y con la calidad necesaria.

Entre las múltiples definiciones existentes, una de las más sobresalientes es la que se presenta en el *Report of the total Quality Leadership Steering Committee and Working Councils*, (Evans, 2008), patrocinado por Procter & Gamble e integrado por CEO de grandes corporaciones y académicos de las más prestigiosas escuelas de negocios, la cual ha sido aceptada por posteriores trabajos académicos y es la siguiente:

*«La Gestión de Calidad es un sistema de dirección enfocado en las personas que busca el continuo incremento de la satisfacción del consumidor a un coste real continuamente menor. La Gestión de la Calidad es un enfoque sistémico completo, y una parte integral de la estrategia de alto nivel; trabaja horizontalmente cruzando funciones y departamentos, implica a todos los empleados desde la cima hasta la base, y se extiende hacia atrás y hacia adelante para incluir la cadena de proveedores y la cadena de clientes. La Gestión de la Calidad acentúa el aprendizaje y la adaptación al cambio continuo como claves para el éxito organizativo».* (p. 36)

Esta definición vislumbra algunos elementos básicos del enfoque para la presente investigación: orientación a los grupos de interés y a su satisfacción, liderazgo de la dirección, integración con la estrategia, enfoque en las personas, búsqueda de ventajas competitivas, diseño horizontal y global de la institución, mejora continua y aprendizaje.

### **2.3.2. Definición de la Calidad en la salud pública.**

Aunque la calidad de los servicios de salud no es un tema nuevo, es en los últimos diez años que ha tenido su máxima expansión, sobre todo en nuestro país.

En el año de 1982, se publica por la OMS el libro *Vuori Quality Assurance of Health Services: Concepts and Methodology*. En el prefacio del mismo se lee: «... a pesar de este nivel de desarrollo, el control de calidad es aún un concepto nuevo y nebuloso para la mayoría de profesionales sanitarios ...» casi treinta años después de su publicación, la mayor parte de los centros hospitalarios – Costa Rica no es la excepción - cuentan con Comités para la Calidad, durante este lapso se han desarrollado varias iniciativas relativas a la calidad sanitaria, la mayor parte de ellas destinadas principalmente a la medición de los indicadores sanitarios importantes: mortalidad, enfermedades infecciosas, cobertura de los servicios de salud, factores de riesgo, personal sanitario, infraestructura, medicamentos, gasto en salud, inequidades en salud, entre otras.

El interés por la calidad surge en primer lugar en el campo industrial y posteriormente se extendió a los servicios. Sin embargo, en el sector salud se tienen ciertas características que los diferencian enormemente del resto de los servicios. En primer lugar, el beneficiario de un servicio de salud no es como un cliente en una industria que desee adquirir un televisor y decide qué marca y modelo desea, en consecuencia, cuánto está dispuesto a pagar y si lo hará financiado o de contado, en dónde desea adquirirlo y en qué momento, si antes de comprar el ordenador o la cocina. Si adquiere el bien por medio de una compra en Internet o se presenta en un almacén especializado. El cliente del sector salud no tiene opción a elegir si prefiere operarse una apendicitis o de una úlcera estomacal y, con pocas excepciones, tampoco puede opinar sobre la forma de atención de su proceso; en un sistema de salud cerrado, en pocas oportunidades tendrá opción de elegir dónde y con quién atenderse, no podrá manejar un presupuesto planificado para este propósito, incluso puede que haya pagado el servicio en forma anticipada o que nunca lo pague, y desde luego, tampoco tiene opción de elegir qué operarse antes: si la apendicitis o la úlcera.

En segundo término, cuando una empresa suministra un producto defectuoso, se pueden frenar la comercialización del mismo al mercado o bien si este se encuentra en manos del consumidor éste lo puede devolver. Si una autoridad judicial emite un fallo en la cual no se está de acuerdo, la misma se puede apelar. En el caso del sector salud, además de que el servicio se consume en forma simultánea a su producción, es muy difícil hacer la

devolución si por ejemplo se tiene un caso de mala praxis (p.ej: amputación de un miembro por error).

En las empresas industriales la calidad es sinónimo del nivel de excelencia seleccionado por aquellas para satisfacer a su mercado meta, el cual difiere de una empresa fabricante de zapatos de otra de artículos deportivos. En el sector salud, en cambio, si puede tenerse el mismo nivel de exigencia de un cliente que tenga una influenza y otro que requiera una diálisis.

Finalmente en las empresas industriales se tiene claro que el objetivo es mantener la fidelidad de su mercado meta, y por lo tanto se requiere de una estrategia cuyo fin sea obtener la mayor cuota de mercado, incluso «*atrapando*» aquellos clientes que pertenecen a los competidores. En el sector salud, los “clientes” prácticamente están asegurados, incluso pueden sobrepasar la propia capacidad del sistema de salud – en una pandemia por ejemplo – y, uno de los objetivos de la salud pública es que los «*clientes*» dejen de serlo, es decir que no tengan episodios de quebrantos en su salud.

Existen diversas definiciones de la calidad en la salud pública, aunque con diferentes percepciones, para los administradores el aspecto más relevante de la calidad de la salud pública sería la eficiencia del servicio, no solamente en cuanto a dar servicios de calidad al mejor coste, sino también en cuanto a no brindar servicios innecesarios o no justificados. Para los profesionales en salud, por lo general identifican la calidad de los servicios sanitarios con el nivel científico-técnico de los mismos, presumen que su actuar es el que determina el nivel de salud. Para los beneficiarios del sistema, el aspecto que más se valora es el trato humano que se recibe, la preparación del profesional y la información que reciben en cuanto a su proceso de recuperación.

De acuerdo con lo anterior la calidad en la salud pública responde a un conjunto de atributos hasta el punto que por su relación con numerosos aspectos y componentes resulta complejo – por no decir imposible – encontrar una definición que sea satisfactoria para su evaluación. Algunas hacen referencia al carácter nominal, otras al contenido y algunas más hacen énfasis únicamente al área operativa.



En los últimos años, el concepto de calidad asociado al sector salud, hace énfasis a la capacidad que, con diferente grado, pueda tener el sistema de salud pública para satisfacer las necesidades de los beneficiarios al mismo. Uno de los expertos más reconocidos, Avedis Donabedian, considera que la calidad es un atributo de la atención que ofrecen las instituciones de salud, la cual puede obtenerse en diversos grados y se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica (Ortega, 2009).

Donabedian (1966) menciona los conceptos de estructura (aspectos técnicos y científicos), proceso (interpersonales) y resultado (entorno que comprende tanto el ambiente como las consecuencias derivadas), los cuales hoy día son los paradigmas dominantes de la evaluación de la calidad en la salud (p. 7).

De acuerdo con Donabedian y citado por Ortega (200) la calidad en la salud pública promueve, facilita y garantiza los mayores niveles de salud y bienestar a la población, además de incorporar y resolver aspectos relacionados con la atención, incluyendo aspectos psicológicos, sociales, sexuales, ambientales y culturales. Para lograr esto se requiere de recursos humanos, económicos, infraestructura, organizados en forma efectiva y un sistema gerencial que incluya planificación de actividades, supervisión, evaluación, interrelaciones departamentales, y participación de la comunidad (p. 8).

La calidad de la salud pública has sido definida por algunos organismos internacionales, según la OMS (2000) la calidad en la salud pública es *«Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso»*.

Lamata (1998) hace referencia a la *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHCO)*, este organismo la define como *«el grado en el cual los servicios de atención al paciente aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados por él y reducen la probabilidad de los resultados indeseables, de conformidad con el estado real del conocimiento»* (p. 402).

### 2.3.3. Sistemas de Calidad. Modelos y Normas

Los modelos y normas más utilizados son los que se presentan a continuación:

#### a) **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization.**

La *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* es una organización no gubernamental – líder mundial en la definición de estándares de asistencia sanitaria. Su misión es la mejora continua de la calidad y de la seguridad de los cuidados suministrados por los proveedores de los servicios sanitarios mediante la acreditación y provisión de servicios relacionados con ella.

La *Joint Commission* mantiene un listado actualizado de las organizaciones sanitarias que evalúa y acredita continuamente – en Costa Rica existen tres hospitales privados que cuentan con el aval de la *Joint Commission*: Hospital, Clínica Bíblica, Hospital Cima y Hospital Hotel La Católica.

El modelo que emplea la *Joint Commission* está caracterizado por un intento de definir con la máxima precisión el enfoque de los estándares de la calidad bajo el término de «*función*». Las funciones serían el conjunto de procesos y actividades que constituyen el núcleo del proceso hospitalario y de las que deriva directamente la calidad y los resultados de la asistencia recibida. La tabla 1 presenta la relación de las funciones que se evalúan según este modelo.

Tabla 2: Relación de las funciones evaluadas por el modelo de la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*

| Funciones enfocadas al paciente   | Funciones organizativas  | Estructuras directivas                                 |
|---|--|--|
| <b>Derechos del paciente</b><br><b>Diagnóstico</b><br><b>Asistencia</b><br><b>Educación</b><br><b>Continuidad</b> | Mejora de la actuación<br>Liderazgo<br>Gestión del entorno<br>Gestión de recursos humanos<br>Gestión de información<br>Control de la infección | Gobierno<br>Dirección<br>Personal médico<br>Enfermería |

Fuente: The Joint Commission (2010), <http://www.jointcommission.org/>

**b) Modelo de Excelencia de la *European Foundation for Quality Management* (EFQM)**

*La European Foundation for Quality Management - EFQM* es una organización no gubernamental creada en los años ochentas por 14 empresas europeas y cuya misión es crear un modelo de excelencia sostenible en Europa. En enero de 1999 contaba con más de 750 miembros de los países europeos y de casi todos los sectores de actividad. Actualmente dispone de un modelo de excelencia y gestiona el Premio Europeo de la Calidad.

El modelo EFQM se basa en la premisa de que los resultados superiores de la empresa se obtienen implicando a las personas en la mejora de los procesos. El enfoque de esencia es la inclusión de la innovación y el aprendizaje como claves de la ventaja competitiva; un mayor énfasis en los aspectos referidos a los clientes y demás grupos de interés influyentes en la organización, así como la importancia atribuida al conocimiento dentro de la empresa; un mejor reflejo en los aspectos referentes al enfoque en resultados a través de la estrategia; así como a la ampliación de los contenidos de los distintos criterios y sub-criterios que lo componen (Ferrando; 2005: p. 23-37).

La ilustración 6 presenta la conceptualización del modelo de excelencia EFQM.

Ilustración 6: Modelo EFMQ de Excelencia



Fuente: Calidad Total: Modelo EFQM de Excelencia (Ferrando, 2005)

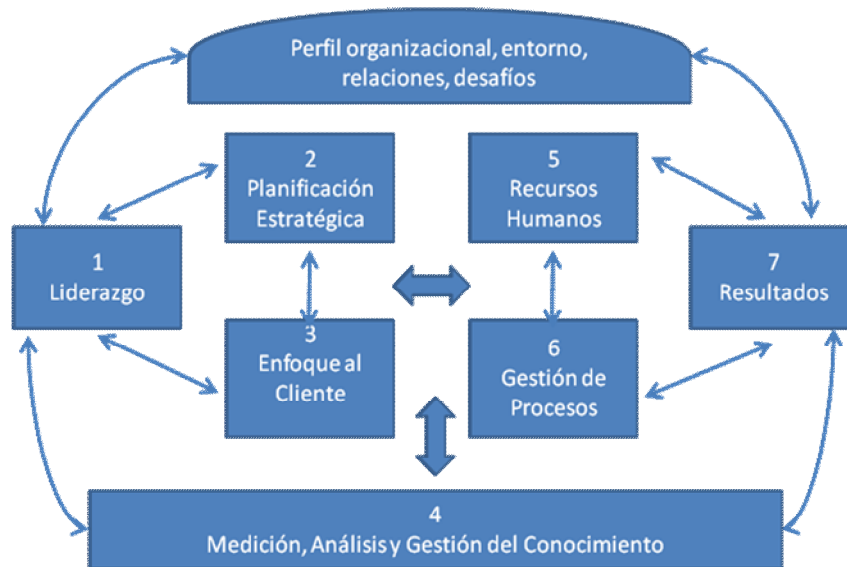
### c) Modelo de Malcolm Baldrige

El modelo Malcolm Baldrige surge como la respuesta estadounidense al enfoque EFQM, es el mayor reconocimiento a la excelencia para las organizaciones estadounidenses. Los criterios establecidos por la ley fundadora hacían referencia a que las organizaciones candidatas hubiesen alcanzado mejoras sobresalientes en la calidad de sus productos y que hubiesen demostrado una Gestión de la Calidad efectiva mediante la formación y la implicación de los empleados de todos los niveles en la mejora de la empresa (Camisón; 2007: p. 715-726).

El modelo Malcolm Baldrige establece que los líderes de la organización deben estar orientados a la dirección estratégica y a los clientes. También deben dirigir, responder y gestionar el desempeño basándose en los resultados y las medidas y los indicadores del desempeño y el conocimiento organizativo deben ser la base sobre la que construir las estrategias clave. Estas estrategias deben estar relacionadas con los procesos clave y con la alineación de los recursos. De este modo, se conseguirá

una mejora en el desempeño general de la organización y la satisfacción de los consumidores y de los grupos de interés. La ilustración 7 presenta la conceptualización del modelo Malcolm Baldrige.

Ilustración 7: Modelo Malcolm Baldrige



Fuente: Gestión de la Calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas (Camisón, 2007)

#### d) Normas ISO

La Organización Internacional de Estandarización (ISO) es una organización no gubernamental cuya misión es promover el desarrollo de la normalización y sus actividades relacionadas (Gutiérrez; 2005: p.67).

Las normas ISO son acuerdos documentados que contienen especificaciones técnicas para su uso como reglas, guías de actuación o definiciones de características que aseguren que los materiales, productos, procesos y servicios son adecuados para su uso. Las normas que definen un modelo para el aseguramiento de la calidad son las normas ISO 9001:2008, una familia cuyo objetivo es definir un modelo para el aseguramiento de la calidad en el diseño, desarrollo, producción, instalación y servicio posventa. (Gutiérrez; 2005: p-68-70).

#### e) Otros modelos

Existen otros modelos que definen un marco que se adaptan mejor a la realidad sanitaria de la región y particularmente de Costa Rica. La mayor parte de ellos adaptan criterios de los modelos anteriormente referidos, tal como el que proponen Carrasco y Zurro (1999) en su *Manual de Acreditación de Hospitales*. En Costa Rica se cuenta con el *Reglamento General para la habilitación de Establecimiento de Salud y Afines* propuesto mediante Decreto Ejecutivo No 28.828-S de fecha 7 de agosto del año 2000, el cual se basa en la determinación de los llamados criterios de comparabilidad y caracterización para un conjunto de servicios seleccionados. Un caso que requiere especial atención es el modelo *Sanical*, orientado a la certificación de hospitales en el ámbito de la medicina privada.

### 2.4. Metodología para evaluar la calidad en salud pública.

Existen numerosos métodos para evaluar la calidad de la salud pública. Este hecho en sí manifiesta la dificultad que existe a la hora de evaluar la calidad sanitaria. Tradicionalmente – de acuerdo con Piédrola (2000) – existen tres diferentes niveles:

- a. *Calidad estructural*. Este es el primer método que se empleó. Se basaba en la concepción de que si los medios utilizados eran correctos la atención y los cuidados serían buenos. Sin embargo, el resultado final de la calidad sanitaria no sólo depende de que se utilicen los medios adecuados. Este método se utiliza como una parte del proceso evaluador (p. 1165)
- b. *Calidad de procesos*. Sustituye al método anterior. Se basa en la idea de que, si se aplican los medios en forma correcta, el resultado también deberá ser igual. Esto no necesariamente es así. En esta conceptualización se basan la mayor parte de las evaluaciones de la calidad en la salud pública que hoy día se realizan, junto con el análisis estructural (p. 1166)

- c. *Calidad de resultados*. Esta concepción – de acuerdo con lo que menciona Piédrola-, es la forma ideal de evaluación, aunque resulta complicado saber si el resultado obtenido en un determinado proceso de atención médico-sanitaria es el esperado, dado que cada paciente es diferente y no es posible generalizar este tipo de juicio. Con la aparición de la denominada Medicina Basada en la Evidencia surge una herramienta que pareció permitir la evaluación de los resultados de acuerdo con el análisis de los contenidos de la literatura en cada caso. La experiencia ha demostrado que el avance es importante, pero que la heterogeneidad de los procesos asistenciales y la variedad de pacientes hace muy difícil realizar en este sentido una evaluación de forma sistemática (p. 1167-1168).

Se han definido múltiples indicadores y sus estándares para medir este aspecto de la calidad de los servicios sanitarios – uno de los más completos es el Informe Anual de la Salud Global, emitido por la OMS cada año – aunque, en esencia existen dos formas de evaluar la calidad de la salud pública: la evaluación interna y la externa. En el primer caso es la propia institución la que evalúa la calidad, mientras que en el segundo un agente externo a la institución es la que audita la conformidad con un modelo determinado.

La principal dificultad metodológica para la evaluación de la calidad sanitaria radica en que los estándares realmente midan las características de las actividades que generan valor a los servicios y que, por consiguiente se consideran elementos que agregan calidad a la prestación de los servicios.

## **2.5. Sector Salud de Costa Rica**

Para la década de los ochentas, el Estado costarricense enfrenta una crisis económica que afecta en forma significativa a los sectores de desarrollo y entre ellos a la salud de la población; en resumen, el agotamiento del enfoque biologista que se tenía hasta

ese momento, propicia que a partir de los años siguientes se efectúe una revisión a profundidad del modelo para establecer los lineamientos en el sector salud.

El proyecto de reforma del Sector Salud otorga por un lado la rectoría al Ministerio de salud y por otro a la Caja Costarricense de Seguro Social la atención integral en salud de la población y actualmente es la institución encargada de la prestación de todos los servicios públicos relativos a la salud.

La Constitución Política en su artículo 73 señala:

*«Se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez y muerte y demás contingencias que la ley determine».*

*«La administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense de Seguro Social».*

*«No podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a las que motivaron su creación, los fondos y las reservas de los seguros sociales».*

*«Los seguros contra riesgos profesionales serán de exclusiva cuenta de los patronos y se regirán por disposiciones especiales».* (Así reformado por Ley No 2737 del 12 de mayo de 1961).

El contenido del artículo 73 Constitucional brinda algunos puntos importantes para la discusión:

- El Seguro Social se conceptualiza para los trabajadores, el mandato ampliado incluye a los familiares dependientes del asegurado.
- El sistema obtiene sus fondos por medio de la contribución forzosa del Estado, los patronos y los trabajadores.



La contribución tripartita, la cual es equitativa en cuanto al ingreso y aporte de los beneficiarios desde la perspectiva jurídica, debieran ser los que eventualmente tendrían mayores derechos de participar en la determinación de los servicios que se requieren y el Estado tendría la obligación de respetarles y respaldarles.

El Seguro Social se conceptualiza en primer lugar para proteger a los trabajadores contra los riesgos de la enfermedad, dejando claro que la primera responsabilidad de las acciones se establece hacia los factores de protección de la salud.

La CCSS es una institución con autonomía plena que la hace diferente de las otras instituciones autónomas del país, por estar consignada en la propia Constitución Política, que tiene la potestad de la administración y el gobierno, es decir, se debe autorregular.

### **2.5.1. Constitución del Sector Salud en Costa Rica**

Este apartado de la presente investigación hace referencia al documento *«Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud. Universidad de Costa Rica. Vicerrectoría de Acción Social. Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública. 2004»*.

El Sector Salud en Costa Rica pertenece al área social y fue formalmente establecido el 15 de febrero de 1983 mediante el Decreto Ejecutivo No. 14313 SPPS-PLAN llamado Constitución del Sector Salud en el que se regula su estructura y organización. Ya desde el año 1979 se había estructurado en sus rasgos más generales, pero no se habían definido claramente las potestades que el (la) Presidente (a) de la República y el (la) Ministro (a) de Salud tendrían sobre las instituciones que lo integraban.

Según el decreto mencionado, el Sector Salud está integrado por las siguientes instituciones:

- a) Ministerio de Salud.
- b) Ministerio de Planificación y Política Económica.
- c) Ministerio de la Presidencia.

- d) Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.
- e) Caja Costarricense de Seguro Social.
- f) Instituto Nacional de Seguros (específicamente los programas de riesgos del trabajo y accidentes de tránsito).
- g) Universidad de Costa Rica (específicamente, el Instituto de Investigaciones en Salud – INISA- y el área de Ciencias de la Salud).
- h) Cualquier institución que determine la Presidencia de la República en atención a propuestas del Ministerio de Salud o relacionar la integración, el propósito, las funciones, los objetivos, la estructura y el funcionamiento del Sector Salud y del sistema nacional de salud de Costa Rica.

Desde entonces, se estableció que al Ministerio de Salud le corresponden las funciones de dirigir y coordinar al sector y velar porque la organización y el funcionamiento de las instituciones del Sector Salud, respondan adecuadamente a los requerimientos de los objetivos sectoriales, así como a las directrices y disposiciones superiores en materia de política y reforma administrativa.

## **2.5.2. Sistema Nacional de Salud en Costa Rica**

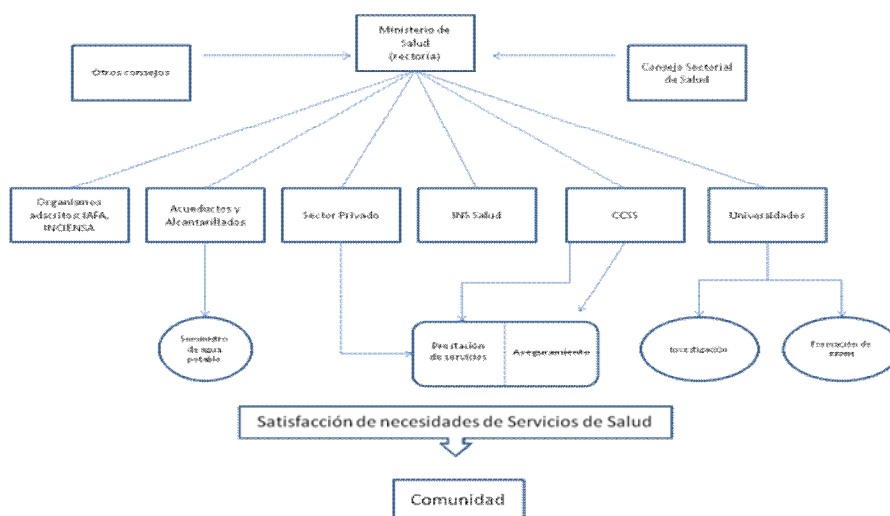
El 09 de noviembre de 1989, por Decreto Ejecutivo No 19276-S, se creó el Sistema Nacional de Salud y se estableció el Reglamento General del Sistema, mediante el cual se responsabilizó al Ministerio de Salud de la rectoría del sistema y de la coordinación y el control técnico de los servicios dirigidos a alcanzar la salud y bienestar para toda la población.

En el decreto antes mencionado se estableció que el Sistema Nacional de Salud estaría integrado, además de las instituciones estatales que conforman el Sector Salud, por otras del sector privado y por la comunidad.

En el documento de reestructuración del Ministerio de Salud, aprobado el 09 de febrero de 1998, se consideran, conceptualmente, parte del Sistema Nacional de Salud las siguientes instituciones:

- Ministerio de Salud
- Caja Costarricense de Seguro Social
- Instituto Nacional de Seguros
- Universidades e Institutos, públicos y privados encargados de formar y capacitar a los profesionales y técnicos de salud
- Servicios de salud privados, cooperativas y empresas de autogestión que brindan servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de la salud de las personas
- Municipalidades
- Comunidades

Ilustración 8: Sistema Nacional de Salud de Costa Rica



Fuente: Ministerio de Salud

El propósito general del Sistema Nacional de Salud consiste en preservar, mantener y mejorar la salud de la población mediante los siguientes propósitos específicos:

- a) Garantizar a toda la población los servicios integrales de salud de buena calidad.
- b) Disponer de estrategias y programas que permitan la participación de la comunidad en la determinación de necesidades y prioridades, la orientación de los recursos y su respectivo control.
- c) Establecer subsistemas administrativos, efectivos, eficientes y equitativos y garantizar por niveles de gestión (central, regional y local) una legislación nacional en salud congruente y actualizada.

El Sistema Nacional de Salud garantiza el cumplimiento de los servicios integrales de salud dentro del territorio nacional a todo habitante. El objetivo general del Sistema Nacional de Salud se orienta a la atención integral de la población, a la producción social de la salud y a la utilización racional de los recursos, a fin de preservar la salud y mejorar la calidad de vida de los ciudadanos. Los objetivos generales de los integrantes del Sistema Nacional de Salud son:

- a) Ministerio de Salud (MS); Ejercer la rectoría sobre los actores que intervienen en la producción social de la salud, mediante el estímulo a su participación activa y la orientación a sus acciones hacia el desarrollo y el mejoramiento constante de los niveles de salud de la población. Por rectoría se entiende la capacidad política, técnica, administrativa y legal para dirigir, conducir, regular y controlar el proceso de la producción social de la salud.
- b) El Consejo Nacional del Sector Salud (CNSS); instancia de concertación a través de la cual se deciden acciones sectoriales para atender problemas y asuntos de salud pública de interés nacional.
- c) La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS); brinda servicios de salud a toda la población con apego a los principios de la seguridad social: solidaridad, universalidad, unidad, obligatoriedad, igualdad y equidad. Adicionalmente, otorgar protección económica y social, tanto a la población asegurada como a la de escasos

recursos, de conformidad con la normativa vigente en materia de invalidez, vejez y muerte.

- d) El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA); el cual presta servicios relacionados con el suministro de agua segura para el consumo humano, recolección y tratamiento de aguas negras y residuos industriales líquidos y establecer normas para los sistemas de alcantarillado pluvial en las áreas urbanas.
- e) El Instituto Nacional de Seguros (INS); se encarga de proteger a la población trabajadora, mediante el Régimen de Riesgos de Trabajo, otorgando asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y de rehabilitación en caso de accidentes o enfermedad laboral.
- f) Universidades e institutos del área de la salud; forman y capacitan profesionales y técnicos en el área de la salud, así como realizan y participan en investigaciones y proyectos de acción social en el ámbito de la salud.
- g) Servicios de salud privados: brindan servicios de atención integral de la salud, que incluyen servicios de tratamiento y diagnóstico. Algunos de estos servicios, con el producto de sus rentas, desarrollan o participan en programas de acción social.
- h) Municipalidades: ofrecen servicios a la comunidad que promueven el desarrollo integral de los cantones, en armonía con el desarrollo nacional, especialmente los relacionados con la preservación del medio ambiente.
- i) Comunidades: participan mediante grupos organizados, en la determinación de las necesidades y prioridades de salud, ejecución de las actividades, orientación y control de los recursos y, en especial, en el auto-cuidado de la salud.

### **2.5.3. Esfuerzos para la gestión de la calidad en los servicios de salud**

Varios programas se llevaron a ejecución, con el fin de conocer resultados del impacto de los servicios de salud. Los métodos aplicados reconocen los indicadores de calidad de los servicios que han determinado el éxito o el fracaso de las acciones llevadas a

cabo, con el ánimo fundamental de monitorear la ejecución y tomar las medidas correctivas en caso necesario.

A continuación se presenta un cuadro resumen de dichas iniciativas en pro de la calidad en el Sector Salud:

- El Ministerio de Salud lleva a cabo el proyecto que controla la mortalidad infantil, con el fin de conocer las causas desencadenantes y determinantes de la misma.
- Proyecto para control de la muerte materna, mediante el estudio de cada caso particular.
- La Unidad de Regulación del Ministerio de Salud en conjunto con especialistas de diversas áreas lleva a cabo un proyecto de investigación de calidad de servicios, en los que se evalúan indicadores de insumo, proceso y resultado.
- Aplicación del Sistema de Asignación de Recursos Financieros – SARF – para medir el nivel de promoción y prevención de la salud en los programas de nivel primario.
- Proyecto de Garantía de la Calidad en el Hospital Nacional de Niños, apoyado parcialmente por USAID.
- Evaluación de hospitales regionales y periféricos, proyecto impulsado directamente por la CCSS.

#### **2.5.4. Políticas de calidad en la Caja Costarricense de Seguro Social**

Los proyectos mencionados en el apartado anterior, evidencian el deseo de la Institución de garantizar la calidad de servicios de salud. La filosofía de todos estos proyectos, fue llegar a las áreas más sensibles, ubicar y diagnosticar problemas e intentar en primer término, resolverlos con los recursos existentes. Debe mencionarse que los esfuerzos de los proyectos tienen una meta particular: la medición, identificar oportunidades de mejora o corregir valores que se alejan de los indicadores meta.

Sin embargo, los esfuerzos realizados en años previos fueron aprovechados por las autoridades de la CCSS, con el fin de orientarlos en la metodología de mejora continua de la calidad, como resultado de estos esfuerzos se tomaron dos decisiones trascendentales:

- a) El nombramiento de la Comisión Técnico Asesora de Mejoramiento Continuo de la calidad, la cual está conformada por integrantes vinculados anteriormente a los diferentes proyectos de calidad (1999).
- b) Se edita un documento donde se comunica a los trabajadores de la Caja, el programa de calidad, en el cual se incluye la Visión de la Caja, su Misión, las Políticas de Calidad y el Programa que consta de seis puntos (2001).

De acuerdo con este documento, la CCSS define la Calidad Total como *«una filosofía de actuación dentro de la Caja Costarricense de Seguro Social, entendida como un proceso sistémico, permanente y de mejoramiento continuo, que involucra a toda la organización en la búsqueda y aplicación de formas de trabajo creativas e innovadoras, de alto valor agregado, que superen las necesidades y expectativas del cliente y la comunidad en la cobertura, entrega e impacto de los servicios de salud y pensiones, elementos fundamentales de la Seguridad Social costarricense»*.

De acuerdo con el programa de Calidad vigente, las Políticas de Calidad en la gestión de Salud son las siguientes (2010):

- 1- Se declara el enfoque de Calidad total como elemento primordial en la prestación de los servicios de la CCSS
- 2- El enfoque de Calidad Total se sustenta y orienta mediante un proceso integral y participativo de planificación estratégica
- 3- Se incorpora el enfoque de la Calidad Total a los proyectos, programas y acciones que desarrollen los gestores en los diferentes niveles organizacionales de la CCSS.
- 4- La aplicación del enfoque de Calidad Total se orienta a satisfacer y superar las necesidades y expectativas de los clientes y la comunidad.
- 5- Se garantiza que la Calidad Total apoye y fortalezca el proceso de descentralización técnico-administrativa de la CCSS.

- 6- Se intensificarán las acciones para incorporar progresivamente la filosofía y práctica de la Calidad Total a la cultura organizacional de la CCSS.
- 7- La organización del trabajo se debe orientar hacia estructuras planas y a la gestión por procesos y productos, dirigidos al cliente y a la comunidad, mediante el uso de una plataforma tecnológica apropiada.
- 8- La filosofía de Calidad Total se sustenta en el desarrollo del capital humano
- 9- El enfoque de Calidad Total debe estar apoyado en la solidez financiera que garantice la sostenibilidad del sistema mediante la racionalidad y razonabilidad del uso de los recursos y la disminución de los costos de la no calidad.

## **2.6. Conclusiones al Marco Teórico**

Cada época de la historia ha marcado ineludiblemente su propio estilo de salud pública. La década de los setenta fue quizá la de los mayores logros. El mundo no desarrollado conoció la gestación de nuevos países independientes, la mayor parte de ellos agrupados en el llamado grupo de Países no Alineados, éstos reclamaban la disminución de la brecha entre países ricos y pobres. La ONU trató de responder con una propuesta en el año de 1979 mediante la resolución 34/58 y uno de sus principales objetivos era que los gobiernos *«alcanzaran para el año 2000 un nivel de salud que permita a todos los ciudadanos llevar una vida social y económicamente productiva»* (p. 109-110).

La conceptualización de la calidad como un fenómeno multidimensional ha originado sucesivas definiciones complementarias, incorporándose diferentes dimensiones al concepto de calidad de la salud pública.

La OMS señala que para *«la definición de calidad debe tener en cuenta las opiniones y sensaciones del consumidor. Sólo de esta manera tendrá sentido la noción de calidad, con una utilización positiva de los servicios de salud»*. Cuando se habla de calidad, existen dos modelos de referencia: el de garantía de la calidad, centrado fundamentalmente en aspectos científico-técnicos de la salud, y el de mejora continua de la calidad, que



incorpora la filosofía y las técnicas de gestión empresarial basadas en la satisfacción del cliente y en la calidad total.

Para la implantación de un sistema de gestión de calidad en salud pública se deben considerar las siguientes dimensiones: competencia profesional, satisfacción del cliente, accesibilidad, efectividad, eficiencia, adecuación o idoneidad, continuidad.

Desde una perspectiva individual, es el beneficiario del sistema de salud el que define la calidad, en este caso intervienen sus expectativas, valoración sobre los costes y los beneficios y riesgos que comporta el sistema. Este enfoque obliga al paciente a participar en forma activa en la toma de decisiones a partir de la información proporcionada por el profesional en salud.

Desde un punto de vista social, en la definición de la calidad de la salud pública, intervendrían los mismos factores que en la perspectiva individual, pero las cantidades varían proporcionalmente. Se hace necesario considerar un nuevo criterio, el beneficio o la utilidad para toda la población: lograr el modo de distribución del beneficio a toda la comunidad y procurar que se produzcan los bienes y servicios más valorados por la sociedad al menor costo social.

El concepto de calidad que se aplica en el área de salud, es más amplio que el simple control de los modelos industriales, ya que incluye las acciones correctoras además de la medición del producto o servicio. Bajo esta perspectiva, la calidad es una actividad dinámica en la que se identifican continuamente fallos en los hábitos, costumbres, procedimientos y otros; y en las que participan los funcionarios de todos los niveles de la estructura organizativa, ya que ellos contribuyen a través de la familia y la comunidad con una valiosa información sobre las demandas y reacciones, y sobre sus hábitos, criterios y principios, en relación con la calidad de los servicios de salud.

En las palabras de Senlle y Gutiérrez (2005), *«aceptar el reto de la calidad, implica conciencia social, educación, deseo de superación, responsabilidad por la propia vida y la de los demás, es tomar el compromiso de hacer las cosas bien a la primera y el deseo de tener una mejor calidad de vida»* (p. 236). Es necesario sensibilizar a la población para que

tenga conciencia de los alcances que tiene la falta de calidad, y de esta forma puedan fabricarla como trabajadores y exigirla como consumidores.

*«La calidad beneficia no solo a la organización y a los clientes, sino que también al trabajador, ya que a través de la calidad se logra también la motivación. De esta forma, es importante, que los trabajadores comprendan que ellos son los primeros responsables de la calidad, la cual se logra detectando los errores y corrigiéndolos en la fuente, o sea donde se lleva a cabo la tarea, para prevenir el defecto, por otro lado, si cada persona de la organización hace el trabajo con calidad, no perjudicará a otros, cargándoles la responsabilidad de corregir lo que ellos hicieron mal ».* (Senlle y Gutiérrez; 2005: p.237-238).

La calidad debe comenzar con el compromiso real de los funcionarios, y que son los directivos los primeros en perfilar la cultura de calidad en una organización; así como que los miembros de esta aprenden y asimilan la cultura de ella a través del proceso de socialización, e influyen a su vez en dicha cultura, por medio de la individualización. Sin embargo, no orientan sus investigaciones en conocer cuál es el concepto de calidad que maneja cada uno de los lugares en estudio y la relación con el entorno histórico-social. La calidad en los servicios de salud es esencial para los administradores en este campo, ya que ella constituye una forma importante de reducir los costos, de mejorar la comunicación interna y externa y de aumentar la confianza del paciente, además de que ayuda a conocer las expectativas y las necesidades de la comunidad, lo cual da las bases para satisfacerlas.

Mejorar la calidad en la salud pública implica gerenciarla, esto es, interferir en la realidad con visión de largo plazo y de progreso continuo en esa prestación. De tal manera, que se puedan hacer las cosas lo mejor posible con los recursos tecnológicos y humanos con que se cuenta.

La gerencia de la calidad implica considerar la demanda que de esta tienen los clientes, la competitividad global, el desarrollo continuo e innovaciones frecuentes, las presiones de tiempo y de costo de los clientes y la generación de productos o servicios nuevos, mejores, más baratos y oportunos, para elaborar estrategias que produzcan clientes satisfechos. Además del concepto de trabajar en equipo, con participación de todas las

personas que unen sus conocimientos, habilidades y actitudes para trabajar en diferentes actividades, para buscar la solución de problemas, con el fin de mejorar el proceso.

## 3. Marco Metodológico

### 3. 1. Tipo de Estudio

El estudio utilizará un diseño no experimental transversal correlacional-causal. Asociará las dimensiones de la salud pública: rectoría, creación de recursos, financiamiento, prestación de servicios con las expectativas de atención sanitaria por parte de los beneficiarios del sistema de salud. Además se incorporarán dos variables al modelo a desarrollar: ética y valor agregado.

### 3. 2. Sujetos y Muestra

Para el segundo y tercer objetivo específico de la presente investigación se tienen dos tipos de poblaciones, respectivamente: la primera compuesta por los colaboradores de la CCSS – para efectos de la autoevaluación- y, la segunda conformada por los beneficiarios del sistema de salud – para efectos de la evaluación de las expectativas de los clientes acerca del sistema de salud. Estas poblaciones se distribuyen de la siguiente forma:

- a) Población «*interna*»: personal profesional y administrativo de los 29 Hospitales y 104 Áreas de Salud Públicas, la cual a junio de 2010 totalizaban 21.410 colaboradores (CCSS; 2010)<sup>1</sup>.
- b) Población «*externa*»: población de hombres y mujeres del país, los cuales totalizan, según proyección del INEC, al año 2011: 4.615.646 habitantes (INEC; 2011).

Para la población «*interna*» se tomarán tres criterios para definir la cuota: sexo, grupo ocupacional y región. Utilizando un 95% de confiabilidad y 5 puntos porcentuales de error, se calculó la siguiente muestra (Triola, 2009: 322).

---

<sup>1</sup> Fuente: Personal de servicios administrativos por grupo ocupacional, según región programática y centro laboral: Caja Costarricense de Seguro Social, junio 2009.

Cálculo de  $n_0$

$$n_0 = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 p q}{E^2}$$

En donde:

$Z_{\alpha/2}$  = confiabilidad

E = error permitido;

p = probabilidad de encontrar características deseadas;

q = 1-p; p \* q = variancia máxima cuando p = 0.5;

$n_0$  = tamaño de la muestra sin factor de corrección;

n = tamaño de la muestra con factor de corrección;

N = población (área profesional y administrativa = 21.410).

$$n_0 = \frac{(1,96)^2 (0,5) (0,5)}{(0,05)^2}$$

$$n_0 = 385$$

Cálculo de n

$$n = \frac{n_0}{(1 + n_0/N)}$$

$$n = \frac{385}{(1 + 385/21.410)}$$

$$n = 378$$

Considerando las estadísticas disponibles de la CCSS a junio 2010, se tiene:

**Tabla 3: Trabajadores de la CCSS: según sexo**

(Mes junio 2010)

| Ambos Sexos |          | Masculino |          | Femenino |          |
|-------------|----------|-----------|----------|----------|----------|
| Absoluto    | Relativo | Absoluto  | Relativo | Absoluto | Relativo |
| 46.019      | 100,00%  | 20.148    | 43,78%   | 25.871   | 56,22%   |

Fuente: Sistema de Estadística de Recursos Humanos DA, Junio 2010

**Tabla 4: Personal de servicios administrativos: grupo ocupacional**

(Mes junio 2010)

| Código | Grupo Ocupacional                | Absoluto | Relativo |
|--------|----------------------------------|----------|----------|
|        | Total                            | 21.410   | 100,00%  |
| 01     | Jefaturas                        | 551      | 2,57%    |
| 02     | Oficinistas y Secretarias        | 2.550    | 11,91%   |
| 03     | Asistentes Técnicos              | 1.281    | 5,98%    |
| 04     | Técnicos y Auxiliares            | 1.052    | 4,91%    |
| 05     | Procesamiento de Datos           | 541      | 2,53%    |
| 06     | Estadística                      | 3.100    | 14,48%   |
| 07     | Profesionales                    | 1.974    | 9,22%    |
| 08     | Contabilidad                     | 103      | 0,48%    |
| 09     | Inspección                       | 337      | 1,57%    |
| 10     | Profesionales Servicios de salud | 9.921    | 46,34%   |

Fuente: Sistema de Estadística de Recursos Humanos DA, Junio 2010

Tabla 5: Personal servicios administrativos: región y centro de trabajo

(Mes junio 2010)

| Código | Región                                 | Absoluto | Relativo |
|--------|--|----------|----------|
|        |  | Total    | 21.410   |
| HN     | Hospitales Nacionales                  | 5.449    | 25,45%   |
| OC     | Oficinas Centrales                     | 3.707    | 17,31%   |
| RCS    | Región Central Sur                     | 2.853    | 13,33%   |
| RCN    | Región Central Norte                   | 2.851    | 13,32%   |
| RB     | Región Brunca                          | 1.287    | 6,01%    |
| RCh    | Región Chorotega                       | 1.252    | 5,85%    |
| RHA    | Región Huetar Atlántica                | 1.134    | 5,30%    |
| RPC    | Región Pacífico Central                | 1.123    | 5,25%    |
| RHN    | Región Huetar Norte                    | 699      | 3,26%    |
| RCA    | Región Central Administrativa          | 307      | 1,43%    |
| RHNA   | Región Huetar Norte Administrativa     | 217      | 1,01%    |
| RCA    | Región Chorotega Administrativa        | 206      | 0,96%    |
| RHAA   | Región Huetar Atlántica Administrativa | 177      | 0,83%    |
| RBA    | Región Brunca Administrativa           | 148      | 0,69%    |

Fuente: Sistema de Estadística de Recursos Humanos DA, Junio 2010

Para efectos de hacer una muestra representativa se tomará un aproximado de dos tercios de la población antes mencionada mediante un paretto para identificar los grupos más importantes (Triola, 2009: 340), en este caso se seleccionará únicamente población de las regiones: Hospitales Nacionales, Oficinas Centrales, Región Central Sur y Región Central Norte, con lo cual se tiene aproximadamente el 69,41% de la población, tal como se muestra en la ilustración 9.

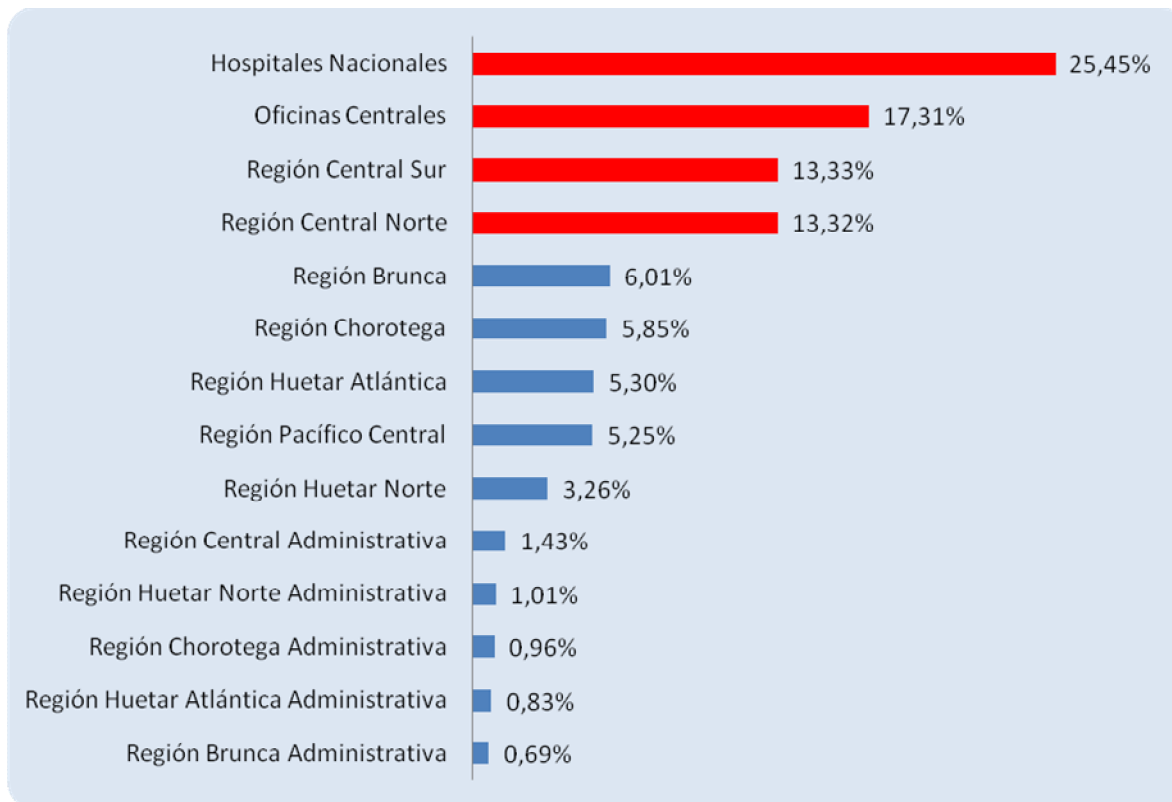
La distribución de la muestra es la siguiente:

Tabla 6: Distribución de la muestra por región

| Código | Región                | Absoluto | Relativo | N       | n acumulado |
|--------|-----------------------|----------|----------|---------|-------------|
|        |                       | Total    | 14.680   | 100,00% | 378         |
| HN     | Hospitales Nacionales | 5.449    | 36,67%   | 139     | 139         |
| OC     | Oficinas Centrales    | 3.707    | 24,95%   | 94      | 233         |
| RCS    | Región Central Sur    | 2.853    | 19,20%   | 73      | 306         |
| RCN    | Región Central Norte  | 2.851    | 19,19%   | 72      | 378         |

Fuente: Elaboración propia, 2011

Ilustración 9: Personal de servicios administrativos por centro de trabajo, 2010



Fuente: Elaboración propia, 2011

Tabla 7: Distribución de la muestra por región y ocupación

| Código Región | Códigos Ocupaciones |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---------------|---------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
|               | Total               | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10  |
|               | 378                 | 10 | 45 | 23 | 18 | 9  | 55 | 35 | 2  | 6  | 175 |
| HN            | 139                 | 4  | 17 | 8  | 7  | 3  | 20 | 13 | 1  | 2  | 64  |
| OC            | 94                  | 2  | 11 | 6  | 4  | 2  | 14 | 9  | 1  | 1  | 44  |
| RCS           | 73                  | 2  | 9  | 4  | 3  | 2  | 11 | 7  | -  | 1  | 34  |
| RCN           | 72                  | 2  | 9  | 4  | 4  | 2  | 10 | 7  | -  | 1  | 33  |

Fuente: Elaboración propia, 2011



Tabla 8: Distribución de la muestra por región, ocupación y sexo

| Código<br>Región | Ocupaciones |           |                              |                        |                        |                           |             |               |              |             |  |
|------------------|-------------|-----------|------------------------------|------------------------|------------------------|---------------------------|-------------|---------------|--------------|-------------|--|
|                  | Total       | Jefaturas | Oficinistas y<br>Secretarias | Asistentes<br>Técnicos | Técnicos<br>Auxiliares | Procesamiento<br>de Datos | Estadística | Profesionales | Contabilidad | Inspección  | Profesionales<br>Servicios<br>de Salud |
|                  | 378         | 5 h y 5 m | 21 h y 24 m                  | 11 h y 12 m            | 8 h y 10 m             | 4 h y 5 m                 | 27 h y 28 m | 16 h y 19 m   | 2 m          | 87 h y 88 m | 87 h y 88 m                            |
| HN               | 139         | 2 h y 2 m | 8 h y 8 m                    | 4 h y 5 m              | 3 h y 4 m              | 1 h y 2 m                 | 10 h y 10 m | 6 h y 7 m     | 1 m          | 1 h y 1 m   | 32 h y 32 m                            |
| OC               | 94          | 1 h y 1 m | 5 h y 6 m                    | 3 h y 3 m              | 2 h y 2 m              | 1 h y 1 m                 | 7 h y 7 m   | 4 h y 5 m     | 1 m          | -           | 22 h y 22 m                            |
| RCS              | 73          | 1 h y 1 m | 4 h y 5 m                    | 2 h y 2 m              | 1 h y 2 m              | 1 h y 1 m                 | 5 h y 6 m   | 3 h y 3 m     | -            | -           | 17 h y 17 m                            |
| RCN              | 72          | 1 h y 1 m | 4 h y 5 m                    | 2 h y 2 m              | 2 h y 2 m              | 1 h y 1 m                 | 5 h y 5 m   | 3 h y 4 m     | -            | -           | 16 h y 17 m                            |

Fuente: Elaboración propia, 2011

Para la población «externa» se tomarán dos criterios para definir la cuota: sexo y provincia. Utilizando un 99% de confiabilidad y 3 puntos porcentuales de error, se calculó la siguiente muestra:

Cálculo de  $n_0$

$$n_0 = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 p q}{E^2}$$

$$n_0 = \frac{(2,575)^2 (0,5) (0,5)}{(0,03)^2}$$

$$n_0 = 1.840$$

Cálculo de  $n$

$$n = \frac{n_0}{(1 + n_0/N)}$$

$$n = \frac{1.840}{(1 + 1.840/4.615.646)}$$

$$n = 1.840$$

Tabla 9: Población proyectada por sexo, 2011

| Ambos Sexos |          | Masculino |          | Femenino  |          |
|-------------|----------|-----------|----------|-----------|----------|
| Absoluto    | Relativo | Absoluto  | Relativo | Absoluto  | Relativo |
| 4.615.646   | 100,00%  | 2.340.003 | 50,70%   | 2.275.643 | 49,30%   |

Fuente: INEC, Población total proyectada por sexo 2000-2015

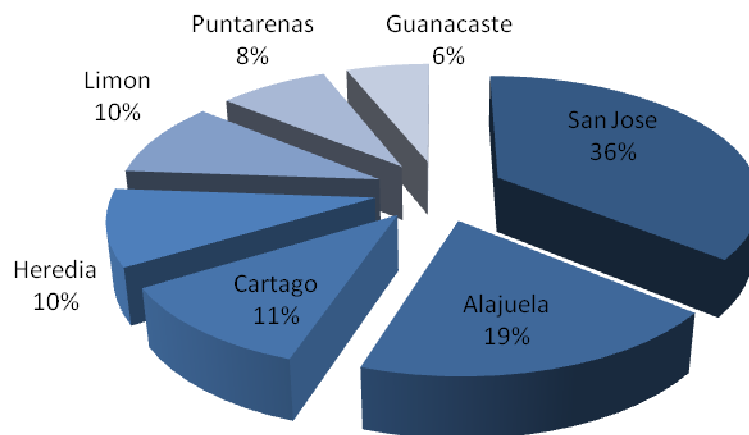
Tabla 10: Población proyectada por provincia, 2011

| Código | Provincia  | Absoluto  | Relativo | Acumulado |
|--------|------------|-----------|----------|-----------|
|        | Total      | 4.563.538 | 100,00%  |           |
| SJO    | San José   | 1.658.075 | 35,92%   | 35,92%    |
| ALA    | Alajuela   | 885.571   | 19,19%   | 55,11%    |
| CAR    | Cartago    | 515.385   | 11,17%   | 66,28%    |
| HER    | Heredia    | 456.329   | 9,89%    | 76,16%    |
| LIM    | Limón      | 451.631   | 9,78%    | 85,95%    |
| PUN    | Puntarenas | 368.423   | 7,98%    | 93,93%    |
| GUA    | Guanacaste | 280.232   | 6,07%    | 100,00%   |

Fuente: INEC, Población total proyectada por sexo 2000-2015

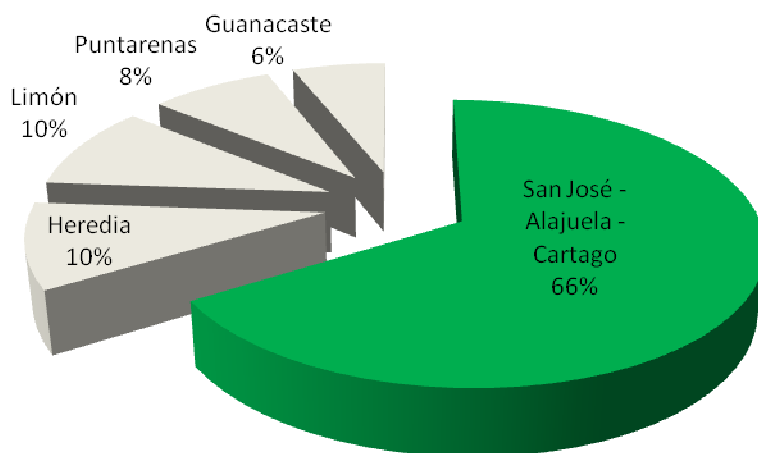
Para efectos de hacer una muestra representativa se tomará un aproximado del 65% (Triola, 2009: 340) de la población antes indicada, en este caso se seleccionará únicamente población de las provincias de San José, Alajuela y Cartago, con lo cual se tiene aproximadamente el 66,28% de la población, tal como se representa en las ilustraciones 10 y 11.

Ilustración 10: Porcentajes población por provincia, Costa Rica 2011



Fuente: Elaboración propia con base en las estadísticas del INEC-Población total proyectada 2000-2015

### Ilustración 11: Muestra poblacional a seleccionar, 2011



Fuente: Elaboración propia en base a las estadísticas del INEC-Población total proyectada 2000-2015

Tabla 11: Distribución de población por provincia

| Código | Provincia | Absoluto  | Relativo | n    | n acumulado |
|--------|-----------|-----------|----------|------|-------------|
|        | Total     | 3.059.031 | 100,00%  | 1237 | -           |
| SJO    | San José  | 1.658.075 | 54,20%   | 669  | 669         |
| ALA    | Alajuela  | 885.571   | 28,95%   | 358  | 1.027       |
| CAR    | Cartago   | 515.385   | 16,85%   | 210  | 1.237       |

Fuente: Elaboración propia, 2011

Tabla 12: Distribución de población por provincia y sexo

| Código | Provincia | Total |               |
|--------|-----------|-------|---------------|
|        | Total     | 1.237 |               |
| SJO    | San José  | 669   | 335 h y 334 m |
| ALA    | Alajuela  | 358   | 176 h y 176 m |
| CAR    | Cartago   | 210   | 105 h y 105 m |

Fuente: Elaboración propia, 2011

### **3.3. Fuentes**

Hernández et al (2006: p. 66-69) denomina fuente de información a cualquier objeto, persona, situación o fenómeno cuyas características permiten leer información en él y procesarla como conocimiento acerca de un objeto de discernimiento o estudio. Toda fuente de información debe poseer una base material, si su base material no existe fuente de información.

Son los objetos, situaciones, fenómenos o materiales cuyas características permitan leer información en él y procesarla como conocimiento acerca de un objeto de discernimiento o estudio. Constituyen los medios por los cuales el investigador obtiene la información requerida para realizar su labor. Este trabajo consiste en detectar, obtener y consultar la bibliografía y otros materiales que sean útiles para los propósitos de dicho estudio.

Las fuentes de información utilizadas en esta investigación son: primarias y secundarias. Para ambos tipos de fuentes se recolectará información cualitativa y cuantitativa.

#### **3.3.1. Fuentes Primarias**

Las fuentes primarias, de acuerdo con Danhke (1989) y citado por Hernández et al (2006: 66):

*«son aquellas que proporcionan datos de primera mano, ya que se trata de documentos que contienen los resultados de estudios, como libros antologías, artículos, monografías, tesis y disertaciones, documentos oficiales, reportes de asociaciones, trabajos presentados en conferencias o seminarios, artículos periodísticos, testimonios de expertos, documentales, videocintas en diferentes formatos, foros y páginas de internet, entre otros».*

Son fundamentales para el valor académico de una investigación. Entre estas fuentes podemos mencionar discursos, ensayos, artículos, entre otros, editados ya sea en libros, revistas, discos, videos y otro medio, con autorización. Sin embargo, una fuente primaria no es necesariamente una publicación; lo fundamental no es que la estadística no publicada, si no que los datos hayan sido recogidos y tabulados, y existan en forma tal que permita su suministro por parte del que los recogió y su utilización por parte del interesado.

La ventaja de las fuentes primarias es que permiten conocer de primera mano hechos que interesan para la investigación. Estas fuentes no han sufrido ningún proceso de transformación, síntesis o interpretación y se recolectan directamente de la fuente para los efectos del estudio. Para efectos de la presente investigación las fuentes de información primaria se obtendrán mediante el instrumento metodológico No. 2 y el instrumento metodológico No. 3. Ambos recogen información cualitativa y cuantitativa.

### **3.3. 2. Fuentes Secundarias**

La presente investigación utilizan también fuentes de información secundaria, de acuerdo con Danhke (1989) y citado por Hernández et al (2006: p. 66) éstas son aquellas que toman y publican información recogida originalmente por otros.

Las fuentes secundarias utilizadas para esta investigación son las siguientes: leyes, normativas, libros, tesis, documentos disponibles en Internet, Intranet del Ministerio de Salud y la CCSS, documentación disponible de OPS y OMS.

### **3. 4. Descripción de las variables**

A continuación se presentan las variables de investigación y su abordaje metodológico para cada uno de los objetivos específicos definidos en la presente investigación.

### **3.4.1. Objetivo específico No 1**

*Objetivo específico No. 1: Revisar las definiciones y modelos que se han empleado para conceptualizar la gestión de la calidad en la salud pública.*

#### **Tipo de investigación**

Para comprender las definiciones y modelos con los cuales se conceptualiza la gestión de la calidad en la salud pública, se efectuará una investigación documental. Se efectuará una revisión de los documentos disponibles en los organismos internacionales y el Ministerio de Salud y CCSS, con el propósito de identificar los modelos empleados para la gestión de la calidad en el sector salud.

Será necesario efectuar un análisis, extraer y resumir la información a partir de estas fuentes disponibles, mediante el instrumento metodológico No 1 (Ver Anexo 3). Estas son fuentes secundarias, ya que la información se obtiene a partir de documentación existente y que fue elaborada con propósitos diferentes a los de la presente investigación.

#### **Método**

El método a emplear será investigativo, ya que se desea conocer los conceptos y modelos que se han empleado para gestionar la calidad en el sector salud. El análisis documental permitirá conocer estos conceptos y modelos.

#### **Técnicas**

Las técnicas a emplear corresponden al tipo de investigación mencionado anteriormente, a saber: técnicas de recopilación.

## **Instrumentos**

El instrumento de recolección de información puede encontrarse en la sección de anexos. Empleando fichas de trabajo (ver Anexo No. 3), mediante las cuales se resumirá toda la información pertinente que se encuentre sobre conceptos y modelos de gestión de calidad de la salud pública costarricense.

## **Variables**

Las variables que se medirán en el objetivo específico número uno son de tipo cualitativo. Estas ayudarán a definir las características del modelo vigente de gestión de la calidad en la salud pública. Las variables relacionadas con el primer objetivo específico son:

- **Concepto de calidad en la salud pública costarricense:** comprender el enfoque rector dado por el Ministerio de Salud y la CCSS en cuanto al concepto, si el mismo es una política, un principio de práctica profesional, y/o satisfacción de los beneficiarios.
- **Dimensiones de la salud pública:** la dimensión de la salud pública es el ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud que le son propias e indelegables al ente rector, en este caso el Ministerio de Salud.
- **Indicadores de la calidad de la salud pública:** determina los indicadores que emplea el Ministerio de Salud y la CCSS para medir la calidad de la salud pública de Costa Rica.
- **Modelos de gestión de calidad sectoriales:** indica cuáles modelos de calidad se han adaptado al sector salud por parte del Gobierno y el estado actual de implementación de los mismos.



## **Fuentes de información**

Las fuentes de información son de tipo secundario, ya que los datos se obtienen directamente de la información disponible en la documentación del Ministerio de Salud y la CCSS.

### **3.4.2. Objetivo específico No 2**

*Objetivo específico No. 2: Analizar las variables que se han propuesto por parte del Gobierno para la gestión de la calidad en la salud pública.*

## **Tipo de investigación**

Para determinar las variables que conforman la gestión de la calidad de la salud pública de Costa Rica, se efectuará una investigación documental e investigación de campo. Se hará una revisión de los documentos disponibles en el Ministerio de Salud, con el propósito de identificar las dimensiones empleadas, asimismo se realizará una autoevaluación del modelo vigente de gestión de calidad.

Será necesario efectuar un análisis, extraer y resumir la información a partir de estas fuentes disponibles, mediante el instrumento metodológico No 1 (Ver Anexo 3). Estas son fuentes secundarias, ya que la información se obtiene a partir de documentación existente y que fue elaborada con propósitos diferentes a los de la presente investigación.

También se empleará el instrumento metodológico No 2 (Ver Anexo 4) con el cual se efectuará la autoevaluación del modelo vigente. En este caso será necesario visitar las localidades seleccionadas de acuerdo con el muestreo: hospitales nacionales y clínicas para aplicar el cuestionario a la muestra seleccionada de la población. Se efectuará investigación cuantitativa para analizar las variables definidas, calculando porcentajes y creando gráficos

para una mejor interpretación. Se tratará de establecer correlaciones entre las variables con el propósito de probar las hipótesis de la investigación.

## **Método**

El método a emplear será investigativo, ya que se desea conocer las dimensiones empleadas para evaluar la calidad en el sector salud. El análisis documental permitirá conocer estas dimensiones y la investigación de campo permitirá entender cuál es el modelo vigente de gestión de calidad en el sector salud.

## **Técnicas**

Las técnicas a emplear corresponden al tipo de investigación mencionados, a saber: técnicas de recopilación documental y cuestionario. La primera se relaciona con la investigación documental que se realizará y la segunda con la investigación de campo que permitirá complementar los resultados obtenidos mediante la revisión documental.

## **Instrumentos**

Los instrumentos de recolección de información pueden encontrarse en la sección de anexos. Se utilizarán fichas de trabajo (ver Anexo No. 3) y un cuestionario de autoevaluación (ver Anexo No. 4). Mediante las fichas de trabajo se resumirá toda la información relacionada que se encuentre sobre el modelo de gestión de calidad adoptado por el Ministerio de Salud y la CCSS y mediante el cuestionario de autoevaluación se obtendrá información de primera mano sobre ese tema específico.

## **Variables**

Las variables que se medirán en el objetivo específico número dos son de tipo cualitativo y cuantitativo. Estas ayudarán a definir las características de las variables definidas para gestionar la calidad de la salud pública. Las variables relacionadas con el segundo objetivo específico son:

- **Compromiso de desarrollo de las personas:** evalúa el grado de compromiso actual del Ministerio de Salud y la CCSS con el desarrollo de sus funcionarios y la comunidad en general.
- **Uso de recursos financieros y materiales:** determina la eficiencia con que el Ministerio de Salud y la CCSS utilizan los recursos a su cuidado y los emplean para beneficio de la comunidad.
- **Calidad de la prestación de servicios sanitarios:** estima la percepción de calidad que tienen los beneficiarios sobre los servicios que ofrece el sistema de salud pública.
- **Información, comunicación y análisis:** evalúa las estrategias que tiene el Ministerio de Salud y la CCSS para comunicarse con la comunidad y rendir cuentas de las acciones efectuadas.
- **Satisfacción general sobre el sistema de salud pública:** es una variable dependiente que mide el grado de satisfacción general que tiene el beneficiario sobre el sistema de sanitario.

## **Fuentes de información**

Las fuentes de información son de tipo primario y secundario, ya que los datos se obtienen directamente de la investigación de campo y además de la información disponible en la documentación del Ministerio de Salud y la CCSS.

### **3.4.3. Objetivo específico No 3**

*Objetivo específico No. 3: Determinar las expectativas que tienen los beneficiarios del sistema de salud pública por cuanto a la atención y servicio que perciben del mismo.*

#### **Tipo de investigación**

Se efectuará una investigación de campo. Lo cual permitirá determinar las expectativas de los beneficiarios del sistema de salud pública. La información se recopilará a través de un cuestionario para su posterior análisis e interpretación.

Será necesario visitar todos los centros de salud: hospitales nacionales y clínicas para aplicar el cuestionario a la muestra seleccionada de la población. Se efectuará investigación cuantitativa para analizar las variables definidas, calculando porcentajes y creando gráficos para una mejor interpretación. Se tratará de establecer correlaciones entre las variables con el propósito de probar las hipótesis de la investigación.

#### **Método**

Puesto que se pretende conocer la percepción de la comunidad sobre el sistema de salud pública, el método a emplear será investigativo. El trabajo de campo permitirá un entendimiento de cuáles son las características que el beneficiario clasifica como prioritarias para la atención sanitaria.

#### **Técnicas**

Las técnicas a emplear corresponden al tipo de investigación mencionado anteriormente, a saber: técnicas de recopilación y técnicas cuantitativas. La primera es la investigación de campo la cual permite recolectar la información y la segunda permitirá establecer correlaciones entre las variables definidas.

## **Instrumentos**

El instrumento de recolección de información puede encontrarse en la sección de anexos. Empleando un cuestionario (ver instrumento metodológico No. 3, Anexo 5), mediante el cual se recolectará toda la información acerca de la percepción que tiene la comunidad sobre el sistema de salud pública.

## **Variables**

Las variables que se medirán en el objetivo específico número tres son de tipo cualitativo y cuantitativo. Estas ayudarán a definir las características de la percepción que tienen los beneficiarios del sistema de salud pública. Las variables relacionadas con el tercer objetivo específico son:

- **Aspectos personales:** información de carácter socio-demográfico que permite ubicar a los entrevistados en un contexto, e incluye: género, edad, región, estatus laboral, cantidad de familiares que utilizan el sistema de salud pública.
- **Disponibilidad:** mide la capacidad de respuesta para su obtención que percibe el beneficiario.
- **Accesibilidad:** determina la facilidad con que se puede obtener el servicio de acuerdo con la percepción que tiene el beneficiario.
- **Amabilidad / Cortesía:** mide la percepción de la atención y respeto en el servicio.
- **Agilidad:** estima la percepción de rapidez y celeridad en la obtención del servicio de acuerdo con el beneficiario.
- **Confianza:** analiza la profesionalidad y conocimientos de los que deben prestar el servicio de acuerdo con la percepción de los beneficiarios.

- **Capacidad de comunicación:** se refiere al tipo de información ofrecida, lenguaje claro y asequible para los beneficiarios.
- **Satisfacción general sobre el sistema de salud pública:** es una variable dependiente que mide el grado de satisfacción general que tiene el beneficiario sobre el sistema de sanitario.

### **Fuentes de información**

Las fuentes de información son primarias, ya que el instrumento fue concebido para recolectar datos para la presente investigación. La información se obtendrá directamente de los sujetos e incluye estimaciones y percepciones que tienen los mismos sobre el sistema de salud pública de Costa Rica.

### **3.4.4. Objetivo específico No 4**

*Objetivo específico No.4: Proponer una estructura para un modelo óptimo de referencia para la gestión de la calidad en la salud pública costarricense.*

### **Tipo de investigación**

Se efectuará una investigación de tipo analítica, utilizando el método deductivo. A partir de la información anterior se procederá a proponer un modelo óptimo de referencia para la gestión de la calidad en la salud pública de Costa Rica.

Se analizará, interpretará, sintetizará la información a partir de los hallazgos de la investigación mediante el instrumento metodológico No 1 (Ver Anexo No. 3)

## **Método**

Utilizando un método analítico que consiste en descomponer el modelo de referencia en unidades más simples, examinándolas y explicándolas por separado para finalmente unir las como un único conjunto de actividades y postulados que constituirán el modelo de referencia óptimo para la gestión de la calidad de la salud pública de Costa Rica.

## **Técnicas**

Las técnicas a emplear corresponden al tipo de investigación documental. Se revisará toda la documentación que se genere en la presente investigación se revisarán a efectos de deducir el modelo a proponer.

## **Instrumentos**

Para la recopilación documental, se utilizarán fichas de trabajo (Ver Anexo 3). Mediante el uso de estos instrumentos se resumirán, interpretarán y comentarán los hallazgos de la investigación.

## **Variables**

Las variables que se medirán en el objetivo específico cuatro son de tipo cualitativo y representan las características que el investigador propone como las adecuadas al modelo óptimo de referencia para la gestión de la calidad en la salud pública de Costa Rica. Las variables relacionadas con el cuarto objetivo específico son:

- **Dimensiones de la salud pública:** la dimensión de la salud pública es el ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud que le son propias e indelegables al ente rector, en este caso el Ministerio de Salud.

- **Uso de recursos financieros y materiales:** alternativas que permitan el uso más eficiente de los recursos financieros y materiales bajo responsabilidad del Ministerio de Salud y la CCSS.
- **Calidad de la prestación de servicios sanitarios:** la interrelación entre equidad, eficiencia, eficacia, oportunidad de atención y humanización de los servicios.
- **Información, comunicación y análisis:** prácticas que permitan mejorar el proceso de rendición de cuentas.
- **Satisfacción general sobre el sistema de salud pública:** es una variable dependiente que mide el grado de satisfacción general que tiene el beneficiario sobre el sistema de sanitario.

### **Fuentes de información**

Las fuentes de información son de primarias, ya que los datos se re-estructurarán por parte del investigador para los efectos particulares de la presente investigación y a partir de este análisis efectuar la construcción del modelo a proponer.

También se utilizarán fuentes secundarias, principalmente publicaciones y libros de autores reconocidos que han escrito sobre la gestión de la calidad en la salud. Esta información permitirá recolectar y evaluar las mejores prácticas contemporáneas en relación con el modelo actual y con el modelo propuesto.



### **3. 5. Descripción de los instrumentos para recolección de datos**

Los instrumentos que se emplearán en la recolección de información se encuentran en la sección de anexos. Se utilizarán fichas de trabajo (ver instrumento metodológico No. 1 y dos cuestionarios (ver instrumento metodológico No. 2 e instrumento metodológico No. 3) Anexos 3, 4 y 5 respectivamente.

#### **3.5.1. Instrumento metodológico No 1**

Las fichas de trabajo permitirán resumir toda la información pertinente que se encuentre en la revisión documental, con lo cual se comprenderá el actual modelo de gestión de calidad del sistema de salud pública, que es el primer objetivo específico.

Este instrumento se empleará también para el objetivo específico tres y cuatro. Mediante este instrumento se sintetizará, interpretará y comentarán los hallazgos de la investigación y las características del modelo a proponer.

Los tipos de fichas de trabajo que se emplearán, son los siguientes:

- Ficha de trabajo personal o de crítica.
- Fichas de trabajo textual o de investigación
- Fichas de trabajo conceptual
- Fichas sinópticas

### 3.5.2. Instrumento metodológico No 2

El instrumento metodológico No 2 tiene dos partes, a saber: la primera tiene el propósito de recolectar información socio-demográfica. Aquí se miden variables nominales: sexo y región; ordinales: educación formal y ocupación en la Institución; y, continuas: edad (Hernández, 2006: p302-303).

La segunda parte del instrumento se compone de nueve secciones. Utilizando escalas de *Likert*. Estas nueve secciones recolectan la percepción y autoevalúan el modelo de calidad vigente en la Institución.

- **Liderazgo:** esta sección refleja cómo todos los que tienen alguna responsabilidad en la Institución estimulan, apoyan y fomentan la gestión de la calidad como proceso fundamental de la Institución para la mejora continua.
- **Política y Estrategia:** esta sección ha de reflejar cómo la planificación y la estrategia de la Institución asumen el concepto de gestión de la calidad y cómo los principios de la gestión de la calidad se utilizan en la formulación, revisión y mejora de la estrategia y la planificación.
- **Personas:** el diagnóstico deberá mostrar cómo se actúa para mejorar las condiciones del personal y cómo se realiza su gestión para la mejora continua de la Institución. Estos principios habrán de orientar su funcionamiento, aunque exista un ordenamiento jurídico en materia de personal, que atribuya la competencia de su gestión a diferentes unidades de la administración pública.
- **Recursos y alianzas:** presentará cómo actúa la Institución para mejorar de manera continua la gestión de los recursos. Asimismo, estos principios habrán de orientar el funcionamiento de la Institución, aún cuando en la administración pública exista una normativa que regule la utilización de los

medios y fondos públicos, sin que los hospitales posean una autonomía completa en su gestión.

- **Procesos:** el sistema de salud pública comprende una serie de procesos que necesitan ser redirigidos y mejorados. De entre todos los procesos algunos resultarán críticos para el éxito del sistema. Por eso, se hace imprescindible identificarlos y dedicar a ellos una atención singular.
- **Clientes:** un cliente es todo aquel que se beneficia directamente de las actividades de la Institución. Son clientes directos los pacientes, familia y allegados. También son clientes las instituciones y empresas en las que van a integrarse estos pacientes, así como la comunidad de la que forman parte. La satisfacción de los clientes se puede medir directa e indirectamente. Las medidas directas se identifican con las percepciones de los clientes – mismas que tienen un carácter subjetivo –, las indirectas se basan en aspectos complementarios y siempre aportan medidas objetivas de la realidad.
- **Recursos del personal:** el personal se puede definir como cualquier persona, sea cual fuere su responsabilidad y su especialidad que presta sus servicios en la Institución. La satisfacción del personal se puede medir directa e indirectamente. Las medidas directas se identifican con las percepciones del personal – mismas que tienen un carácter subjetivo –, las indirectas se basan en aspectos complementarios y siempre aportan medidas objetivas de la realidad.
- **Impacto en la sociedad:** esta sección medirá el impacto de la Institución en la sociedad en aquellos asuntos que no están relacionados ni con sus responsabilidades primarias, ni con sus obligaciones estatutarias. Los resultados de estas actividades se presentarán en los criterios satisfacción del cliente y resultados de la institución.
- **Resultados claves:** son resultados de la Institución, de gestión o social, a corto, medio y largo plazo, que contribuyen al éxito de la misma, que sea

medible de forma directa o indirecta y que se derive con certeza de la ejecución de la planificación y de la estrategia de la Institución, así como de los procesos críticos. Los resultados del sistema de salud constituyen, en primer término, medidas de la eficiencia y la efectividad en la salud del paciente y en el resto de los servicios prestados. En su valoración se tendrán en cuenta las circunstancias particulares que concurren en cada caso.

Las secciones antes descritas son análogas con el objetivo específico número dos.

### **3.5.3. Instrumento metodológico No 3**

El instrumento metodológico No 3 es una encuesta que se aplicará a la población beneficiaria del sistema de salud pública. El instrumento metodológico No 3 ayudará a complementar la información recolectada mediante el instrumento metodológico No 2 para efectos de comprender las características del actual modelo de gestión de calidad de salud pública.

El instrumento metodológico No 3 se compone de cinco secciones conteniendo 44 preguntas dicotómicas, escalas de *Likert* y preguntas abiertas. La primera sección recolecta información de carácter general. Las otras secciones llevan los siguientes títulos:

- Ideales o deseos
- Predecibles o basadas en la experiencia
- Normativas o basadas en “lo que debe ser” el servicio
- Inexistentes

La última sección del instrumento metodológico No 3 es el cierre del cuestionario, donde se recogerán los comentarios adicionales que el encuestado desee aportar y que no se hayan reunido en las secciones anteriores.

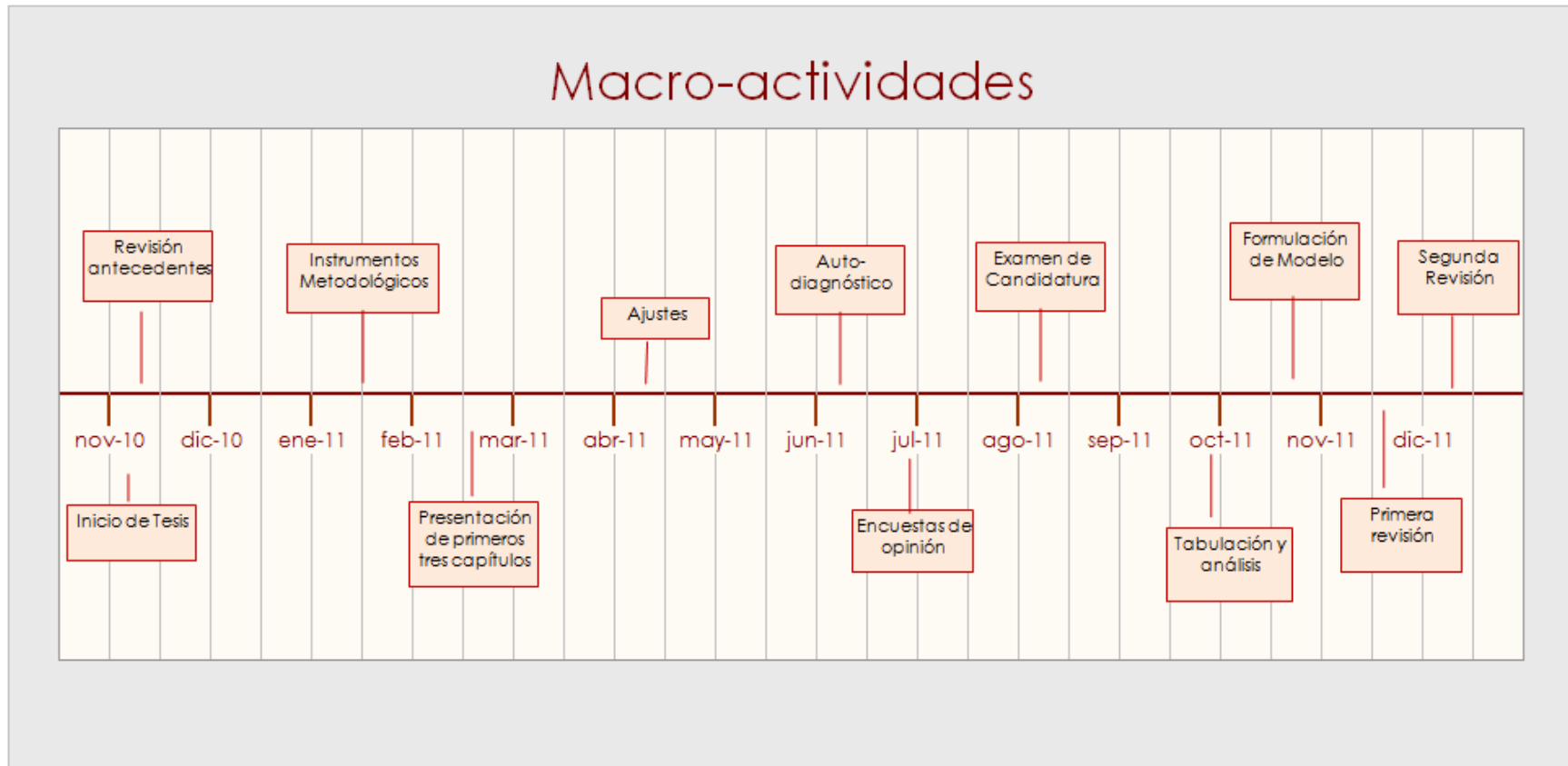
### 3. 6. Descripción de la investigación a realizar

Las macro etapas de la presente investigación son las siguientes:

- a) **Revisión de antecedentes:** comprende la revisión documental y vía WEB sobre los modelos de gestión de calidad de la salud pública costarricense.
- b) **Desarrollo de instrumentos metodológicos:** comprende la elaboración de dos instrumentos metodológicos.
- c) **Recolección de datos en los centros sanitarios:** la recolección de datos se efectuará de acuerdo con un cronograma. Debido a que se tienen dos poblaciones y la muestra es en todo el territorio nacional la recolección la efectuará el investigador con el apoyo de 8 encuestadores.
- d) **Análisis de la información:** para esta etapa se recurrirá al apoyo tecnológico, utilizando hojas electrónicas para sintetizar la información recolectada y generación de gráficos. En el momento oportuno se utilizará la herramienta SPSS para el análisis de la información cuantitativa.
- e) **Redacción del modelo óptimo de referencia:** con base en los resultados obtenidos mediante los tres instrumentos metodológicos y la experiencia profesional del investigador se propondrá un modelo óptimo de referencia para la gestión de la calidad en la salud pública de Costa Rica.

A continuación se presenta un diagrama de Gantt, en el cual se han identificado cronológicamente las etapas antes señaladas.

Ilustración 12: Cronograma de actividades



Fuente: Elaboración propia, 2011

## 4. Tabulación y Resultados

El apartado de tabulación y resultados se presenta en cinco áreas, a saber: la primera consta de un análisis a profundidad del perfil del sistema de salud pública de Costa Rica, mismo que permitirá determinar cuáles son los elementos de control más relevantes que considera hoy día el Sector Salud. Este análisis es investigativo-documental, con base en la información disponible por parte de las autoridades gubernamentales y de los principales actores en el Sector Salud: Ministerio de Salud y Caja Costarricense de Seguro Social.

En segundo término se entrega un auto-diagnóstico del Sector Salud, el cual revisa cinco dimensiones – esenciales desde el punto de vista de calidad -, a saber: liderazgo, política y estrategia, personas, recursos y alianzas y procesos.

En tercer lugar se presentan los resultados de la encuesta de percepción a los usuarios del sector salud, para conocer de primera fuente el nivel de satisfacción que existe hoy día de los beneficiarios.

En cuarto lugar, se realizó una investigación documental en la cual se han recopilado experiencias en el Sector Salud y que proponen la utilización del Cuadro de Mando Integral como herramienta de gestión, con el fin de determinar cuáles perspectivas e indicadores, en conjunto con qué variables del auto-diagnóstico y satisfacción de los beneficiarios, que se utilizarán en la formulación del modelo «*Health Quality Score Card*<sup>2</sup>» para el Sector Salud.

En quinto lugar, se ha efectuado una investigación documental en la cual se han identificado los modelos de calidad de excelencia que pueden ser aplicados al Sector Salud, lo cual permitirá formular un modelo mixto para conformar el «*Health Quality Score Card*».

---

<sup>2</sup> Nombre con el cual se ha designado, por parte del investigador el modelo propuesto.

## 4.1. Sistema de Salud de Costa Rica

### 4.1.1. Perspectiva general

#### 4.1.1.1. Generalidades

Costa Rica es un país de Centroamérica. Limita al norte con Nicaragua, al sureste con Panamá, al oeste con el océano Pacífico y al este con el Mar Caribe. Tiene una superficie continental de 51.100 km<sup>2</sup> (0,03% de la mundial) y 589.000 km<sup>2</sup> de mar territorial. A sus tierras continentales se incluyen las islas: El Coco, Chira, San Lucas, Jesusita, Uvita, Del Caño, Venado, Bejuco, Caballos, Negritos, Cedros, entre otras; la mayoría de ellas ubicada en el Golfo de Nicoya. La longitud de su litoral es de 1.228 km, de los cuales 1.016 están en la Costa Pacífica y 212 km en la Costa del Caribe. A pesar de lo pequeño de su territorio, Costa Rica es considerado uno de los 20 países con mayor biodiversidad del mundo (Instituto Nacional de Biodiversidad, 2006).

Ilustración 13: Mapa de Costa Rica



Fuente: MIDEPLAN, Costa Rica: Estadísticas Sectoriales 2004-2007



### 4.1.1.2. Sistema Político

Costa Rica es una república presidencialista que se rige por la constitución del 7 de noviembre de 1949, modificada por última vez el 13 de mayo de 1999. Su acendrada democracia permite ubicarlo como uno de los regímenes políticos más estables del Continente Americano y ha mantenido una buena estabilidad política, a pesar de los diversos conflictos internacionales tanto económicos y sociales de las últimas dos décadas.

La división político administrativa del territorio nacional se organiza en 7 provincias, 81 cantones y 472 distritos, mientras que para efectos del proceso de planificación nacional, el territorio se organiza en seis regiones.

Ilustración 14: Regiones de Costa Rica



Fuente: MIDEPLAN, Costa Rica: Estadísticas Sectoriales 2004-2007

### **4.1.1.3. Desarrollo humano**

A nivel internacional, el país ha recibido reconocimientos por los diferentes índices económicos y políticos, destacando su posición en el Índice de Desarrollo Humano, donde ocupa el sexto lugar a nivel latinoamericano, detrás de Chile, Argentina, Uruguay, Panamá y México (Informe sobre Desarrollo Humano 2010). Además la nación costarricense ocupa el tercer lugar a nivel mundial según la clasificación del Índice de Desempeño Ambiental del 2010 (EPI, 2010). Para el año 2011, entre los países de América, Costa Rica ocupa el quinto lugar en la clasificación del Índice de Competitividad Turística y el lugar 44 a nivel mundial (*World Economic Forum*, 2011).

### **4.1.1.4. Panorama Económico**

La economía costarricense se encuentra en un proceso de reconversión más productiva. Desde la década de 1990 no es la agricultura el sector predominante en la generación de divisas, sino los servicios, especialmente el turismo y los bienes tecnológicos de alta calidad. Gracias a su estabilidad política y social, en Costa Rica se ha radicado la mayoría de las multinacionales que sirven a la región del Caribe. Este proceso de cambio se refleja en dramáticas modificaciones en la descomposición del PIB. Los servicios suponen más del 63% del PIB, la actividad industrial el 28% del PIB y la agricultura el 9% del PIB. La fuerza laboral se concentra en los servicios (62%), la industria (27%) y la agricultura (10%).

En los últimos años, la economía costarricense venía creciendo aproximadamente un 5% anual, situación que varió ante la llegada e impactos de la crisis económica internacional. Así, un inédito episodio recesivo dado por la combinación de crisis alimentaria, combustibles y finanzas, pone de manifiesto debilidades estructurales del patrón de crecimiento, marcando la desaceleración en el crecimiento económico entre el 2008 y el 2009. La debilidad principal – de acuerdo con los expertos – es la inflación, que

supera el 10% anual y la deuda interna, si bien ésta tiende a disminuir. Por su parte, la deuda externa es relativamente baja en virtud de la preferencia por el endeudamiento interno que han mantenido las últimas administraciones.

Tabla 13: Principales indicadores económicos, Costa Rica 2010

|  |           |
|--|-----------|
| Población total                        | 4.563.539 |
| % población residente en áreas urbanas | 58,9      |
| % residente en región central del país | 63,9      |
| % población económicamente activa      | 45,9      |
| Total de ocupados                      | 1.955.507 |
| Tasa de desempleo abierto              | 7,8       |
| % ocupados en sector primario          | 12,5      |
| % ocupados en sector secundario        | 21,4      |
| % ocupados en sector terciario         | 66,1      |
| PIB per cápita (US \$)                 | 6.521     |
| % PIB en sector primario               | 9,4       |
| % PIB en sector secundario             | 26,8      |
| % PIB en sector terciario              | 58,4      |
| % Exportaciones/PIB (bienes)           | 30,5      |

Fuente: INEC, Banco Central de Costa Rica, 2010.

#### **4.1.1.5. Panorama Social**

La sociedad costarricense se encuentra en una etapa avanzada de transición demográfica. Su población sobrepasa los cuatro y medio millones, con una densidad de 89 habitantes por kilómetro cuadrado (INEC-2010).

En materia social, el país ha apostado por la consolidación de un sistema de inclusión y protección social. A partir del año 1990 la pobreza ha declinado, pero el ritmo de progreso en este rubro ha sido lento, observándose una situación de estancamiento a

partir de 1997, sacudida por una importante disminución de la incidencia de la pobreza en el 2007, año en que alcanza el índice de recuento de hogares en condiciones de pobreza más bajo (16,7%). En medio de la crisis, tanto este indicador como la tasa de desempleo abierto desmejoraron su desempeño en el año 2009, planteando interrogantes sobre la sostenibilidad del proceso de reducción de la pobreza en un contexto, además, caracterizado por la ampliación de la desigualdad.

El desarrollo de Costa Rica debe procurar mantener un equilibrio entre la mejora económica, la calidad de vida de sus habitantes, el desarrollo cultural y la conservación ambiental. Esto representa el principal reto para las administraciones actuales y futuras, lo cual debe hacerse en forma simultánea para todas las regiones del país, tal que el promedio nacional sea más que un dato que oculte brechas y asimetrías.

## **4.1.2. Contexto del Sistema de Salud**

### **4.1.2.1. Análisis de la situación de salud**

#### **4.1.2.1.1. Análisis demográfico**

La República de Costa Rica tiene una extensión territorial de 51.100 km<sup>2</sup>, para el año 2010 presentaba una densidad poblacional de 89 habitantes por km<sup>2</sup>, con una población total de aproximadamente 4.563.539 personas. Un 59% de esta población habita en zonas urbanas y un 41% en zonas rurales (INEC, 2010). De acuerdo con el INEC, la tasa de crecimiento anual de la población disminuyó a partir del año 2000, se observa que el mayor decrecimiento entre los años 2000 al 2005 ya que la tasa de crecimiento pasó de un 16,3 a un 13,9 por cada mil habitantes, igual comportamiento se observa para la tasa de crecimiento poblacional debido a migraciones (INEC, 2010).

Entre las características de la estructura poblacional del país, cabe resaltar que del total de la población en el 2010, un 51,4% eran mujeres y un 49,6% hombres. Además, un

5,54% de los habitantes eran de origen nicaragüense y un 3,41% de origen colombiano (INEC, 2010). Datos del año 2000 registran que un 1,7% de la población del país era indígena y un 1,9% de origen afro-caribeña (INEC, 2001). En la siguiente tabla se muestra la población total y la distribución de la población del país, según grupos de edad.

Tabla 14: Población según grupos de edad al año 2010 y proyección al 2025

| Población según grupos de edad | 2010      |          | 2025      |          |
|--------------------------------|-----------|----------|-----------|----------|
|                                | Absoluto  | Relativo | Absoluto  | Relativo |
| Personas de 0 a 9 años         | 778.590   | 17,1%    | 759.746   | 13,6%    |
| Personas de 10 a 19 años       | 851.447   | 18,7%    | 777.254   | 14,0%    |
| Personas de 20 a 29 años       | 873.281   | 19,1%    | 828.662   | 14,9%    |
| Personas de 30 a 39 años       | 684.211   | 15,0%    | 904.101   | 16,2%    |
| Personas de 40 a 49 años       | 620.922   | 13,6%    | 786.107   | 14,1%    |
| Personas de 50 a 59 años       | 444.778   | 9,7%     | 615.642   | 11,1%    |
| Personas de más de 60 años     | 310.310   | 6,8%     | 896.299   | 16,1%    |
| Total                          | 4.563.539 | 100,0%   | 5.567.811 | 100,0%   |

Fuente: elaboración propia con base en estadísticas INEC-2010.

La tabla anterior muestra que el país goza de lo que se conoce como «*bono demográfico*», debido a la existencia de muchas personas adultas jóvenes en etapa productiva y una relativa baja relación de dependencia (CEPAL; 2009). Este bono demográfico se presenta en Costa Rica debido a la tendencia de aumento en la esperanza de vida, la alta natalidad que existía en el pasado y la baja natalidad que existe hoy día en el país. De acuerdo con el Ministerio de Salud, en el 2010 la población del país contaba con una esperanza de vida al nacer de 79,3 años de edad (76,8 años los hombres y 81,8 años las mujeres), y una tasa de natalidad de 16,6 nacimientos anuales por cada 1000 mujeres (Ministerio de Salud, 2010: 9).

Otra característica importante del perfil demográfico de Costa Rica es la tendencia observada en el incremento en la cantidad de personas adultas mayores – efecto del aumento en la esperanza de vida. Esta tendencia incrementará la tasa de dependencia existente en el país en los próximos años. De acuerdo a estimaciones del Centro Centroamericano de Población (CPP) para el 2010 la población mayor de 65 años representó un 7,1% (EHPM-INEC, 2010), se estima que en el año 2025 alcance a representar un 11,5% de la población, casi el doble de la cantidad de personas que pertenecen a esta edad. La tendencia al envejecimiento de la población representa uno de los retos mayores a atender por la presión que ejercerá principalmente sobre los sistemas de pensiones y servicios de salud. De acuerdo con Rosero, la capacidad hospitalaria del país deberá triplicarse en la primera mitad del siglo XXI (2010); además, el Régimen de pensiones no Contributivo de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) se verá afectado por el incremento de la población en edad de jubilación. Por otro lado, la significativa presencia de población joven, implica también desafíos relacionados con la mejora de los procesos de aseguramiento y servicios de atención en salud, principalmente en materia de salud sexual y reproductiva.

Tabla 15: Indicadores demográficos proyectados por años quinquenales

| Indicadores demográficos              | 2000   | 2005   | 2010   | 2015   | 2020   | 2025   |
|---------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| <b>Fecundidad</b>                     |        |        |        |        |        |        |
| Nacimientos anuales                   | 78.959 | 76.869 | 75.881 | 76.317 | 76.317 | 75.776 |
| Tasa bruta de natalidad (por mil)     | 20,1   | 17,8   | 16,2   | 15,2   | 14,4   | 13,6   |
| Tasa global de fecundidad             | 2,4    | 2,1    | 1,9    | 1,8    | 1,8    | 1,9    |
| Tasa bruta de reproducción            | 1,178  | 1,024  | 0,917  | 0,873  | 0,878  | 0,902  |
| Tasa neta de reproducción             | 1,178  | 1,022  | 0,915  | 0,872  | 0,876  | 0,901  |
| <b>Mortalidad</b>                     |        |        |        |        |        |        |
| Defunciones anuales                   | 15.011 | 16.909 | 19.295 | 22.223 | 25.785 | 30.058 |
| Tasa bruta de mortalidad (por mil)    | 3,8    | 3,9    | 4,1    | 4,4    | 4,9    | 5,4    |
| Esperanza de vida al nacimiento       |        |        |        |        |        |        |
| Total                                 | 77,7   | 78,4   | 79,0   | 79,6   | 80,1   | 80,5   |
| Hombres                               | 75,3   | 76,1   | 76,7   | 77,2   | 77,7   | 78,1   |
| Mujeres                               | 80,2   | 80,8   | 81,5   | 82,1   | 82,6   | 83,1   |
| Tasa de mortalidad infantil (por mil) | 10,2   | 9,4    | 8,5    | 7,9    | 7,3    | 6,8    |

Fuente: elaboración propia con base en estadísticas del INEC-2010, Indicadores Básicos: Situación de salud en Costa Rica – Ministerio de Salud/OPS, 2000-2010

Tabla 16: Indicadores demográficos proyectados por años quinquenales  
(continuación)

| Indicadores demográficos      | 2000   | 2005   | 2010   | 2015   | 2020   | 2025   |
|-------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Crecimiento natural           |        |        |        |        |        |        |
| Crecimiento anual             | 63.948 | 59.960 | 56.586 | 53.909 | 50.532 | 45.718 |
| Tasa de crecimiento (por mil) | 16,3   | 13,9   | 12,1   | 10,7   | 9,5    | 8,2    |
| Migración                     |        |        |        |        |        |        |
| Migración anual               | 20.005 | 16.667 | 12.500 | 8.333  | 4.167  | 0      |
| Tasa de migración             | 5,1    | 3,9    | 2,7    | 1,7    | 0,8    | 0      |
| Crecimiento total             |        |        |        |        |        |        |
| Crecimiento anual             | 83.953 | 76.627 | 69.086 | 62.242 | 54.699 | 45.718 |
| Tasa de crecimiento (por mil) | 21,4   | 17,7   | 14,7   | 12,4   | 10,3   | 8,2    |
| Estructura de la población    |        |        |        |        |        |        |
| 0 – 14                        | 31,8   | 28,3   | 25,4   | 23,3   | 21,8   | 20,6   |
| 15 - 64                       | 62,9   | 66,0   | 68,2   | 69,3   | 69,3   | 68,4   |
| 65 y más                      | 5,3    | 5,7    | 6,4    | 7,4    | 8,9    | 11,0   |
| Razón de dependencia          | 58,9   | 51,6   | 46,6   | 44,3   | 44,3   | 46,1   |
| Edad mediana                  | 24,4   | 26,1   | 28,1   | 30,2   | 32,5   | 34,7   |

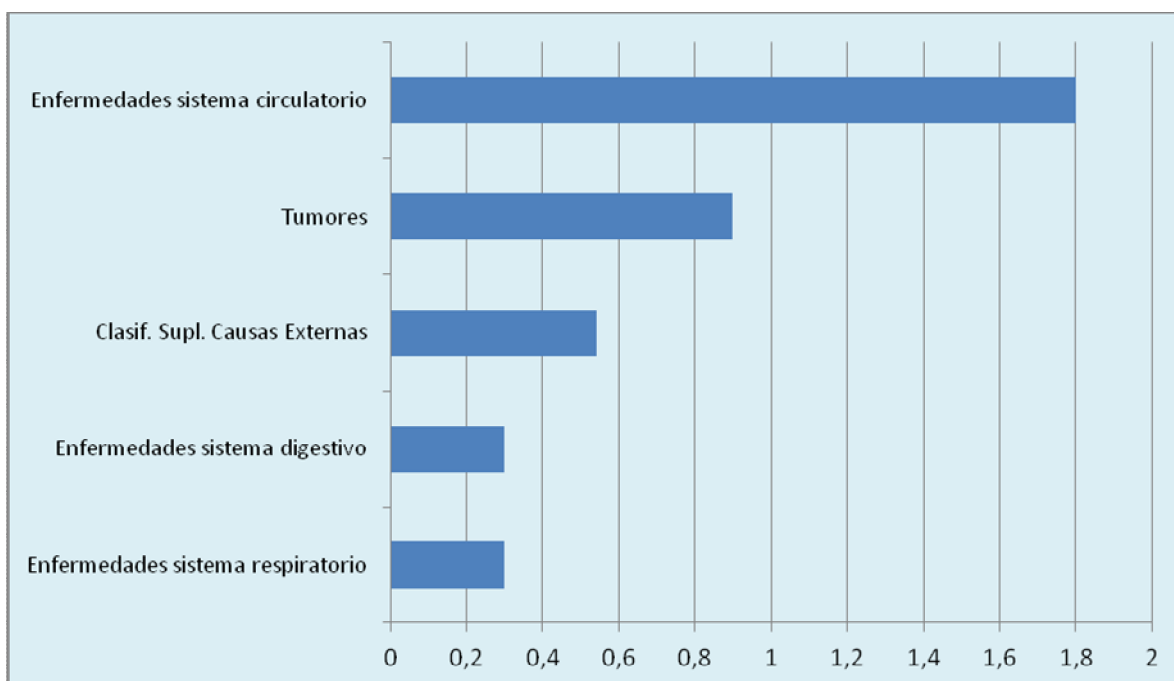
Fuente: elaboración propia con base en estadísticas del INEC-2010, Indicadores Básicos: Situación de salud en Costa Rica – Ministerio de Salud/OPS, 2000-2010

Entre las enfermedades de declaración obligatoria para el año 2010, las que se presentan con mayor frecuencia están la diarrea (3.962 casos entre 100.000 habitantes), el dengue (160 casos entre 100.000 habitantes), Gonorrea (19 casos entre 100.000 habitantes), hepatitis (19 casos entre 100.000 habitantes), sífilis (17 casos entre 100.000 habitantes), tosferina (13 casos entre 100.000 habitantes) (Ministerio de Salud, 2010). Por otra parte, con relación con las enfermedades de transmisión sexual, cabe mencionar que en el 2009 existía una incidencia anual de SIDA de 3,61 por 100.000 habitantes, se registraron 129



fallecimientos el mismo año por dicha enfermedad (Ministerio de Salud, 2010), 837 casos de gonorrea y 788 casos de sífilis (Estado de la Nación, 2010).

Ilustración 15: Mortalidad por los cinco grandes grupos de causas, Costa Rica 2010 (tasa por 1.000 habitantes)



Fuente: Indicadores básicos de salud, Ministerio de Salud, 2010.

Los casos de malaria y dengue han disminuido notablemente en los últimos años, lo anterior se da como resultado de los esfuerzos de las instituciones que conforman el sector social y de todos los recursos invertidos por el Ministerio de Salud en la prevención del dengue. Un efecto similar se tiene con la tasa de incidencia por SIDA, el cual ha venido en disminución como resultado de una mejor información y preparación de la población ante esta enfermedad.

Tabla 17: Tasa de mortalidad, Costa Rica 2004-2009

| Año  | General | Materna<br>(x 10.000 nacidos vivos) | Infantil<br>(x 1.000 nacidos vivos) | Enfermedades transmisibles<br>(x 100.000 habitantes) | Neoplasias (malignas)<br>(x 10.000 habitantes) | Enfermedades del sistema circulatorio<br>(x 10.000 habitantes) | Afecciones originadas en el periodo<br>perinatal<br>(% con respecto al total de defunciones) | Causas externas<br>(x 10.000 habitantes) | Otras enfermedades<br>(x 10.000 habitantes) |
|------|---------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|--|--|--|--|---|
| 2004 | 3,8     | 3,0                                 | 9,2                                 | 8,21   | 7,98   | 10,8   | 2,07   | 4,3                                      | 12,9  |
| 2005 | 3,7     | 3,6                                 | 9,8                                 | 8,78   | 7,90   | 10,8   | 2,10   | 4,7                                      | 12,2  |
| 2006 | 3,8     | 3,9                                 | 9,7                                 | 8,52   | 8,09   | 11,0   | 2,10   | 4,9                                      | 12,3  |
| 2007 | 3,8     | 1,9                                 | 10,05                               | 8,20   | 8,02   | 11,2   | 2,16   | 4,8                                      | 12,7  |
| 2008 | 4,0     | 3,3                                 | 8,6                                 | 8,40   | 8,28   | 11,3   | 4,7  | 5,6                                      | 12,5  |
| 2009 | 4,1     | 2,7                                 | 8,8                                 | 9,00   | 8,62   | 11,8   | 4,3  | 5,4                                      | 12,7  |

Fuente: Indicadores básicos de salud, Ministerio de Salud, 2004-2010

Tabla 18: Tasa de mortalidad por género, Costa Rica 2004-2009

| Género  | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|---------|------|------|------|------|------|------|
| Hombres | 4,2  | 4,2  | 4,3  | 4,3  | 4,6  | 4,7  |
| Mujeres | 3,3  | 3,3  | 3,3  | 3,3  | 3,4  | 3,5  |

Fuente: Indicadores básicos de salud, Ministerio de Salud, 2004-2010

Por otra parte, es importante mencionar que las muertes por causas violentas, representan otro de los principales retos a la salud del país, particularmente aquellas relacionadas con la violencia doméstica, los accidentes de tránsito, los homicidios y los suicidios.

Tabla 19: Indicadores de morbilidad, Costa Rica 2004-2009

| Año  | Incidencia de sarampión<br>(casos confirmados) | Tasa de tuberculosis<br>(x 100.000 habitantes) | Casos reportados de cólera | Población riesgo de malaria | Casos reportados de malaria | Casos de dengue | Tasa de incidencia anual de<br>SIDA<br>(x 100.000 habitantes) | Razón hombre/mujer<br>Casos de SIDA | Incidencia de bajo peso al nacer<br>(menor de 2.500 g) |
|------|--|--|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------|---|-------------------------------------|--|
| 2004 | 0  | 16,71  | 0                          | 1.393.787                   | 1.289                       | 9,408           | 4,61  | 6,0                                 | 6,40   |
| 2005 | 1  | 16,71  | 0                          | 1,393,787                   | 3.541                       | 37.798          | 5,83  | 5,5                                 | 7,10   |
| 2006 | 0  | 11,47  | 0                          | 1.594.751                   | 2.903                       | 12.052          | 4,20  | 3,7                                 | 6,76   |
| 2007 | 0  | 11,77  | 0                          | 1.616.141                   | 1.223                       | 26.109          | 4,11  | 4,9                                 | 6,60   |
| 2008 | 0  | 10,60  | 0                          | 1.595.907                   | 966                         | 8.212           | 4,20  | 4,5                                 | 6,50   |
| 2009 | 0  | 8,80   | 0                          | 1.608.630                   | 262                         | 7.214           | 3,61  | 4,6                                 | 6,50   |

Fuente: Indicadores básicos de salud, Ministerio de Salud, 2004-2010

En relación con las muertes vinculadas con violencia intrafamiliar, el Ministerio de Salud registra un total de 214,5 casos entre 100.000 habitantes para el año 2009, casi 3 puntos más que el año anterior (MIDEPLAN, 2010).

Las muertes por accidentes de tránsito han alcanzado cifras significativas en los últimos años, siendo las provincias con mayor incidencia San José y Alajuela, las cuales representan más del 50% de las muertes por este rubro particular. Según el sexo, las muertes registradas son en su mayoría hombres. Finalmente en relación con las muertes por suicidios, la tasa de mortalidad por cada 100.000 habitantes incrementó en forma significativa del año 2008 (6,8) al 2009 (8,2) (Ministerio de Salud, 2010).

Tabla 20: Muertes por accidentes de tránsito, Costa Rica 2004-2009

| Muertes por accidentes de tránsito | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| San José                           | 239  | 254  | 305  | 282  | 328  | 196  |
| Alajuela                           | 94   | 71   | 98   | 100  | 104  | 162  |
| Cartago                            | 29   | 32   | 26   | 32   | 29   | 41   |
| Heredia                            | 31   | 40   | 25   | 34   | 32   | 57   |
| Guanacaste                         | 50   | 63   | 75   | 89   | 112  | 76   |
| Puntarenas                         | 69   | 79   | 85   | 73   | 101  | 99   |
| Limón                              | 73   | 77   | 73   | 75   | 87   | 78   |
| Total                              | 585  | 616  | 687  | 685  | 793  | 709  |

Fuente: Indicadores básicos de salud, Ministerio de Salud, 2004-2010

#### 4.1.2.1.2. Objetivos de Desarrollo del Milenio

Para avanzar en el cumplimiento de los ODM, Costa Rica se propuso la realización de algunas metas nacionales relacionadas con el sector salud. En su primer informe de avance en el cumplimiento de los ODM en el país, que se presentó hasta el año 2004 Costa Rica había logrado en las distintas metas un avance «*adecuado*» (Consejo Nacional y SNU, 2004: 116-118). En las siguientes tablas se detallan los niveles alcanzados respecto a los indicadores relacionados con el cumplimiento de los ODM, desde la ratificación del país a la Declaración del Milenio, considerando los datos registrados en el primer avance de cumplimiento y la actualización de algunos hasta el 2010.

#### **Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre**

La pobreza es un fenómeno complejo, multicausal y multidimensional, que se vive y manifiesta de múltiples formas, desde la privación de las personas de poder satisfacer las necesidades básicas alimentarias, nutricionales, de abrigo, habitar en entornos seguros,

obtener una ocupación remunerada, hasta otras dimensiones como la impotencia para incidir en las decisiones locales-regionales y nacionales y poder mantener condiciones para llevar una vida digna.

Respuestas integrales y efectivas a la pobreza pasan por articular acciones tanto en las esferas del mercado como las del Estado, potenciando proyectos de las personas, familias y comunidades. Desde el punto de vista de competencias y responsabilidad del Sector Público, resulta crítica la definición e implementación de políticas sociales tanto universales como selectivas, mediante las cuales se propicie el acceso sostenido a los servicios básicos de salud, educación, vivienda y trabajo, así como la generación de oportunidades y desarrollo de potencialidades para las personas y familias en condición de pobreza, vulnerabilidad y exclusión.

#### **Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil**

Los indicadores asociados con la mortalidad infantil son excelentes predictores del desarrollo de las naciones y del bienestar de sus habitantes. Las Naciones Unidas fijaron como meta al 2015 reducir la mortalidad de menores de 5 años en dos terceras partes. Para el caso costarricense, ello implicaba pasar de 3,7 a 1,2 defunciones de menores de 5 años por mil habitantes correspondientes a esa franja etaria, nivel de logro que la Subcomisión de Salud constituida para la formulación del Primer Informe de país sobre el cumplimiento de los ODM, estimó no factible en virtud de que el mayor número de muertes de menores de 5 años corresponde a muertes de menores de un año, siendo difícil alcanzar reducciones mayores. Este reporte toma en cuenta esta consideración así como las metas adicionales definidas en materia de mortalidad infantil y vacunación.

Tabla 21: Balance de ODM-1, Costa Rica 2009

| 1990  | 1995 | 2000 | 2005 | 2009             |
|---|------|------|------|------------------|
| <b>Metas e Indicadores</b>  |      |      |      |                  |
| <b>Meta 1.1 Al año 2015, reducir a la mitad, respecto a 1990, el porcentaje de hogares en situación de pobreza extrema, es decir que padecen hambre, tanto en el nivel nacional como en los diferentes niveles subnacionales.</b> |      |      |      |                  |
| <b>% de hogares en situación de pobreza extrema</b>   |      |      |      |                  |
| Nacional: 9,1%  | 6,2  | 6,1  | 5,6  | 4,2              |
| <b>Oscilación regional:</b>   |      |      |      | De 8,5% a 3,1%   |
| <b>De 22,7% a 5,7%</b>  |      |      |      |                  |
| <b>Meta 1.2 Al año 2015, haber reducido a menos de 16% el porcentaje de hogares en situación de pobreza, tanto en el nivel nacional, como en los diferentes niveles subnacionales.</b>  |      |      |      |                  |
| <b>% de hogares en situación de pobreza extrema</b>   |      |      |      |                  |
| Nacional: 27,1%   | 20,4 | 20,6 | 21,2 | 18,5             |
| <b>Oscilación regional:</b>   |      |      |      | De 30,9% a 15,3% |
| <b>De 45,4% a 21,7%</b>   |      |      |      |                  |
| <b>Meta 1.3 Lograr empleo pleno productivo y trabajo decente para todos, incluyendo mujeres y jóvenes</b>   |      |      |      |                  |
| <b>Tasa de ocupación (%):</b>   |      |      |      |                  |
| Nacional: 51,1  | 51,1 | 50,8 | 53,0 | 52,1             |
| <b>Hombres: 73,8</b>  |      |      |      | 66,8             |
| <b>Mujeres: 28,6</b>  |      |      |      | 38,0             |

Fuente: MIDEPLAN, 2010

Tabla 22: Balance de ODM-4, Costa Rica 2009

| 1990   | 1995 | 2000 | 2005 | 2009              |
|--|------|------|------|-------------------|
| <b>Metas e Indicadores</b>   |      |      |      |                   |
| <b>Meta 4.1: La tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (TMM5) tanto a nivel nacional como en los diferentes niveles subnacionales registre en el 2015, como valor máximo, 2 defunciones por mil personas menores de 5 años.</b>   |      |      |      |                   |
| <b>TMM5</b>  |      |      |      |                   |
| Nacional: 3,7%   | 3,1  | 2,4  | 2,1  | 2,2               |
| <b>Oscilación provincial:</b>  |      |      |      | De 3,2% a 1,1%    |
| <b>De 4,9% a 2,4%</b>  |      |      |      |                   |
| <b>Meta 4.2 Al año 2015, el valor máximo de la tasa de mortalidad infantil (TMI), tanto en el nivel nacional como en los diferentes niveles subnacionales, sea de 9 por mil nacidos vivos</b>  |      |      |      |                   |
| <b>TMI</b>   |      |      |      |                   |
| Nacional: 14,8%  | 13,2 | 10,2 | 9,8  | 8,8               |
| <b>Oscilación provincial:</b>  |      |      |      | De 11,70% a 7,15% |
| <b>De 18,8% a 12,0%</b>  |      |      |      |                   |
| <b>Meta 4.3 Que para el año 2015, la cobertura de la vacunación contra el sarampión y la <i>haemophilus influenzae</i> alcance, de manera sostenida, al menos a 95% de los niños menores de un año, tanto en el nivel nacional como en los diferentes niveles subnacionales.</b> |      |      |      |                   |
| <b>Porcentaje de cobertura de vacunación contra el sarampión</b>   |      |      |      |                   |
| Nacional: 87,9%  | 93   | 82,1 | 89   | 81,0              |
| <b>Porcentaje de cobertura de vacunación contra la <i>haemophilus influenzae</i></b>   |      |      |      |                   |
| Nacional: N.D.   | N.D. | 93,7 | 85,5 | 87,0              |

Fuente: MIDEPLAN, 2010

## **Objetivo 5: Mejorar la salud materna**

La salud materna es un aspecto clave del desarrollo humano ya que la reproducción debe ser una parte normal de la vida y nunca un riesgo a la existencia. La mortalidad materna pone de manifiesto desigualdades profundas tanto socioeconómicas como de género y etnia. Se trata pues de un fenómeno que tiene una relación importante con el disfrute de derechos de las mujeres, el desarrollo social de las naciones y el desarrollo humano a nivel individual. Bajo esta premisa, en el año 2000 se incluyó la salud materna como una de las metas del milenio, concretamente el quinto objetivo que apunta a reducir la mortalidad materna de 1990, a tres cuartas partes para el año 2015.

Tabla 23: Balance de ODM-5, Costa Rica 2009

| 1990   | 1995 | 2000 | 2005 | 2009                                     |
|--|------|------|------|--|
| <b>Metas e Indicadores</b>   |      |      |      |  |
| <b>Meta 5.1: Que para el año 2015, el valor máximo de la tasa de mortalidad materna, tanto nacional como en los diferentes ámbitos subnacionales, sea de 2 por diez mil nacidos vivos.</b>   |      |      |      |  |
| <b>Tasa de mortalidad materna por 10.000 nacidos vivos</b>   |      |      |      |  |
| Nacional: 1,5  | 2,0  | 3,6  | 3,6  | 2,7                                      |
| Oscilación provincial:   |      |      |      | Tasa quincenal 2004-2009: De 2,5% a 5,2% |
| <b>Meta 5.2 Que para el año 2005, 97% de los partos sean hospitalarios; se logre captar el 75% de las mujeres durante el primer trimestre de gestación; y que el porcentaje de embarazadas con atención prenatal completa sea de 75%</b> |      |      |      |  |
| <b>Porcentaje de partos hospitalarios</b>  |      |      |      |  |
| Nacional: 92,5%  | 94,6 | 96,2 | 98,6 | 99,1                                     |
| <b>Porcentaje de mujeres con atención durante el primer trimestre de gestación</b>   |      |      |      |  |
| Nacional: 28,5   | N.D. | 44,7 | N.D. | N.D.                                     |
| <b>Porcentaje de mujeres embarazadas con atención prenatal completa</b>  |      |      |      |  |
| Nacional: N.D.   | N.D. | 45,2 | 62,5 | 68,2                                     |
| <b>Meta 5.3 Lograr para el 2015, el acceso universal a la salud reproductiva</b>   |      |      |      |  |
| <b>Tasa de natalidad de mujeres 10-19 años</b>   |      |      |      |  |
| Nacional: 21,5%  | 20,6 | 20,0 | 17,2 | 19,6                                     |

Fuente: MIDEPLAN, 2010

## **Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, la Malaria y otras enfermedades**

En relación con este objetivo, Costa Rica adoptó las metas propuestas por Naciones Unidas, pero con algunas modificaciones e inclusive la incorporación de expresiones cuantitativas dentro de ellas. También se amplió el espectro de enfermedades importantes consideradas, dentro de las cuales está el dengue en virtud de su rebote en el país desde la década de los noventa.

Tabla 24: Balance de ODM-6, Costa Rica 2009

| 1990   | 1995 | 2000  | 2005  | 2009 |
|--|------|-------|-------|------|
| <b>Metas e Indicadores</b>   |      |       |       |      |
| <b>Meta 6.1: Reducir para el año 2010 la propagación del VIH/SIDA</b>  |      |       |       |      |
| <b>Tasa de mortalidad por VIH/SIDA por 100 mil habitantes</b>  |      |       |       |      |
| Nacional: 0,7  | 4,3  | 3,0   | 2,9   | 3,0  |
| <b>Tasa de incidencia parasitaria de malaria por 100 mil habitantes</b>  |      |       |       |      |
| Nacional: 1,4  | 4,1  | 1,4   | 2,3   | 0,76 |
| <b>Tasa de mortalidad por malaria por 1000 mil habitantes</b>  |      |       |       |      |
| Nacional: 0,12   | 0,00 | 0,03  | 0,00  | 0,00 |
| <b>Meta 6.3 A partir del año 2006, reducir la incidencia de la tuberculosis en 8% anual y la mortalidad por tuberculosis en 2% anual</b>     |      |       |       |      |
| <b>Tasa de incidencia de tuberculosis por 100 mil habitantes</b>   |      |       |       |      |
| Nacional: 9,3  | 17,9 | 13,0  | 13,2  | 11,0 |
| <b>Tasa de mortalidad por tuberculosis por 100 mil habitantes</b>  |      |       |       |      |
| Nacional: 2,3  | 2,2  | 1,7   | 1,1   | 1,1  |
| <b>Meta 6.4 A partir del año 2004, reducir la incidencia del dengue en 10% anual y mantener en cero la mortalidad por dengue hemorrágico</b> |      |       |       |      |
| <b>Tasa de incidencia del dengue por 100 mil habitantes</b>  |      |       |       |      |
| Nacional: 0,00   | 153  | 128,8 | 873,7 | 160  |
| <b>Tasa de mortalidad a causa del dengue hemorrágico por 100 mil habitantes</b>  |      |       |       |      |
| Nacional: 0,00   | 0,00 | 0,00  | 0,07  | 0,02 |

Fuente: MIDEPLAN, 2010

## **Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad ambiental**

Mediante la Iniciativa Paz con la Naturaleza (IPN), lanzada en julio 2007, Costa Rica asumió voluntariamente el compromiso de hacer de la sostenibilidad ambiental una política de Estado de largo plazo, que permee las diferentes áreas del desarrollo (económico, social, cultural, político) y que trascienda los gobiernos de turno.



Sobre la base del principio de responsabilidades comunes pero diferenciadas, la IPN hace un llamado para que cada país – sus sectores público y privado y sus sociedades e individuos – asuma su responsabilidad ante el planeta y ante las generaciones presentes y futuras. Reconoce explícitamente que para lograr el objetivo común del mantenimiento y la recuperación de los ecosistemas que permiten la vida sobre la Tierra, se hace imprescindible que todos los países, desarrollados y en vías de desarrollo, formen una alianza mundial bajo una nueva ética que reconozca nuestra interdependencia.

La Iniciativa propone acciones en Costa Rica a lo interno: a) Acciones para convertir a Costa Rica en un país carbono neutral al 2021, b) elaboración y puesta en ejecución de Planes de Gestión Ambiental en todos los órganos de Gobierno, c) promover el aumento de la cobertura forestal y el sistema de áreas protegidas, y d) incluir la Educación Ambiental para el Desarrollo Sostenible dentro del currículo de la Educación Pública.

Simultáneamente, la IPN también procura la acción internacional para liderar una campaña de protección ambiental contra los efectos del Cambio Climático. Los retos más significativos, en este sentido, son: a) crear y liderar una red internacional de países carbono-neutrales, b) impulsar mecanismos financieros para la protección de bosques primarios, c) promover el Canje de Deuda para la protección del medio ambiente, y d) apoyar un canon internacional a las emisiones de carbono.

Tabla 25: Balance de ODM-7, Costa Rica 2009

| 1990  | 1995   | 2000   | 2005 | 2009         |
|---|--------|--------|------|--------------|
| <b>Metas e Indicadores</b>  |        |        |      |              |
| <b>Meta 7.1: Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales.</b>   |        |        |      |              |
| Plan Nacional de Desarrollo formulado en atención al eje de sostenibilidad del desarrollo y formulación de la Iniciativa Paz con la Naturaleza  |        |        |      |              |
| <b>Meta 7.2 Revertir la pérdida y degradación de los recursos de medio ambiente</b>   |        |        |      |              |
| <b>Porcentaje del territorio con cobertura boscosa</b>  |        |        |      |              |
| 1992: 49,6  | 37,2   | 46,12  | 51,4 | N.D.         |
| <b>Intensidad energética</b>  |        |        |      |              |
| 0,0843  | 0,0790 | 0,0726 | N.D. | 0,0729       |
| <b>Porcentaje de generación eléctrica renovable</b>   |        |        |      |              |
| 98,7  | 84,6   | 98,8   | 96,7 | 95,1         |
| <b>Porcentaje de consumo de energía renovable dentro del consumo total de energía</b>   |        |        |      |              |
| 49,8  | 36     | 33,9   | 39   | 41,7         |
| <b>Toneladas de consumo de bromuro de metilo en la agricultura</b>  |        |        |      |              |
| 449   | 653    | 805    | 457  | 396,9        |
| <b>Meta 7.3 Que para el año 2015, 98,7% de la población disponga agua para consumo humano y que a partir del año 2006 al menos 88% de la población tenga acceso a agua de calidad potable</b> |        |        |      |              |
| <b>Cobertura de agua apta consumo humano</b>  |        |        |      |              |
| 92,0  | 95,0   | 97,3   | 97,5 | 99,9         |
| <b>Porcentaje de población con acceso a agua potable</b>  |        |        |      |              |
| 50,0  | 69,0   | 75,7   | 82,2 | 87,3         |
| <b>Meta 7.4 Reducir la mitad (respecto a 1990), para el año 2015, el porcentaje de personas que carecen de acceso sostenible a saneamiento básico</b>   |        |        |      |              |
| <b>Porcentaje población en viviendas con servicio sanitario conectado a alcantarillado o tanque séptico</b>   |        |        |      |              |
| Nacional: 75,8  | 83,5   | 90,6   | 95,2 | 96,4         |
| Urbano: 94,3  |        |        |      | Urbano: 99,2 |
| Rural: 61,3   |        |        |      | Rural: 92,1  |
| <b>Porcentaje de viviendas en hacinamiento a nivel de dormitorios</b>   |        |        |      |              |
| 16,8  | 12,1   | 6,9    | 4,2  | 4,0          |
| <b>Porcentaje de viviendas en mal estado</b>  |        |        |      |              |
| 8,8   | 9,7    | 10,4   | 10,4 | 10,7         |
| <b>Meta 7.5 Mejorar las condiciones habitacionales de las personas que en Costa Rica viven en asentamientos precarios y tugurios</b>  |        |        |      |              |
| <b>Porcentaje de viviendas ocupadas en tugurio, precario, cedida o prestada</b>   |        |        |      |              |
| 13,5  | 12,7   | 12     | 9,5  | 9,1          |

Fuente: MIDEPLAN, 2010

### **4.1.2.1.3. Determinantes de la Salud**

#### **4.1.2.1.3.1. Políticos**

La reforma del Estado de Costa Rica inicia en los años ochenta, lo que se llamó en ese entonces «*proceso de ajuste estructural*». Al desaparecer el «*socialismo real*» y el fin de la guerra fría, accionó el apoyo de organismos internacionales, particularmente el Banco Mundial, sumado a una serie de argumentos orientados a modificar el papel del Estado y a facilitar una mayor participación del sector privado. El particular sistema político costarricense y el espacio que existe para la respuesta social, han hecho que esta reforma tenga un carácter heterodoxo, dado que se aprobaron medidas orientadas a reducir el papel del Estado como ente regulador y partícipe de la actividad económica y de la prestación de servicios públicos, de forma que se diera un mayor espacio a la participación del sector privado, para evitar la privatización directa de muchos de los servicios públicos, manteniéndose una fuerte presencia estatal.

El sector salud no es ajeno a este carácter heterodoxo: el Ministerio de Salud es el ente rector, como de instituciones encargadas de la atención, como de la CCSS que se convierte en compradora de servicios de sus propios centros de salud. La parte fundamental de los servicios sigue siendo pública, la cobertura es aún universal; también se han ampliado y conservado importantes derechos de acceso a los servicios para la población.

No obstante, el crecimiento y participación de la empresa privada en la prestación de servicios de salud ha sido muy amplio, lo que se expresa en la creación, ampliación y aumento en el número de clínicas, hospitales y consultorios privados, la medicina de empresa, y la concesión de la administración de clínicas de salud a empresas privadas.

Los tratados comerciales podrían ampliar la participación del sector privado en el país, tanto en la prestación de servicios de salud como en el control del mercado de medicamentos, esto último a causa del fortalecimiento de la propiedad intelectual.

El sector estatal ha realizado procesos de reestructuración modificando así su organización interna y su relación con el sector privado. Por parte de la CCSS, institución

prestadora de servicios de salud, se han aprobado medidas para separar las funciones de financiamiento y compra de la prestación de servicios, a través de los llamados compromisos de gestión (Sojo, 1998). Las entidades prestadoras (centros de salud) asumen la responsabilidad de la atención de salud y de la contratación y gestión del personal, y reciben el presupuesto según su desempeño (CCSS-Dirección de Compras Servicios de Salud, 2011: 7-8). Esto ha alentado la compra de servicios médicos, exámenes de laboratorio, rayos X, farmacia, entre otros.

También se han aprobado formas alternativas de contratación del personal, como se ha hecho con la figura de servicios profesionales, y para la contratación de servicios médicos a terceros, también normada en una ley del año 2000 (CCSS-Políticas y Normas, 2010). De esta forma, puede haber personal directamente contratado por la Institución o contratado a través de terceros, los contratos pueden ser por tiempo definido o indefinido.

#### **4.1.2.1.3.2. Económicos**

Las reformas estatales iniciadas en la década de los ochentas, tenían por objetivo enfrentar la crisis económica que se había iniciado en los años previos. Para enfrentar indicadores macroeconómicos muy desfavorables (déficit de la balanza comercial, déficit fiscal, inflación), para ello se recurrió a medidas tales como: favorecer la producción orientada a las exportaciones y al turismo, con medidas que liberaran las regulaciones y el control sobre las empresas, para atender el déficit de la balanza comercial y la inflación; y modificar el papel del Estado, como se vio en la sección previa, que desde el punto de vista macroeconómico se consideraba necesario para enfrentar el déficit fiscal y la inflación.

Estas medidas no han permitido modificar los desbalances económicos, ya que cuando mejoran unos indicadores otros se ven deteriorados. Para el período 2000-2008, El sector salud se ha visto afectado en forma positiva por estas medidas: hay un incremento del gasto público per cápita en salud en aproximadamente el 100%, ese aumento es casi un que es un 25% más que el aumento en el PIB, que es de un 65%.

Tabla 26: Tendencia de los principales indicadores económicos e indicadores económicos relacionados con la salud, años 2000, 2004-2008

|  | 2000    | 2004    | 2005    | 2006    | 2007    | 2008    |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| PIB per cápita   | 4.058,7 | 4.427,3 | 4.681,8 | 5.207,6 | 5.996,9 | 6.703,3 |
| Deuda externa  | 4.800   | 5.366   | 5.962   | 5.049   | 6.420   | 7.416   |
| Gasto total en salud como % del producto interior bruto                              | 6,5     | 6,6     | 7,1     | 7,7     | 8,1     | 9,4     |
| Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total en salud                  | 76,8    | 77,0    | 76,0    | 68,4    | 72,9    | 66,9    |
| Gasto privado en salud como % del gasto total en salud                               | 23,2    | 23,0    | 24,0    | 31,6    | 27,1    | 33,1    |
| Gasto del gobierno general en salud como % del gasto público total                   | 21,7    | 21,3    | 21,0    | 21,5    | 25,8    | 26,1    |
| Recursos externos para la salud como % del gasto público total                       | 1,0     | 0,8     | 0,2     | 0,1     | 0,1     | 0,1     |
| Gasto de la seguridad social en salud como % del gasto del gobierno general en salud | 89,6    | 90,6    | 92,8    | 94,0    | 82,3    | 86,2    |
| Gasto directo como % del gasto privado en salud                                      | 88,2    | 88,7    | 79,4    | 86,7    | 84,6    | 88,3    |
| Planes privados del prepago como % del gasto privado en salud                        | 2,3     | 2,1     | 12,4    | 7,7     | 9,0     | 6,6     |
| Gasto total per cápita en salud al tipo de cambio medio (US \$)                      | 265     | 290     | 327     | 402     | 488     | 618     |
| Gasto total per cápita en salud expresado en dólares internacionales                 | 461     | 592     | 684     | 779     | 899     | 1.059   |
| Gasto público per cápita en salud al tipo de cambio medio (US \$)                    | 203     | 223     | 248     | 275     | 356     | 413     |
| Gasto público per cápita en salud expresado en dólares internacionales               | 354     | 456     | 519     | 533     | 656     | 708     |

Fuente: elaboración propia con base en estadísticas de COMEX, Organización Mundial de la Salud - Estadísticas Sanitarias Mundiales – 2007, 2008, 2009, 2010, 2011.

El sector salud hoy día se encuentra en una aguda crisis financiera, misma que se puso en evidencia el pasado mes de julio de 2011, mediante informe presentado por la Organización Panamericana de la Salud – OPS, en la que se identifican como principales disparadores del gasto el pago de las incapacidades de los trabajadores, la creación de plazas dentro de la CCSS, los incrementos salariales por encima de la inflación y el pago de guardias y horas extras al personal, este informe se encuentra disponible en el sitio web de la CCSS.

### 4.1.2.1.3.3. Sociales

El acceso a los servicios de salud, cuando los beneficiarios del sistema incrementan año con año, se relaciona estrechamente con el nivel de pobreza. En Costa Rica, los niveles de pobreza se han mantenido, pero se han incrementado la desigualdad social y la vulnerabilidad de algunos sectores sociales. A pesar del crecimiento del PIB – Costa Rica es la 11ª economía más grande en América Latina después de Brasil, México, Argentina, Colombia, Venezuela, Chile, Perú, República Dominicana, Guatemala y Ecuador – desde hace más de veinte años no se ha logrado disminuir considerablemente el nivel de pobreza, desde el año 1989 al año 2009 se mantiene alrededor del 22% (INEC, 2010).

Tabla 27: Distribución porcentual de los hogares con ingreso conocido por nivel de pobreza, Costa Rica 1989-2009

| Año  | No pobres | Pobres |                    |                 |
|------|-----------|--------|--------------------|-----------------|
|      |           | Total  | Pobreza no extrema | Extrema pobreza |
| 1989 | 71,7      | 28,3   | 19,3               | 9,0             |
| 1990 | 72,9      | 27,1   | 18,0               | 9,1             |
| 1991 | 68,1      | 31,9   | 20,2               | 11,7            |
| 1992 | 70,6      | 29,4   | 20,0               | 9,3             |
| 1993 | 76,8      | 23,2   | 16,3               | 6,9             |
| 1994 | 80,0      | 20,0   | 14,2               | 5,8             |
| 1995 | 79,6      | 20,4   | 14,1               | 6,2             |
| 1996 | 78,4      | 21,6   | 14,7               | 6,9             |
| 1997 | 79,3      | 20,7   | 15,0               | 5,7             |
| 1998 | 80,3      | 19,7   | 14,4               | 5,3             |
| 1999 | 79,4      | 20,6   | 13,9               | 6,7             |
| 2000 | 79,4      | 20,6   | 14,5               | 6,1             |
| 2001 | 79,7      | 20,3   | 14,4               | 5,9             |
| 2002 | 79,4      | 20,6   | 14,9               | 5,7             |
| 2003 | 81,5      | 18,5   | 13,4               | 5,1             |
| 2004 | 78,3      | 21,7   | 16,1               | 5,6             |
| 2005 | 78,8      | 21,2   | 15,7               | 5,6             |
| 2006 | 79,8      | 20,2   | 14,9               | 5,3             |
| 2007 | 83,3      | 16,7   | 13,4               | 3,3             |
| 2008 | 82,3      | 17,7   | 14,2               | 3,5             |
| 2009 | 81,5      | 18,5   | 14,3               | 4,2             |

Fuente: elaboración propia con base en estadísticas de INEC-2010

A la situación de estancamiento en la reducción de los niveles de pobreza, se suma un incremento en la desigualdad de los ingresos. De acuerdo con el INEC, se observa que durante el período de 1989 a 2009 en los hogares más ricos del país el ingreso por persona se duplicó; en cambio, los integrantes de las familias más pobres apenas experimentaron un 7% de aumento en sus ingresos (OPS-INEC, 2010).

Tabla 28: Índices de pobreza para el total de hogares pobres con ingreso conocido; Costa Rica 1989-2009

| Año  | Incidencia de la pobreza |        |       | Brecha de pobreza |        |       | Severidad de la pobreza |        |       |
|------|--------------------------|--------|-------|-------------------|--------|-------|-------------------------|--------|-------|
|      | Total país               | Urbano | Rural | Total país        | Urbano | Rural | Total país              | Urbano | Rural |
| 1989 | 28,30                    | 23,00  | 32,80 | 11,00             | 8,70   | 12,90 | 6,10                    | 4,80   | 7,20  |
| 1990 | 27,10                    | 23,70  | 30,10 | 10,70             | 8,20   | 12,80 | 6,00                    | 4,40   | 7,40  |
| 1991 | 31,90                    | 28,80  | 34,40 | 13,00             | 10,80  | 14,80 | 7,30                    | 5,90   | 8,50  |
| 1992 | 29,40                    | 27,30  | 31,10 | 11,40             | 9,60   | 12,90 | 6,30                    | 4,80   | 7,50  |
| 1993 | 23,20                    | 19,80  | 25,90 | 8,70              | 6,60   | 10,50 | 4,70                    | 3,20   | 6,00  |
| 1994 | 20,00                    | 15,50  | 23,70 | 7,40              | 5,10   | 9,20  | 3,90                    | 2,50   | 5,10  |
| 1995 | 20,40                    | 16,10  | 23,90 | 7,50              | 5,30   | 9,40  | 4,00                    | 2,60   | 5,20  |
| 1996 | 21,50                    | 17,00  | 25,10 | 8,30              | 6,10   | 10,10 | 4,50                    | 3,10   | 5,60  |
| 1997 | 20,70                    | 16,30  | 24,10 | 7,40              | 5,60   | 8,70  | 3,80                    | 2,80   | 4,60  |
| 1998 | 19,70                    | 16,10  | 22,40 | 6,80              | 4,90   | 8,30  | 3,50                    | 2,30   | 4,30  |
| 1999 | 20,60                    | 17,30  | 23,50 | 8,00              | 6,40   | 9,30  | 4,30                    | 3,40   | 5,00  |
| 2000 | 20,60                    | 17,10  | 25,40 | 7,50              | 5,80   | 10,00 | 4,00                    | 3,00   | 5,40  |
| 2001 | 20,30                    | 16,90  | 25,20 | 7,50              | 5,90   | 9,70  | 4,00                    | 3,10   | 5,30  |
| 2002 | 20,60                    | 17,30  | 25,40 | 7,60              | 6,00   | 9,80  | 4,00                    | 3,00   | 5,30  |
| 2003 | 18,50                    | 15,40  | 23,10 | 6,90              | 5,60   | 8,90  | 3,70                    | 2,90   | 4,80  |
| 2004 | 21,70                    | 18,90  | 26,00 | 7,70              | 6,40   | 9,60  | 4,00                    | 3,20   | 5,10  |
| 2005 | 21,20                    | 18,70  | 24,90 | 7,70              | 6,80   | 9,20  | 4,00                    | 3,50   | 4,80  |
| 2006 | 20,20                    | 18,30  | 23,00 | 7,10              | 6,20   | 8,50  | 3,70                    | 3,20   | 4,50  |
| 2007 | 16,70                    | 15,70  | 18,30 | 5,40              | 5,00   | 6,10  | 2,60                    | 2,30   | 2,90  |
| 2008 | 17,70                    | 16,90  | 18,70 | 5,60              | 5,00   | 6,30  | 2,60                    | 2,30   | 3,10  |
| 2009 | 18,50                    | 18,00  | 19,20 | 6,30              | 5,90   | 6,80  | 3,20                    | 2,90   | 3,60  |

Fuente: elaboración propia con base en estadísticas de INEC-2010

Durante ese período, la brecha social se hizo más visible; cifras al 2010 reflejan que los hogares pobres tienen un ingreso per cápita aproximado de 35.000 colones, mientras que para los adinerados el promedio es de 521.000 colones, 15 veces mayor que los primeros, además estos agrupan el 50% de los ingresos en contraposición al 5% del quintil I, por otra parte las personas del quintil I tienen en promedio 7 años menos de escolaridad respecto a las del quintil V. Así lo determina el estudio “Desigualdad Socioeconómica en Costa Rica”, el cual subraya la tendencia creciente de la pobreza en los últimos años. En el año 2010 esa alcanzó el 21,3% de la población, 6% de los cuales estaban en extrema pobreza.

Tabla 29: Brechas entre el grupo de menos ingresos (quintil I) y el de mayores ingresos (quintil V), Costa Rica 2010

| Características de los hogares y de las personas            | Quintiles de ingreso per cápita |           |
|---|---------------------------------|-----------|
|   | Quintil I                       | Quintil V |
| <b>Miembros por hogar</b>                                   | 4,18                            | 2,87      |
| <b>Fuerza de trabajo por hogar</b>                          | 1,21                            | 1,78      |
| <b>Ocupados por hogar</b>                                   | 0,97                            | 1,74      |
| <b>Ingreso per cápita por hogar</b>                         | 35.225                          | 521.007   |
| <b>Porcentaje hogares con jefatura femenina</b>             | 34,71                           | 28,49     |
| <b>Distribución porcentual de ingreso de los hogares</b>    | 5,01                            | 50,44     |
| <b>Relación dependencia demográfica</b>                     | 0,77                            | 0,28      |
| <b>Horas semanales trabajadas en la ocupación principal</b> | 40,67                           | 45,17     |
| <b>Escolaridad promedio personas de 15 años y más</b>       | 5,96                            | 12,62     |
| <b>Tasa de desempleo abierto</b>                            | 20,40                           | 2,37      |
| <b>Tasa neta de participación</b>                           | 40,69                           | 70,23     |

Fuente: Escuela de Economía de la Universidad Nacional, 2010



La lucha contra la pobreza ha sido definida como uno de los ejes centrales de política de la actual administración. Se propone reducir el nivel de pobreza, detener el incremento en la desigualdad y fortalecer la clase media a través del mejoramiento de la educación, orientar las acciones de salud hacia los grupos más vulnerables, fortalecer los programas de vivienda, apoyar a la pequeña y mediana empresa y crear oportunidades de empleo.

En lo que respecta al empleo las mujeres continúan teniendo una tasa menor de ocupación que los hombres, y presentan una tasa de desempleo mayor. La información de condición por género, viene a reforzar la necesidad de prestar más atención a la vulnerabilidad de las mujeres para hacerle frente a la pobreza, pues las tasas de desempleo han venido aumentando en los últimos años.

Tabla 30: Condición de empleo por género, Costa Rica 2003-2010

| Año         | Tasa de ocupación |         |       | Tasa de desempleo |         |       |
|-------------|-------------------|---------|-------|-------------------|---------|-------|
|             | Hombres           | Mujeres | Total | Hombres           | Mujeres | Total |
| <b>2003</b> | 65,2              | 34,8    | 93,3  | 5,8               | 8,2     | 6,7   |
| <b>2004</b> | 66,1              | 33,9    | 93,5  | 5,4               | 8,5     | 6,5   |
| <b>2005</b> | 64,9              | 35,1    | 93,4  | 5,0               | 9,6     | 6,6   |
| <b>2006</b> | 64,1              | 35,9    | 94,0  | 4,4               | 8,7     | 6,0   |
| <b>2007</b> | 63,5              | 36,5    | 95,4  | 3,3               | 6,8     | 4,6   |
| <b>2008</b> | 62,0              | 37,2    | 95,1  | 4,2               | 6,2     | 4,9   |
| <b>2009</b> | 62,8              | 37,2    | 92,2  | 6,9               | 10,8    | 8,4   |
| <b>2010</b> | 62,7              | 37,3    | 92,2  | 6,0               | 9,5     | 7,8   |

Fuente: INEC-Encuesta Hogares Propósitos Múltiples-2010; Encuesta Nacional de Hogares, 2010.

#### **4.1.2.1.3.4. Ambientales**

En cuanto al tema ambiental, el MINAET (Ministerio de Ambiente, Energía y Telecomunicaciones) ejerce la rectoría, la cual se propone:

*«Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las y los habitantes del país mediante la promoción del manejo, conservación y desarrollo sostenible de los elementos, bienes, servicios y recursos ambientales y naturales del país, cuya disposición corresponda al MINAET o por disposición legal o convenio internacional, garantizando la necesaria y plena armonía entre las actividades de desarrollo nacional y el respeto por la naturaleza y la consolidación jurídica de los derechos ciudadanos en esta materia.»*

El MINAET se encuentra conformado por 28 entidades públicas: 2 comisiones, 11 departamentos, 6 dependencias desconcentradas, 6 direcciones, 1 órgano sectorial y 2 órganos adscritos; 18 de éstas entidades surgieron durante la década de los noventa (Programa Estado de la Nación – Costa Rica, 2005: 198). Sin embargo, hay una *«ausencia de capacidades institucionales y recursos para su seguimiento y eficiente gestión»* (idem: 199) debido al traslape entre sectores que escapan a la rectoría. Además la Ley no *«garantizó la dotación de recursos humanos y financieros suficientes ya apropiadamente distribuidos para las instituciones que se crearon a su amparo»* (p. 199), pues los recursos se concentran en energía, agua y saneamiento.

De esta forma, la salud se ve afectada por el deterioro ambiental debido a:

- i. Inadecuado manejo de los desechos sólidos. Todavía no se ha logrado establecer mediante estudios epidemiológicos la relación entre el inadecuado manejo de los desechos sólidos y el deterioro de la salud, sin embargo es evidente que el primero representa un factor elevado de riesgo para la salud humana y el medio ambiente. La basura es un medio propicio para que enfermedades, como el dengue, proliferen, particularmente debido a aquellos recipientes que contienen líquidos y se convierten en criadero de mosquitos. Las infecciones gastrointestinales

también se relacionan con el inadecuado manejo de los residuos sólidos y constituyen la cuarta causa de mortalidad (Ministerio de Salud, 2010).

Los impactos negativos debido al mal manejo de los desechos sólidos son evidentes y bien conocidos, Horacio Terraza (2009: 5-6) presenta un bosquejo de éstos:

a) *Atmosféricos*. Calidad del aire por emisiones de metano y dióxido de carbono, el impacto de éstos en el efecto invernadero, sulfuro de hidrógeno entre otros.

b) *Suelos y geomorfología*. Alteración de propiedades físicas, químicas y de fertilidad, contaminación por presencia de aceites, grasas, metales pesados y ácidos.

c) *Aguas superficiales y subterráneas*. Afectación de la calidad del agua y alteración de las características hidráulicas.

d) *Bióticos*. Alteración de la cantidad de biomasa, del tipo de vegetación y fauna.

ii. Contaminación del aire. Estudios epidemiológicos muestran que la contaminación del aire cuesta miles de muertes y genera severos problemas de salud en las ciudades. Esto trae como consecuencia costos adicionales en atención de la salud y pérdida de productividad. De acuerdo con Dobles (2011: 12-15), los principales contaminantes del aire son:

a) Óxidos de Nitrógeno. Causan daños al sistema respiratorio: producido por quema de combustibles.

b) Monóxido de carbono Causa daños al sistema nervioso y cardiovascular: 90% de este es producido por vehículos.

- c) Dióxido de azufre. Contribuye a formar lluvia ácida y causa daños al sistema respiratorio y cardiovascular: producido en combustión de combustibles con azufre.
  - d) Hidrocarburos. Producen smog y causan daños al sistema respiratorio así como cáncer: producido por diversas fuentes, entre ellas los combustibles.
  - e) Partículas totales en suspensión. Causan daños a los sistemas respiratorio, digestivo, nervioso y renal: producido por diversas fuentes entre ellas la combustión.
  - f) Ozono. Causa daños al sistema respiratorio y es un poderoso tóxico para las plantas: producido secundariamente por otros contaminantes.
- iii. Desastres naturales. Los desastres afectan a las poblaciones en diversas formas. Las vías de acceso, tendidos telefónicos por lo general son los que con mayor frecuencia se destruyen. El suministro de servicios públicos (agua y servicio de alcantarillado) y las fuentes de energía (electricidad, gas) se ven por lo general interrumpidas. Un número importante de personas se ven afectadas debido a que pierden su vivienda. La industria también puede verse afectada seriamente. Las personas heridas pueden requerir cuidados médicos y el daño a las fuentes de alimento y servicios públicos pueden representar amenazas significativas para la salud pública.

De acuerdo con Noji et al (2000), los desastres se consideran un problema de salud pública, debido a:

- a) Pueden causar un número inesperado de muertes, lesiones o enfermedades en la comunidad afectada que excedan las capacidades terapéuticas de los servicios locales de salud y requerir apoyo externo.

- b) Pueden destruir la infraestructura local de salud tales como hospitales, clínicas, los cuales no serán capaces de responder ante la emergencia.
  - c) Pueden afectar la prestación rutinaria de los servicios sanitarios, debido a la interrupción por encontrarse las infraestructuras inhabilitadas, ocasionando en el largo plazo, incremento en la morbilidad y mortalidad.
  - d) Pueden tener efectos adversos en el medio ambiente y la población al incrementar el riesgo potencial de enfermedades transmisibles, que incrementarían la morbilidad, muertes prematuras, y disminuir la calidad de vida en el corto plazo.
  - e) Pueden afectar el comportamiento psicológico y social de las comunidades afectadas.
  - f) Pueden causar grandes desplazamientos de población, espontáneas u organizadas, a menudo hacia áreas donde los servicios de salud no tienen capacidad de atender la nueva situación, con lo cual se incrementa la morbilidad y mortalidad.
- iv. Manejo del agua. La Ley General de Salud en sus artículos 267 y 268 establece que *«todo sistema de abastecimiento de agua destinada al uso y consumo de la población deberá suministrar agua potable en forma continua, en cantidad suficiente para satisfacer las necesidades de las personas y con la presión necesaria para permitir el correcto funcionamiento de los artefactos sanitarios en uso»*, por otra parte todo abastecimiento de agua potable sin excepción está sujeto control del Ministerio de Salud en cuanto a la calidad del agua que se suministra y que el Ministerio vela porque sea adecuada para el consumo y segura en su manejo.

Es lamentable que a pesar de los avances significativos en cobertura (99,9%) y acceso para consumo de agua potable (87,3%) que tiene Costa Rica, el aumento en la incidencia de enfermedades de transmisión hídrica provocado por el consumo de agua no potable y en alguna medida por el aumento de inmigrantes portadores de agentes infecciosos que se diseminan por vía ambiental, demuestra que el país está a la puerta de una crisis de salud. Señales claras de esta crisis son: la diarrea ocupa el cuarto lugar como causa de muerte en las enfermedades de declaración obligatoria, y la última gran epidemia que ha sufrido el país, “el dengue” (37.8 mil casos en el 2005 y 26.1 mil casos en el 2007). En ambos el agua es el vehículo de propagación, aunque en el segundo no es por consumo del líquido. El problema de salud que en sí mismo significan las diarreas, además es necesario agregarle el costo social y económico que trae consigo la enfermedad. El diagnóstico de los 137.498 casos registrados desde enero a mayo de 2011, significa un gasto aproximado de treinta y cinco millones de dólares (US \$ 35.000.000) a la Caja Costarricense de Seguro Social. Este monto no corresponde al costo real porque la anterior cifra corresponde solo al costo que tiene la atención de un enfermo en una clínica periférica o EBAIS. Los medicamentos, exámenes de laboratorio y si fuera necesario internamiento en un hospital especializado no están incluidos en esta cifra (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la CCSS, 2011).

El dengue es la otra enfermedad relacionada con el manejo del agua. Aunque no se reportan muertes por esta enfermedad en los últimos años, el costo económico y social sí es elevado, si se toma en consideración que el costo aproximado diario de la atención de un enfermo de dengue es de alrededor de US \$ 500. Si bien es cierto que esta enfermedad no se transmite por la ingesta de agua contaminada, está muy relacionada con los deficientes sistemas de saneamiento ambiental que existen en el país. Las mismas consecuencias de las deficientes políticas de salud ambiental

y de la dinámica social que en general no valoran adecuadamente la calidad del agua (CCSS, 2009).

- v. Plaguicidas. En décadas pasadas, malas prácticas en la agricultura y ganadería contribuyeron a la destrucción de hábitats, pérdida de biodiversidad, erosión de suelo, sedimentación de ríos y alteración del equilibrio de ecosistemas y paisajes. Considerando la contaminación por agroquímicos, los impactos causados por un plaguicida en el ambiente se observan en períodos cortos con mortalidades de organismos o más largos con la disminución de una especie en un ecosistema o la contaminación de las aguas subterráneas (Estado de la Nación, 2009: 9-11).

El Convenio de Rotterdam (PIC) aplicable a ciertos plaguicidas y productos químicos peligrosos objeto de comercio internacional entró en vigor el 24 de febrero de 2004. El Convenio representa un paso importante para garantizar la protección de la población y el medio ambiente de todos los países de los posibles peligros que entraña el comercio de plaguicidas y productos químicos altamente peligrosos (Estado de la Nación, 2009:11). De las 24 sustancias PIC, Costa Rica sigue importando durante el 2009 dos de ellas: 6.500 kg de formulaciones con *metamidofos* – un insecticida de alta toxicidad y 5.560 kg de formulaciones con *metil paratión* – un insecticida organofosforado extremadamente tóxico.

Otras sustancias muy tóxicas, comúnmente utilizadas en Costa Rica incluyen al *paraguat* y al *endosulfan*. El primero, a pesar de ser un plaguicida mundialmente controvertido por su amplio uso, altamente tóxico, carencia de antídoto, los muchos episodios de intoxicaciones agudas y crónicas que se derivan de su exposición y ser uno de los responsables de la mayoría de casos de intoxicaciones fatales en Costa

Rica (Arias, 2008), se sigue importando al país en cantidades considerables.

En las plantaciones de banano y plátano se utilizan bolsas impregnadas con clorpirifós para proteger los frutos. Barraza (2009) evaluó la exposición de los niños a clorpirifós, este tiene efecto sobre el desarrollo y salud de niños en zonas bananeras.

- vi. Proyectos turísticos. El impacto causado por la actividad turística contribuye a agravar los problemas medioambientales. La explotación de la actividad turística requiere del uso y disfrute de una serie de recursos naturales y, como cualquier actividad, conlleva una serie de impactos sobre el medio. La magnitud de dichos impactos puede variar considerablemente en función del tipo de turismo, siendo el turismo del litoral el que por sus características estructurales presenta mayor problemática.

Al realizar el análisis del impacto medioambiental y por consiguiente en la salud, generados por la actividad turística debe tenerse presente, no únicamente los producidos en la fase de explotación de los alojamientos turísticos, sino también los generados durante la fase de construcción de los mismos, sin olvidar los ocasionados como consecuencia de la actividad turística en el destino vacacional: emisiones atmosféricas, aguas residuales, generación de desechos, consumo de recursos (Estado de la Nación – Informe XVI – Costa Rica, 2009).

En resumen, a pesar de una amplia legislación y de un gran aparato institucional dedicado al tema ambiental, así como de algunos logros de Costa Rica en este tema, se mantienen acciones en muy diferentes elementos que tienen efectos negativos sobre la salud de la población.



### **4.1.3. Funciones del Sistema de Salud**

#### **4.1.3.1. Rectoría**

##### **4.1.3.1.1. Mapeo de la Autoridad Sanitaria**

Mediante el decreto ejecutivo No 34582-MP-PLAN y sus reformas con fecha de 4 de junio de 2008, establece que el Poder Ejecutivo de Costa Rica se divide en dieciséis sectores con el propósito de mejorar la coordinación y organización del aparato público estatal. Entre ellos se crea el Sector Salud, cuya rectoría recae en el Ministerio de Salud. El Ministerio de Salud, como ente rector de la salud *«lidera y articula, de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales claves y ejerce sus potestades de autoridad sanitaria, para proteger y mejorar la salud de la población»* (Ministerio de Salud, 2010: 7).

El Ministerio de Salud, en su rol de ente rector de la salud, lidera y articula los esfuerzos de los actores sociales claves y ejerce sus potestades de autoridad sanitaria, para proteger y mejorar la salud de la población. Para ejercer sus funciones, el Ministerio de Salud tiene la siguiente estructura orgánica:

Tabla 31: Estructura Orgánica Ministerio de Salud, Costa Rica 2011

|                 |   |
|-----------------|---|
| Nivel Central   | Constituye el nivel político-estratégico y técnico-normativo de la institución. Tiene dos direcciones técnicas: la Dirección General de Salud y la Dirección de Desarrollo Infantil y Nutrición. La Auditoría Interna, la Unidad de Asuntos Internacionales en Salud y la Dirección de Asuntos Jurídicos funcionan como unidades asesoras. También cuenta con entes adscritos al Ministerio: INCIENSA, IAFA y tres Consejos   |
| Nivel Regional  | Su objetivo consiste en garantizar el cumplimiento del marco estratégico institucional a nivel regional. Asegura que los componentes regional y local de todos los procesos institucionales se ejecuten de manera articulada, eficaz, con la calidad requerida, acorde con el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud y con los lineamientos estratégicos emitidos por el Director General de Salud.   |
| Nivel Local     | Constituye el nivel político-operativo de la institución para la ejecución de las funciones rectoras y de provisión de servicios de salud. Está integrado por ochenta y un áreas rectoras de salud.   |
| Entes Adscritos | <p>Son instancias desconcentradas que asumen funciones específicas con el fin de lograr una mayor eficiencia en la prestación de determinados servicios. Se tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirección General de Nutrición y Desarrollo Infantil</li> <li>• Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS)</li> <li>• Oficina Cooperación Internacional de la Salud (OCIS)</li> <li>• Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Salud y Nutrición (INCIENSA)</li> <li>• Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)</li> <li>• SEPAN Secretaría de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición</li> <li>• Junta de Vigilancia de Drogas Estupefacientes</li> <li>• Consejo de Atención Integral</li> </ul> |

Fuente: Elaboración propia con base en información del Ministerio de Salud, 2011.

Tanto en el decreto No 34582-MP-PLAN, la Ley General de Salud y la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, establecen la rectoría del Sector Salud en el Ministerio de Salud, ente encargado de definir la política nacional de salud, así como de la *«organización, coordinación y suprema dirección de los servicios de salud»* (Ministerio de Salud, 2010: 16). El Sector Salud forma parte de Sistema Nacional de Salud, que a su vez forma parte del Sistema de Producción Social de la Salud. Se denomina Sector Salud al *«conjunto de instituciones públicas centralizadas y descentralizadas, que tienen una competencia explícita y legal dirigida a proveer servicios de salud a la población»* (Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, Decreto No 34510-S, 22 de mayo 2008).

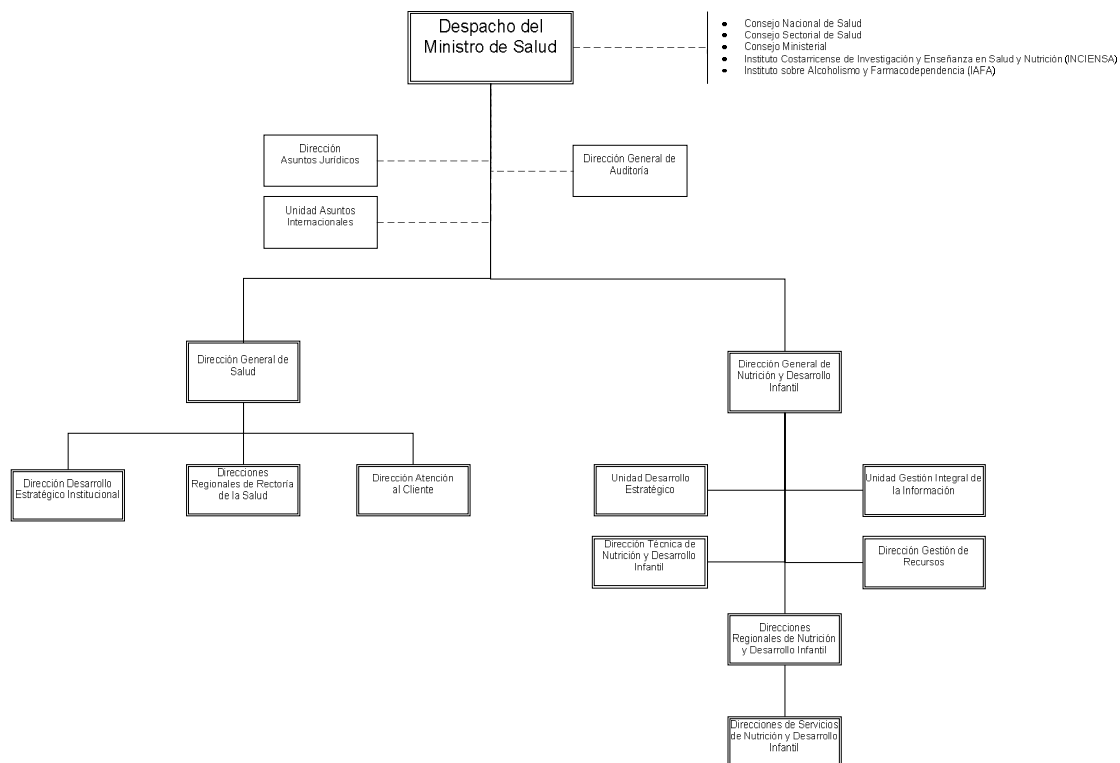
De acuerdo con el decreto 34582-MP-PLAN del 4 de junio de 2008, el Ministerio de Salud es el encargado de ejercer la rectoría sobre el Sector Salud y está conformado por las siguientes instituciones centralizadas y descentralizadas: Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA), Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) y el Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER).

El Sector Salud forma parte del Sistema Nacional de Salud, que a su vez forma parte del Sistema de Producción Social de la Salud.

El Sistema Nacional de Salud es el *«conjunto de entes públicos y privados, nacionales e internacionales, interrelacionados entre sí, que tienen, como parte de sus actividades primordiales, la provisión de bienes y servicios; finales, intermedios y de apoyo, destinados explícitamente a la protección y mejoramiento del estado de salud de la población, interdependientemente de que tengan o no un fin lucrativo»* (Marco Estratégico, Ministerio de Salud, 2011). Entre los entes que lo componen se encuentran, *«además de los que conforman el sector salud, los servicios de salud privados de atención a las personas y de protección y mejoramiento del hábitat humano, las organizaciones comunitarias que realizan actividades destinadas a proteger y mejorar la salud de las personas y su hábitat, la población en general cuando participa activamente en la realización de acciones estratégicas en salud incluida la toma de decisiones, las universidades, las municipalidades, las compañías farmacéuticas, la Comisión Nacional de Emergencias, los*

organismos de cooperación internacional como la Organización Panamericana de la Salud, la UNICEF, el Programa Mundial de Alimentos de la Food and Agriculture Organization (FAO), entre otras» (Marco Estratégico, Ministerio de Salud, 2011).

Ilustración 16: Estructura Orgánica del Ministerio de Salud, Costa Rica



Fuente: Elaboración propia con base en información del Ministerio de Salud, 2011.

El Sistema de Producción Social de la Salud, es el «conjunto interrelacionado de entes que impactan de manera significativa sobre los determinantes de la salud en las dimensiones socio-económica y cultural, ambiental, biológica y de servicios de salud de atención directa a las personas de protección y mejoramiento del hábitat humano» (Marco Estratégico, Ministerio de Salud, 2011). Además de las entidades del sector y las del sistema de salud lo conforman: «Ministerio de Ambiente y Energía, Ministerio de Educación, Ministerio de Vivienda, Ministerio de Obras Públicas y Transportes, entre

*otros ministerios; el Instituto Nacional de Aprendizaje, Cámaras de Comercio e Industrias; grupos organizados de la comunidad; gobiernos locales, organizaciones religiosas»* (Marco Estratégico, Ministerio de Salud, 2011).

La rectoría de la Producción Social de la Salud, se define como *«la función mediante la cual el ente rector lidera, promueve y articula, de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales y ejerce sus potestades de autoridad sanitaria, para proteger y mejorar la salud de la población»* (Marco Estratégico, Ministerio de Salud, 2011).

De acuerdo con el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, artículo 3<sup>ro</sup>, las funciones de la rectoría en salud son:

- a) Dirección Política de la Salud. Consiste en definir las prioridades de intervención sobre la situación de salud y sus determinantes de la salud y, cuando sea necesario para causar el impacto requerido; concertar directamente con los actores sociales del Sistema de Producción Social de la Salud, las acciones estratégicas necesarias, incluidas las relacionadas con la consecución de recursos, para proteger y mejorar el estado de salud de la población.
- b) Mercadotecnia de la Salud. Consiste en definir y ejecutar las acciones necesarias para posicionar el valor de la salud en la población, persuadir o incentivar a los actores sociales para que adopten e implementen la Estrategia de Promoción de la Salud y promover la Cultura de la no Exclusión en Salud.
- c) Vigilancia de la Salud. Consiste en seleccionar, recopilar, integrar, analizar y difundir información sobre el estado de salud, sus determinantes y tendencias, a fin de seleccionar las medidas más apropiadas para proteger y mejorar la salud de la población.
- d) Planificación Estratégica de la Salud. Función rectora que realiza el Ministerio de Salud que consiste en formular y ejecutar, con la participación de los actores del Sistema de Producción Social de la Salud, planes y proyectos, sectoriales e intersectoriales, dirigidos a proteger y mejorar la salud de la población, a partir de las políticas nacionales de salud y la información sobre el estado de salud, sus determinantes y tendencias.

- e) Modulación del Financiamiento de los Servicios de Salud. Consiste en garantizar, que el financiamiento de los servicios públicos de salud se mantenga acorde con las prioridades establecidas en la política nacional de salud y en los planes de desarrollo.
- f) Armonización de la Provisión de los Servicios de Salud. Consiste en determinar, con criterios de necesidad, desempeño e impacto, el conjunto de servicios de salud que deben ser garantizados por el Estado, definir el modelo mediante el cual se entregan esos servicios y promover la articulación y complementariedad de los proveedores de servicios de salud, tanto públicos como privados.
- g) Regulación en Salud. Consiste en elaborar y controlar el marco normativo que debe acatar toda persona física y jurídica que provea o reciba bienes y servicios de interés sanitario; o que realice actividades o mantenga conductas que, por su naturaleza, puedan afectar la salud de las personas, a fin de garantizar la calidad, seguridad, eficacia e inocuidad, según corresponda, de los bienes, servicios, actividades y conductas, de interés o impacto sanitario.
- h) Evaluación del Impacto de las Acciones en Salud. Consiste en evaluar el impacto de las acciones, sectoriales e intersectoriales, dirigidas a proteger y mejorar la salud de la población.

La Constitución Política de Costa Rica establece, en sus artículos 21 y 50, el derecho a la vida y a un ambiente sano y equilibrado y, en el artículo 2 de la Ley General de Salud se indica que *«es función esencial del Estado velar por la salud de las personas y corresponde al Poder Ejecutivo, por medio del Ministerio de Salud, la definición de la política nacional de salud, la formación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley»*.

Por otra parte, el artículo primero de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud expresa que *«la definición de la política nacional de salud, y la organización, coordinación y suprema dirección de los servicios de salud del país, corresponden al Poder Ejecutivo, el que ejercerá tales funciones por medio del Ministerio de Salud»*.

No queda duda que, de acuerdo con el marco legal vigente, la entidad del Sistema Nacional de Salud a la que le corresponde ejercer esta función es al Ministerio de Salud, y que su responsabilidad trasciende el organizar, coordinar y dirigir los servicios de salud del país ya que abarca todas aquellas actividades, públicas y privadas, que determinan en forma significativa la salud de la población, pues es ese derecho, el de la salud, el que le corresponde tutelar, y no solamente el de garantizar el derecho que le asiste a la población de recibir servicios de salud, tanto de atención directa como de protección y mejoramiento del hábitat en el que se desenvuelve.

#### **4.1.3.1.2. Conducción de la Política Nacional de Salud**

La política institucional del Ministerio de Salud en materia de planificación estratégica de la salud establece lo siguiente:

*«El Ministerio debe dirigir y conducir a los actores sociales claves del sistema de producción social de la salud, para abordar en forma conjunta los determinantes salutogénicos y patogénicos prioritarios, mediante la formulación de políticas en salud, objetivos y planes de acción comunes que logren la acción sinérgica del sistema y el mayor impacto positivo posible sobre el estado de salud de la población. El énfasis de la función rectora será primordialmente el abordaje de los determinantes, no sólo de los problemas de salud » (Ministerio de Salud, 2007: 7).*

Por tanto, la Política Nacional de Salud es el marco de referencia que rige las acciones en salud que ejecutan o deben ejecutar los principales actores que intervienen en la producción social de la salud.

La Salud es el resultado de una diversidad de factores de índole estructural y de las condiciones de vida de las comunidades, que se asocian a desigualdades en el acceso al poder, ingresos, bienes y servicios (Blas y Kurup, 2010: 12-14). Es así que el modelo de determinantes sociales de la salud se conceptualiza mediante cuatro categorías para el análisis de las políticas de salud (Marmot et al, 2008):

- i. Socio-económicos y culturales: incorpora elementos estructurales relativos a las políticas públicas y organización de las instituciones sociales, posición económica, participación y redes de apoyo social, que condicionan determinantes intermedios como el empleo, nivel educativo, ingreso económico y la equidad en su distribución, acceso a la vivienda, alimentación y recreación.
- ii. Ambientales: incluyen tanto el ambiente desde una perspectiva global, como el hábitat humano específico en que se desenvuelven las poblaciones, donde coexisten determinantes como la disponibilidad y seguridad del agua, el aire y el suelo, la ocurrencia de eventos naturales, la interrelación con el hábitat de otras especies, las condiciones de saneamiento básico y de urbanización.
- iii. Servicios de atención de las personas: incluyen elementos relacionados con organización del sistema y la disponibilidad, acceso, cobertura y calidad de recursos y servicios de salud y protección social.
- iv. Biológicos: se relacionan con las condiciones físicas y mentales resultantes de la carga genética que determina el sexo, la etnia y el proceso de envejecimiento, los cuales interactúan a lo largo de la vida con los determinantes sociales.

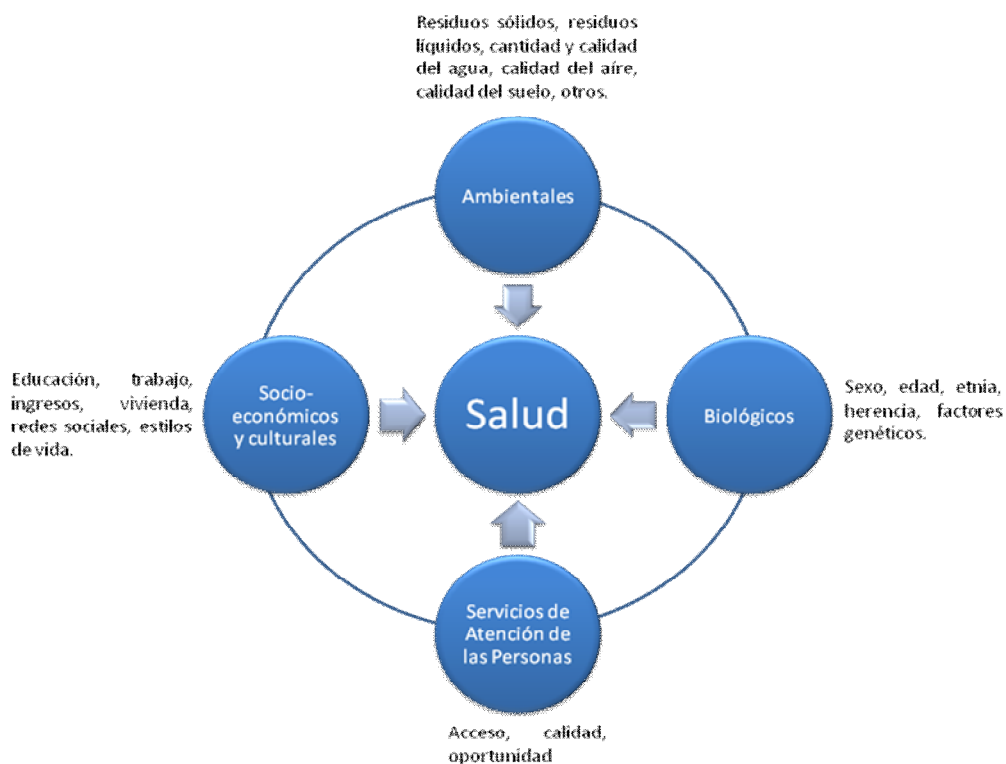
Las intervenciones en salud pública que impactan los determinantes sociales evitarán que esos riesgos se concentren en poblaciones específicas, reduciendo los niveles de exposición a factores de riesgo y con ello, los efectos y consecuencias negativas en la salud. En este sentido, las inequidades, a nivel macro, están determinadas por el gobierno, políticas públicas, valores y normas, condicionando diferencias de género condición socioeconómica. Esa distribución desigual provoca inequidades en el acceso al trabajo, educación e ingreso, impactando en mayor medida a los sectores más vulnerables (Nichols, 1993).

Durante la década de los años 50, Costa Rica adoptó un estilo de desarrollo que denotó una voluntad política explícita de invertir en programas sociales y de participación del Estado. Esta decisión se reflejó en un crecimiento general de la economía y el



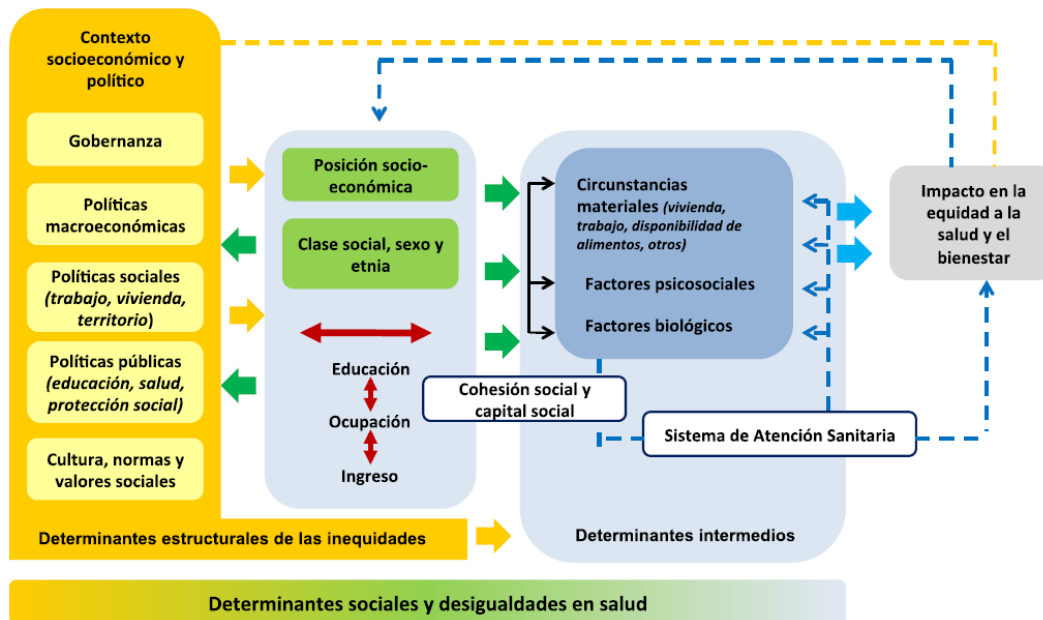
mejoramiento en el nivel de vida de la población, se promovió el acceso a la salud y a la educación y se crearon programas sociales como los de vivienda y saneamiento del medio, que permitieron mejorar los indicadores sociales y reducir la pobreza en el país.

Ilustración 17: Categorías de los Determinantes de la Salud



Fuente: Elaboración propia en base al Ministerio de Salud de Costa Rica, Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud, Junio 2007.

Ilustración 18: Modelo de Categorías de los Determinantes de la Salud



Fuente: *Closing the Gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization. 2008.*

Tabla 32: Evolución de Indicadores Sociales, Costa Rica 1950-2010

| Indicador                                | 1950    | 1960      | 1970      | 1980      | 1990      | 2000      | 2010      |
|--|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| <b>Población</b>                         | 887.850 | 1.276.640 | 1.779.655 | 2.315.705 | 3.057.164 | 3.929.248 | 4.563.539 |
| <b>Hogares pobres</b>                    | ND      | 50        | 29        | 25        | 27        | 21        | 21        |
| <b>Tasa analfabetismo</b>                | 21      | 16        | 13        | 10        | 7         | 6         | 3         |
| <b>Población con agua domiciliar (%)</b> | 53      | 65        | 75        | 86        | 94        | 94        | 98        |
| <b>Cobertura seguridad social (%)</b>    | 8       | 15        | 39        | 75        | 82        | 86        | 92        |
| <b>Gasto público (%PIB)</b>              |         |           |           |           |           |           |           |
| <b>Social</b>                            | 8,6     | 8,7       | 16,4      | 23,6      | 16,1      | 17,3      | 19,4      |
| <b>Educación</b>                         | 1,5     | 2,6       | 5,2       | 6,2       | 3,7       | 4,7       | 5,8       |
| <b>Salud</b>                             | 6,5     | 4,9       | 6,1       | 8,7       | 4,8       | 5,0       | 7,1       |
| <b>IDH</b>                               | ND      | ND        | ND        | 0,599     | 0,639     | 0,684     | 0,725     |

Fuente: Ministerio de Salud, CCP, INEC, PNUD

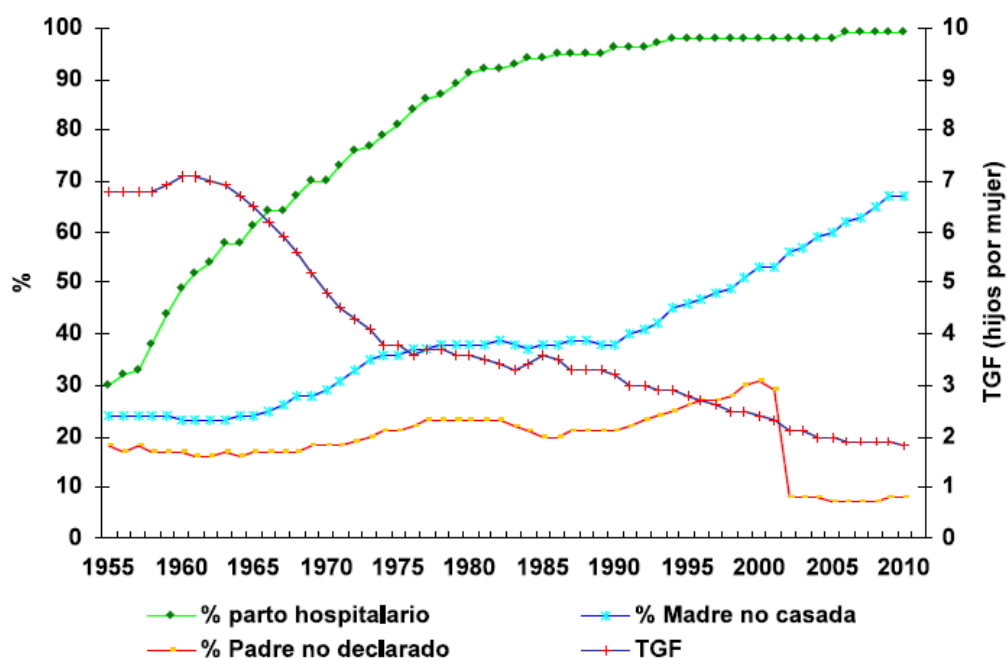
Las políticas sociales implementadas en Costa Rica a lo largo de las últimas décadas impactaron las condiciones de vida y salud de la población. La urbanización y cambios en el contexto social, demográfico y cultural del país, con una creciente participación de la mujer que elevó su nivel educativo y se incorporó progresivamente en la fuerza de trabajo. El acceso progresivo a servicios de salud y a métodos de planificación familiar redujo la tasa global de fecundidad de 7,1 hijos por mujer en 1960 a 1,8 en el 2010, como se presenta en la ilustración 19.

Así también, la mortalidad disminuyó en forma acelerada, como consecuencia de las mejores condiciones de vida, lo cual, coincidiendo con el descenso de la fecundidad, redujo la mortalidad infantil y elevó la expectativa tanto en mujeres como en hombres.

Estos cambios modificaron la pirámide poblacional y se estima que para el año 2025 la estructura de la población de Costa Rica, evidenciará con mayor claridad los cambios iniciados desde mediados del siglo XX, con un envejecimiento de la población más avanzado. Las tendencias sociales y demográficas del mundo actual han introducido nuevos desafíos para la salud pública, por lo que para reducir las brechas de salud que enfrenta el país será necesario mejorar la equidad y la eficiencia en la distribución de los recursos. La posibilidad de avanzar en la esperanza de vida al nacer dependerá del descenso que se logre en las defunciones asociadas con las enfermedades crónicas no transmisibles.

El análisis sistemático y monitoreo continuo de la situación de salud es esencial para identificar disparidades en la distribución de la salud, enfermedad y muerte (Castellanos, 1990). Estas brechas se reducirán al promover una mayor equidad en la distribución de recursos y un empleo más eficiente de la tecnología en salud. Los costos generados por la discapacidad asociada al envejecimiento y las enfermedades crónicas provocan un elevado gasto en los servicios de salud, derivados del tratamiento y manejo de las complicaciones, así como costos asociados a la pérdida de productividad de las personas afectadas. Es por ello que para avanzar hacia mejores condiciones de salud es indispensable implementar políticas públicas basadas en el enfoque de determinantes sociales.

Ilustración 19: Proporción de Nacimientos Según Variables Maternas y de Salud Reproductiva, Costa Rica 1955-2010



Fuente: elaboración propia con datos del INEC, 2010

#### 4.1.3.1.3. Regulación Sectorial

La regulación del desarrollo de la salud se entiende como «*el proceso constante de adopción, confección y ejecución de medidas sanitarias, de carácter obligatorio y/o consensual, que orientan de manera segura, técnica y operativa los procesos de la producción social de la salud. La regulación implica control constante, o sea, velar porque los diferentes actores sociales cumplan las medidas sanitarias que rigen de manera oficial los procesos de la producción social de la salud*» (Ministerio de Salud, 2007: 7).

De esta forma y con el fin de contribuir con el ejercicio de la rectoría se promueven, definen e implementan políticas saludables que potencien los factores protectores de la salud individual y colectiva y la protección del hábitat humano y contribuir de esta forma a mejorar la calidad de vida de la población, las acciones que realiza el Ministerio de Salud

en materia de regulación del desarrollo de la salud son (Informe de Evaluación Anual, Ministerio de Salud, 2010):

- 1) Desarrollo del sistema de salud que incluye la formulación de políticas, planes y la participación social en salud, así como sistemas de evaluación.
- 2) Establecimiento de normas, estándares, patrones y registros
- 3) Gestión financiera
- 4) Coordinación entre organizaciones, niveles de gobierno y sectores de la economía
- 5) Evaluación y seguimiento permanente a los establecimientos de salud
- 6) Fortalecimiento del programa de acreditación de hospitales
- 7) Acreditación académica para asegurar la calidad de la formación de recursos humanos en salud
- 8) Regular la calidad de los alimentos y medicamentos en el país.
- 9) Establecer vía decreto la venta libre de algunos medicamentos.
- 10) Defensa del consumidor, que supone la difusión de información sobre precios, características y calidad de servicios; interacción con el poder judicial y con las instancias de protección de los derechos humanos.

El año 2009 el Ministerio de Salud incorpora un aporte importante el cual consiste en la estrategia maestra que cita *«avanzar en la atención de la enfermedad hacia la promoción de la salud»* (Ministerio de Salud, 2011: 2). Acá se entiende como salud al *«proceso que posibilita el desarrollo del proyecto vital humano, de las comunidades y de la sociedad en general y la realización cotidiana del proyecto de vida de los sujetos, entendida como una construcción intencionada y determinada por las condiciones sociales, económicas y políticas, así como por las respuestas sociales organizadas»* (Ministerio de Salud, 2011: 3).

En el ejercicio de la función de regulación se vienen evaluando diversos programas y establecimientos, como el Plan Nacional de Salud, Inclusión y Movilidad Social; Plan Estratégico Nacional de VIH-SIDA; Gestión Integral de Residuos Sólidos, Atención

Integral en el Primer Nivel de Atención, la mortalidad infantil (Ministerio de Salud, 2011: 23-46).

La coordinación entre el Ministerio de Salud y otras instituciones del Sector Salud para realizar las acciones de regulación y evaluación es débil. Algunos ejemplos de esto son: resultados de la habilitación de establecimientos de salud que realiza el Ministerio de Salud desde 1997, no son utilizados por la CCSS para formular planes de mejora continua. El Ministerio de Salud legalmente no puede intervenir en la acreditación de instituciones formadoras de recursos humanos en salud, lo que ha conducido a la proliferación de instituciones de educación privadas y a la saturación de estudiantes en los centros de salud de la CCSS. Hay limitaciones en la vigilancia sanitaria, debido a la deficiente coordinación y a la existencia de diversos sistemas de información sobre la salud de salud, el financiamiento, el aseguramiento y la provisión de servicios (OPS, 2011).

#### **4.1.3.1.4. Desarrollo de las funciones esenciales de salud pública**

Costa Rica al igual que la mayor parte de países de Mesoamérica enfrenta problemas crecientes de salud debido a determinantes sociales y cambios ambientales, la influencia de la globalización hace que se requieran esfuerzos innovadores para fortalecer el sistema nacional de salud y su coordinación regional. En el año 2009, el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP-México) y el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud de Panamá (ICGES), desarrollaron un estudio enfocado al análisis de las capacidades de diversas instituciones dedicadas a ofrecer acciones de salud pública, el estudio tenía por propósito la medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública – FESP, y participaron las siguientes instituciones costarricenses:

Tabla 33: Organizaciones Participantes por País, 2009

|            |   |
|------------|---|
| Costa Rica | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Instituto Clodomiro Picado Universidad de Costa Rica</li> <li>- Centro Nacional de Ciencia y Tecnología de Alimentos</li> <li>- Centro de Investigación en Contaminación Ambiental</li> <li>- Instituto Regional de Estudios en Sustancias Tóxicas</li> <li>- Centro de Investigación de Servicios Químicos y Microbiológicos</li> <li>- Centro Centroamericano de Población</li> <li>- Instituto de Investigaciones Farmacéuticas</li> <li>- Instituto de Investigaciones en Salud</li> <li>- Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados</li> <li>- Centro de Desarrollo Estratégico de Información en Salud y Seguridad Social</li> <li>- Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud</li> <li>- Maestría de Servicios de Salud Sostenible de la Universidad Estatal a Distancia</li> <li>- Visión Mundial</li> </ul> |
|------------|---|

Fuente: Elaboración Propia con base en un estudio del Instituto Mesoamericano de Salud Pública titulado “Análisis Situacional de Instituciones Relacionadas con la Salud Pública en Mesoamérica”, 2009.

En resumen se puede concluir que para Costa Rica, se tienen instrumentos, leyes, normas, políticas y planes para el desempeño óptimo de las FESP. El reto es fortalecer las estrategias que permitan su implementación y fiscalización, así como la definición de metas claras, que identifiquen qué es importante vigilar, cada cuánto y con qué recursos. Por otra parte, en el estudio se plantea la necesidad de definir estrategias para evaluar las FESP, a nivel nacional, publicar los resultados de las evaluaciones y formular lineamientos de política y estrategias en salud para las funciones esenciales prioritarias.

#### **4.1.3.1.5. Orientación del Financiamiento**

La función de financiamiento consiste en *«el conjunto de acciones mediante las cuales el Estado, una entidad aseguradora u otro organismo público o privado, obtiene, recauda, administra y asigna los recursos financieros necesarios para producir o adquirir los bienes y servicios de salud de atención directa a las personas y de mejoramiento del hábitat humano que debe entregar a la población»* (Ministerio de Salud, 2011: 35).

El sistema de salud de Costa Rica presta servicios de salud, agua y saneamiento. El componente de servicios de salud incluye un sector público y uno privado. El sector público está dominado por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Institución autónoma encargada del financiamiento, compra y prestación de la mayoría de los servicios personales de salud. La CCSS se financia con contribuciones de los afiliados, los empleadores y el Estado, y administra tres regímenes: el seguro de enfermedad y maternidad, el seguro de invalidez, vejez y muerte, y el régimen no contributivo. La CCSS presta servicios en sus propias instalaciones o en instalaciones del sector privado con las que establece contratos denominados «*Compromisos de Gestión*». El sector privado comprende una amplia red de prestadores que ofrecen servicios ambulatorios y de especialidad con fines lucrativos. Estos servicios se financian sobre todo con pagos de bolsillo, pero también con primas de seguros privados. El Instituto Nacional de Seguros opera tanto en el sector público como en el privado, siendo responsable de las coberturas de los riesgos laborales y de tránsito, y de otorgar servicios médicos hospitalarios y rehabilitación traumatológica relacionados.

Los organismos descentralizados como la CCSS, el A y A y el INS, cuentan con mecanismos propios de recaudación, contraloría y auditoría del gasto. El Ministerio de Salud dentro de las funciones definidas en su Reglamento Orgánico, establece la modulación del financiamiento de los servicios de salud, la cual consiste en garantizar, que el financiamiento de los servicios públicos de salud se mantenga acorde con las prioridades establecidas en la política nacional de salud y en los planes de desarrollo (Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, 2008).

La función de orientación del financiamiento aunque es realizada con limitantes, debido a la carencia de recursos, información sistematizada o personal acorde para intervenir directamente en la orientación del gasto; el Ministerio de Salud se apoya a través de la Contraloría General de la República y el Ministerio de Hacienda, entidades que controlan el financiamiento y el gasto público en el sector Salud.

Por otra parte, la cooperación financiera externa se hace, fundamentalmente, a través de préstamos no reembolsables; uno de los principales prestadores al sector Salud es el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).



#### **4.1.3.1.6. Garantía de Aseguramiento**

La función general de aseguramiento se refiere a la *«obligación del Sistema Nacional de Salud de asegurar o garantizar el acceso universal de la población a los servicios de salud, tanto de atención directa a las personas (establecimientos de atención médica) como aquellos destinados a proteger y mejorar el hábitat humano, con énfasis en los sectores vulnerables de la población, especialmente los más pobres»* (Ministerio de Salud, 2011: 28).

La función de aseguramiento incluye tres perspectivas. Las dos primeras se refieren a servicios de salud, tanto de atención directa a las personas como de protección y mejoramiento de su hábitat, mientras que la tercera únicamente se refiere a los servicios de atención directa a las personas (Ministerio de Salud, 2011: 29).

#### **4.1.3.1.7. Armonización de la Provisión**

Adicionalmente le corresponde al Sistema Nacional de Salud *«suministrar o proveer el conjunto de servicios que se provee a las personas, ya sea en forma individual o colectiva, incluidos los relacionados con el hábitat en que se desenvuelven, que tienen como fin explícito el proteger y mejorar, con equidad, la salud»* (Ministerio de Salud, 2011: 30). Entre las instituciones que desempeñan esta función se encuentran: la Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Nacional de Seguros, Ministerio de Salud, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, Municipalidades, establecimientos médicos privados, empresas que gestionan residuos sólidos y juntas administradoras de acueductos rurales.

Tabla 34: Aseguramiento de la Función de Salud, Costa Rica

| Perspectiva  | Responsable   |
|--|---|
| <b>Perspectiva pública.</b> Apunta al establecimiento, con base en criterios de necesidad, desempeño e impacto; de los servicios de salud de atención directa a las personas y de protección y mejoramiento del hábitat humano, que cubran a toda la población bajo los principios de equidad y solidaridad. Es decir, implica la definición del conjunto de servicios a los que, sobre la base de la situación de salud, toda la población debe tener acceso, independientemente de quien los provea. | Ministerio de Salud   |
| <b>Perspectiva social.</b> Se refiere al conjunto de acciones dirigidas a garantizarle a la población el derecho a recibir el conjunto establecido de servicios de salud de atención directa a las personas y de protección y mejoramiento de su hábitat.  | Ministerio de Salud, Ministerio de Hacienda, FODESAF, CCSS INAA                         |
| <b>Perspectiva financiera.</b> Se entiende como el mecanismo de protección a las personas contra los riesgos de enfermar y morir, ya que garantiza la disponibilidad de fondos para que cada una de ellas tenga acceso a los servicios de salud de atención a las personas, en el momento que lo requiera, sin que ello represente un desembolso económico en el preciso momento de recibir los servicios. Esto hace referencia a los sistemas de seguros, también conocidos como de prepago.          | CCSS, INS, Aseguradoras de Servicios de salud privadas, Ministerio de Hacienda, FODESAF |

Fuente: Marco Estratégico, Ministerio de Salud, 2011

El Sistema Nacional de Salud lo conforman una serie de entidades, pero que no ejecutan directamente ninguna de las funciones antes mencionadas, sino que brindan productos intermedios para que estas se puedan llevar a cabo.

El artículo 81 de la Ley General de Salud los define como *«establecimientos auxiliares, complementarios o de apoyo de las acciones de salud»* y se refiere a *«aquellos que proporcionan servicios o suministran bienes materiales especiales, necesariamente requeridos para la consecución de tales acciones»*. Tal es el caso de las universidades, que forman personal para laborar en las entidades que brindan servicios de salud, las casas farmacéuticas, las empresas productoras de instrumental médico, los institutos de investigación en salud y temas afines, empresas de diseño de plantas de tratamiento de aguas, entre otros. Todas estas tienen como actividad principal la provisión de insumos necesarios para el cumplimiento de las funciones generales del Sistema Nacional de Salud.

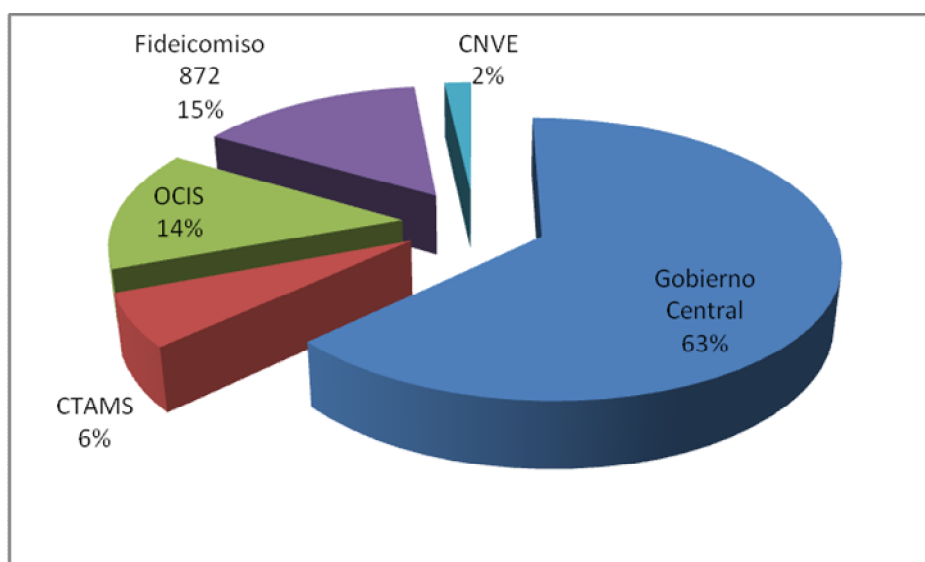
## 4.1.3.2. Financiamiento y Aseguramiento

### 4.1.3.2.1. Financiamiento

Es importante señalar que la asignación del presupuesto para las instituciones que conforman el sistema de salud, proviene de un marco prospectivo y competitivo, ligado a los objetivos y metas de producción de cada institución para el mejoramiento de los servicios de salud prestado a la población.

El Ministerio de Salud obtiene su financiamiento a través de: Gobierno Central e instancias presupuestarias (Consejo Técnico de Asistencia Médico Social – CTMAS, la Oficina de Cooperación Internacional de la Salud – OCIS, este último financiado por el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares; el Fideicomiso 872 – CTMAS- Ministerio de Salud – Banco Nacional de Costa Rica y la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología - CNVE).

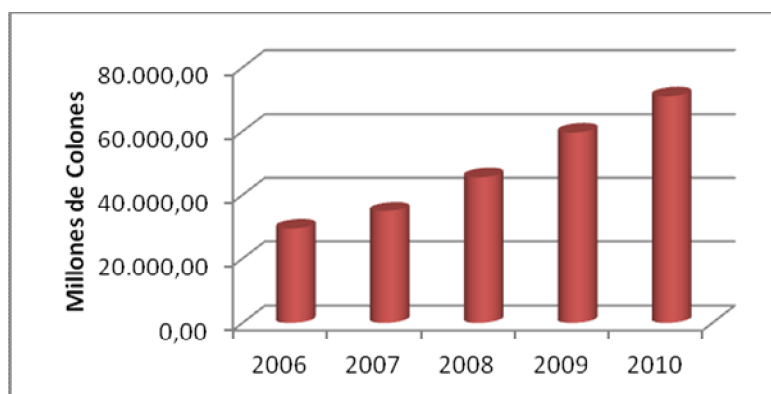
Ilustración 20: Aporte Presupuestario Organismos del Ministerio de Salud, Costa Rica 2010



Fuente: Elaboración propia con base en un informe de ejecución presupuestaria Sistema SIAF, Dic/2010

El presupuesto del Ministerio de Salud se distribuye entre diferentes programas, los cuales son: Gestión Intrainstitucional, Rectoría de la Producción Social de la Salud y Provisión de Servicios de Salud (Presupuesto 2008, Ministerio de Hacienda). El Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, el Instituto Nacional de Seguros, las Universidades (UCR) y las Municipalidades del territorio nacional, como se muestra en el gráfico “Inversión del Sector Salud”, en los dos últimos años, el incremento presupuestario es de 14,0%.

Ilustración 21: Inversión del Sector Salud, Costa Rica 2006-2010



Fuente: Informe ejecución presupuestaria Sistema SIAF, diciembre 2010.

La siguiente tabla n.35 ilustra la inversión en el Sector Salud y los porcentajes de participación de cada uno de los integrantes, los datos referentes al Ministerio de Salud se toman de los informes de ejecución emanados por el sistema SIAF y SIGAF, los datos del Instituto Nacional de Seguros y el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados son datos confirmados mediante oficios PRE-00287-2011 y PRE-PLA-2011-072 respectivamente, la información de la Caja Costarricense de Seguro Social se recibió mediante comunicación del Licenciado Sergio Gómez Rodríguez, y los datos de la Universidad de Costa Rica y Municipalidades, se proyecta en un 5% con relación al año anterior.

La CCSS se financia con cotizaciones tripartitas (empleados, trabajadores y Estado). Actualmente la cuota de cotización asciende a 22,91% de la nómina salarial. El patrón aporta 14,16% dividido en 9,25% para el SEM y 4,91% para el IVM. El trabajador aporta 8,25%, 5,50% para el SEM y 2,75% para el IVM. Finalmente, el Estado aporta 0,50%, dividido en 0,25% para cada régimen. Los asegurados voluntarios e independientes aportan conforme a sus ingresos declarados y el Estado aporta 0,25%. Si los ingresos son menores a US \$ 885, el aporte es de 10,5% y si los ingresos superan ese monto se aporta 13,5%.

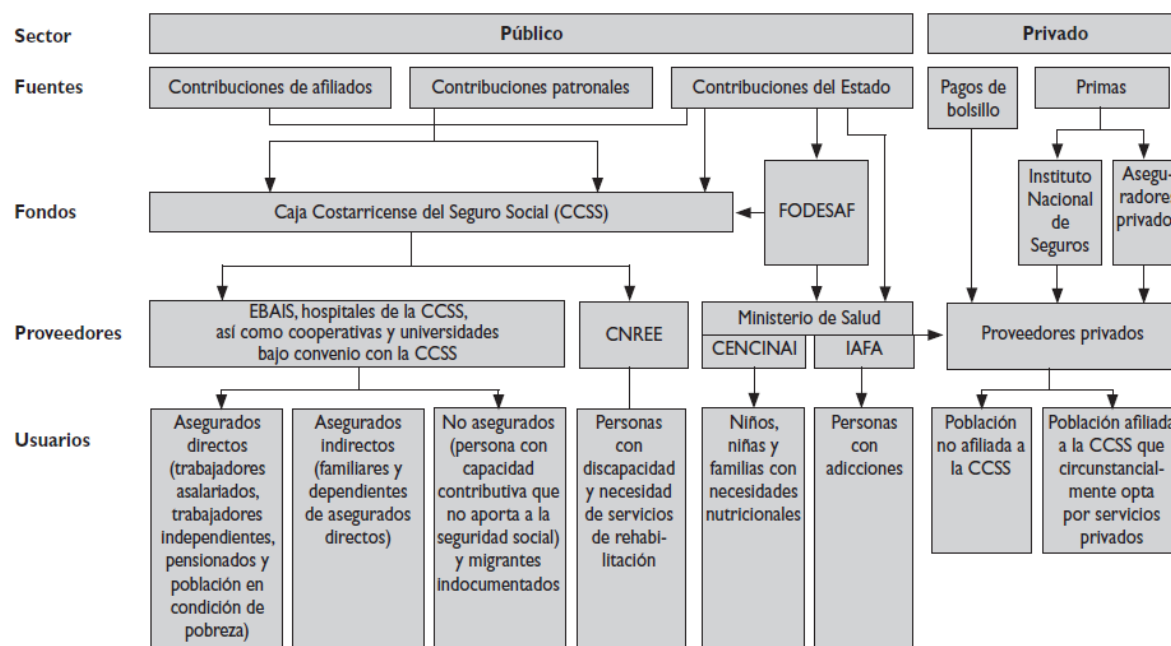
Tabla 35: Inversión del Sector Salud y sus Instituciones, Costa Rica 2006-2010 (en millones de colones)

| AÑO     | Ministerio de Salud |       | CCSS         |        | ICAA   |       | INS       |       | UCR       |       | MUNICIPALIDADES |       | TOTALES      |         |
|---------|---------------------|-------|--------------|--------|--------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------------|-------|--------------|---------|
|         | ₡                   | %     | ₡            | %      | ₡      | %     | ₡         | %     | ₡         | %     | ₡               | %     | ₡            | %       |
| 2006    | 29.274,81           | 4,7%  | 533.843,40   | 85,9%  | 50,82  | 0,00% | 7.819,38  | 1,3%  | 9.902,15  | 1,6%  | 40.762,54       | 6,6%  | 621.653,11   | 11,40%  |
| 2007    | 34.796,74           | 4,3%  | 659.557,00   | 82,3%  | 51,78  | 6,30% | 7.652,77  | 1,0%  | 11.759,32 | 1,5%  | 51.478,85       | 4,6%  | 801.203,83   | 14,69%  |
| 2008    | 45.445,48           | 4,6%  | 847.176,59   | 86,2%  | 61,83  | 0,00% | 10.60,92  | 1,0%  | 14.353,82 | 1,5%  | 65.837,65       | 6,7%  | 983.136,68   | 29,17%  |
| 2009    | 59.591,58           | 5,0%  | 1.012.397,40 | 85,6%  | 75,74  | 0,00% | 13.358,23 | 1,1%  | 17.783,42 | 1,5%  | 79.663,55       | 6,7%  | 1.182.869,92 | 21,68%  |
| 2010    | 70.809,14           | 5,2%  | 1.167.280,17 | 86,2%  | 89,74  | 0,01% | 13.249,98 | 1,0%  | 18.672,59 | 1,4%  | 83.646,73       | 6,2%  | 1.353.748,35 | 24,81%  |
| Totales | 268.196,08          | 4,92% | 4.663.520,80 | 85,48% | 371,56 | 0,01% | 58.563,92 | 1,07% | 81.062,96 | 1,49% | 347.769,65      | 6,37% | 5.455.392,73 | 100,00% |

Fuente: informes de liquidación presupuestaria y proyecciones al 31 de diciembre de cada institución del último quinquenio.

Los regímenes no contributivos son financiados por el Estado a través del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, así como con cargas específicas a las actividades de lotería electrónica y la venta de cigarrillos y licores.

Ilustración 22: Esquema de Financiamiento de la Salud Pública, Costa Rica



Fuente: Adaptado de Sáenz R, Bermúdez J, Acosta, M. (2010).

El sector privado se financia de forma directa con los pagos de bolsillo realizados por los usuarios al momento de recibir la atención. Sólo 2% de los hogares cuentan con un seguro privado del INS.

La CCSS es responsable de recaudar y distribuir los recursos. Como parte de la reforma del sector salud de 1997, la CCSS introdujo un nuevo sistema para la distribución de fondos basado en “compromisos de gestión”. Su propósito es asignar recursos sobre un análisis prospectivo de las necesidades en salud de la población en cada área de salud, estableciendo metas de desempeño anuales entre el proveedor inmediato (EBAIS, clínica, hospital, cooperativa) y la CCSS. Los compromisos de gestión estipulan la cantidad y

calidad de los servicios ofrecidos, el monto de recursos financieros requeridos y el tipo de evaluación aplicada, entre otros. El sistema de pago es capitado y prospectivo, e incluye 10% para incentivos. El pago a los prestadores sigue siendo salarial con base en una escala manejada a nivel central.

El sistema de compromisos de gestión se implementó en todos los establecimientos públicos y privados contratados por la CCSS. Sin embargo, según una evaluación realizada por la Contraloría General de la República, en ocasiones se han modificado las metas cuando no se logran los objetivos originalmente establecidos (CGR, 2009). De esta manera se evita la pérdida del 10% de bonificación por buen desempeño, pero también se perjudican los objetivos pactados.

La inversión en el sector salud a nivel de presupuesto público también ha sido constante, por ejemplo la cifra del último quinquenio, en el 2010 creció aproximadamente un 100% respecto del 2006, al igual que el gasto per cápita.



Tabla 36: Esquema contributivo de Aseguramiento Caja Costarricense de Seguro Social, 2010

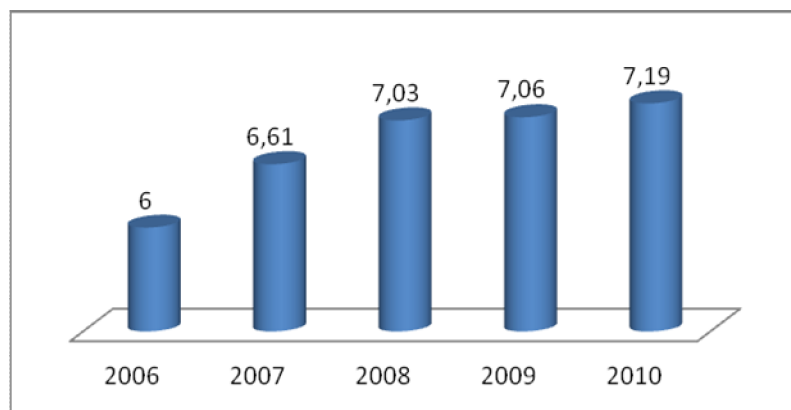
|                                 | Esquema contributivo de aseguramiento                                | SEM   | SIVM  | No contributivo   | Acumulado |
|---------------------------------|--|-------|-------|---|-----------|
| <b>Trabajador Asalariado</b>    | Patronos   | 9,25% | 4,91% |   | 14,16%    |
|                                 | Trabajadores   | 5,50% | 2,75% |   | 8,25%     |
|                                 | Estado   | 0,25% | 0,25% |   | 0,50%     |
| <b>Trabajador cuenta propia</b> | Trabajador con ingreso menor a 885 dólares PPA                       | 10,5% |       |   | 10,50%    |
|                                 | Trabajador con ingreso mayor a 885 dólares PPA                       | 13,5% |       |   | 13,50%    |
|                                 | Estado   | 0,25% | 0,25% |   | 0,50%     |
| <b>Asegurado por el Estado</b>  | Junta de Protección Social. Ley 7395                                 |       |       | 95% de la utilidad neta de la lotería electrónica             |           |
|                                 | Ley 7972 de cargas tributarias sobre licores, cervezas y cigarrillos |       |       | Monto anual de 1.000 millones de colones (US \$ 1.7 millones) |           |
|                                 | Dirección de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares             |       |       | 20% del FODESAF (aproximadamente 0,3% del PIB)                |           |

Fuente: *Universal coverage in Costa Rica: Lessons and challenges from a middle income country*, 2010.

Además de deflactar el producto interno bruto, también es fundamental deflactar el gasto en el Sector Salud, a fin de obtener una perspectiva más real, de tal forma que se toma en cuenta el Índice Subyacente de Inflación que brinda una noción de los esfuerzos institucionales destinados a cada individuo en cuanto a la atención de la salud relacionada con la disponibilidad total de los recursos reales.

Debido a que este es un producto del IPC, se puede observar de acuerdo con la ilustración 23 “Participación del PIB en el gasto del Sector Salud 2006-2010”, en el que se refleja hasta el último año un incremento de 0,13%, lo que hace del ingreso 7,19% real se invierte en salud.

Ilustración 23: Participación del PIB en el gasto del Sector Salud, Costa Rica 2006-2010



Fuente: informe ejecución presupuestaria Sistema SIAF, diciembre-2010

Con el propósito de tener una visión más amplia de la relación anterior se presenta la tabla con la información del gasto per cápita del sector salud:

Tabla 37: Gasto per cápita del Sector Salud y del Ministerio de Salud, Costa Rica 2004-2010

| Año  | Gasto Sector Salud     | Gasto Ministerio de Salud | Gasto Per Cápita Sector Salud | Gasto Per Cápita Ministerio de Salud | Población Total |
|------|------------------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|-----------------|
|      | en millones de colones |                           |                               |                                      |                 |
| 2004 | 451.770,39             | 28.820,84                 | 107.839,11                    | 6.879,63                             | 4,19            |
| 2005 | 512.780,83             | 28.278,33                 | 120.804,71                    | 6.662,02                             | 4,24            |
| 2006 | 621.653,11             | 29.274,81                 | 144.596,25                    | 6.809,31                             | 4,30            |
| 2007 | 801.203,83             | 34.796,74                 | 185.226,31                    | 8.044,49                             | 4,33            |
| 2008 | 983.136,68             | 45.445,48                 | 224.460,43                    | 10.375,68                            | 4,38            |
| 2009 | 1.182.869,92           | 59.591,58                 | 262.282,96                    | 13.213,50                            | 4,51            |
| 2010 | 1.353.748,35           | 70.809,14                 | 296.874,64                    | 15.528,32                            | 4,56            |

Fuente: INEC-2010

Cálculos realizados= Gasto per cápita = Gasto del año / Población total

Con respecto al gasto privado, en Costa Rica ha permanecido constante en un rango menor al 2% del PIB; el gasto privado con respecto al gasto total en salud oscila entre el 20% y el 25% en los últimos años, representando alrededor de 664 millones de dólares para el 2010 (de acuerdo con la información del cuadro anterior). Es importante señalar que el principal financiamiento de estas instituciones proviene del «*gasto de bolsillo*», el cual representa un 88,7% del ingreso privado. El mismo significa que la persona debe pagar los gastos de salud al momento de requerirlos.

#### 4.1.3.2.2. Aseguramiento

Los servicios personales de salud se prestan en el sector público, el sector privado y un difuso sector mixto. El sector público está dominado por la CCSS, principal proveedor de servicios personales. El Ministerio de Salud, como ente rector del sistema, y las

instituciones adscritas al mismo, como los Centros de Educación y Nutrición, los Centros Infantiles de Nutrición y Alimentación y el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, atienden a poblaciones con carencias nutricionales y problemas de adicción a sustancias psicoactivas, respectivamente.

En el subsector privado se encuentran los servicios médicos privados, cinco compañías aseguradoras, las cooperativas (organizaciones sin fines de lucro contratados por la CCSS), las empresas de autogestión, las clínicas y los hospitales privados.

El Instituto Nacional de Seguros opera tanto en el sector público como en el privado, y es responsable de las coberturas de los riesgos laborales y de tránsito, y de otorgar servicios médicos hospitalarios y de rehabilitación traumatológica relacionados.

La Constitución Política de Costa Rica define como irrenunciable el derecho de los trabajadores a la protección contra los riesgos de enfermedad a través del seguro social. La Ley General de Salud define la salud de la población como un bien de interés público y estipula que es una función esencial del Estado velar por la salud de los costarricenses garantizando el derecho a las prestaciones de salud a todos los habitantes del país.

El seguro de salud se constituyó para la población trabajadora y con el paso de los años se ha extendido a nuevos beneficiarios estrechamente ligados a la categoría de contribuyente y no contribuyentes al sistema. Estos se clasifican según diversas modalidades de aseguramiento, a saber: a) asegurados directos (trabajadores asalariados; pensionados y jubilados de cualquiera de los sistemas estatales; personas que individual o colectivamente se acojan a la modalidad de seguro voluntario; trabajadores independientes, que cotizan al seguro en forma individual o colectiva; población en condición de pobreza, aseguradas por el Estado); b) asegurados indirectos (familiares y dependientes de los asegurados directos a quienes se les haya otorgado el beneficio familiar), y c) no asegurados (personas con capacidad contributiva que no aportan a la seguridad social y migrantes indocumentados).

Desde su fundación en 1941, la cobertura de la CCSS creció constantemente hasta los años noventa, desde entonces el porcentaje de asegurados ha oscilado entre 85,6 y 87,6%.

Tabla 38: Cobertura de la Caja Costarricense de Seguro Social, 1970-2008

|                                       | 1970  | 1980  | 1990  | 2002  | 2006  | 2008  |
|---------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Cobertura contributiva                | 47,2% | 75,7% | 85,6% | 86,8% | 87,5% | 87,6% |
| Asegurados directos activos           | 11,7% | 23,1% | 24,0% | 23,0% | 26,2% | 28,5% |
| Asegurados directos asalariados       | 11,7% | 19,3% | 18,0% | 18,6% | ND    | 23,3% |
| Asegurados directos no asalariados    | 0,0%  | 3,8%  | 6,0%  | 4,4%  | ND    | 5,2%  |
| Cuenta del Estado y sus familiares    | 0,0%  | 0,0%  | 9,2%  | 12,9% | 11,5% | 11,5% |
| Pensionados                           | 0,2%  | 3,0%  | 4,6%  | 6,4%  | 6,3%  | 6,1%  |
| Familiares de los asegurados directos | 35,2% | 49,6% | 47,8% | 44,5% | 43,6% | 41,5% |
| No asegurados                         | 52,8% | 24,3% | 14,4% | 13,2% | 12,5% | 12,4% |

Fuente: CCSS – memoria institucional 2008

Todos los menores de edad (18 años) y mujeres embarazadas que no estén protegidos por el beneficio familiar, los pensionados del régimen no contributivo y los indigentes identificados están asegurados a cargo del Estado (Código de la Niñez y la Adolescencia, 1998).

El reconocimiento de la CCSS de una categoría de «no asegurado», justificado inicialmente para la universalización de la atención primaria, ha permitido que habitantes del país con capacidad contributiva elijan no contribuir al seguro de salud, pero puedan hacer uso de la prestación de servicios de segundo y tercer nivel por la vía de la atención de emergencias.

A pesar de las políticas vigentes, aún quedan grupos de la población sin acceso a la seguridad social, como los refugiados pobres no aceptados como beneficiarios a cargo del Estado (actualmente cubiertos por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados), trabajadores informales, migrantes indocumentados, trabajadores temporales, algunas poblaciones indígenas cuyo acceso geográfico a los servicios es limitado, población en condición de pobreza no informada de sus derechos y 28,8% de trabajadores del sector agrícola sin cobertura en salud o pensiones.

Desde hace algunos años se buscan opciones de aseguramiento para los recolectores de café temporales e inmigrantes. Esta iniciativa no se ha podido viabilizar por resistencias institucionales y escasa información que sustente la propuesta.

En 2010 se aprobó una nueva Ley de Migración y Extranjería que obliga a los extranjeros residentes permanentes, residentes temporales y trabajadores transfronterizos a cotizar al seguro social de la CCSS como condición para renovar su estado migratorio. La Ley no establece condición laboral para que estos grupos de personas coticen. Asimismo los ejecutivos, representantes, gerentes y personal técnico de las empresas transnacionales establecidas en el país deben acreditar su adscripción a un seguro de la CCSS para efectos de optar por la renovación de su cédula de extranjería (Ley de Migración y Extranjería, 2005).

La CCSS administra tres regímenes: el Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM), el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) y el régimen no contributivo. Sus beneficios se detallan en el Reglamento de Salud de 2006.

El SEM cubre las siguientes prestaciones de atención integral a la salud: acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación; asistencia médica especializada y quirúrgica; asistencia ambulatoria y hospitalaria; servicio de farmacia para la concesión de medicamentos; servicio de laboratorio clínico y exámenes de gabinete; asistencia en salud oral, y asistencia social, individual y familiar. El IVM incluye pensión por vejez, pensión por invalidez, y pensión por orfandad y viudez. Finalmente, el régimen no contributivo provee aseguramiento para las personas y familiares que no cotizaron al sistema por su condición de pobreza o discapacidad, ofreciendo las prestaciones ordinarias del paquete de atención integral del SEM y prestaciones monetarias para las familias con casos de parálisis cerebral profunda. Quedan excluidos de subsidios las consecuencias de un aborto intencional, aunque sí cubren los gastos de salud en caso de que se desarrolle una enfermedad a causa del mismo.

Las personas con discapacidad permanente o temporal y con necesidad de servicios de rehabilitación física o cognitiva son atendidas en el Centro Nacional de Rehabilitación y

Educación Especial, mientras que las familias con necesidades nutricionales reciben apoyo del CEN, el CINAI y el IAFA.

El INS ofrece servicios de salud relacionados con los seguros obligatorios de riesgos de trabajo y accidentes de tránsito, y vende un seguro privado de salud.

La CCSS contrata, además, bajo varias figuras, a proveedores del sector privado, con y sin fines de lucro, cuando lo considera necesario. Por ejemplo, con el fin de extender su red de servicios, en los años ochenta, la CCSS empezó a contratar cooperativas para prestar servicios de salud en áreas donde era deficitaria. Actualmente las cooperativas Coopesaín, Coopesalud, Coopesiba y Coopesana, y dos entidades no cooperativas, la Asociación ASEMECO y la Universidad de Costa Rica, atienden a 15% de la población con base en contratos para el primer nivel de atención. Estos proveedores, en caso de complejidad, deben referir a sus pacientes al segundo y tercer nivel de la red pública. También contrata servicios diagnósticos y tratamientos de alta complejidad, sobre todo para pacientes con cáncer. Las cooperativas y universidades trabajan con su propio personal.

### **4.1.3.3. Provisión de Servicios de Salud**

#### **4.1.3.3.1. Análisis de la Red de Servicios de Salud**

La provisión de servicios de salud está fundamentalmente a cargo de la CCSS. Esta es la principal entidad prestadora de servicios de salud a los diferentes grupos de la población nacional. Para llevar a cabo esta tarea, la CCSS se ha organizado como una *Red Nacional de Servicios de Salud*, compuesta por tres niveles de atención y seis regiones programáticas.

La CCSS presta sus servicios mediante una red de servicios propios organizada en tres niveles diferenciados por su capacidad resolutive y con sus propios médicos, enfermeras y demás personal de salud.

En el *primer nivel* se encuentran las unidades de atención primaria, llamadas Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS), que atienden a grupos poblacionales de 3.500 a 4.000 personas junto con algunas clínicas periféricas y clínicas desconcentradas de atención ambulatoria. Estos constituyen, con una presencia en prácticamente todo el territorio nacional, la base del sistema nacional de salud mediante su ubicación en las 103 áreas de salud divididas sectorialmente con base en el número de población. En este nivel se implementan cinco programas de atención integral en función de la condición etaria, del proceso de vida y género.

El *segundo nivel* lo conforma una red de clínicas mayores, hospitales periféricos y hospitales regionales que proporcionan servicios de urgencias, apoyo al diagnóstico, consulta externa especializada, tratamientos quirúrgicos sencillos e internamientos cortos. Se encuentra integrado por 10 clínicas mayores, 13 hospitales periféricos y 7 hospitales regionales.

El *tercer nivel* cuenta con servicios de internamiento y servicios médico-quirúrgicos de alta complejidad tecnológica que se brindan en los hospitales nacionales de concentración y especializados, esto se logra a través de 3 hospitales nacionales generales (Hospital Calderón Guardia, Hospital San Juan de Dios y Hospital México), y 5 hospitales especializados en las siguientes áreas: niñez, gerontología, mujeres, rehabilitación, psiquiátrico. Los hospitales constituyen el punto más alto de la pirámide de servicios de salud y se encuentran localizados en el Área Metropolitana de San José. La red nacional de servicios va de lo simple a lo complejo, según niveles de atención, cobertura y grado de especialización.

Cada establecimiento de salud que forma parte de la red, tiene definida su población meta, a la cual debe prestar servicios respectivos, según el nivel del cual se trate. El territorio donde se ubica esa población se llama «zona de atracción» y a los centros de mayor complejidad a los cuales se pueden referir pacientes, se les llama «centros de referencia».

Teóricamente, la red está organizada para que unos y otros establecimientos se apoyen y complementen entre sí, sea entre establecimientos de un mismo nivel, o entre



establecimientos de niveles distintos. Por ejemplo, los EBAIS pueden recibir apoyo de los hospitales regionales, si fuera necesario. Igual, un hospital del tercer nivel, una vez que haya realizado la intervención requerida a un paciente puede referirlo, al hospital regional, y ésta a su vez, cuando lo considere posible, refiere al paciente al primer nivel, para que realice el seguimiento respectivo (rehabilitación del paciente).

En el documento “Una CCSS Renovada hacia el 2025” se reitera expresamente que, como parte de su imagen objetivo para el 2025, los establecimientos y dependencias *«operan bajo un modelo de redes, con el soporte de un efectivo sistema de referencia y contrarreferencia entre las distintas unidades del sistema, basado en protocolos de atención y relaciones de mutua colaboración»* (CCSS, 2007: 36). Para el logro de la meta descrita en el mismo documento se plantea como estrategia *«Implementar un nuevo modelo organizacional basado en el enfoque de procesos, que contribuya al logro de la misión, la visión y los objetivos estratégicos institucionales»*. Esto se complementa mediante la *«adopción de un esquema organizativo desconcentrado, con criterios de racionalidad en la definición de niveles jerárquicos y una departamentalización que operará bajo el enfoque de redes»* (CCSS, 2007: 60).

El año de 1998 se aprobó la “Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la CCSS” (Ley 7852) el objetivo de esta ley es *«permitir mayor autonomía en la gestión presupuestaria, contratación administrativa y la administración de los recursos humanos»*. En la misma Ley, bajo el artículo 6 se dispone la adopción de la figura del *«Compromiso de Gestión»*, como recurso técnico y jurídico para la *desconcentración operativa y funcional de la Institución*.

La implementación de la Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la CCSS, así como la adopción de los Compromisos de Gestión, son herramientas enfocadas a mejorar la gestión de los servicios de salud. El propósito de la Ley era abrir la posibilidad de que los establecimientos de salud puedan tomar decisiones sobre su administración, recurso humano y adquisición de servicios. Con los Compromisos de Gestión, era mejorar la productividad y la competencia entre las unidades prestadoras de servicios de salud, todo ello con la intención de mejorar la atención de la salud.

En relación con el uso de los servicios, el primer nivel es el que se utiliza más por los beneficiarios, se observa que para los años 2005 al 2009. Este nivel concentra un rango entre el 56% al 59% de las consultas relativas a la medicina general, lo cual se comprende al tener presente la cantidad de EBAIS existente y su fácil acceso.

Por otra parte, las consultas de las especialidades del segundo nivel de atención significan entre un 14% al 16% del total de las consultas, para el mismo período antes mencionado.

Tabla 39: Uso de los Servicios de Salud: atenciones de urgencia y consultas externas y especializadas, Costa Rica 2005-2009

| AÑO  | Total de Consultas | Instituciones de la CCSS |                  |           |              |         |                | Servicios Alternativos |                |
|------|--------------------|--------------------------|------------------|-----------|--------------|---------|----------------|------------------------|----------------|
|      |                    | Atención de Urgencias    | Consulta Externa |           |              |         | Especialidades | Empresas               | Medicina Mixta |
|      |                    |                          | Total            | Médica    | Odontológica | Otros   |                |                        |                |
| 2005 | 16.099.252         | 4.316.349                | 11.782.903       | 9.419.101 | 1.916.868    | 446.934 | 2.655.900      | 904.159                | 372.101        |
| 2006 | 16.410.657         | 4.616.680                | 11.793.977       | 9.334.572 | 1.988.337    | 471.068 | 2.586.855      | 930.967                | 385.404        |
| 2007 | 16.635.004         | 4.811.615                | 11.823.389       | 9.315.613 | 2.021.211    | 486.565 | 2.397.430      | 957.774                | 398.707        |
| 2008 | 16.989.248         | 4.827.998                | 12.161.250       | 9.537.701 | 2.104.157    | 519.392 | 2.437.613      | 984.582                | 412.010        |
| 2009 | 17.574.480         | 5.007.985                | 12.566.495       | 9.806.102 | 2.193.754    | 566.639 | 2.527.190      | 1.011.390              | 425.312        |

Fuente: Área de Estadística en Salud, CCSS, 2011.

#### 4.1.3.3.2. Desarrollo de la fuerza de trabajo en salud

De la información disponible del Ministerio de Salud y de la CCSS, muestran en forma clara la modificación que se dio a partir de la década de los noventas y al presente, en la distribución ocupacional de los trabajadores del personal de salud como resultado del papel rector asignado al Ministerio de Salud en la conducción de la salud y la CCSS como única institución pública prestadora de servicios de salud

En el caso del Ministerio de Salud, se observa una disminución constante en los profesionales en ciencias médicas de la institución en la década de los noventas representaban más de 55% de la población total, mientras que hoy día representan alrededor de 30%. Dicha tendencia es consistente con el cambio de funciones del Ministerio de Salud, de prestador de servicios de salud a las de rector del Sector Salud.

Tabla 40: Distribución Ocupacional de los Trabajadores del Ministerio de Salud, Costa Rica 1990, 1997 y 2010

| AÑO                            | 1990  | 1997  | 2010  |
|--------------------------------|-------|-------|-------|
| Técnico en Salud               | 44,9% | 27,3% | 23,8% |
| Servicios Generales            | 25,2% | 30,3% | 44,9% |
| Administrativos                | 13,2% | 27,3% | 12,9% |
| Profesionales Ciencias Médicas | 10,9% | 9,6%  | 7,5%  |
| Otras Profesiones              | 5,8%  | 5,5%  | 10,9% |

Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Salud - Memoria Institucional 1990, 1997, 2010.

En el caso de la CCSS, para los noventa se ve una clara tendencia de incremento del personal técnico, que llega a representar más del 40% del total, por otra parte el personal profesional incrementa su representación del 18% al 20%, manteniéndose esa tendencia a lo largo del primer decenio del siglo XXI.

Hoy día los técnicos representan el grupo más amplio, seguido por los administrativos, que representan casi una cuarta parte de los recursos humanos. Los profesionales y el personal de servicios generales mantienen prácticamente la misma proporción que en los noventa.

Los datos que se observan muestran tendencia al fortalecimiento de las funciones de la entidad compradora de servicios – muchas veces al sector privado – que le asigna la reforma, si bien a mediados de los noventa el personal administrativo era menor que el personal profesional, en la década del 2000 presenta un incremento y supera al personal profesional de salud.

En resumen estos datos evidencian el cambio organizacional que se dio en la CCSS como resultado del proceso de reforma.

### **Aumento del trabajo en el sector privado**

Otra tendencia que se observa en el Sector Salud, es el incremento en el número de trabajadores que se insertan laboralmente en los servicios privados de salud. Aunque hoy día la proporción de profesionales y técnicos en salud que laboran para el sector público – como primera ocupación – constituye más del 60%, a partir de los noventa hay una fuerte tendencia al aumento de su ubicación laboral hacia el sector privado.

Como se observa en la tabla 41, el número de profesionales y técnicos en salud que trabaja en el sector privado, creció en una proporción significativamente mayor que los técnicos y profesionales que laboran para el sector público, los cuales en los últimos quince años han venido disminuyendo, en términos reales.

Tabla 41: Distribución Ocupacional de los Trabajadores de la Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica  
2000-2010 (números relativos)

| Grupo Profesional                        | 1995  | 2000  | 2001  | 2002  | 2003  | 2004  | 2005  | 2006  | 2007  | 2008  | 2009  | 2010  |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Profesionales Servicios de Salud         | 20,5  | 20,4  | 20,6  | 20,6  | 21,3  | 21,1  | 21,6  | 21,7  | 21,2  | 20,3  | 21,6  | 22,0  |
| Técnicos y Auxiliares Servicios de Salud | 43,9  | 36,4  | 36,2  | 36,7  | 36,4  | 36,4  | 36,2  | 35,7  | 38,7  | 36,3  | 37,7  | 38,6  |
| Servicios Generales                      | 22,1  | 21,2  | 20,9  | 20,2  | 19,2  | 19,5  | 18,9  | 18,6  | 15,9  | 14,7  | 15,8  | 15,5  |
| Servicios Administrativos                | 13,4  | 22,0  | 22,3  | 22,5  | 23,1  | 22,9  | 23,3  | 24,0  | 24,1  | 28,7  | 25,0  | 23,9  |
|  | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Fuente: Elaboración propia con base en Estadísticas de Salud-CCSS-1995, 2000-2010.

Tabla 42: Profesionales y Técnicos en Salud según Sector Institucional, Costa Rica 1994, 1998, 2002, 2006, 2008

| Año  | Total | Sector Público |          | Sector Privado |          |
|------|-------|----------------|----------|----------------|----------|
|      |       | Absoluto       | Relativo | Absoluto       | Relativo |
| 1994 | 100,0 | 15.160         | 78,7     | 4.108          | 21,3     |
| 1998 | 100,0 | 18.775         | 76,3     | 5.847          | 23,7     |
| 2002 | 100,0 | 17.206         | 65,5     | 9.057          | 34,5     |
| 2006 | 100,0 | 19.937         | 58,0     | 14.448         | 42,0     |
| 2008 | 100,0 | 22.290         | 61,6     | 13.895         | 38,4     |

Fuente: Elaboración propia con base en Estadísticas de Salud-CCSS 1994, 1998, 2002, 2006, 2008; Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples-INEC, 2010.

Este comportamiento, coincide con la tendencia a la expansión de los servicios privados de salud que vive el país, en las últimas dos décadas, lo cual es, en parte consecuencia de tres elementos: deterioro de los servicios públicos; restricciones a la contratación de personal nuevo que sufren las instituciones públicas; y el incremento en la compra de servicios de salud a entidades privadas por parte de la CCSS (Ministerio de Salud, 2010). La tendencia coincide con la migración de los trabajadores del Sector Salud hacia el sector privado (particularmente médicos y enfermeras), por las dificultades que encuentran en el sector público para insertarse laboralmente.

### **Distribución del personal de salud de acuerdo con la población**

En relación con la distribución del personal profesional de salud, de acuerdo con las regiones programáticas, solamente se cuenta con la información de la CCSS. La tendencia que más destaca es la concentración de personal de salud en la región central del país (hospitales nacionales, centros especializados, región central norte y central sur), lo que coincide con la tendencia que presenta la población en concentrarse en esta misma región (64% de la población aproximadamente). Las regiones Huetar (norte y atlántica) son las que presentan mayor desigualdad respecto de la población y personal de salud. Al comparar con el año 2000 se ve una mejor distribución del personal de salud entre las diferentes regiones del país.

Tabla 43: Porcentaje de la Población Total y del Personal de Salud de la CCSS según Región Programática, Costa Rica 2000 y 2010

| Región Programática     | 2000      |                        | 2010      |                        |
|-------------------------|-----------|------------------------|-----------|------------------------|
|                         | Población | Profesionales en Salud | Población | Profesionales en Salud |
| Región Central          | 64,2      | 69,3                   | 64,0      | 67,9                   |
| Región Huetar Norte     | 5,3       | 3,8                    | 5,5       | 3,8                    |
| Región Chorotega        | 7,9       | 7,0                    | 7,6       | 7,7                    |
| Región Pacífico Central | 5,3       | 6,2                    | 5,2       | 5,9                    |
| Región Huetar Atlántica | 9,5       | 6,0                    | 10,2      | 6,9                    |
| Región Brunca           | 7,8       | 7,9                    | 7,5       | 7,7                    |
|                         | 100,0     | 100,0                  | 100,0     | 100,0                  |

Fuente: Elaboración propia con base en estadísticas del seguro de salud-CCSS 2000 y 2010; EHPM-INEC-2010.

## Formación de los profesionales del Sector Salud

En el campo de la formación profesional, se tienen dos tendencias: el país por un lado está formando una cantidad considerable de profesionales en salud, que vienen a dar un aporte importante a las necesidades existentes en el Sector Salud; por otra parte, se ve un incremento considerable en el número de entidades formadoras de profesionales y técnicos en salud, particularmente en el sector privado, sin que se tenga una planificación adecuada ni mecanismos de control sobre la calidad y cantidad de dicha formación.

Existen 9 carreras de nivel profesional, todas con excepción de microbiología, se imparten en varias universidades privadas, el caso más extremo es Psicología, que se imparte en 17 universidades (3 estatales y 14 privadas), lo cual marca un aspecto más de la tendencia a la privatización encontrada no sólo en los servicios, sino también a nivel formativo.

En cuanto a la formación de especialistas en salud, en Costa Rica la institución que ofrece la mayor variedad en formación profesional en salud especializada es el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS), dependencia de la CCSS «encargada de la rectoría en la formación, capacitación,



*investigación e información para la educación del recurso humano institucional»* (CCSS, 2007). Para cumplir con el objetivo de formación de especialistas, el CENDEISS realiza dos acciones concretas: a) mediante estudios para determinar necesidades educativas en el ámbito Institucional (CCSS) con el objetivo de mejorar el desempeño laboral y prestación de los servicios; b) conforme al Plan Estratégico Institucional alinear la oferta de eventos educativos necesarios para avanzar en las líneas de desarrollo planteadas por la Institución (Reglamento de Capacitación y Formación de la Caja Costarricense de Seguro Social, 2007: 3-5).

Por otra parte, la Escuela de Salud Pública y el Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad de Costa Rica, ofrece once programas de posgrado y 93 especialidades, los cuales se detallan a continuación:

**Tabla 44: Sistema de Estudios de Posgrado, Universidad de Costa Rica 2011**

| Área Especialidad         |                  | Área Especialidad                                   |                   |
|---------------------------|------------------|---|-------------------|
| Ciencias Biomédicas       | 4 especialidades | Médicas   | 53 especialidades |
| Ciencias de la Enfermería | 7 especialidades | Médico Forenses                                     | 2 especialidades  |
| Ciencias Médicas          | 2 especialidades | Farmacología  | 2 especialidades  |
| Microbiología             | 9 especialidades | Odontología   | 4 especialidades  |
| Nutrición Humana          | 1 especialidad   | Microbiología, Parasitología<br>y Análisis Clínicos | 3 especialidades  |
| Salud Pública             | 6 especialidades |   |                   |

Fuente: Elaboración propia con base en oferta académica, Universidad de Costa Rica, 2011

La Universidad Estatal a Distancia (UNED) ofrece una Maestría en Gerencia de Servicios de Salud, esta también se ofrece en otras cinco universidades privadas.

Tabla 45: Oferta de formación de Profesionales en Salud, Universidades Estatales, Costa Rica 2011

|                                  | Enfermería | Farmacia | Fisioterapia | Medicina | Microbiología | Nutrición | Odontología | Psicología | Terapia |
|----------------------------------|------------|----------|--------------|----------|---------------|-----------|-------------|------------|---------|
| Universidad de Costa Rica        | 1          | 1        |              | 1        | 2             | 1         | 1           | 1          | 6       |
| Universidad Estatal a Distancia  |            |          |              |          |               |           |             | 1          |         |
| Universidad Nacional             |            |          |              | 1        |               |           |             | 1          | 1       |
| Total Oferta en carreras/énfasis | 1          | 1        |              | 2        | 2             | 1         | 1           | 3          | 7       |

Fuente: Elaboración propia con base en información disponible del área de registro de las universidades públicas de Costa Rica, 2011

Tabla 46: Oferta de formación de Profesionales en Salud, Universidades Privadas, Costa Rica 2011

|  | Enfermería | Farmacía | Fisioterapia | Medicina | Microbiología | Nutrición | Odontología | Psicología | Terapia |
|--|------------|----------|--------------|----------|---------------|-----------|-------------|------------|---------|
| Universidad Adventista de Centroamérica - UNADECA            | 1          |          |              |          |               |           |             | 1          |         |
| Universidad Americana – UAM                                  |            |          |              |          |               |           |             |            | 1       |
| Universidad Autónoma de Ciencias Odontológicas - FACO        |            |          |              |          |               |           | 4           |            |         |
| Universidad Católica   |            |          |              |          |               |           |             | 3          | 1       |
| Universidad Central  |            |          |              |          |               |           |             | 1          |         |
| Universidad Centroamericana de Ciencias Sociales – UCACIS    |            |          |              |          |               |           |             | 1          |         |
| Universidad de Ciencias Médicas – UCIMED                     |            | 1        | 1            | 2        |               | 1         |             |            |         |
| Universidad de Iberoamérica - UNIBE                          | 1          | 1        |              | 1        |               |           |             | 4          |         |
| Universidad de la Salle – ULASALLE                           |            |          |              |          |               |           |             | 2          |         |
| Universidad de las Ciencias y el Arte de Costa Rica          | 1          |          |              |          |               |           |             |            |         |
| Universidad del Valle – UVA                                  |            |          |              |          |               |           |             | 1          |         |
| Universidad Fidélitas  |            |          |              |          |               |           |             | 1          |         |
| Universidad Florencio del Castillo – UCA                     |            |          |              |          |               |           |             | 1          |         |
| Universidad Hispanoamericana                                 | 2          |          |              | 1        |               | 1         |             | 1          |         |
| Universidad Internacional de las Américas - UIA              |            | 1        |              | 1        |               |           | 1           |            |         |
| Universidad Latina   | 1          | 1        |              | 1        |               |           | 1           | 4          | 2       |
| Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología – ULACIT |            |          |              |          |               |           | 2           | 2          |         |
| Universidad Libre de Costa Rica – ULICORI                    |            |          |              |          |               |           |             |            | 2       |
| Universidad de San José                                      |            |          |              |          |               | 1         |             | 1          |         |
| Universidad Santa Lucía                                      | 1          |          |              |          |               |           |             |            |         |
| Universidad Santa Paula                                      |            |          |              |          |               |           |             | 6          |         |
| Universidad UACA   | 1          |          |              |          |               |           |             | 3          | 3       |
| Total Oferta en Carreras/Énfasis                             | 8          | 4        | 1            | 7        |               | 3         | 8           | 26         | 15      |

Fuente: Elaboración propia con base en información disponible del área de registro de las universidades privadas de Costa Rica, 2011

A nivel de tecnólogos se observa un crecimiento importante en el número y diversidad de opciones de formación y de capacitación. Se han identificado 4 entidades formadoras, tanto públicas como privadas, que corresponden con los cambios que se vienen operando en ese grupo ocupacional y también con la indefinición sobre qué realmente son los tecnólogos en salud. La formación va desde la que se adquiere con un curso o experiencia como técnico, hasta la formación universitaria de nivel de licenciatura.

La Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud reconoce que en el tema de formación, existen los siguientes problemas (Novick, 2006):

- Inexistencia de mecanismos de relación entre las instituciones formadoras de profesionales y los servicios de salud, para elaborar programas de formación a partir del análisis de nuevas necesidades y proyectos de cambio en los sistemas de salud.
- Inexistencia de regulaciones generales del Estado que conduzcan al diseño de planes de formación adecuados a la realidad de la salud del país.

Otros estudios mencionan que este tipo de problemas van unidos a la flexibilización de los contratos laborales y conducen al deterioro en la calidad de la formación profesional.

## **Regulaciones laborales**

La regulación laboral en el Sector Salud – el caso particular de Costa Rica – es compleja, debido a la coexistencia de recursos humanos en el sector público y el privado, la interacción de ambas genera fenómenos importantes, también por las dinámicas culturales específicas del sector.

La acción de regulación y las dinámicas culturales obviamente interactúan en el funcionamiento y la efectividad del trabajo en salud. Este es un proceso donde el Estado introduce y fiscaliza un marco que limita y orienta las dinámicas de los trabajadores de la salud buscando desarrollarlos en forma continua, así como asegurar la calidad y la equidad en las prestaciones, y garantizar la integridad y seguridad de la población usuaria.

En Costa Rica los instrumentos y sistema que definen el Gobierno para hacer operativo el sistema de regulación incluyen los códigos, leyes, reglamentos y normas administrativas de diversa jerarquía y aplicabilidad en función del objeto o espacio de regulación y los actores involucrados. Por otra parte, los procesos en que participa y aporta el personal de salud no sólo son consecuencia de la existencia o ausencia de regulaciones formales, ya que estas dinámicas se potencian y reproducen también por la cultura organizacional imperante y por elementos de valoración y desvaloración social, percepciones, acciones y participación de los actores, y obviamente por el contexto histórico y cultural en que todo lo anterior se desenvuelve.

El sector privado de servicios de salud en cuanto a las relaciones laborales se rige por el Código de Trabajo y a veces por sus propios reglamentos como cualquier relación laboral, sin existir especificaciones en el caso de las empresas que ofrecen servicios de salud. Estas condiciones de regulación en el sistema privado deberían hacer pensar si, es suficiente para garantizar la protección del usuario en su integridad y seguridad, para cautelar la calidad de la atención profesional, técnica y auxiliar y para fomentar salidas equilibradas ante los conflictos de intereses entre los prestadores y los intereses de los usuarios.

En el sector público, por el contrario, existe un exceso de regulación en el ámbito de relaciones laborales, en particular en las instituciones de salud, el cual debe ser simplificado y modernizado en coherencia con los objetivos de salud y de desarrollo laboral del país. Esta diversidad de leyes, códigos, normas y regulaciones, hace que las relaciones obrero-patronales en este sector sea un tema de negociación y conflicto. Si a este panorama se le incorporan las regulaciones vigentes para el resto del personal que labora en el Sector Salud (administrativos y servicios generales), se vuelve aún más complejo. Esta diversidad explica en buena medida la existencia de una enorme cantidad de organizaciones de carácter laboral al interior de las dos principales entidades de salud del país (el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social).

## **Gobernabilidad y conflictividad del Sector Salud**

El Sector Salud se ha caracterizado, históricamente en nuestro país, por un grado de conflictividad considerable. En los ochentas, la conflictividad se daba por las reivindicaciones de los diferentes sectores relacionadas con la mejora en las condiciones salariales y laborales, y la obtención del reconocimiento profesional correspondiente.

En los noventas y hasta la fecha, si bien persisten las reivindicaciones relacionadas en materia salarial y otras de aspecto laboral, se incorporan dos nuevos elementos producto de los ajustes estructurales que ha sufrido el sector: a) se han desarrollado luchas orientadas a defender la legislación laboral vigente, particularmente lo que atañe a beneficios e incentivos laborales -el último de estos movimientos se gestó el pasado julio de 2011 en el cual se protestó por el tema de incapacidades y el aumento desmedido en las planillas, de acuerdo con el informe de la Organización Panamericana de la Salud (CCSS; 2011); b) por otra parte los movimientos se han orientado a la defensa del sistema de salud y seguridad social, mismo que se ha visto amenazado por las políticas de recorte de la inversión social en salud, el fortalecimiento de las tendencias privatizadoras de los servicios de salud y la flexibilización de las relaciones laborales.

Para fines ilustrativos, cabe mencionar que para el año 2011, en Costa Rica existen ocho colegios profesionales y alrededor de quince asociaciones profesionales, que agrupan trabajadores del Sector Salud. Además existen otras organizaciones laborales con una representación importante de trabajadores del Sector Salud.

Tabla 47: Colegios Profesionales del Sector Salud, Costa Rica 2011

|  |   |
|--|---|
| Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica               | <a href="http://colegiodentistas.org/cms2/">http://colegiodentistas.org/cms2/</a>                                   |
| Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica           | <a href="http://enfermeria.cr/">http://enfermeria.cr/</a>   |
| Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica                     | <a href="http://www.colfar.com/">http://www.colfar.com/</a>   |
| Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica               | <a href="http://www.medicos.sa.cr/web/">http://www.medicos.sa.cr/web/</a>   |
| Colegio de Microbiólogos y Químicos Clínicos de Costa Rica | <a href="http://www.colegiomicrobiologoscr.org/">http://www.colegiomicrobiologoscr.org/</a>                         |
| Colegio de Nutricionistas de Costa Rica                    | <a href="http://www.colegiodenutricionistascr.com/index.php">http://www.colegiodenutricionistascr.com/index.php</a> |
| Colegio de Optometristas                                   | <a href="http://colegiodeoptometristas.com/">http://colegiodeoptometristas.com/</a>                                 |
| Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica            | <a href="http://colpsico.net/">http://colpsico.net/</a>   |

Fuente: elaboración propia con base en información disponible en el mercado, 2011.

Tabla 48: Asociaciones Profesionales del Sector Salud, Costa Rica 2011

|  |   |
|--|---|
| Asociación Costarricense de Cardiología                      | <a href="http://www.acc.co.cr/">http://www.acc.co.cr/</a>                                 |
| Asociación Costarricense de Cirugía Plástica Estética        | <a href="http://accpre.com/">http://accpre.com/</a>                                       |
| Asociación Costarricense de Dermatología                     | <a href="http://dermatologiacr.com/">http://dermatologiacr.com/</a>                       |
| Asociación Costarricense de Hematología                      | <a href="http://www.hematologiacr.org/">http://www.hematologiacr.org/</a>                 |
| Asociación Costarricense de Neumología                       | <a href="http://neumoytorax.com/">http://neumoytorax.com/</a>                             |
| Asociación Costarricense de Neurocirugía                     | <a href="http://www.neurocirugiacr.org/">http://www.neurocirugiacr.org/</a>               |
| Asociación Costarricense de Ortopedia y Traumatología        | <a href="http://ortopediacr.com/">http://ortopediacr.com/</a>                             |
| Asociación Costarricense de Pediatría                        | <a href="http://www.acopercr.com/">http://www.acopercr.com/</a>                           |
| Asociación Costarricense de Radiología                       | <a href="http://www.acrim.com/">http://www.acrim.com/</a>                                 |
| Asociación Costarricense de Reumatología                     | <a href="http://www.reumatologiacostarica.com/">http://www.reumatologiacostarica.com/</a> |
| Asociación Costarricense de Terapeutas Físicos de Costa Rica | <a href="http://www.acteficr.com">http://www.acteficr.com</a>                             |
| Asociación Costarricense de Salud Pública                    | <a href="http://acosap.cr/">http://acosap.cr/</a>   |
| Asociación de Especialistas en Gastroenterología             | <a href="http://www.gastroenterologoscr.com/">http://www.gastroenterologoscr.com/</a>     |

Fuente: elaboración propia, 2011.

#### **4.1.3.3.3. Medicamentos y otros productos sanitarios**

La cantidad de fármacos disponibles crece en forma exponencial año tras año y puede decirse que el número supera los 30.000 a 35.000 productos en el mercado mundial, y de 6.000 a 8.000 en Costa Rica, con este antecedente se ha hecho mayor la necesidad de seleccionar en forma adecuada los que se disponen para la población del país.

La Selección de Medicamentos en Costa Rica, para el Sector Público se fundamenta y apoya en los *medicamentos esenciales*, definiendo esenciales como «*aquellos que cubren las necesidades de atención prioritaria de la población*» (Tinoco, 2007: 30). En Costa Rica, la Caja Costarricense de Seguro Social y el Instituto Nacional de Seguros en el ámbito público, seleccionan medicamentos con fundamento en la normativa legal y técnica existente, generando la lista de fármacos que debe estar disponible en cada una de ellos según su ámbito de acción.

La Selección de Medicamentos, da origen a la confección de un cuadro básico de medicamentos denominado *Lista Oficial de Medicamentos (LOM)* y lo hace de acuerdo con la Legislación vigente, por un Comité denominado Comité Central de Farmacoterapia, órgano colegiado adscrito a la Gerencia de División Médica conformado en su mayoría por médicos especialistas y farmacéuticos, con amplia experiencia en práctica clínica.

La función primordial del Comité Central de Farmacoterapia es seleccionar y elaborar las normas y lineamientos para la utilización institucional, lo que se apoya a través de un Sistema de Formulario Terapéutico; su fundamento se basa en los análisis científico-técnicos necesarios para seleccionar los medicamentos que deben incluirse en la LOM para resolver las principales causas de morbilidad/mortalidad que afectan a la población.

La aprobación de la comercialización de un producto farmacéutico según lo establece la Ley General de Salud, NO 5395 de octubre de 1973, se establece a través del registro sanitario, este registro atiende aspectos de cumplimiento Administrativo-Legal y Técnico, no del costo del producto para la población.



Por tanto, la selección pública de medicamentos se realiza con fármacos debidamente registrados en el Ministerio de Salud, estos en la LOM se codifican por niveles de atención, y se les asignan códigos en función de los recursos existentes en dónde se van a utilizar o sea la infraestructura, recursos humanos y presupuestarios de las Unidades médicas dirigidas a la atención de las necesidades de medicamentos de la mayoría de la población a su cargo.

#### **4.1.3.3.4. Calidad de los Servicios**

Los servicios de salud deben estar en revisión continua para ser garantes de la calidad y el cumplimiento de las metas propuestas por las instituciones prestadoras de los servicios sanitarios.

La CCSS establece a través de los Compromisos de Gestión los objetivos y metas para cumplir los criterios de calidad. Los Compromisos de Gestión establecen parámetros de valoración de los bienes y servicios obtenidos por las unidades prestadoras de servicios sanitarios (Ministerio de Salud, 2011). El Ministerio de Salud a través de la División Técnica de Rectoría, establece procesos periódicos para la habilitación y acreditación de las instalaciones y servicios sanitarios, así como la medición, evaluación e impacto del préstamo de los servicios de salud, con el fin de monitorear el éxito o fracaso de las acciones en las unidades prestadoras de servicios de salud (Ministerio de Salud, 2011). El Ministerio de Salud realiza mediciones y comparaciones de las metas de morbilidad/mortalidad del país, para posteriormente derivar las acciones estratégicas de los próximos períodos.

De acuerdo con lo que establece el artículo 343 de la Ley General de Salud respecto a las funciones de habilitación y acreditación de instituciones públicas y privadas, para el año 2010, el Ministerio de Salud había habilitado 1767 establecimientos de salud y se tienen acreditados 26.

Como parte de las funciones rectoras, se promulgó el Decreto 34728-S del 9 de septiembre de 2008, en el cual se actualiza el Reglamento General para el otorgamiento de permisos de funcionamiento del Ministerio de Salud. El propósito del mismo es *«regular y controlar el otorgamiento de permisos sanitarios de funcionamiento de toda actividad o establecimiento agrícola, industrial, comercial o de servicios; y de aquellas actividades que por disposición de la ley, requieren de estos permisos sanitarios para operar en el territorio nacional, así como establecer los requisitos para el trámite de los mismos»*. En lo que respecta a establecimientos de salud y afines, *«este permiso es equivalente a una certificación de la habilitación y se concede a todos los establecimientos donde se brinden servicios que puedan afectar positiva o negativamente la salud de las personas, que incluyan o no la prescripción o utilización de fármacos, productos químicos o dispositivos biomédicos, con propiedades medicamentosas o la realización de procedimientos invasivos, sean públicos, privados o mixtos»*.

La CCSS mediante el programa de mejoramiento continuo de la calidad, realiza seguimiento y monitoreo de los índices de calidad establecidos en los Compromisos de Gestión. Para el período 2008-2009, se evaluaron tres aspectos: atención al ciclo de vida, prevención y control de problemas prioritarios de salud, y; atención especializada específicamente en hospitales. De acuerdo con el informe el área que muestra mayor limitación de cobertura es la de Adultos Mayores; la atención de menores de un año y la atención prenatal a pesar de que tienen coberturas mayores al 80% presentan una leve disminución en el año 2009 respecto al 2008. En cuanto al control de problemas prioritarios de salud, se evidencia un esfuerzo por ir hacia una atención adecuada, sin embargo aún hay diferencias de atención en algunas áreas geográficas. Por último, en cuanto a la atención especializada, se recomienda acelerar el proceso de readecuación de atención hospitalario, lo cual permitirá a corto y mediano plazo, establecer la visión de los establecimientos hospitalarios, la definición de la calidad de los servicios y de los estándares de rendimiento de acuerdo con su nivel de complejidad (Informe de la Evaluación de los Compromisos de Gestión 2008-2009; 2010).

En Mayo de 1997 la CCSS crea el Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad y estableció la Comisión de Mejoramiento Continuo de la Calidad, como órgano

encargado de coordinar las acciones de ese programa. Dicha experiencia contribuyó a la creación del Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad del Sector Salud en 1998, con la participación inicial de la CCSS y el Ministerio de Salud y la posterior incorporación de otras instituciones del Sector. En 1999 se creó el Consejo de Mejoramiento Continuo de la Calidad del Sector Salud, conformado por las autoridades superiores del Ministerio de Salud, la CCSS, el Instituto Nacional de Seguros, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados y la Universidad de Costa Rica. Posteriormente se progresó hacia la formulación del Plan Nacional de Garantía de Calidad del Sector Salud para el período 2001-2004 (Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente; 2007).

Para el año 2005 la CCSS decidió crear el Programa Nacional de Promoción de la Seguridad del Paciente con sede en el Hospital Nacional de Niños, el cual ha dado nuevo impulso a la dimensión de la seguridad del paciente, como aspecto esencial de la calidad en los servicios de salud. Cabe mencionar que para el año 2002, la Organización Mundial de la Salud emitió una resolución en su 55ª Asamblea Mundial, a favor de la seguridad del paciente (WHA55.18) y en octubre de 2004, lanza la iniciativa conocida como Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, cuyo propósito es *«movilizar la cooperación internacional hacia los países para llevar a cabo acciones que mejoren la calidad de atención y la seguridad de los pacientes en el mundo, especialmente para reducir los eventos adversos de la atención, reducir el sufrimiento innecesario y disminuir las muertes evitables»* (OMS; 2002). Esta alianza se propuso lograr el compromiso de los países miembros de la OMS para aumentar la seguridad en la atención de salud, a través del mejoramiento de los establecimientos de salud y de las prácticas de atención, así como de la formulación de políticas de seguridad del paciente. Costa Rica y la CCSS han participado muy activamente en esta iniciativa global y debido a ello se le ha reconocido designándola como país piloto para varios de los proyectos.

En el marco de esta iniciativa y particularmente en el documento “La CCSS hacia el 2025. Visión y Estrategias de Largo Plazo y Líneas de Acción para el período 2007-2012”, que surge la Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente, la cual complementa a la Política Institucional de Seguridad Hospitalaria aprobada en agosto de 2006 por la Junta Directiva de la CCSS.

De las evaluaciones anuales que realiza la CCSS de los hospitales públicos, se han identificado carencias en el recurso humano, especialmente en lo referente a enfermería, anestesiología, emergenciólogía, patología y mantenimiento. La mayor carencia se da en los hospitales periféricos y regionales, lo cual puede indicar que aún no se ha logrado disminuir la brecha con la prestación de servicios en áreas rurales. Ante esta situación se han planteado recomendaciones y estrategias de acción para reabastecer el recurso humano a corto, mediano y largo plazo (Marco Estratégico, Ministerio de Salud, 2011).

Los resultados de las evaluaciones y compromisos se compilan en la Memoria Institucional del Ministerio de Salud y en el informe de los Compromisos de Gestión, documentos publicados en forma anual. Sin embargo, a pesar el esfuerzo conjunto – Ministerio de Salud y CCSS -, se estima que mucha de la información remitida por las unidades prestadoras de servicios sanitarios, se encuentra sesgada, pues no es concordante con información previa o bien se encuentra desactualizada. Esto presenta un reto a las autoridades administrativas para presentar mediciones que reflejen la realidad de las instituciones del sector público.

#### **4.1.4. Mapeo Institucional del Sistema de Salud**

El Sistema de Producción Social de la Salud se encuentra conformado por instituciones públicas y privadas, las funciones que realizan estas van desde la conducción, fiscalización, financiamiento, aseguramiento y provisión. La función rectora es ejecutada por el Ministerio de Salud, tal como se ha indicado a lo largo del presente capítulo, aunque también se involucra en la mayor parte de las otras funciones tales como el financiamiento, el aseguramiento y la provisión. La CCSS es la principal entidad pública prestadora de los servicios sanitarios, aunque también es secundada por el Instituto Nacional de Seguros y algunos proveedores privados. La CCSS también participa en las funciones de aseguramiento y financiamiento de los seguros, siendo la institución cooptadora de los ingresos por concepto de seguros de salud, régimen de pensiones y régimen de invalidez, vejez y muerte.

Participan también otras instituciones públicas tales como: el Ministerio de Hacienda, la Junta de Protección Social, entidades públicas adscritas al Sistema Nacional de Salud; también participan aseguradoras privadas, entre estas y aquellas se encargan de formar parte del financiamiento a las instituciones que brindan los servicios de salud. Por otra parte las entidades del sector privado tienen como función la prestación de servicios de salud, estos recursos provienen casi en exclusiva del bolsillo de los usuarios de dichos centros de salud.

Tabla 49: Mapeo Institucional del Sistema de Producción Social de Salud, Costa Rica 2011

| Organización  | Rectoría   |                            | Financiamiento | Aseguramiento | Provisión |
|---|------------|----------------------------|----------------|---------------|-----------|
|   | Conducción | Regulación y Fiscalización |                |               |           |
| Ministerio de Salud                                     | ✓          | ✓                          | ✓              | ✓             | ✓         |
| Ministerio de Hacienda                                  |            |                            | ✓              |               |           |
| Instituto Nacional de Seguros                           |            |                            | ✓              | ✓             | ✓         |
| Caja Costarricense de Seguro Social                     |            |                            | ✓              | ✓             | ✓         |
| Junta de Protección Social                              |            |                            | ✓              |               |           |
| Municipalidades   |            |                            | ✓              |               |           |
| Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados |            |                            | ✓              |               |           |
| FODESAF   |            |                            | ✓              |               |           |
| Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia           |            |                            | ✓              |               |           |
| INCIENSA  |            |                            | ✓              |               |           |
| Aseguradoras Privadas                                   |            |                            | ✓              | ✓             |           |
| Proveedores Privados                                    |            |                            |                |               | ✓         |

Fuente: Ministerio de Salud, Marco Estratégico 2011.

## **4.1.5. Análisis de los procesos de cambio**

### **4.1.5.1. Impacto sobre las funciones del Sistema de Salud**

Las bases de la política social en Costa Rica se desarrollaron con mayor énfasis desde la década de los cuarenta. Es durante *«estos años que el Estado costarricense se va modificando: al Estado liberal, gendarme de la sociedad, lo reemplaza progresivamente un Estado que es agente cada vez más importante en la producción y reproducción de la sociedad»* (Valverde et al; 1993: 34). En la década de los setenta surgieron el 47% de las instituciones creadas en un período de 30 años (50-80), con el consiguiente incremento del número de los empleados públicos, la definición de mecanismos redistribuidos, la extensión de cobertura con servicios sociales, la creación de instancias para la canalización de los conflictos sociales. Este proceso estuvo acompañado, contradictoriamente, de una disminución relativa del protagonismo que desempeñaban los sectores populares en décadas anteriores a la de 1940 (Valverde et al; 1993: 35-36).

A partir de la década de los ochenta, se da una crisis en el financiamiento de los programas sociales, de los cuales el Sector Salud resultó afectado. Es conocido que la transferencia de los fondos de las regiones periféricas hacia el centro se acentúa con los Programas de Ajuste Estructural, prescritos por los organismos financieros internacionales como condición para la continuidad de los préstamos y otros *«auxilios»* con el propósito de fortalecer el rol del Estado. Con las iniciativas de reestructuración del Estado propuestas por los Programas de Ajuste Estructural, se inició un camino que condujo a la disminución de la intervención estatal en la prestación de los programas sociales. El Estado *«prestador»* de servicios y con una función redistributiva pasa a desempeñar el papel de Estado *«regulador»*.

Paradójicamente, el Estado costarricense asume esta última función sin estar debidamente preparado, ya que ese papel le exige de una *«inteligencia organizacional»* que le permita detectar, controlar y corregir todas las distribuciones posibles dentro de la política social. (Blaise, 1992). Este hecho es importante y se muestra en lo que se estipula como el Proyecto de Reforma del Sector Salud, que le asigna al Ministerio de Salud la

misión institucional de «*garantizar la salud de la población estableciendo las condiciones para el cumplimiento de los principios de equidad, universalidad y solidaridad, mediante el ejercicio de la Rectoría sobre las personas físicas y jurídicas relacionadas con la salud y la ejecución de programas prioritarios, para contribuir al logro de la calidad de vida de la población y al desarrollo del país*» (Ministerio de Salud; 1994: 5).

La crisis económica afectó los programas sociales, encuentra un Estado costarricense en la década de los ochenta que propendía a alcanzar una cobertura con programas de salud y seguridad social de tipo universal, al menos en la parte legal (Mesa-Largo; 1987).

Estas consideraciones indican una reforma muy particular en Costa Rica, sobre la base de la crisis económica, de la ineficiencia administrativa de las instituciones del Sector Salud y de lo obsoleto del modelo de atención adoptado por el país en el pasado (Ministerio de Salud, 1994: 1-2).

El Proyecto de Reforma representó (Ministerio de Salud, 1994: 2): rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud, readecuación del modelo de atención; desarrollo institucional de la Caja Costarricense de Seguro Social; financiamiento; capacitación y desarrollo del recurso humano; y, fortalecimiento del Instituto de Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA). Estas acciones reafirmaron el papel rector del Ministerio de Salud y la consolidación de la CCSS como la única entidad pública prestadora de servicios de salud a la población. Desde entonces, ambas instituciones han experimentado un proceso casi permanente de cambios en su organización y funcionamiento.

Entre los aspectos más importantes que se indican en el Proceso de Reforma del Sector Salud se encuentran (Ministerio de Salud; 1994):

- Reformular el modelo de atención de la Salud, trascendiendo de las acciones médicas a las acciones con base comunitaria. *Creación del Equipo Básico de Atención Integral en Salud (EBAIS), constituidos por un médico, una auxiliar de enfermería y una asistente de atención primaria, los cuales estarían a cargo del estado de salud de unas 4.000 personas.*

- Creación de las áreas de salud, que equivalen a los cantones sanitarios u oficinas de salud. En estas áreas habrá un equipo de apoyo profesional y técnico, junto con un Consejo de Área, el cual pretende que sea interinstitucional e involucre a la comunidad.
- Ofrecer un paquete básico mínimo de atención, mismo que tiene una serie de consultas programadas en el campo de atención a las personas, fundamentada básicamente en el campo de la atención médica.
- Traslado de la mayor cantidad de personal de salud del Ministerio de Salud hacia la CCSS.
- Plantear al funcionario de la CCSS una nueva forma de prestación de servicios, aun cuando la perspectiva vigente en muchos establecimientos de esa institución apunta a un enfoque médico y fármaco-céntrico de corte biólogo.
- Reafirmar los principios de equidad, calidad, solidaridad y cobertura universal que han regido a las instituciones.
- Al asumir el papel rector por parte del Ministerio, le exige a esa institución que le provea al Sector Salud la «*inteligencia sectorial*», lo que quiere decir que debe contar con los funcionarios más capacitados del país para tal efecto, para asumir lo más adecuadamente posible el proceso de atención integral de la salud.

Cabe mencionar que el punto de partida conceptual del Proceso de Reforma al Sector Salud apuntaba lo siguiente: «*El modelo planteado tiene como eje central de atención integral y pretende garantizar a todos los costarricenses, bajo un concepto de universalidad y solidaridad, el derecho a la atención básica, para protegerlo del riesgo de enfermar, así como para facilitarle las condiciones básicas para el pleno desarrollo de sus potencialidades y el logro de sus aspiraciones*». Asimismo, se plantea que «*El modelo se caracterizará por un enfoque biosicosocial del proceso salud-enfermedad; por una atención integral y continua de la salud de las personas y del ambiente, con énfasis en las*



*acciones de promoción y prevención, fundamentada en la estrategia de Atención Primaria»* (Ministerio de Salud; 1994: 11-12).

En el año 1998, el Ministerio de Salud modificó su estructura orgánica, redefinió procesos de trabajo, efectuó ajustes a su personal y realizó capacitaciones para desempeño de nuevas tareas. A efectos de ejercer la función rectora, se creó un órgano coordinado por el Ministerio de Salud, el Consejo Sectorial de Salud (Política de Salud, Plan Nacional de Salud).

En el año 1997, se inicia en la CCSS la aplicación de los Compromisos de Gestión en los establecimientos de salud, con el propósito de mejorar la calidad de los servicios sanitarios, racionalizar adecuadamente la asignación de recursos y mejorar la eficiencia en los servicios. De acuerdo con algunos estudios el proceso de reforma empieza realmente este año con la aplicación de los Compromisos de Gestión, ya que esta medida representó un cambio radical en el Sector Salud (Sojo, 1998).

A partir del año 1998, la CCSS inicia la aplicación de la «*Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la CCSS*» (Ley 7852), la cual regula tres aspectos puntuales del proceso de reforma y modernización de la Caja Costarricense de Seguro Social. El primero de ellos es la desconcentración administrativa, con la cual la CCSS pasa de un modelo centralizado a un modelo desconcentrado de organización administrativa, con todas las consecuencias que de ello se deriva (Capítulo I). El segundo aspecto, se refiere a la participación ciudadana o social en salud. La Ley 7852 regula este segundo aspecto creando las Juntas de Salud, como instancias de participación orgánica y formal, de los contribuyentes, usuarios e interesados en la salud pública costarricense (Capítulo II). Finalmente, la Ley se preocupa por la eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios de salud; para ello, crea un instrumento novedoso en el Sector Salud: el compromiso de gestión (Capítulo III). Esta Ley pretendía resolver tres problemas identificados de la CCSS en su momento: a) el centralismo administrativo; b) baja productividad, eficiencia y eficacia en la gestión administrativa y prestación de los servicios de salud, y; c) participación utilitarista, sin oír al usuario y sin control por parte de éste sobre la gestión institucional y la calidad y oportunidad de los servicios.

En el año 2000, el proceso de transformación de la CCSS incluye el *«Reglamento para la Contratación de Servicios Médicos Especializados por Medio de Terceros»* el cual se aplica en los casos de: *«previo estudio de la Junta Directiva de la CCSS declare la inviabilidad para la institución de dar el servicio de salud a los pacientes que así lo requieran con los recursos propios del hospital o de la clínica y que exista la disponibilidad presupuestaria para la erogación respectiva conforme a los compromisos de gestión del caso»*. Por otra parte, *«que el servicio a contratar tenga fijadas y validadas por la Gerencia División Médica las normas estándares de producción que rigen ese servicio bajo circunstancias normales»* y que *«se haya realizado el estudio respectivo de costos con atención particular al hecho de que los montos o productos a contratar han de tener una demanda predeterminada»* (Artículo 1; 2000).

En el año 2008, se da un nuevo proceso de reorganización institucional del Ministerio de Salud, en pro de fortalecer su papel conductor, y promover un enfoque de la salud centrado en la promoción de la salud. Mediante el Decreto 34510-S *«Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud»* se implementó la nueva estructura institucional y desarrollo del modelo organizacional (Ministerio de Salud, Memoria Institucional 2009; 2010: 3). Conforme este Decreto, el Ministerio de Salud define la misión institucional en *«Garantizar la protección y el mejoramiento del estado de salud de la población, mediante el ejercicio efectivo de la rectoría y el liderazgo institucional, con enfoque de promoción de la salud y participación social inteligente, bajo los principios de transparencia, equidad, solidaridad y universalidad»* (Marco Estratégico del Ministerio de Salud; 2011: 48).

Más recientemente, en julio de 2011, la OPS a solicitud de la Junta Directiva de la CCSS presenta un informe financiero acerca de la crisis que experimenta la CCSS, el mes de septiembre del mismo año, la CCSS designa una Comisión de Notables a efectos de analizar dicho informe, el 4 de octubre se entregan las recomendaciones de la Comisión, las cuales se centran en tres áreas puntuales: gastos, ingresos y gestión institucional. Dos de las principales deficiencias, de acuerdo con las 81 recomendaciones de la Comisión de Notables, es el exceso de mandos altos y medios, así como la incapacidad de los profesionales en medicina para fungir como administradores, lo cual explica las debilidades

actuales en materia de planificación, evaluación, logística y manejo de personal, entre las muchas deficiencias señaladas (La Nación; 2011).

En conclusión, la reforma al Sector Salud en Costa Rica es un proceso, aun no concluido. Sin embargo, se aprecian dos cambios significativos a lo largo del mismo: cambio en la lógica de gestión de los establecimientos de salud, como resultado de la adopción de los Compromisos de Gestión; creciente contratación de servicios médicos de terceros; cambios en el ejercicio conductor por parte del Ministerio de Salud; fortalecimiento de atención en primer nivel.

#### **4.1.5.2. Efecto sobre principios orientadores de la reforma**

##### **4.1.5.2.1. Equidad**

###### **4.1.5.2.1.1. Cobertura**

A continuación se analiza el impacto de la reforma en temas relacionados con el mejoramiento de los servicios de salud para el total de la población. En relación con la población con cubierta con algún seguro de salud se tiene una mejora en la cobertura en los datos que se observan del último quinquenio.

Tabla 50: Tendencia de Cobertura en el Sector Salud, Costa Rica 2005-2010

|  |          | 2005  | 2006  | 2007  | 2008  | 2009 | 2010  |
|--|----------|-------|-------|-------|-------|------|-------|
| Población cubierta por CCSS %  |          | 87,6  | 87,5  | 87,6  | 88,8  | 89,7 | 91,9  |
| Cobertura de inmunizaciones DPT3 niños menores de 1 año %              |          | 89,56 | 89,30 | 88,70 | 89,19 | 87,9 | 85,8  |
| Cobertura de inmunizaciones VOP3 niños menores de 1 año %              |          | 89,11 | 89,18 | 88,64 | 89,11 | 88,1 | 80,0  |
| Cobertura de inmunizaciones BCG niños menores de 1 año %               |          | 88,68 | 81,50 | 86,81 | 89,22 | 86,8 | 81,4  |
| Cobertura de inmunizaciones sarampión niños menos de 1 año y 3 meses % |          | 87,48 | 87,87 | 89,52 | 90,11 | 85,7 | 80,6  |
| Atención de salud por personal capacitado %                            | Prenatal | 91,7  | 91,7  | 91,7  | 91,7  | 99,1 | 99,9  |
|  | Parto    | 97,5  | 94,29 | 94,29 | 94,29 | 99,0 | 99,9  |
| Uso de anticonceptivos mujeres, todo método %                          |          | 96,0  | 96,0  | 96,0  | 96,0  | 80,0 | 81,1  |
| EBAIS Funcionando  |          | 903   | 903   | 903   | 903   | 903  | 1.141 |

Fuente: Elaboración propia con base en el Ministerio de Salud-Indicadores Básicos de Salud 2005-2010

Se observa una desmejora en los indicadores de cobertura de vacunación para menores de un año: DPT3 (Difteria, Tos ferina y Tétanos), VOP3 (Vacuna Oral de Poliovirus), BCG (Tuberculosis) y Sarampión, se observa una desmejora en el año 2010 respecto del 2005, al contrario de las atenciones prenatales, las cuales de acuerdo con las estadísticas de la CCSS se tiene prácticamente el 100% de cobertura en el 2010.

#### 4.1.5.2.1.2. Distribución de recursos

Desde hace algunos años, las instituciones del Sector Salud han percibido algunos incrementos en los presupuestos, por ejemplo para el período 2010 únicamente para la red de cuidado CEN-CINAI: se invirtieron 3.260 millones de colones en las Asociaciones de Desarrollo Específico y Bienestar Comunal para la compra de alimentos; se invirtió más de 6.100 millones de colones en la compra de leche en polvo, lo cual benefició a cerca de un millón de personas mensualmente (Ministerio de Salud; 2011: II).

En el cuadro siguiente se presenta la razón de profesionales en salud por cada 10.000 habitantes. Tal como se observa, la razón de médicos disminuyó en casi dos puntos en el último quinquenio, mientras que el de enfermeras y odontólogos se incrementó en casi cuatro y dos puntos respectivamente.

**Tabla 51: Recurso Humano en el Sector Salud, Costa Rica 2005-2010**

|                                       |             | 2005  | 2006  | 2007 | 2008  | 2009 | 2010 |
|---------------------------------------|-------------|-------|-------|------|-------|------|------|
| Recurso humano<br>x 10.000 habitantes | Médicos     | 20,38 | 20,8  | 20,9 | 17,27 | 18,2 | 18,6 |
|                                       | Enfermeras  | 15,5  | 16,05 | 16,3 | 17,26 | 18,6 | 19,1 |
|                                       | Odontólogos | 6,5   | 6,75  | 6,75 | 7,78  | 7,8  | 8,7  |

Fuente: Elaboración propia con base en el Ministerio de Salud-Indicadores Básicos de Salud 2005-2010

En la siguiente tabla se presenta la cantidad de camas hospitalarias, se observa una reducción notable en el último quinquenio, lo que provoca el incremento en el porcentaje de ocupación. El giro de camas también ha disminuido y la estancia promedio (días cama en los hospitales) ha aumentado, poniendo limitaciones a los recursos médicos de los hospitales, lo cual a corto plazo significa un desmejoramiento de la calidad en los servicios de salud brindados a la población.

**Tabla 52: Número de camas, porcentaje de ocupación, giro de camas y estancia promedio, Costa Rica 2005-2010**

|                         |              | 2005  | 2006  | 2007  | 2008  | 2009  | 2010  |
|-------------------------|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Camas hospitalarias     | x 1.000 hab. | 1,38  | 1,32  | 1,20  | 1,26  | 1,23  | 1,23  |
|                         | No. absoluto | 5.831 | 5.696 | 5.619 | 5.647 | 5.518 | 5.546 |
| Porcentaje de ocupación |              | 80,91 | 84,04 | 82,05 | 83,8  | 86,05 | 83,3  |
| Giro de cama            |              | 58,08 | 59,28 | 58,22 | 50,47 | 58,68 | 50,83 |
| Estancia promedio       |              | 5,29  | 5,0   | 6,29  | 6,32  | 5,48  | 6,12  |

Fuente: Elaboración propia con base en el Ministerio de Salud-Indicadores Básicos de Salud 2005-2010

#### **4.1.5.2.1.3. Acceso**

En el país operan 1.141 EBAIS. Cada centro de atención primaria cubre en promedio 4.500 personas, lo que se encuentra dentro del promedio que se planteó en la reforma (4.000 a 5.000 personas por centro). Además existen otros 136 centros, distribuidos entre 29 hospitales (3 hospitales nacionales de máxima complejidad de atención, 7 hospitales regionales, 13 hospitales periféricos de menor complejidad y 6 especializados), 4 clínicas y 103 áreas de salud, que cubren el segundo y tercer nivel de atención (en el anexo 2 se detallan los centros indicados de acuerdo con la región programática en que se encuentran).

La oferta en los servicios de I nivel (EBAIS) se organiza en los Programas de Atención Integral a la Salud a las personas: niños/as menores de 10 años, adolescentes (11 a 17 años), mujer en edad fértil (15 a 45 años), adultos (entre 18 a 60 años) y adultos mayores (mayores de 60 años), los cuales enfatizan actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades por grupos de edad. Incluye prevención y tratamiento de enfermedades transmisibles, prevenibles por vacunación, enfermedades crónicas, atención prenatal, salud sexual y reproductiva, atención posparto, programa de tamizaje de enfermedades metabólicas y congénitas a todos los recién nacidos, control del crecimiento y desarrollo a nivel de servicios de salud y de educación y a nivel domiciliario. Las actividades de rehabilitación consisten en la referencia a los servicios específicos y a los Cuidados paliativos se coordinan con servicios exclusivamente diseñados para ese fin. Los servicios que prestan los EBAIS se dan el mismo día; los principales inconvenientes para el usuario son las enormes filas para obtener las citas y la cantidad limitada de estas últimas.

Algo favorable es la creciente asignación de recursos al nivel primario de atención, actualmente representan el 22% del presupuesto total efectivo de la CCSS (Ministerio de Salud, 2011), este fue uno de los grandes avances de la reforma sectorial, el mejoramiento de la composición del gasto. En el quinquenio 1997-2001, el gasto destinado al primer nivel de atención era de un 18,8% (Ministerio de Salud, 2011). Sin embargo, a pesar del aumento de los fondos destinados al primer nivel de atención, algunos estudios han concluido que la distribución en el ámbito geográfico continúa siendo inequitativa, pues

ciertas Áreas de Salud reciben una cantidad de recursos por habitante hasta 60 veces más que otras, sin que exista una relación aparente respecto a las necesidades de salud de las poblaciones adscritas (Ministerio de Salud, 2011).

Una de las principales dificultades que experimenta la CCSS desde hace varios años es el tema de las listas de espera, a pesar de las diferentes iniciativas que han surgido en el tiempo para tratar de resolver o disminuir los tiempos de espera para procedimientos y diagnósticos de II y III nivel de atención; sin embargo, las listas de espera se han incrementado considerablemente, en los últimos años han intervenido diversas instituciones solicitando atención y celeridad en la solución del tema: Asamblea Legislativa, Sala Constitucional, Defensoría de los Habitantes (Federación Iberoamericana del Ombudsman; 2011). Esto obliga a un replanteamiento de los Compromisos de Gestión por parte de las autoridades correspondientes con el fin de mejorar el recurso especialista necesario para cubrir la demanda en estos establecimientos.

#### **4.1.5.2.1.4. Mortalidad materna e infantil**

Como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el Ministerio de Salud ha venido realizando en los últimos años una campaña en beneficio de la promoción de la salud con el fin de ir más allá del tratamiento de las enfermedades. Con este propósito se mantiene una vigilancia constante de los índices de mortalidad, especialmente los relacionados con la materna e infantil, así como las defunciones debidas por las neoplasias malignas más comunes de Costa Rica.

Tabla 53: Mortalidad Infantil y Materna, Costa Rica 2005-2010

|   |                                | 2005 | 2006 | 2007 | 2008  | 2009 | 2010 |
|---|--------------------------------|------|------|------|-------|------|------|
| Mortalidad general x 1.000 habitantes     | Hombres                        | 4,2  | 4,2  | 4,3  | 4,3   | 4,6  | 4,7  |
|   | Mujeres                        | 3,3  | 3,3  | 3,3  | 3,3   | 3,4  | 3,5  |
| Mortalidad materna x 10.000 nacidos vivos |                                | 3,0  | 3,6  | 3,9  | 1,9   | 3,3  | 2,7  |
| Mortalidad infantil x 1.000 nacidos vivos |                                | 9,2  | 9,8  | 9,7  | 10,05 | 9,0  | 8,8  |
| Mortalidad por neoplasias malignas        | General x 10.000 habitantes    | 7,98 | 7,90 | 8,09 | 8,02  | 8,28 | 8,62 |
|   | Infantil x 1.000 nacidos vivos | 0,02 | 0,00 | 0,00 | 0,03  | 1,5  | 0,01 |

Fuente: Elaboración propia con base en el Ministerio Salud-Indicadores Básicos de Salud 2005-2010

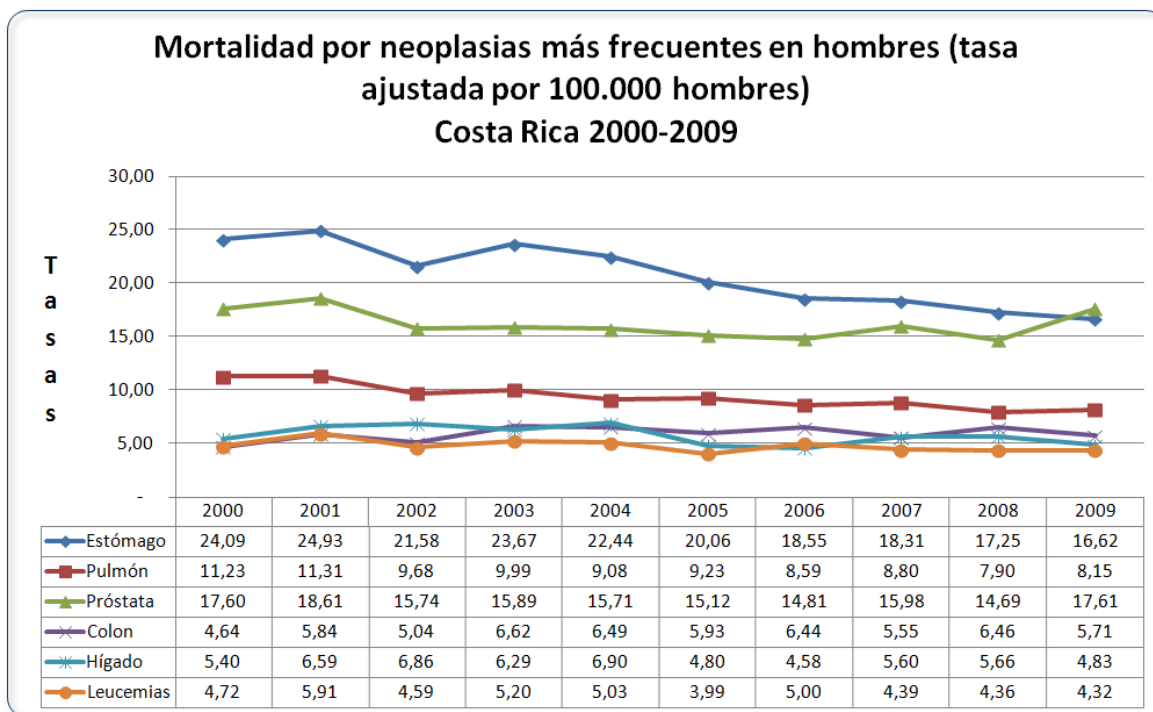
Con respecto a la mortalidad infantil, si se comparan los datos del último quinquenio respecto del año 1995: Mortalidad infantil 11,8, la misma ha disminuido, sin embargo en el último quinquenio las diferencias son imperceptibles e incluso en algunos años (2006, 2008) aumenta. La tasa de mortalidad materna sí presenta variaciones perceptibles, mientras que en año 1995 se tenía una tasa 1,99. Los datos del último quinquenio revelan una desmejora, e incluso se observa que para el año 2007 fue casi el doble respecto del año 1995.

De acuerdo con la incidencia, el cáncer más diagnosticado entre los hombres, durante la última década, fue el cáncer de próstata, seguido por el de estómago, pulmón y colon. El cáncer de próstata, entre el 2002 y el 2006 presentó una leve disminución, la cual se revierte y vuelve a presentar una tendencia creciente a partir del año 2007.

El cáncer de colon, que parecía haber iniciado una tendencia decreciente del 2004 al 2007, en el año 2008 vuelve a incrementarse, sin embargo el rango de oscilación es pequeño.



Ilustración 24: Mortalidad por Neoplasias Malignas – Hombres, Costa Rica 2000-2009

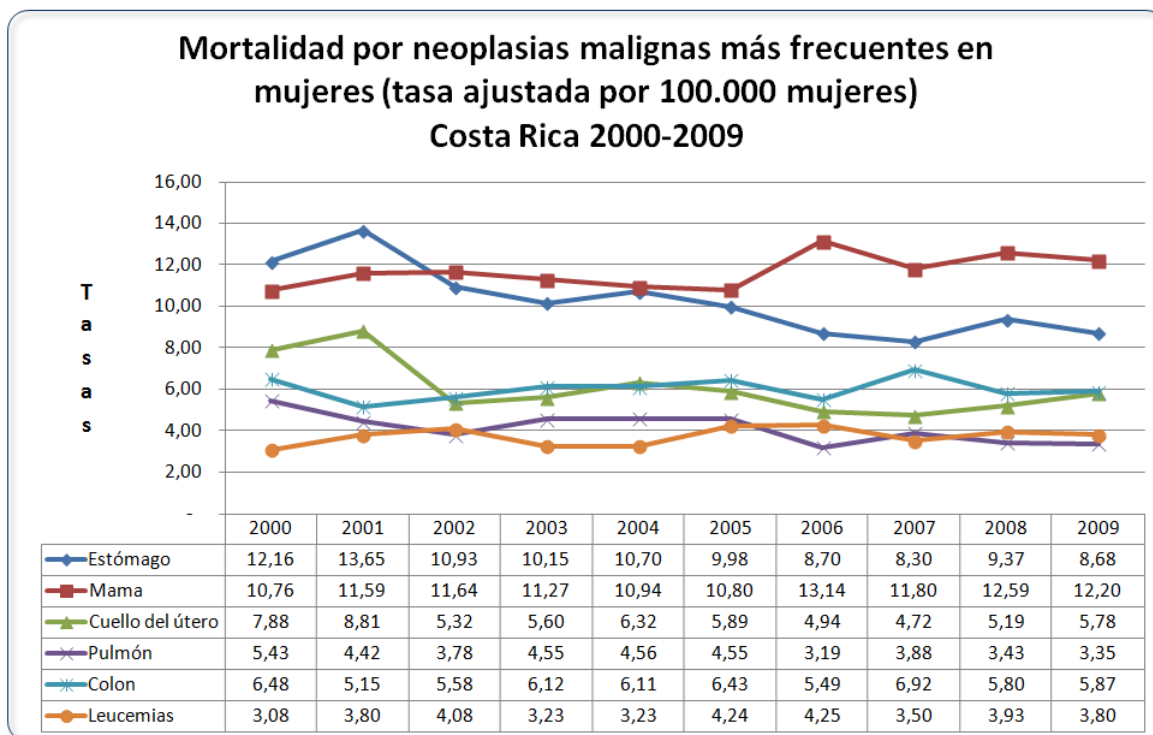


Fuente: INEC – Dirección de Vigilancia de la Salud – Ministerio de Salud

El cáncer de estómago por el contrario, presenta una tendencia descendente sostenida desde el año 2000, pues llega a una tasa de 24,09 en ese año a 16,62 para el 2009.

Al analizar la tendencia de tumores malignos en las mujeres en el período 2000-2009 se observa que el cáncer de cérvix, de estómago y pulmón muestra un comportamiento decreciente, por el contrario, el cáncer de mama y leucemias muestran una tendencia creciente.

Ilustración 25: Mortalidad por Neoplasias Malignas – Mujeres, Costa Rica 2000-2009



Fuente: INEC – Dirección de Vigilancia de la Salud – Ministerio de Salud

#### 4.1.5.2.1.5. Morbilidad

Como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el Ministerio de Salud ha venido realizando en los últimos años una campaña en beneficio de la promoción de la salud con el fin de ir más allá del tratamiento de las enfermedades. Con este propósito se mantiene una vigilancia constante de los índices de mortalidad, especialmente los relacionados con la materna e infantil, así como las defunciones debidas por las neoplasias malignas más comunes de Costa Rica.

En relación con el SIDA, para el período 2002-2010, se registraron 1.805 casos de sida (incidencia 41,7 por 100.000 habitantes). La incidencia de casos nuevos de sida

depende básicamente del sexo masculino (83,6%) y la razón hombre mujer para ese período fue de 5:1 (5 hombres por cada mujer). El grupo de edad más afectado fue el de los 20 a los 54 años, es decir, el 81,8% de los casos para el mismo período (Ministerio de Salud; 2011: 54). Para el año 2010 se registraron 138 muertes por sida. El 84,0% de las defunciones fueron del sexo masculino (tasa de mortalidad 5,0 por 100.000 habitantes). El grupo de edad más afectado fue el de 25 a 54 años. Representando el 76,1% del total de muertes por esta causa (Ministerio de Salud; 2011: 56).

En cuanto al Dengue, para el año 2010 se registró una de las mayores incidencias con un total de 31.484 casos de dengue, lo que representa un incremento de 336,4% respecto al año 2009. Esta situación se manifiesta en todas las regiones del país. Se concentró el 94,7% de la incidencia en la Chorotega, Pacífico Central, Central Norte, Huetar Atlántica, Central Sur y Brunca. Se presentó un comportamiento epidemiológico regional no homogéneo, que afectó áreas con alta densidad poblacional como la Gran Área Metropolitana (Ministerio de Salud; 2011: 59).

En lo que respecta a la Malaria, durante el año 2010 se diagnosticaron 114 casos, lo cual representa una disminución del 56,5% con respecto al año anterior y la tasa de incidencia más baja en la evolución de la malaria en Costa Rica (Ministerio de Salud; 2011: 60).

En cuanto a la tuberculosis, a nivel nacional, se han efectuado esfuerzos para mejorar la calidad del registro de incidencia, con sus correspondientes variables, pues se observan fluctuaciones debidas posiblemente a problemas de registro. Estadísticamente se observan los datos de incidencia y mortalidad en los últimos años, la tendencia ha sido constante, lo cual plantea la necesidad y reto de los servicios de salud a buscar nuevas estrategias de intervención que verdaderamente impacten en forma positiva a nivel preventivo y de detección de este mal.

Tabla 54: Casos de Dengue por Región, Costa Rica 2009-2010

| Región           | 2009  | 2010   | %     | % Variación Relativa |
|------------------|-------|--------|-------|----------------------|
| Pacífico Central | 2.509 | 5.083  | 16,1  | 102,6                |
| Chorotega        | 1.652 | 8.073  | 25,6  | 388,7                |
| Central Norte    | 797   | 5.462  | 17,3  | 585,3                |
| Huetar Atlántica | 474   | 4.070  | 12,9  | 758,6                |
| Central Sur      | 407   | 4.114  | 13,1  | 910,8                |
| Brunca           | 1.203 | 3.859  | 12,3  | 220,8                |
| Central Este     | 56    | 148    | 0,5   | 164,3                |
| Occidente        | 17    | 379    | 1,2   | 2.129,4              |
| Huetar Norte     | 99    | 296    | 0,9   | 199,0                |
| Total            | 7.214 | 31.484 | 100,0 | 336,4                |

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, 2011

Por otra parte la incidencia diarreica aguda, esta aumentó de 2.966,17 a 5.422,04 casos por cien mil habitantes, en el período de 2005 al año 2010. La notificación de los casos se incrementó en un 82,6% (Ministerio de Salud; 2011: 69).

Tabla 55: Incidencia de Tuberculosis, Costa Rica 2005-2010

| Año  | No  | Tasa  |
|------|-----|-------|
| 2005 | 569 | 13,20 |
| 2006 | 505 | 11,50 |
| 2007 | 528 | 11,80 |
| 2008 | 473 | 11,07 |
| 2009 | 507 | 11,20 |
| 2010 | 533 | 11,67 |

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, 2011

Tabla 56: Incidencia de Diarreas por cada 100.000 habitantes, Costa Rica 2010

| Región           | Número de casos | Tasa por 100.000 habitantes |
|------------------|-----------------|-----------------------------|
| Brunca           | 14.648          | 4.995,63                    |
| Central Norte    | 47.161          | 5.409,26                    |
| Central Sur      | 92.685          | 6.321,60                    |
| Central Este     | 26.553          | 4.851,69                    |
| Chorotega        | 13.934          | 4.395,96                    |
| Huetar Atlántica | 21.926          | 4.028,48                    |
| Huetar Norte     | 6.050           | 3.229,80                    |
| Pacífico Central | 15.444          | 6.691,88                    |
| Occidente        | 9.073           | 4.424,86                    |
| Total            | 247.474         | 5.422,85                    |

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, 2011

### 4.1.5.3. Eficiencia

#### 4.1.5.3.1. Asignación de recursos

En secciones anteriores se presentó un análisis de la inversión en el Sector Salud, el cual ha ido en aumento en el último quinquenio, por consiguiente las instituciones que prestan servicios de salud han recibido un aumento en sus respectivos presupuestos. Este incremento según se observa fue de un 14,4% en el año 2010 respecto del año 2009, en ambos años 2009-2010 el gasto en salud representa aproximadamente el 30% del Gasto público (Estado de la Nación; 2011).

Tabla 57: Inversión del Sector Salud y sus Instituciones, Costa Rica 2006-2010

| AÑO  | TOTALES      |                                       |
|------|--------------|---------------------------------------|
|      | ₡            | % variación respecto del año anterior |
| 2006 | 621.653,11   | -,-                                   |
| 2007 | 801.203,83   | 28,9%                                 |
| 2008 | 983.136,68   | 22,7%                                 |
| 2009 | 1.182.869,92 | 20,3%                                 |
| 2010 | 1.353.748,35 | 14,4%                                 |

Fuente: informes de liquidación presupuestaria y proyecciones al 31 de diciembre de cada institución del último quinquenio.

#### 4.1.5.3.2. Sostenibilidad

Varias son las encuestas que se han llevado a cabo para entender la percepción de la población con respecto a la utilización de los servicios de salud. En el año 2006 se realizó la primera encuesta nacional de salud (ENSA-2006). El propósito de dicha encuesta es el diseño de políticas públicas y programas orientados al Sector Salud (Villafuerte y Vega; 2006). De acuerdo con la ENSA, más del 50% de la población considera que la calidad de los EBASIS, clínicas y hospitales de la CCSS son buenos (Hernández y Sáenz; 2006: 15), aunque esta percepción es mayor en los pobladores de las áreas urbanas, para los habitantes de zonas rurales, es mucho menor la percepción de calidad en forma positiva. En una escala de 1 a 10, los servicios obtuvieron en promedio una calificación de 8,2.

En 2007 la Universidad de Costa Rica realizó una encuesta bajo el mismo esquema de ENSA2006, en este año la consulta externa en los EBASIS, las clínicas y los hospitales obtuvieron calificaciones promedio de seis. Los largos tiempos de espera fueron el principal problema mencionado por los usuarios.

El año 2009, CID Gallup ejecutó una encuesta acerca de la prestación de servicios brindados por la CCSS, en el que el 66% de los costarricenses califica de «*confiable y segura*» (CCSS; 2009), sin embargo en la misma encuesta aproximadamente el 60% de los entrevistados prefirieron los servicios privados porque ofrecen, «*mejor atención, calidad y rapidez de los servicios*» (Gutiérrez; 2009: 13-16).

Un punto importante de análisis es la capacidad de modulación de recursos financieros. La amplia cobertura del seguro de salud que goza Costa Rica se debe a que la misma se financió mediante fondos de origen público, principalmente mediante las cuotas provenientes de los asegurados. Con el propósito de garantizar la sostenibilidad de este fondo, la CCSS ha implementado acciones orientadas a incrementar la cantidad de contribuyentes y disminuir la evasión de las cotizaciones, sin embargo hoy día, el mayor deudor de la CCSS es el Gobierno central, al 2010 la deuda ascendía los USD 845 millones (aproximadamente 440,000 millones de colones) correspondientes al seguro de Enfermedad

y Maternidad, atención médica a indigentes y un acuerdo de pago firmado en 2007 (CCSS- Estadísticas Actuariales-Análisis de Ingresos y Egresos; 2010).

#### **4.1.5.3.3. Participación Social**

De acuerdo con el Padrón Nacional de Organizaciones que trabajan en pro del Sector Salud, por la CCSS, en Costa Rica existen 3.500 organizaciones activas, de las cuales 143 son juntas de salud, 681 son comités de salud, y el resto, asociaciones de pacientes, grupo de voluntariado y otras organizaciones de la comunidad. Existe, además, un importante número de redes sociales en el tema de la violencia intrafamiliar, así como en SIDA. En los últimos diez años, se han llevado a cabo acciones que han promovido una mayor participación de la sociedad civil, entre las que destacan: la inclusión de la participación social en el Reglamento de Seguro de Salud; la creación de juntas de salud por medio de la Ley 7852 de desconcentración de los hospitales y clínicas de la CCSS de 1998; la apertura de contralorías de Servicios en 95% de los hospitales; la elaboración de la guía para comités de salud y la elaboración de planes estratégicos de participación social en algunas regiones de salud. La Ley 8239, que se ocupa de los derechos y deberes de los usuarios de los centros de salud públicos y privados; y la implementación de iniciativas tales como la red de cantones ecológicos y saludables, la red de escuelas promotoras de salud, la red de vivienda saludable, el programa Bandera Azul Ecológica, y consejos cantonales de seguridad alimentaria.

#### **4.1.5.3.4. Análisis de Actores**

La reforma del Sector Salud se ha caracterizado por la intervención de diversos actores, destacándose:



- a) Sector Público: Asamblea Legislativa, Poder Ejecutivo, Defensoría de los habitantes, Ministerio de Salud y la CCSS.
- b) Asociaciones y Colegios Profesionales, destacando: Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica y el Colegio de Profesionales en Enfermería.
- c) Organizaciones de trabajadores: UNDECA, ANEP y SIPROCIMECA
- d) Organismos internacionales: OPS/OMS, UNFPA y UNICEF, Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo.
- e) Sector privado de Salud: Hospitales CIMA, Hospital Hotel La Católica, Hospital Clínica Bíblica, Jerusalén.
- f) Partidos Políticos: Partido Liberación Nacional y Partido Unidad Social Cristiana, por ser las dos principales fuerzas políticas que diseñaron y ejecutaron la reforma, a estas se les ha unido Partido Acción Ciudadana y Partido Libertario.

Una característica de la reforma del Sector Salud en el caso costarricense, es la débil participación de las organizaciones de la sociedad civil en el proceso. Por lo general, la participación se orienta a denuncias y movilizaciones de resistencia a lo que se consideran amenazas al derecho a la salud, principalmente en temas como recorte presupuestario, subcontratación y privatización de los servicios de salud.

## **4.2. Auto-diagnóstico del Sector Salud**

### **4.2.1. Perspectiva general**

La estructura del modelo EFQM de excelencia consiste en un marco de trabajo no-prescriptivo basado en nueve criterios. Cinco de ellos son *Agentes Facilitadores* y los cuatro restantes *Resultados*. Los criterios que hacen referencia a un *Agente Facilitador* tratan sobre lo que la organización hace, mientras que los referidos a *Resultados* tratan sobre lo que la organización logra. Podría pues, decirse que los *Resultados* son

consecuencia de los *Agentes Facilitadores*, y que los *Agentes Facilitadores* se mejoran utilizando la información procedente de los *Resultados*, a través de la innovación y el aprendizaje.

El *liderazgo* se erige como uno de los factores clave en la gestión de las organizaciones. El modelo EFQM de excelencia recoge dicha variable como uno de los nueve criterios a evaluar en la gestión empresarial.

El modelo EFQM considera siempre al *liderazgo*, ejercido con capacidad de visión que sirve de inspiración a los demás y que es coherente en toda la organización, como uno de los conceptos fundamentales de la excelencia. La puesta en práctica del mismo se realiza, en organizaciones excelentes, a través de líderes que establecen y comunican una dirección clara a su organización y que, al hacerlo, unen y motivan a los demás líderes para que con su comportamiento sirvan de fuente de inspiración a sus colaboradores.

El *liderazgo* es el primer criterio que aparece en el modelo EFQM, destaca como un importante *Agente Facilitador* dentro del modelo y está compuesto, a su vez, de cinco sub-criterios, cada uno de los cuales tiene el mismo peso dentro del criterio:

- Los líderes desarrollan la misión, visión, valores y principios éticos y actúan como modelo de referencia de una cultura de excelencia.
- Los líderes se implican personalmente para garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua del sistema de gestión de la organización
- Los líderes interactúan con clientes, socios y representantes de la sociedad.
- Los líderes refuerzan una cultura de excelencia entre las personas de la organización
- Los líderes definen e impulsan el cambio en la organización.

Debido a lo anterior, resulta de interés analizar las relaciones y vínculos que el criterio *liderazgo* y sus componentes mantienen con el resto de criterios del modelo EFQM. El objetivo será: analizar las relaciones y vínculos que el *liderazgo* y sus componentes mantienen con el resto de los criterios y con otros conceptos fundamentales de excelencia.

Para lograr este objetivo se utilizó un instrumento de investigación que comprendió 151 preguntas. El instrumento es una adaptación del modelo EFQM de excelencia (Ferrando, 2005: 32) y se divide en diez secciones, la primera corresponde a la data socio-demográfica, el resto corresponde a igual número de criterios, las cuales dividen dos grupos: *facilitadoras* y *resultados*.

Los criterios *facilitadores* comprenden lo que la Institución hace, y se denominan: liderazgo, política y estrategia, personas, alianzas y recursos, y procesos; estos criterios reflejan la manera de actuar de la Institución.

Los criterios de *resultados* son: clientes, resultados en las personas, resultados en la sociedad y resultados clave; estas variables tratan sobre los logros de la Institución. Estos criterios comprenden lo que la Institución alcanza. Los resultados son producto de las *facilitadoras* y la realimentación de los *resultados* ayuda a mejorar a las *facilitadoras*.

Los criterios se interrelacionan como se observa en la ilustración 26. Cada una de ellos tiene una definición, que explica el alto grado de significancia que tiene.

Ilustración 26: Modelo EFQM de Excelencia



Fuente: Calidad Total: Modelo EFQM de Excelencia (Ferrando, 2005: 32)

El propósito del instrumento es ayudar a evaluar la situación actual de la organización en los aspectos cubiertos por las 151 preguntas. Cada una de estas preguntas reviste una importancia idéntica y contribuye en la misma proporción al diagnóstico. A su vez, cada pregunta proporciona la oportunidad de evaluar la eficacia de los esfuerzos realizados por la Institución en la satisfacción de los requisitos expuestos en ella.

Al momento de efectuar la evaluación con el instrumento se tuvo en cuenta la diferencia existente entre los criterios *facilitadores* y los de *resultados*.

En los *facilitadores* se valora el enfoque y el despliegue. Con el enfoque se pretende saber si la realidad descrita en el enunciado de la pregunta reúne las siguientes características:

- Está fundamentada
- Se cumple sistemáticamente
- Previene los errores
- Es revisada periódicamente
- Se implementan mejoras
- Forma parte de las actuaciones habituales del Hospital y/o Área de Salud
- Se revisa la efectividad del enfoque

Con el despliegue, se pretende saber cómo se extiende la acción en todo el Hospital y/o Área de Salud:

- Verticalmente, por todas las unidades de una misma sección
- Horizontalmente, en todas las unidades que se encuentren en un mismo plano
- Por todos los procesos críticos
- Por todos los servicios prestados por el Hospital y/o Área de Salud

En los *resultados* se valorará la magnitud y el alcance. La magnitud pretende conocer el impacto cuantitativo de la realidad descrita en la pregunta:

- Niveles conseguidos

- Tendencias positivas
- Comparación de los resultados con los objetivos previstos
- Comparación de los resultados con los obtenidos por otras organizaciones
- Adopción de medidas correctivas
- Los resultados positivos del Hospital y/o Área de Salud han de proceder de un enfoque
- Los resultados negativos del Hospital y/o Área de Salud son objeto de acciones de revisión

Con el alcance se quiere saber la extensión de la realidad descrita en el enunciado de la pregunta:

- Por todos los ámbitos del Hospital y/o Área de Salud
- Por todos los procesos que se desarrollen

Los principios y convicciones subyacentes al instrumento de diagnóstico son:

- Todos los planteamientos y métodos deben revisarse de manera periódica y obedecer a ciclos de mejora; se deben aplicar las medidas adoptadas.
- Los líderes deben dirigir predicando con su ejemplo y hacer que se favorezca constantemente la motivación por la calidad.
- Los líderes deben dirigir la unidad de salud utilizando hechos y no sólo opiniones; estos hechos y resultados deben obtenerse siempre con facilidad y periódicamente.
- La comunicación dentro de la unidad de salud debe funcionar siempre de manera perfecta en todas las direcciones.
- La reducción de los tiempos del ciclo en todos los aspectos del centro debe constituir un objetivo clave.
- Es fundamental el «*benchmarking*» de los procesos clave o del conjunto del centro, lo que permite aprender de los otros.
- Debe ser evidente el concepto de «*cliente interno*», donde cada persona o departamento es proveedor del cliente que le sigue en el proceso interno del centro.

- El trabajo en equipo debe constituir un procedimiento normal para conseguir la mejora.
- Se deben reconocer los esfuerzos que tiendan a aportar mejoras dentro del centro.
- La mejora continua, con la implicación de todos en los procesos de cambio, debe convertirse en una práctica cotidiana.

Al combinar los requisitos enumerados con cinco posibilidades de puntuación, del uno al cinco, se espera obtener una evaluación realista y afinada de la situación actual del hospital y/o área de salud pública.

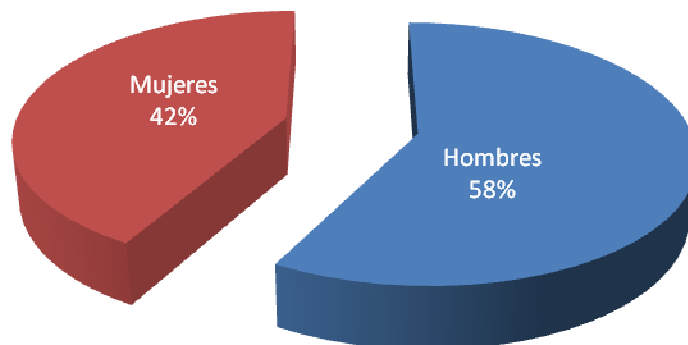
## 4.2.2. Análisis de los Datos

### 4.2.2.1. Análisis Descriptivos

El análisis correspondiente de las variables demográficas para la data recolectada se presenta en seguida:

Ilustración 27: Distribución de la población de acuerdo con el género, 2011

N= 378



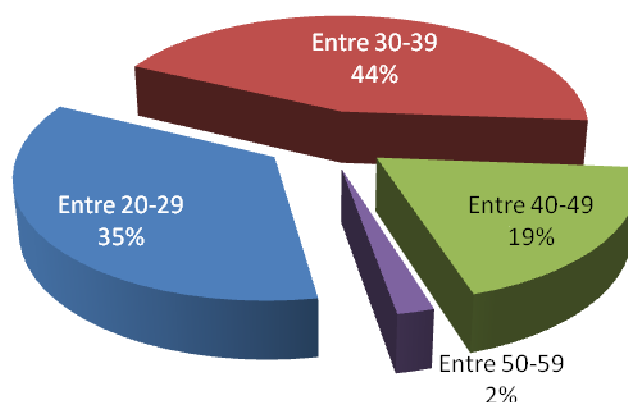
Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas de auto-diagnóstico, 2011

La distribución por género de la población de la CCSS indica a Junio de 2010 una distribución relativa del 44% para hombres y un 56% para mujeres, el análisis de la distribución por género indica un 58% para hombres y un 42% para mujeres, asimismo refleja una asimetría con sesgo a la derecha de 0.496 y una Curtosis de -1,931 del tipo platicúrtica.

Al analizar la composición de edades de la muestra, se encuentra aproximadamente el 80% se encuentra entre los veinte y los cuarenta años, en forma similar que el descriptivo anterior, la distribución por edad presenta una asimetría con sesgo a la derecha de 0,473 y una Curtosis platicúrtica con un valor de -0,475.

Ilustración 28: Distribución de la población de acuerdo con rangos de edad, 2011

N=378



Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas de auto-diagnóstico, 2011

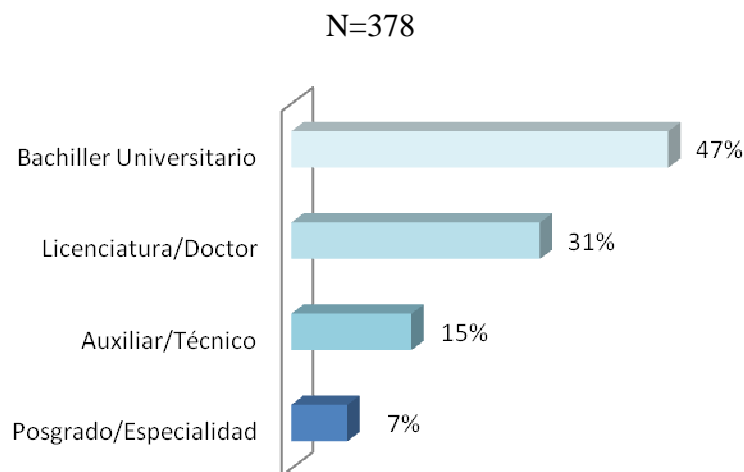
La distribución de la muestra de acuerdo con el grado académico, refleja un porcentaje del 47% en aquellas personas que tienen grado equivalente a Bachiller Universitario/ Técnico, seguido de un 31% de los que tienen grado equivalente a Licenciatura o bien Doctor en Medicina General (se incluyen también las enfermeras); en este caso la asimetría tiene sesgo a la derecha para un valor de 0,209; por otra parte la Curtosis es de tipo platicúrtica con un valor de -0,376.

La distribución conforme al grado académico el que ocupa el mayor porcentaje resulta ser del 34% para los profesionales, seguido del 20% para los técnicos auxiliares; en este caso la asimetría se encuentra sesgada a la derecha para un valor de 1,016, la Curtosis resulta ser de tipo mesocúrtica con un valor de 0,524.

La distribución de acuerdo con el tipo de unidad resulta para la muestra un 54% hospitales y un 46% para las áreas de salud, para este caso la asimetría también tiene sesgo a la derecha con un valor de 0,163, la Curtosis es platicúrtica con un valor de -2,014.

Finalmente para la región se tiene la mayor representatividad en la región central con un 61%; en este caso la asimetría tiene sesgo a la derecha para un valor de 0,568 y la Curtosis es de tipo platicúrtica con un valor de -0,840.

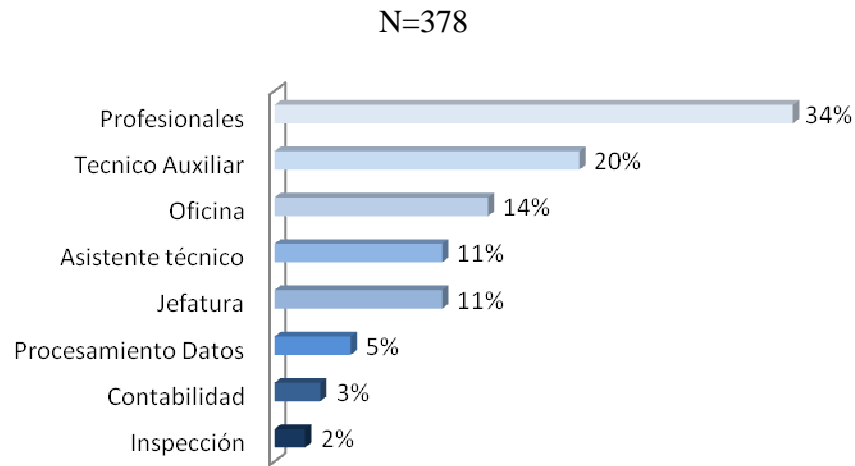
Ilustración 29: Distribución de población de acuerdo con el grado académico, 2011



Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas de auto-diagnóstico, 2011

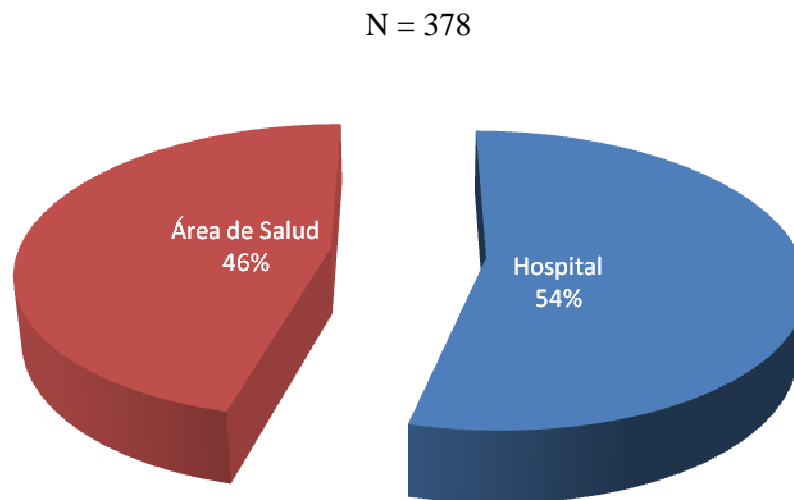


Ilustración 30: Distribución de población de acuerdo con la ocupación, 2011



Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas de auto-diagnóstico, 2011

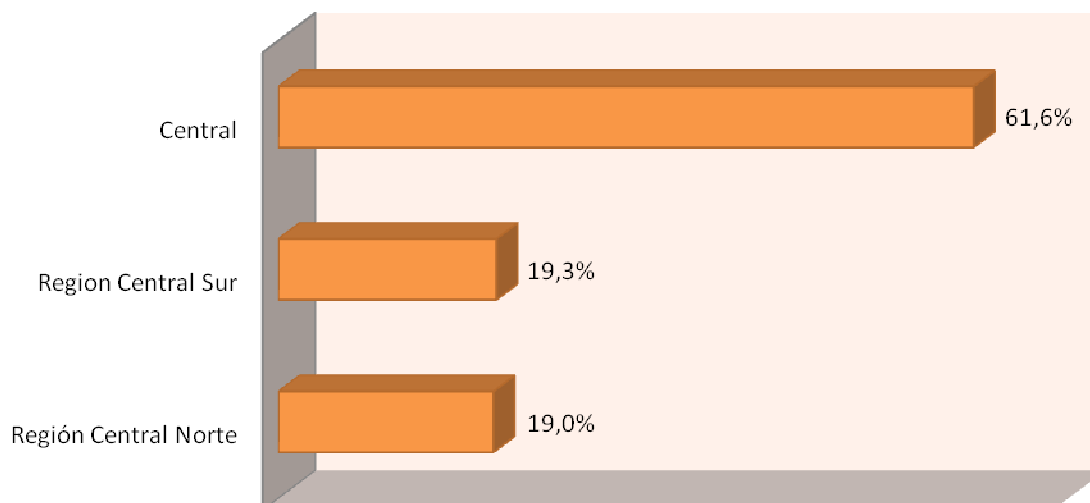
Ilustración 31: Distribución de población de acuerdo con el tipo de unidad de salud, 2011



Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas de auto-diagnóstico, 2011

### Ilustración 32: Distribución de población de acuerdo con la región, 2011

N=378



Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas de auto-diagnóstico, 2011

A continuación se presente el análisis descriptivo de cada uno de los ítems que componen el cuestionario para los bloques 02 al 10 (Variables 01 a la 09).

Tabla 58: Estadísticos de la variable 01 - Liderazgo

| Pregunta | N       |          | Media | Desviación típica | Asimetría   |              | Curtosis    |              |
|----------|---------|----------|-------|-------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
|          | Válidos | Perdidos |       | Estadístico       | Estadístico | Error típico | Estadístico | Error típico |
| 1-01     | 99      | 1        | 2,93  | 0,918             | -0,101      | 0,243        | -0,241      | 0,481        |
| 1-02     | 97      | 3        | 2,91  | 1,021             | -0,050      | 0,245        | -0,428      | 0,485        |
| 1-03     | 100     | 0        | 3,11  | 0,942             | 0,221       | 0,241        | -0,435      | 0,478        |
| 1-04     | 100     | 0        | 3,28  | 0,944             | -0,077      | 0,241        | -0,482      | 0,478        |
| 1-05     | 100     | 0        | 3,19  | 0,918             | -0,070      | 0,241        | 0,186       | 0,478        |
| 1-06     | 100     | 0        | 3,06  | 0,993             | 0,004       | 0,241        | -0,447      | 0,478        |
| 1-07     | 100     | 0        | 3,02  | 0,995             | 0,148       | 0,241        | -0,324      | 0,478        |
| 1-08     | 100     | 0        | 2,98  | 1,015             | -0,255      | 0,241        | -0,506      | 0,478        |
| 1-09     | 100     | 0        | 2,98  | 0,974             | 0,110       | 0,241        | -0,599      | 0,478        |
| 1-10     | 100     | 0        | 3,00  | 0,953             | 0,071       | 0,241        | -0,522      | 0,478        |
| 1-11     | 100     | 0        | 3,22  | 0,980             | 0,001       | 0,241        | -0,723      | 0,478        |
| 1-12     | 100     | 0        | 3,11  | 0,952             | -0,081      | 0,241        | -0,387      | 0,478        |
| 1-13     | 100     | 0        | 3,02  | 0,985             | 0,024       | 0,241        | -0,493      | 0,478        |
| 1-14     | 100     | 0        | 3,00  | 0,985             | -0,130      | 0,241        | -0,354      | 0,478        |
| 1-15     | 99      | 1        | 2,99  | 0,995             | 0,021       | 0,243        | -0,690      | 0,481        |
| 1-16     | 100     | 0        | 3,02  | 0,985             | -0,041      | 0,241        | -0,625      | 0,478        |
| 1-17     | 100     | 0        | 3,05  | 0,925             | -0,022      | 0,241        | 0,071       | 0,478        |
| 1-18     | 99      | 1        | 3,05  | 0,962             | -0,173      | 0,243        | -0,253      | 0,481        |

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas de auto-diagnóstico, 2011

Tabla 59: Estadísticos de la variable 02 – Política y Estrategia

| Pregunta | N       |          | Media | Desviación típica | Asimetría   |              | Curtosis    |              |
|----------|---------|----------|-------|-------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
|          | Válidos | Perdidos |       | Estadístico       | Estadístico | Error típico | Estadístico | Error típico |
| 2-01     | 99      | 1        | 2,96  | 1,009             | 0,082       | 0,243        | -0,289      | 0,481        |
| 2-02     | 100     | 0        | 2,84  | 1,002             | 0,022       | 0,241        | -0,497      | 0,478        |
| 2-03     | 99      | 1        | 3,02  | 0,969             | -0,178      | 0,243        | -0,174      | 0,481        |
| 2-04     | 100     | 0        | 3,15  | 0,947             | -0,088      | 0,241        | -0,217      | 0,478        |
| 2-05     | 100     | 0        | 2,86  | 1,025             | 0,057       | 0,241        | -0,750      | 0,478        |
| 2-06     | 98      | 2        | 3,08  | 1,042             | -0,166      | 0,244        | -0,532      | 0,483        |
| 2-07     | 100     | 0        | 2,96  | 1,091             | -0,062      | 0,241        | -0,854      | 0,478        |
| 2-08     | 99      | 1        | 2,97  | 1,120             | 0,016       | 0,243        | -1,007      | 0,481        |
| 2-09     | 97      | 3        | 3,09  | 0,980             | 0,014       | 0,245        | -01,63      | 0,485        |
| 2-10     | 100     | 0        | 3,06  | 1,023             | -0,064      | 0,241        | -0,553      | 0,478        |
| 2-11     | 100     | 0        | 3,04  | 1,082             | -0,276      | 0,241        | -0,833      | 0,478        |
| 2-12     | 100     | 0        | 3,00  | 1,054             | -0,158      | 0,241        | -0,572      | 0,478        |
| 2-13     | 100     | 0        | 2,97  | 1,020             | 0,061       | 0,241        | -0,639      | 0,478        |
| 2-14     | 99      | 1        | 3,04  | 0,979             | -0,015      | 0,243        | -0,428      | 0,481        |

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas de auto-diagnóstico, 2011

Tabla 60: Estadísticos de la variable 03 – Personas

| Pregunta | N       |          | Media | Desviación típica | Asimetría   |              | Curtosis    |              |
|----------|---------|----------|-------|-------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
|          | Válidos | Perdidos |       | Estadístico       | Estadístico | Error típico | Estadístico | Error típico |
| 3-01     | 98      | 2        | 3,11  | 1,064             | -0,018      | 0,244        | -0,769      | 0,483        |
| 3-02     | 99      | 1        | 3,25  | 1,053             | 0,010       | 0,243        | -0,766      | 0,481        |
| 3-03     | 99      | 1        | 3,14  | 1,000             | -0,103      | 0,243        | -0,385      | 0,481        |
| 3-04     | 100     | 0        | 3,10  | 1,059             | -0,203      | 0,241        | -0,680      | 0,478        |
| 3-05     | 99      | 1        | 3,00  | 1,030             | 0,000       | 0,243        | -0,474      | 0,481        |
| 3-06     | 100     | 0        | 3,19  | 1,051             | -0,125      | 0,241        | -0,422      | 0,478        |
| 3-07     | 99      | 1        | 3,08  | 0,944             | -0,386      | 0,243        | -0,327      | 0,481        |
| 3-08     | 99      | 1        | 3,16  | 1,122             | -0,105      | 0,243        | -0,742      | 0,481        |
| 3-09     | 99      | 1        | 2,82  | 1,190             | 0,249       | 0,243        | -0,952      | 0,481        |
| 3-10     | 100     | 0        | 3,27  | 1,109             | -0,148      | 0,241        | -0,620      | 0,478        |
| 3-11     | 100     | 0        | 3,05  | 1,029             | -0,215      | 0,241        | -0,448      | 0,478        |
| 3-12     | 100     | 0        | 3,01  | 1,096             | -0,020      | 0,241        | -0,604      | 0,478        |
| 3-13     | 99      | 1        | 3,11  | 0,957             | -0,298      | 0,243        | -0,154      | 0,481        |
| 3-14     | 100     | 0        | 2,99  | 1,040             | -0,145      | 0,241        | -0,462      | 0,478        |

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas de auto-diagnóstico, 2011

Tabla 61: Estadísticos de la variable 04 – Alianzas y Recursos

| Pregunta | N       |          | Media | Desviación típica | Asimetría   |              | Curtosis    |              |
|----------|---------|----------|-------|-------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
|          | Válidos | Perdidos |       | Estadístico       | Estadístico | Error típico | Estadístico | Error típico |
| 4-01     | 97      | 3        | 3,04  | 1,089             | 0,115       | 0,245        | -0,710      | 0,485        |
| 4-02     | 99      | 1        | 3,03  | 1,035             | 0,051       | 0,243        | -0,521      | 0,481        |
| 4-03     | 99      | 1        | 3,02  | 1,010             | -0,162      | 0,243        | -0,289      | 0,481        |
| 4-04     | 99      | 1        | 3,05  | 1,034             | 0,067       | 0,243        | -0,417      | 0,481        |
| 4-05     | 99      | 1        | 3,12  | 1,062             | 0,014       | 0,243        | -0,695      | 0,481        |
| 4-06     | 99      | 1        | 3,01  | 0,909             | 0,063       | 0,243        | -0,477      | 0,481        |
| 4-07     | 100     | 0        | 3,11  | 0,994             | 0,216       | 0,241        | -0,730      | 0,481        |
| 4-08     | 100     | 0        | 3,11  | 1,081             | 0,022       | 0,241        | -0,650      | 0,478        |
| 4-09     | 100     | 0        | 3,17  | 1,146             | -0,095      | 0,241        | -0,709      | 0,478        |
| 4-10     | 100     | 0        | 3,09  | 1,093             | 0,103       | 0,241        | -0,649      | 0,478        |
| 4-11     | 100     | 0        | 3,07  | 1,057             | 0,225       | 0,241        | -0,677      | 0,478        |
| 4-12     | 99      | 1        | 3,04  | 0,979             | 0,118       | 0,243        | -0,451      | 0,481        |
| 4-13     | 100     | 0        | 3,24  | 1,026             | -0,157      | 0,241        | -0,601      | 0,478        |
| 4-14     | 99      | 1        | 3,25  | 0,962             | -0,039      | 0,243        | -0,291      | 0,481        |
| 4-15     | 99      | 1        | 3,09  | 0,905             | -0,267      | 0,243        | 0,016       | 0,481        |
| 4-16     | 100     | 0        | 3,08  | 1,002             | -0,224      | 0,241        | -0,332      | 0,478        |
| 4-17     | 100     | 0        | 3,12  | 1,028             | -0,131      | 0,241        | -0,480      | 0,478        |
| 4-18     | 100     | 0        | 3,08  | 1,089             | -0,209      | 0,241        | -0,604      | 0,478        |

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas de auto-diagnóstico, 2011

Tabla 62: Estadísticos de la variable 05 – Procesos

| Pregunta | N       |          | Media | Desviación típica | Asimetría   |              | Curtosis    |              |
|----------|---------|----------|-------|-------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
|          | Válidos | Perdidos |       | Estadístico       | Estadístico | Error típico | Estadístico | Error típico |
| 5-01     | 99      | 0        | 3,07  | 1,223             | -0,103      | 0,243        | -0,921      | 0,481        |
| 5-02     | 100     | 0        | 3,17  | 1,074             | -0,097      | 0,241        | -0,596      | 0,478        |
| 5-03     | 100     | 0        | 3,01  | 1,115             | -0,020      | 0,241        | -0,736      | 0,478        |
| 5-04     | 100     | 0        | 3,09  | 1,083             | -0,231      | 0,241        | -0,556      | 0,478        |
| 5-05     | 100     | 0        | 2,93  | 1,121             | -0,123      | 0,241        | -0,673      | 0,478        |
| 5-06     | 99      | 1        | 3,13  | 1,085             | -0,315      | 0,243        | -0,701      | 0,481        |
| 5-07     | 100     | 0        | 3,06  | 1,052             | 0,091       | 0,241        | -0,703      | 0,478        |
| 5-08     | 100     | 0        | 3,20  | 1,035             | 0,201       | 0,241        | -0,780      | 0,478        |
| 5-09     | 100     | 0        | 3,12  | 1,018             | -0,069      | 0,241        | -0,548      | 0,478        |
| 5-10     | 100     | 0        | 3,11  | 1,053             | -0,012      | 0,241        | -0,513      | 0,478        |
| 5-11     | 100     | 0        | 3,11  | 1,072             | -0,173      | 0,241        | -0,495      | 0,478        |
| 5-12     | 100     | 0        | 3,15  | 0,947             | -0,234      | 0,241        | -0,442      | 0,478        |

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas de auto-diagnóstico, 2011

Tabla 63: Estadísticos de la variable 06 – Resultados en los clientes

| Pregunta | N       |          | Media | Desviación típica | Asimetría   |              | Curtosis    |              |
|----------|---------|----------|-------|-------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
|          | Válidos | Perdidos |       | Estadístico       | Estadístico | Error típico | Estadístico | Error típico |
| 6-01     | 99      | 1        | 3,08  | 1,094             | -0,068      | 0,243        | -0,581      | 0,481        |
| 6-02     | 99      | 1        | 3,01  | 0,920             | -0,261      | 0,243        | -0,194      | 0,481        |
| 6-03     | 99      | 1        | 3,10  | 0,931             | -0,127      | 0,243        | 0,033       | 0,481        |
| 6-04     | 99      | 1        | 2,90  | 0,974             | 0,138       | 0,243        | -0,380      | 0,481        |
| 6-05     | 100     | 0        | 3,14  | 1,015             | -0,228      | 0,241        | -0,700      | 0,478        |
| 6-06     | 99      | 1        | 3,14  | 0,892             | -0,020      | 0,243        | -0,435      | 0,481        |
| 6-07     | 98      | 2        | 2,84  | 0,971             | -0,009      | 0,244        | -0,194      | 0,483        |
| 6-08     | 100     | 0        | 2,92  | 1,032             | 0,106       | 0,241        | -0,387      | 0,478        |
| 6-09     | 100     | 0        | 2,88  | 0,956             | -0,109      | 0,241        | -0,378      | 0,478        |
| 6-10     | 100     | 0        | 2,92  | 0,981             | -0,230      | 0,241        | -0,715      | 0,478        |
| 6-11     | 100     | 0        | 2,96  | 0,994             | -0,171      | 0,241        | -0,737      | 0,478        |
| 6-12     | 100     | 0        | 2,85  | 0,947             | -0,203      | 0,241        | -0,730      | 0,478        |
| 6-13     | 100     | 0        | 2,90  | 0,980             | -0,322      | 0,241        | -0,779      | 0,478        |
| 6-14     | 100     | 0        | 2,88  | 1,018             | -0,107      | 0,241        | -0,514      | 0,478        |
| 6-15     | 100     | 0        | 2,90  | 1,040             | -0,182      | 0,241        | -0,799      | 0,478        |
| 6-16     | 100     | 0        | 2,98  | 0,953             | -0,245      | 0,241        | -0,388      | 0,478        |
| 6-17     | 100     | 0        | 2,85  | 1,009             | -0,053      | 0,241        | -0,708      | 0,478        |
| 6-18     | 99      | 1        | 2,89  | 0,999             | -0,024      | 0,243        | -0,798      | 0,481        |

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas de auto-diagnóstico, 2011



Tabla 64: Estadísticos de la variable 07 – Resultados en las Personas

| Pregunta | N       |          | Media | Desviación típica | Asimetría   |              | Curtosis    |              |
|----------|---------|----------|-------|-------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
|          | Válidos | Perdidos |       | Estadístico       | Estadístico | Error típico | Estadístico | Error típico |
| 7-01     | 100     | 0        | 2,83  | 0,954             | 0,065       | 0,241        | -0,489      | 0,478        |
| 7-02     | 99      | 1        | 2,86  | 0,869             | 0,090       | 0,243        | -0,388      | 0,481        |
| 7-03     | 100     | 0        | 2,80  | 0,899             | 0,324       | 0,241        | 0,044       | 0,478        |
| 7-04     | 99      | 1        | 2,76  | 0,980             | 0,176       | 0,243        | -0,300      | 0,481        |
| 7-05     | 99      | 1        | 2,80  | 0,979             | 0,086       | 0,243        | -0,296      | 0,481        |
| 7-06     | 100     | 0        | 2,85  | 1,019             | 0,132       | 0,241        | -0,311      | 0,478        |
| 7-07     | 98      | 2        | 2,89  | 0,994             | -0,028      | 0,244        | -0,748      | 0,483        |
| 7-08     | 100     | 0        | 3,00  | 1,025             | -0,057      | 0,241        | -0,565      | 0,478        |
| 7-09     | 100     | 0        | 2,85  | 1,029             | 0,080       | 0,241        | -0,544      | 0,478        |
| 7-10     | 100     | 0        | 2,87  | 1,041             | -0,008      | 0,241        | -0,338      | 0,478        |
| 7-11     | 99      | 1        | 2,76  | 1,041             | 0,283       | 0,243        | -0,581      | 0,481        |
| 7-12     | 100     | 0        | 2,73  | 1,043             | 0,293       | 0,241        | -0,317      | 0,478        |
| 7-13     | 98      | 2        | 2,84  | 1,012             | 0,153       | 0,244        | -0,213      | 0,483        |
| 7-14     | 100     | 0        | 2,78  | 1,031             | 0,117       | 0,241        | -0,409      | 0,478        |
| 7-15     | 99      | 1        | 2,84  | 0,966             | -0,223      | 0,243        | -0,461      | 0,481        |
| 7-16     | 99      | 1        | 2,80  | 0,969             | 0,006       | 0,243        | -0,411      | 0,481        |
| 7-17     | 98      | 2        | 2,86  | 0,984             | 0,095       | 0,244        | -0,510      | 0,483        |

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas de auto-diagnóstico, 2011

Tabla 65: Estadísticos de la variable 08 – Resultados en la Sociedad

| Pregunta | N       |          | Media | Desviación típica | Asimetría   |              | Curtosis    |              |
|----------|---------|----------|-------|-------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
|          | Válidos | Perdidos |       | Estadístico       | Estadístico | Error típico | Estadístico | Error típico |
| 8-01     | 97      | 3        | 2,93  | 1,139             | 0,245       | -0,115       | -0,746      | 0,485        |
| 8-02     | 100     | 0        | 2,95  | 1,048             | 0,241       | -0,221       | -0,474      | 0,478        |
| 8-03     | 100     | 0        | 2,95  | 1,038             | 0,241       | -0,064       | -0,693      | 0,478        |
| 8-04     | 100     | 0        | 2,82  | 1,077             | 0,241       | -0,028       | -0,624      | 0,478        |
| 8-05     | 99      | 1        | 2,97  | 1,111             | 0,243       | -0,122       | -0,540      | 0,481        |
| 8-06     | 100     | 0        | 2,92  | 1,143             | 0,241       | -0,213       | -0,785      | 0,478        |
| 8-07     | 100     | 0        | 2,88  | 1,047             | 0,241       | -0,186       | -0,570      | 0,478        |
| 8-08     | 100     | 0        | 2,91  | 1,120             | 0,241       | 0,092        | -0,778      | 0,478        |
| 8-09     | 100     | 0        | 2,76  | 1,093             | 0,241       | -0,217       | -0,953      | 0,478        |
| 8-10     | 100     | 0        | 2,82  | 1,086             | 0,241       | -0,067       | -0,816      | 0,478        |
| 8-11     | 100     | 0        | 2,81  | 1,02              | 0,241       | -0,303       | -0,843      | 0,478        |
| 8-12     | 100     | 0        | 2,84  | 1,012             | 0,241       | -0,029       | -0,737      | 0,478        |
| 8-13     | 100     | 0        | 2,84  | 1,042             | 0,241       | -0,164       | -0,707      | 0,478        |
| 8-14     | 100     | 0        | 2,82  | 1,067             | 0,241       | -0,038       | -0,754      | 0,478        |
| 8-15     | 100     | 0        | 2,76  | 1,065             | 0,241       | -0,015       | -0,846      | 0,478        |
| 8-16     | 100     | 0        | 2,82  | 1,038             | 0,241       | -0,127       | -0,701      | 0,478        |
| 8-17     | 100     | 0        | 2,75  | 0,989             | 0,241       | -0,308       | -0,919      | 0,478        |
| 8-18     | 100     | 0        | 2,70  | 0,980             | 0,241       | -0,217       | -0,667      | 0,478        |

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas de auto-diagnóstico, 2011

Tabla 66: Estadísticos de la variable 09 – Resultados Clave

| Pregunta | N       |          | Media | Desviación típica | Asimetría   |              | Curtosis    |              |
|----------|---------|----------|-------|-------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
|          | Válidos | Perdidos |       | Estadístico       | Estadístico | Error típico | Estadístico | Error típico |
| 9-01     | 98      | 2        | 2,99  | 1,050             | -0,143      | 0,244        | -0,731      | 0,483        |
| 9-02     | 99      | 1        | 3,01  | 0,920             | -0,421      | 0,243        | -0,186      | 0,481        |
| 9-03     | 100     | 0        | 3,02  | 1,015             | -0,041      | 0,241        | -0,360      | 0,478        |
| 9-04     | 100     | 0        | 2,94  | 1,118             | 0,032       | 0,241        | -0,600      | 0,478        |
| 9-05     | 100     | 0        | 2,82  | 1,077             | 0,021       | 0,241        | -0,686      | 0,478        |
| 9-06     | 99      | 1        | 2,97  | 0,984             | -0,201      | 0,243        | -0,639      | 0,481        |
| 9-07     | 100     | 0        | 3,03  | 0,937             | -0,587      | 0,241        | -0,306      | 0,478        |
| 9-08     | 100     | 0        | 2,90  | 0,969             | -0,136      | 0,241        | -0,471      | 0,478        |
| 9-09     | 98      | 2        | 2,99  | 1,010             | -0,286      | 0,244        | -0,422      | 0,483        |
| 9-10     | 100     | 0        | 2,99  | 1,040             | -0,420      | 0,241        | -0,584      | 0,478        |
| 9-11     | 100     | 0        | 3,11  | 1,053             | -0,277      | 0,241        | -0,503      | 0,478        |
| 9-12     | 100     | 0        | 2,93  | 1,103             | -0,182      | 0,241        | -0,813      | 0,478        |
| 9-13     | 99      | 1        | 2,92  | 1,037             | -0,172      | 0,243        | -0,617      | 0,481        |
| 9-14     | 100     | 0        | 3,01  | 0,980             | -0,152      | 0,241        | -0,581      | 0,478        |
| 9-15     | 100     | 0        | 3,00  | 1,054             | -0,317      | 0,241        | -0,676      | 0,478        |
| 9-16     | 99      | 1        | 2,98  | 1,088             | -0,105      | 0,243        | -0,625      | 0,481        |

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas de auto-diagnóstico, 2011

En seguida se presenta el análisis descriptivo de los criterios tanto *facilitadores* como de *resultados*, sin embargo, debido a que el objetivo es investigar el efecto del criterio *Liderazgo* en el resto de los criterios, los posteriores análisis se concentrarán únicamente en esta variable, en esta sección se presentan los descriptivos de cada una de las variables y sus sub-criterios. Para el efecto se utilizó la media como medida de tendencia central, como medida de dispersión se utilizó: la desviación estándar y como medidas de forma el coeficiente de asimetría y de Curtosis.

La media nos indica la tendencia central de la distribución, la desviación estándar la dispersión o sea cuanto se alejan las observaciones con respecto a la media, la curtosis mide cuan «*puntiaguda*» es una distribución respecto de un estándar, de acuerdo con su valor, la «*puntudez*» de los datos puede clasificarse en tres grupos: a) *leptocúrticos*, con valores

grandes para el coeficiente (valores notoriamente mayores que cero); b) *mesocúrticos*, con valores medianos para el coeficiente (cerca de cero); c) *platicúrticos*, con valores pequeños para el coeficiente (valores menores que cero). En cuanto a la asimetría si el coeficiente es mayor que cero tiene sesgo hacia la derecha o positiva y si el coeficiente es negativo o sea menor que 0 la curva tiene sesgo a la izquierda.

Tabla 67: Estadísticos de los sub-criterios del Liderazgo

| Sub-criterios | N       |          | Media  | Desviación típica | Asimetría   |              | Curtosis    |              |
|---------------|---------|----------|--------|-------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
|               | Válidos | Perdidos |        | Estadístico       | Estadístico | Error típico | Estadístico | Error típico |
| Criterio 1a   | 96      | 4        | 3,0896 | 0,77859           | 0,072       | 0,246        | -0,110      | 0,488        |
| Criterio 1b   | 100     | 0        | 3,0200 | 0,90120           | -0,030      | 0,241        | -0,251      | 0,478        |
| Criterio 1c   | 100     | 0        | 2,9900 | 0,83781           | 0,045       | 0,241        | -0,508      | 0,478        |
| Criterio 1d   | 100     | 0        | 3,0875 | 0,80589           | -0,009      | 0,241        | -0,227      | 0,478        |
| Criterio 1e   | 98      | 2        | 3,0281 | 0,89232           | -0,097      | 0,244        | -0,488      | 0,483        |

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas de auto-diagnóstico, 2011

Sub-criterios *Liderazgo*:

1.a) Los líderes desarrollan la misión, la visión, los valores y los principios éticos y actúan como modelo de referencia de una cultura de excelencia.

1.b) Los líderes se implican personalmente para garantizar el desarrollo, la implantación y la mejora continua del sistema de gestión de la organización.

1.c) Los líderes interactúan con clientes, socios y representantes de la sociedad.

1.d) Los líderes refuerzan una cultura de Excelencia entre las personas de la organización.

1.e) Los líderes definen e impulsan el cambio de la organización.

Tabla 68: Estadísticos de los sub-criterios de Política y Estrategia

| Sub-criterios | N       |          | Media  | Desviación típica | Asimetría   |              | Curtosis    |              |
|---------------|---------|----------|--------|-------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
|               | Válidos | Perdidos |        | Estadístico       | Estadístico | Error típico | Estadístico | Error típico |
| Criterio 2a   | 99      | 1        | 2,9461 | 0,81331           | -0,092      | 0,243        | -0,184      | 0,481        |
| Criterio 2b   | 98      | 2        | 3,0272 | 0,87038           | -0,066      | 0,244        | -0,663      | 0,483        |
| Criterio 2c   | 96      | 4        | 3,0313 | 0,85935           | -0,057      | 0,246        | -0,474      | 0,488        |
| Criterio 2d   | 99      | 1        | 3,0076 | 0,91783           | -0,177      | 0,243        | -0,640      | 0,481        |

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas de auto-diagnóstico, 2011

Sub-criterios Política y Estrategia:

2.a) La política y la estrategia se basan en las necesidades y expectativas actuales y futuras de los grupos de interés.

2.b) La política y estrategia se basan en la información de los indicadores de rendimiento, la investigación, el aprendizaje y las actividades externas.

2.c) La política y la estrategia se desarrollan, revisan y actualizan.

2.d) La política y estrategia se comunican y despliegan mediante un esquema de procesos clave.

Tabla 69: Estadísticos de los sub-criterios de Personas

| Sub-criterios | N       |          | Media  | Desviación típica | Asimetría   |              | Curtosis    |              |
|---------------|---------|----------|--------|-------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
|               | Válidos | Perdidos |        | Estadístico       | Estadístico | Error típico | Estadístico | Error típico |
| Criterio 3a   | 97      | 3        | 3,1409 | 0,88301           | -0,078      | 0,245        | -0,609      | 0,485        |
| Criterio 3b   | 99      | 1        | 3,0404 | 0,94674           | -0,174      | 0,243        | -0,489      | 0,481        |
| Criterio 3c   | 98      | 2        | 3,0170 | 0,88175           | -0,244      | 0,244        | -0,730      | 0,483        |
| Criterio 3d   | 99      | 1        | 3,1616 | 1,12220           | -0,105      | 0,243        | -0,742      | 0,481        |
| Criterio 3e   | 99      | 1        | 3,0828 | 0,89944           | -0,291      | 0,243        | -0,475      | 0,481        |

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas de auto-diagnóstico, 2011

Sub-criterios:

- 3.a) Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos.
- 3.b) Identificación, desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización.
- 3.c) Implicación y asunción de responsabilidades por parte de las personas de la organización.
- 3.d) Existencia de un diálogo entre las personas y la organización.
- 3.e) Recompensa, reconocimiento y atención a las personas de la organización.

Tabla 70: Estadísticos de los sub-criterios de Alianzas y Recursos

| Sub-criterios | N       |          | Media  | Desviación típica<br>Estadístico | Asimetría   |              | Curtosis    |              |
|---------------|---------|----------|--------|----------------------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
|               | Válidos | Perdidos |        |                                  | Estadístico | Error típico | Estadístico | Error típico |
| Criterio 4a   | 97      | 3        | 3,0412 | 1,00693                          | 0,072       | 0,245        | -0,688      | 0,485        |
| Criterio 4b   | 98      | 2        | 3,0714 | 0,92099                          | -0,024      | 0,244        | -0,109      | 0,483        |
| Criterio 4c   | 99      | 1        | 3,1035 | 0,82685                          | 0,157       | 0,243        | -0,324      | 0,481        |
| Criterio 4d   | 100     | 0        | 3,0800 | 1,01434                          | 0,185       | 0,241        | -0,676      | 0,478        |
| Criterio 4e   | 98      | 2        | 3,1327 | 0,85696                          | -0,121      | 0,244        | -0,375      | 0,483        |

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas de auto-diagnóstico, 2011

Sub-criterios Alianzas y Recursos:

- 4.a) Gestión de las alianzas externas.
- 4.b) Gestión de los recursos económicos y financieros.
- 4.c) Gestión de los edificios, equipos y materiales.
- 4.d) Gestión de la tecnología.
- 4.e) Gestión de la información y del conocimiento.

Tabla 71: Estadísticos de los sub-criterios de Procesos

| Sub-criterios | N       |          | Media  | Desviación típica | Asimetría   |              | Curtosis    |              |
|---------------|---------|----------|--------|-------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
|               | Válidos | Perdidos |        | Estadístico       | Estadístico | Error típico | Estadístico | Error típico |
| Criterio 5a   | 99      | 1        | 3,1111 | 1,09627           | 0,007       | 0,243        | -0,866      | 0,481        |
| Criterio 5b   | 100     | 0        | 3,0500 | 1,05049           | -0,088      | 0,241        | -0,595      | 0,478        |
| Criterio 5c   | 99      | 1        | 3,0471 | 0,97591           | -0,167      | 0,43         | -0,616      | 0,481        |
| Criterio 5d   | 100     | 0        | 3,1600 | 0,93441           | 0,137       | 0,241        | -0,542      | 0,478        |
| Criterio 5e   | 100     | 0        | 3,1233 | 0,94121           | -0,191      | 0,241        | -0,469      | 0,478        |

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas de auto-diagnóstico, 2011

Sub-criterios:

5.a) Diseño y gestión sistemática de los procesos.

5.b) Introducción de las mejoras necesarias en los procesos mediante la innovación, a fin de satisfacer plenamente a clientes y otros grupos de interés, generando cada vez mayor valor.

5.c) Diseño y desarrollo de los productos y servicios basándose en las necesidades y expectativas de los clientes.

5.d) Producción, distribución y servicio de atención de los productos y servicios.

5.e) Gestión y mejora de las relaciones con los clientes.

Tabla 72: Estadísticos de los sub-criterios de Resultados en Clientes

| Sub-criterios | N       |          | Media  | Desviación típica | Asimetría   |              | Curtosis    |              |
|---------------|---------|----------|--------|-------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
|               | Válidos | Perdidos |        | Estadístico       | Estadístico | Error típico | Estadístico | Error típico |
| Criterio 6a   | 96      | 4        | 2,9630 | 0,78529           | -0,357      | 0,246        | 0,131       | 0,488        |
| Criterio 6b   | 96      | 4        | 2,9468 | 0,75324           | -0,381      | 0,246        | -0,069      | 0,488        |

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas de auto-diagnóstico, 2011

Sub-criterios:

6.a) Medidas de percepción.

6.b) Indicadores de rendimiento.

Tabla 73: Estadísticos de los sub-criterios de Resultados en las personas

| Sub-criterios | N       |          | Media  | Desviación típica | Asimetría   |              | Curtosis    |              |
|---------------|---------|----------|--------|-------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
|               | Válidos | Perdidos |        | Estadístico       | Estadístico | Error típico | Estadístico | Error típico |
| Criterio 7a   | 96      | 4        | 2,8294 | 0,75831           | 0,033       | 0,246        | -0,308      | 0,488        |
| Criterio 7b   | 97      | 3        | 2,8522 | 0,75286           | 0,047       | 0,245        | 0,210       | 0,485        |

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas de auto-diagnóstico, 2011

Sub-criterios:

7.a) Medidas de percepción.

7.b) Indicadores de rendimiento.

Tabla 74: Estadísticos de los sub-criterios de Resultados en la Sociedad

| Sub-criterios | N       |          | Media  | Desviación típica | Asimetría   |              | Curtosis    |              |
|---------------|---------|----------|--------|-------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
|               | Válidos | Perdidos |        | Estadístico       | Estadístico | Error típico | Estadístico | Error típico |
| Criterio 8a   | 96      | 4        | 2,8738 | 0,87156           | -0,318      | 0,246        | -0,677      | 0,488        |
| Criterio 8b   | 100     | 0        | 2,8444 | 0,89043           | -0,226      | 0,241        | -0,657      | 0,478        |

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas de auto-diagnóstico, 2011

Sub-criterios:

8.a) Medidas de percepción.

8.b) Indicadores de rendimiento.



Tabla 75: Estadísticos de los sub-criterios de Resultados Clave

| Sub-criterios | N       |          | Media  | Desviación típica | Asimetría   |              | Curtosis    |              |
|---------------|---------|----------|--------|-------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
|               | Válidos | Perdidos |        | Estadístico       | Estadístico | Error típico | Estadístico | Error típico |
| Criterio 9a   | 95      | 5        | 3,0039 | 0,83782           | -0,322      | 0,247        | -0,269      | 0,490        |
| Criterio 9b   | 97      | 3        | 2,9575 | 0,86224           | -0,226      | 0,245        | -0,427      | 0,485        |

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas de auto-diagnóstico, 2011

Sub-criterios:

9.a) Resultados clave del rendimiento de la organización.

9.b) Indicadores clave del rendimiento de la organización.

Tabla 76: Estadísticos de las Variables

| Sub-criterios | N       |          | Media  | Desviación típica | Asimetría   |              | Curtosis    |              |
|---------------|---------|----------|--------|-------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
|               | Válidos | Perdidos |        | Estadístico       | Estadístico | Error típico | Estadístico | Error típico |
| Variable 1    | 94      | 6        | 3,0583 | 0,71584           | -0,019      | 0,249        | 0,102       | 0,493        |
| Variable 2    | 93      | 7        | 3,0235 | 0,76295           | -0,251      | 0,250        | -0,437      | 0,495        |
| Variable 3    | 96      | 4        | 3,0614 | 0,82665           | -0,252      | 0,246        | -0,492      | 0,488        |
| Variable 4    | 94      | 6        | 3,0647 | 0,83274           | 0,103       | 0,249        | -0,504      | 0,493        |
| Variable 5    | 98      | 2        | 3,0891 | 0,90046           | -0,077      | 0,244        | -0,603      | 0,483        |
| Variable 6    | 93      | 7        | 2,9552 | 0,77190           | -0,388      | 0,250        | -0,001      | 0,495        |
| Variable 7    | 93      | 7        | 2,9552 | 0,77190           | -0,388      | 0,250        | -0,001      | 0,495        |
| Variable 8    | 96      | 4        | 2,8756 | 0,87052           | -0,285      | 0,246        | -0,667      | 0,488        |
| Variable 9    | 92      | 8        | 2,9810 | 0,83805           | -0,257      | 0,251        | -0,333      | 0,498        |

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas de auto-diagnóstico, 2011

Criterios:

1. Liderazgo.
2. Política y estrategia.
3. Personas.
4. Alianzas y recursos.

5. Procesos.
6. Resultados en los clientes.
7. Resultados en las personas.
8. Resultados en la sociedad.
9. Resultados clave.

Se destaca que en los estadísticos los criterios *facilitadores* superan ligeramente el valor central de 3, no así en los criterios *resultados* los cuales su media se encuentra por debajo de este valor; sin embargo es notable que el mayor valor que se obtuvo fue de 3,0891 (para la variable Procesos, esto es equivalente a un 62%), lo cual da idea de que el modelo EFQM de excelencia es un patrón exigente de acreditación de calidad.

Prácticamente todos los estadísticos para todos los criterios considerados, tanto para *facilitadores* (variables 1 a 5) como para *resultados* (variables 6 a 9) se encuentran entre 57% y 61%, aunque son menores al 60% aquellas que tienen que ver con los indicadores de rendimiento de la institución (7b), medidas internas que se utilizan, para supervisar, entender, predecir y mejorar el rendimiento de las personas que la integran, así como anticipar sus percepciones. Igualmente destacable es la baja puntuación, en relación con los demás, de los dos criterios que tienen que ver con los «*resultados en la sociedad*», se trata del 8<sup>a</sup> y del 8b. En el 8<sup>a</sup> se encuentran las medidas referidas a la percepción que tiene la sociedad de la organización, obtenidas, por ejemplo, de encuestas, informes, artículos de prensa, reuniones públicas, representantes sociales y autoridades de la Administración. Algunas de estas medidas son también aplicables al sub-criterio 8b, indicadores de rendimiento, cuya connotación es la misma que la explicada para la variable 7b.

### **4.2.3. Análisis de Factores**

El análisis de factores consta de cuatro fases características: el cálculo de una matriz capaz de expresar la variabilidad conjunta de todas las variables, la extracción del número óptimo de factores, la rotación de la solución para facilitar su interpretación y la estimación

de las puntuaciones de los sujetos en las nuevas dimensiones. Para nuestro análisis de factores consideraremos únicamente aquellos ítems relativos para el criterio *liderazgo*.

## Estadístico de fiabilidad

Tabla 77: Estadísticos de Fiabilidad

| Alfa de Cronbach | Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados | N de elementos |
|------------------|--|----------------|
| 0,951            | 0,951  | 18             |

La fiabilidad por medio del Alfa de Cronbach basada en los elementos que corresponden al criterio *Liderazgo*, son significativos para un valor de 0,951.

## KMO y prueba de Bartlett

Tabla 78: KMO y prueba de Barlett

|  |                         |          |
|--|-------------------------|----------|
| Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin. |                         | 0,916    |
| Prueba de esfericidad de Bartlett                    | Chi-cuadrado aproximado | 1324,081 |
|  | Gl                      | 153      |
|  | Sig.                    | 0,000    |

La prueba KMO refleja un valor para los ítems del criterio *liderazgo* de 0,916 lo cual es excelente, e indica que los valores tienen alta significancia.

## Comunalidades

La siguiente tabla contiene las *comunalidades* asignadas inicialmente a las variables (inicial) y las *comunalidades* reproducidas por la solución factorial (extracción). La

*comunalidad* de una variable es la proporción de su varianza que puede ser explicada por el modelo factorial obtenido. Estudiando las *comunalidades* de la extracción se puede valorar cuáles de los sub-criterios son peor explicados por el modelo. En el auto-diagnóstico, la pregunta 1-01 (*¿La Unidad ha reflexionado sobre el liderazgo e identificado qué personas de la misma son los líderes?*), relacionada con el sub-criterio 1a (Los líderes desarrollan la misión, la visión, los valores y los principios éticos y actúan como modelo de referencia de una cultura de excelencia) es el peor explicado: el modelo sólo es capaz de reproducir el 51,6% de su variabilidad original.

Tabla 79: Comunalidades

|          | Inicial | Extracción |
|----------|---------|------------|
| V01-1-01 | 1,000   | 0,516      |
| V01-1-02 | 1,000   | 0,681      |
| V01-1-03 | 1,000   | 0,730      |
| V01-1-04 | 1,000   | 0,742      |
| V01-1-05 | 1,000   | 0,745      |
| V01-1-06 | 1,000   | 0,664      |
| V01-1-07 | 1,000   | 0,703      |
| V01-1-08 | 1,000   | 0,704      |
| V01-1-09 | 1,000   | 0,644      |
| V01-1-10 | 1,000   | 0,649      |
| V01-1-11 | 1,000   | 0,658      |
| V01-1-12 | 1,000   | 0,689      |
| V01-1-13 | 1,000   | 0,638      |
| V01-1-14 | 1,000   | 0,648      |
| V01-1-15 | 1,000   | 0,787      |
| V01-1-16 | 1,000   | 0,795      |
| V01-1-17 | 1,000   | 0,830      |
| V01-1-18 | 1,000   | 0,762      |

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

## Varianza total

En la tabla siguiente se ofrece un listado de los autovalores de la matriz de varianzas-covarianzas y del porcentaje de varianza que representa cada uno de ellos. Los autovalores expresan la cantidad de la varianza total que está explicada por cada factor; y

los porcentajes de varianza explicada asociados a cada factor se obtienen dividiendo su correspondiente autovalor por la suma de los autovalores (la cual coincide con el número de sub-criterios). Por defecto, se extraen tantos factores como autovalores mayores que 1 tiene la matriz analizada. Para el análisis del auto-diagnóstico hay tres autovalores mayores que 1, por lo que el procedimiento extrae tres factores que consiguen explicar un 69,915% de la varianza de los datos originales; estos valores corresponden al sub-criterio 1a (Los líderes desarrollan la misión, la visión, los valores y los principios éticos y actúan como modelo de referencia de una cultura de excelencia).

Tabla 80: Varianza total explicada

| Componente | Autovalores iniciales |                  |             | Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción |                  |             | Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación |                  |             |
|------------|-----------------------|------------------|-------------|--|------------------|-------------|---|------------------|-------------|
|            | Total                 | % de la varianza | % acumulado | Total  | % de la varianza | % acumulado | Total   | % de la varianza | % acumulado |
| 1          | 9,853                 | 54,738           | 54,738      | 9,853  | 54,738           | 54,738      | 4,658   | 25,876           | 25,876      |
| 2          | 1,571                 | 8,727            | 63,465      | 1,571  | 8,727            | 63,465      | 4,155   | 23,081           | 48,957      |
| 3          | 1,161                 | 6,450            | 69,915      | 1,161  | 6,450            | 69,915      | 3,772   | 20,958           | 69,915      |
| 4          | 0,951                 | 5,285            | 75,200      |  |                  |             |   |                  |             |
| 5          | 0,617                 | 3,430            | 78,630      |  |                  |             |   |                  |             |
| 6          | 0,589                 | 3,271            | 81,901      |  |                  |             |   |                  |             |
| 7          | 0,542                 | 3,011            | 84,912      |  |                  |             |   |                  |             |
| 8          | 0,444                 | 2,467            | 87,380      |  |                  |             |   |                  |             |
| 9          | 0,401                 | 2,229            | 89,609      |  |                  |             |   |                  |             |
| 10         | 0,366                 | 2,034            | 91,643      |  |                  |             |   |                  |             |
| 11         | 0,323                 | 1,796            | 93,439      |  |                  |             |   |                  |             |
| 12         | 0,225                 | 1,249            | 94,688      |  |                  |             |   |                  |             |
| 13         | 0,209                 | 1,162            | 95,850      |  |                  |             |   |                  |             |
| 14         | 0,200                 | 1,112            | 96,962      |  |                  |             |   |                  |             |
| 15         | 0,171                 | 0,952            | 97,914      |  |                  |             |   |                  |             |
| 16         | 0,151                 | 0,837            | 98,751      |  |                  |             |   |                  |             |
| 17         | 0,131                 | 0,729            | 99,480      |  |                  |             |   |                  |             |
| 18         | 0,094                 | 0,520            | 100,000     |  |                  |             |   |                  |             |

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

## Matriz de componentes

La matriz de componentes, la cual toma los mismos de la anterior es decir los componentes 1, 2 y 3 (que corresponden todos al sub-criterio 1a), correspondiendo los principales a las preguntas 1-15, 1-16, 1-17 y el 1-18 que corresponden al criterio 1e (Los líderes definen e impulsan el cambio de la organización).

Tabla 81: Matriz de Componentes <sup>(a)</sup>

|          | Componente |        |        |
|----------|------------|--------|--------|
|          | 1          | 2      | 3      |
| V01-1-01 | 0,662      | -0,240 | -0,142 |
| V01-1-02 | 0,707      | -0,237 | -0,354 |
| V01-1-03 | 0,735      | 0,154  | -0,407 |
| V01-1-04 | 0,753      | 0,236  | -0,345 |
| V01-1-05 | 0,708      | 0,410  | -0,274 |
| V01-1-06 | 0,759      | 0,270  | -0,119 |
| V01-1-07 | 0,727      | 0,417  | 0,016  |
| V01-1-08 | 0,785      | 0,296  | 0,003  |
| V01-1-09 | 0,731      | 0,305  | 0,129  |
| V01-1-10 | 0,675      | 0,207  | 0,389  |
| V01-1-11 | 0,658      | 0,086  | 0,467  |
| V01-1-12 | 0,769      | 0,022  | 0,311  |
| V01-1-13 | 0,764      | 0,020  | 0,234  |
| V01-1-14 | 0,726      | -0,218 | 0,270  |
| V01-1-15 | 0,803      | -0,368 | -0,075 |
| V01-1-16 | 0,802      | -0,390 | 0,000  |
| V01-1-17 | 0,783      | -0,445 | -0,135 |
| V01-1-18 | 0,747      | -0,444 | 0,082  |

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

<sup>(a)</sup> 3 componentes extraídos

## Rotación Varimax

Con la rotación varimax se pretende observar claramente dónde se ubican las variables y si se ajustan a los conceptos previamente definidos. La tabla que aparece a continuación muestra tres componentes y los sub-criterios que se agrupan en cada componente, se pueden observar que es significativa la agrupación para los componentes

uno y tres, teniendo mayores valores en el componente uno lo que indica que todas los sub-criterios nos dan indicadores de la definición de liderazgo y el impulso que le da el líder a la misma en la Institución. La rotación ha convergido con 8 iteraciones, los valores negativos pueden eliminarse.

Tabla 82: Matriz de Componentes rotados <sup>(a)</sup>

|          | Componente |       |       |
|----------|------------|-------|-------|
|          | 1          | 2     | 3     |
| V01-1-01 | 0,617      | 0,313 | 0,193 |
| V01-1-02 | 0,685      | 0,458 | 0,047 |
| V01-1-03 | 0,414      | 0,740 | 0,107 |
| V01-1-04 | 0,349      | 0,765 | 0,185 |
| V01-1-05 | 0,175      | 0,805 | 0,258 |
| V01-1-06 | 0,282      | 0,663 | 0,379 |
| V01-1-07 | 0,123      | 0,659 | 0,504 |
| V01-1-08 | 0,254      | 0,626 | 0,498 |
| V01-1-09 | 0,188      | 0,531 | 0,572 |
| V01-1-10 | 0,177      | 0,295 | 0,729 |
| V01-1-11 | 0,243      | 0,169 | 0,755 |
| V01-1-12 | 0,392      | 0,280 | 0,676 |
| V01-1-13 | 0,405      | 0,318 | 0,610 |
| V01-1-14 | 0,557      | 0,134 | 0,565 |
| V01-1-15 | 0,789      | 0,279 | 0,295 |
| V01-1-16 | 0,789      | 0,224 | 0,350 |
| V01-1-17 | 0,847      | 0,254 | 0,219 |
| V01-1-18 | 0,780      | 0,114 | 0,374 |

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

<sup>(a)</sup> La rotación ha convergido en 8 iteraciones.

La matriz de transformación de las componentes sirve para observar si los componentes son independientes, si hubiera correlación se debe descartar el análisis de factores.



Tabla 83: Matriz de Transformación de las Componentes

| Componente | 1      | 2      | 3     |
|------------|--------|--------|-------|
| 1          | 0,612  | 0,572  | 0,546 |
| 2          | -0,765 | 0,604  | 0,225 |
| 3          | -0,201 | -0,555 | 0,807 |

Método de extracción: Análisis de componentes principales.  
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Los resultados obtenidos indican que no existe correlación entre los componentes por lo tanto el análisis de factores es procedente.

#### 4.2.4. Análisis Correlacional

Para realizar el análisis se efectuó una asociación entre los resultados de los criterios *facilitadores* y los de *resultados*, de acuerdo con los resultados obtenidos se puede concluir que:

- Existe una correlación moderadamente alta y positiva entre el *Liderazgo* y la *Política y Estrategia*; lo cual sugiere que entre mayor sea el liderazgo existirá una estrategia claramente centrada en los grupos de interés, al mismo que tiempo que ésta estará centrada en los grupos de interés y apoyada por políticas, planes, objetivos, metas y procesos relevantes.
- Existe una correlación moderadamente alta y positiva entre el *Liderazgo* y las *Personas*, lo cual puede sugerir que a mayor influencia de liderazgo, la gestión, desarrollo y aprovechamiento del conocimiento y potencial de los recursos que componen la Institución, tanto a nivel individual como colectivo es mayor.
- Existe una correlación moderadamente alta y positiva entre el *Liderazgo* y las *Alianzas y Recursos*; lo cual podría sugerir a mayor liderazgo la planificación y gestión de la Institución con las organizaciones afines será mejor.

- Existe una correlación moderadamente alta y positiva entre el *Liderazgo* y *Procesos*, lo cual puede sugerir que a mayor liderazgo, la gestión y mejora organizacional de los procesos que apoyan tanto las políticas como estrategias, generarán mayor valor a los clientes y grupos de interés.
- Existe una correlación moderadamente alta y positiva entre el *Liderazgo* y los *Resultados en los Clientes*, esto puede sugerir que una influencia de mayor liderazgo influye en los resultados que obtiene la institución respecto de sus clientes externos.
- Existe una correlación moderadamente alta y positiva entre el *Liderazgo* y los *Resultados en las Personas*; lo cual sugiere que un mayor liderazgo influye directamente en los logros que alcanza la institución en relación con las personas que la integran.
- Existe una correlación moderadamente alta y positiva entre el *Liderazgo* y los *Resultados en la Sociedad*; lo cual sugiere que en la medida que el liderazgo es más fuerte los logros que la institución alcanza en la sociedad tanto a nivel local, nacional e internacional son mayores.
- Existe una correlación moderadamente alta y positiva entre el *Liderazgo* y los *Resultados Clave*; lo cual puede ser un indicador que a mayor influencia de liderazgo los logros que alcanza la institución con relación al rendimiento planificado son mayores.

Tabla 84: Correlaciones entre todas las variables

|             |                        | Variable_01 | Variable_02 | Variable_03 | Variable_04 | Variable_05 | Variable_06 | Variable_07 | Variable_08 | Variable_09 |
|-------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Variable_01 | Correlación de Pearson | 1           | ,665(**)    | ,729(**)    | ,752(**)    | ,734(**)    | ,711(**)    | ,711(**)    | ,702(**)    | ,773(**)    |
|             | Sig. (bilateral)       |             | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        |
|             | N                      | 94          | 90          | 90          | 88          | 92          | 88          | 88          | 92          | 88          |
| Variable_02 | Correlación de Pearson | ,665(**)    | 1           | ,763(**)    | ,751(**)    | ,661(**)    | ,596(**)    | ,596(**)    | ,552(**)    | ,691(**)    |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000        |             | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        |
|             | N                      | 90          | 93          | 90          | 89          | 91          | 89          | 89          | 91          | 89          |
| Variable_03 | Correlación de Pearson | ,729(**)    | ,763(**)    | 1           | ,830(**)    | ,685(**)    | ,648(**)    | ,648(**)    | ,607(**)    | ,778(**)    |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000        | ,000        |             | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        |
|             | N                      | 90          | 90          | 96          | 91          | 94          | 90          | 90          | 92          | 88          |
| Variable_04 | Correlación de Pearson | ,752(**)    | ,751(**)    | ,830(**)    | 1           | ,764(**)    | ,676(**)    | ,676(**)    | ,606(**)    | ,786(**)    |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000        | ,000        | ,000        |             | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        |
|             | N                      | 88          | 89          | 91          | 94          | 93          | 91          | 91          | 92          | 88          |
| Variable_05 | Correlación de Pearson | ,734(**)    | ,661(**)    | ,685(**)    | ,764(**)    | 1           | ,808(**)    | ,808(**)    | ,708(**)    | ,791(**)    |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        |             | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        |
|             | N                      | 92          | 91          | 94          | 93          | 98          | 92          | 92          | 95          | 91          |
| Variable_06 | Correlación de Pearson | ,711(**)    | ,596(**)    | ,648(**)    | ,676(**)    | ,808(**)    | 1           | 1,000(**)   | ,756(**)    | ,779(**)    |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        |             | ,000        | ,000        | ,000        |
|             | N                      | 88          | 89          | 90          | 91          | 92          | 93          | 93          | 92          | 88          |
| Variable_07 | Correlación de Pearson | ,711(**)    | ,596(**)    | ,648(**)    | ,676(**)    | ,808(**)    | 1,000(**)   | 1           | ,756(**)    | ,779(**)    |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        |             | ,000        | ,000        |
|             | N                      | 88          | 89          | 90          | 91          | 92          | 93          | 93          | 92          | 88          |
| Variable_08 | Correlación de Pearson | ,702(**)    | ,552(**)    | ,607(**)    | ,606(**)    | ,708(**)    | ,756(**)    | ,756(**)    | 1           | ,818(**)    |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        |             | ,000        |
|             | N                      | 92          | 91          | 92          | 92          | 95          | 92          | 92          | 96          | 91          |
| Variable_09 | Correlación de Pearson | ,773(**)    | ,691(**)    | ,778(**)    | ,786(**)    | ,791(**)    | ,779(**)    | ,779(**)    | ,818(**)    | 1           |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        |             |
|             | N                      | 88          | 89          | 88          | 88          | 91          | 88          | 88          | 91          | 92          |

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Además se realizó la relación que tienen los sub-criterios de las variables *facilitadoras* con los de las variables *resultados* con lo cual se llega a confirmar en forma aceptable el modelo teórico que se propuso.

En definitiva el modelo EFQM, parece describir razonablemente bien los factores más influyentes sobre los *resultados* para cada uno de los conceptos fundamentales que contempla, lo cual resulta especialmente cierto en el caso de los *Resultados en la Sociedad*, los *Resultados Clave* de la institución y la parte de indicadores internos de rendimiento en los *Clientes* y en las *Personas*.

Tabla 85: Correlaciones entre sub-criterios *resultados* y *facilitadores*

|             |                        | Criterio_6a | Criterio_6b | Criterio_7a | Criterio_7b | Criterio_8a | Criterio_8b | Criterio_9a | Criterio_9b |
|-------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Criterio1a  | Correlación de Pearson | ,510(**)    | ,505(**)    | ,571(**)    | ,575(**)    | ,511(**)    | ,532(**)    | ,615(**)    | ,598(**)    |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        |
|             | N                      | 92          | 92          | 93          | 93          | 93          | 96          | 92          | 93          |
| Criterio1b  | Correlación de Pearson | ,516(**)    | ,520(**)    | ,538(**)    | ,555(**)    | ,510(**)    | ,553(**)    | ,577(**)    | ,579(**)    |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        |
|             | N                      | 96          | 96          | 96          | 97          | 96          | 100         | 95          | 97          |
| Criterio1c  | Correlación de Pearson | ,602(**)    | ,574(**)    | ,642(**)    | ,669(**)    | ,530(**)    | ,563(**)    | ,599(**)    | ,648(**)    |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        |
|             | N                      | 96          | 96          | 96          | 97          | 96          | 100         | 95          | 97          |
| Criterio1d  | Correlación de Pearson | ,620(**)    | ,617(**)    | ,621(**)    | ,634(**)    | ,606(**)    | ,633(**)    | ,663(**)    | ,695(**)    |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        |
|             | N                      | 96          | 96          | 96          | 97          | 96          | 100         | 95          | 97          |
| Criterio1e  | Correlación de Pearson | ,638(**)    | ,660(**)    | ,584(**)    | ,601(**)    | ,633(**)    | ,645(**)    | ,651(**)    | ,689(**)    |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        |
|             | N                      | 95          | 94          | 95          | 96          | 95          | 98          | 93          | 96          |
| Criterio_2a | Correlación de Pearson | ,410(**)    | ,419(**)    | ,444(**)    | ,433(**)    | ,327(**)    | ,395(**)    | ,425(**)    | ,458(**)    |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,001        | ,000        | ,000        | ,000        |
|             | N                      | 96          | 95          | 96          | 97          | 96          | 99          | 94          | 97          |
| Criterio_2b | Correlación de Pearson | ,569(**)    | ,583(**)    | ,503(**)    | ,531(**)    | ,587(**)    | ,608(**)    | ,655(**)    | ,647(**)    |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        |
|             | N                      | 95          | 94          | 94          | 95          | 94          | 98          | 93          | 95          |
| Criterio_2c | Correlación de Pearson | ,588(**)    | ,561(**)    | ,510(**)    | ,488(**)    | ,508(**)    | ,525(**)    | ,671(**)    | ,692(**)    |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        |
|             | N                      | 93          | 92          | 93          | 93          | 93          | 96          | 93          | 94          |
| Criterio_2d | Correlación de Pearson | ,551(**)    | ,557(**)    | ,458(**)    | ,455(**)    | ,488(**)    | ,506(**)    | ,650(**)    | ,657(**)    |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        |
|             | N                      | 95          | 95          | 95          | 96          | 95          | 99          | 94          | 96          |
| Criterio_3a | Correlación de Pearson | ,635(**)    | ,612(**)    | ,654(**)    | ,629(**)    | ,537(**)    | ,572(**)    | ,643(**)    | ,693(**)    |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        |
|             | N                      | 94          | 93          | 93          | 94          | 93          | 97          | 92          | 94          |
| Criterio_3b | Correlación de Pearson | ,552(**)    | ,542(**)    | ,600(**)    | ,596(**)    | ,514(**)    | ,515(**)    | ,616(**)    | ,669(**)    |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        |
|             | N                      | 95          | 95          | 95          | 96          | 95          | 99          | 94          | 96          |
| Criterio_3c | Correlación de Pearson | ,583(**)    | ,594(**)    | ,623(**)    | ,602(**)    | ,544(**)    | ,568(**)    | ,638(**)    | ,695(**)    |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        |
|             | N                      | 95          | 94          | 94          | 95          | 94          | 98          | 93          | 95          |
| Criterio_3d | Correlación de Pearson | ,501(**)    | ,502(**)    | ,556(**)    | ,504(**)    | ,436(**)    | ,436(**)    | ,593(**)    | ,650(**)    |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        | ,000        |
|             | N                      | 96          | 95          | 95          | 96          | 95          | 99          | 94          | 96          |

|             |   |                        |                        |                        |                        |                        |                         |                        |                        |
|-------------|---|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|------------------------|
| Criterio_3e | Correlación de Pearson<br>Sig. (bilateral)<br>N | ,577(**)<br>,000<br>95 | ,585(**)<br>,000<br>95 | ,665(**)<br>,000<br>95 | ,675(**)<br>,000<br>96 | ,536(**)<br>,000<br>95 | ,560(**)<br>,000<br>99  | ,687(**)<br>,000<br>94 | ,742(**)<br>,000<br>96 |
| Criterio_4a | Correlación de Pearson<br>Sig. (bilateral)<br>N | ,535(**)<br>,000<br>94 | ,526(**)<br>,000<br>94 | ,557(**)<br>,000<br>93 | ,562(**)<br>,000<br>94 | ,465(**)<br>,000<br>94 | ,488(**)<br>,000<br>97  | ,610(**)<br>,000<br>93 | ,627(**)<br>,000<br>94 |
| Criterio_4b | Correlación de Pearson<br>Sig. (bilateral)<br>N | ,594(**)<br>,000<br>94 | ,564(**)<br>,000<br>95 | ,572(**)<br>,000<br>94 | ,550(**)<br>,000<br>95 | ,526(**)<br>,000<br>94 | ,512(**)<br>,000<br>98  | ,645(**)<br>,000<br>94 | ,681(**)<br>,000<br>95 |
| Criterio_4c | Correlación de Pearson<br>Sig. (bilateral)<br>N | ,598(**)<br>,000<br>96 | ,612(**)<br>,000<br>96 | ,537(**)<br>,000<br>96 | ,537(**)<br>,000<br>97 | ,516(**)<br>,000<br>96 | ,508(**)<br>,000<br>99  | ,652(**)<br>,000<br>95 | ,655(**)<br>,000<br>96 |
| Criterio_4d | Correlación de Pearson<br>Sig. (bilateral)<br>N | ,610(**)<br>,000<br>96 | ,608(**)<br>,000<br>96 | ,587(**)<br>,000<br>96 | ,601(**)<br>,000<br>97 | ,548(**)<br>,000<br>96 | ,566(**)<br>,000<br>100 | ,700(**)<br>,000<br>95 | ,699(**)<br>,000<br>97 |
| Criterio_4e | Correlación de Pearson<br>Sig. (bilateral)<br>N | ,684(**)<br>,000<br>95 | ,688(**)<br>,000<br>95 | ,687(**)<br>,000<br>95 | ,679(**)<br>,000<br>96 | ,677(**)<br>,000<br>95 | ,670(**)<br>,000<br>98  | ,757(**)<br>,000<br>94 | ,781(**)<br>,000<br>95 |
| Criterio_5a | Correlación de Pearson<br>Sig. (bilateral)<br>N | ,781(**)<br>,000<br>95 | ,730(**)<br>,000<br>95 | ,532(**)<br>,000<br>95 | ,574(**)<br>,000<br>96 | ,609(**)<br>,000<br>95 | ,636(**)<br>,000<br>99  | ,734(**)<br>,000<br>94 | ,702(**)<br>,000<br>96 |
| Criterio_5b | Correlación de Pearson<br>Sig. (bilateral)<br>N | ,681(**)<br>,000<br>96 | ,652(**)<br>,000<br>96 | ,589(**)<br>,000<br>96 | ,608(**)<br>,000<br>97 | ,575(**)<br>,000<br>96 | ,613(**)<br>,000<br>100 | ,728(**)<br>,000<br>95 | ,704(**)<br>,000<br>97 |
| Criterio_5c | Correlación de Pearson<br>Sig. (bilateral)<br>N | ,730(**)<br>,000<br>96 | ,725(**)<br>,000<br>96 | ,608(**)<br>,000<br>96 | ,628(**)<br>,000<br>97 | ,608(**)<br>,000<br>96 | ,627(**)<br>,000<br>99  | ,751(**)<br>,000<br>95 | ,710(**)<br>,000<br>96 |
| Criterio_5d | Correlación de Pearson<br>Sig. (bilateral)<br>N | ,649(**)<br>,000<br>96 | ,608(**)<br>,000<br>96 | ,502(**)<br>,000<br>96 | ,530(**)<br>,000<br>97 | ,569(**)<br>,000<br>96 | ,596(**)<br>,000<br>100 | ,643(**)<br>,000<br>95 | ,611(**)<br>,000<br>97 |
| Criterio_5e | Correlación de Pearson<br>Sig. (bilateral)<br>N | ,767(**)<br>,000<br>96 | ,737(**)<br>,000<br>96 | ,620(**)<br>,000<br>96 | ,618(**)<br>,000<br>97 | ,578(**)<br>,000<br>96 | ,586(**)<br>,000<br>100 | ,724(**)<br>,000<br>95 | ,723(**)<br>,000<br>97 |

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

También es interesante resaltar un resultado directamente ligado a la importancia del liderazgo en el desarrollo de la Institución, objetivo principal del estudio. Del análisis de los datos del cuadro anterior se desprende la correlación significativa entre los sub-criterios del criterio *Liderazgo* (1a, 1b, 1c, 1d y 1e) y prácticamente todos los sub-criterios de los criterios *resultados*, este hecho parece afianzar el papel que ejerce el liderazgo en las organizaciones.

Por otra parte también se destaca la acción que ejerce el criterio *Procesos* en los de *resultados*, los procesos son el resultado de la acción continua de monitoreo y dirección ejercida por los líderes de las organizaciones, este criterio se muestra positivo y significativamente correlacionado con todos los sub-criterios de los criterios *resultados*, lo cual no hace sino incrementar la coherencia interna del modelo.

Dada la esencia de la presente investigación, especialmente orientado al estudio del papel del liderazgo en las instituciones del sector salud, parece interesante plantearse no sólo su importante papel en el logro de los objetivos planteados, traducidos en parte en los sub-criterios de resultados del modelo, o la confirmación de su participación en las variables *fundamentales* del mismo, sino también la relación entre todos los sub-criterios de *Liderazgo* y el resto de los sub-criterios agrupados en las demás variables referidas a los *Agentes Facilitadores* (*Política y Estrategia, Personas, Alianzas y Recursos, Procesos*).

Parece indudable que el ejercicio de un *liderazgo de calidad* debería influir positivamente en los cinco grandes mencionados, como *agente facilitador*, a su vez, de una sólida referencia en lo que respecta al desarrollo y despliegue de políticas, planes, objetivos y procesos para hacer realidad la estrategia (*Política y Estrategia*), a la gestión y el desarrollo de todas las personas que integran la organización (*Personas*), a la planificación y la gestión de las alianzas externas, sus proveedores y los recursos internos en apoyo de su política y estrategia (*Alianzas y Recursos*) y a la gestión y mejora de sus procesos que satisfagan plenamente a sus clientes y otros grupos de interés (*Procesos*).

Esto es lo que se pone de manifiesto, en forma clara, en el siguiente cuadro en el que se destaca la significativa correlación entre los cinco sub-criterios de *liderazgo* y prácticamente todos los demás sub-criterios de los criterios *Facilitadores* (desde 2a hasta 5e). Las excepciones que se presentan son:

1. Criterio 1b (Los líderes se implican personalmente para garantizar el desarrollo, la implantación y la mejora continua del sistema de gestión de la organización) que no parece mostrar una correlación significativa con el criterio 3d (Existencia de un diálogo entre las personas y la organización) por el tipo de organización (Institución pública) en la cual la mayor parte de las normativas son establecidas en forma central.
2. Criterios 1c (Los líderes interactúan con clientes, socios y representantes de la sociedad) y 1d (Los líderes refuerzan una cultura de Excelencia entre las personas de la organización) con el criterio 2a (La política y la estrategia se basan en las necesidades y expectativas actuales y futuras de los grupos de interés) que presentan correlaciones relativamente bajas, lo cual no parece ser sorprendente por el tipo de organización: pública.

Tabla 86: Correlaciones sub-criterios de *Liderazgo* y *Agentes facilitadores*

|             |                        | Criterio1a | Criterio1b | Criterio1c | Criterio1d | Criterio1e |
|-------------|------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Criterio_2a | Correlación de Pearson | ,537(**)   | ,433(**)   | ,349(**)   | ,358(**)   | ,469(**)   |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       |
|             | N                      | 95         | 99         | 99         | 99         | 98         |
| Criterio_2b | Correlación de Pearson | ,491(**)   | ,451(**)   | ,455(**)   | ,560(**)   | ,556(**)   |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       |
|             | N                      | 94         | 98         | 98         | 98         | 96         |
| Criterio_2c | Correlación de Pearson | ,601(**)   | ,485(**)   | ,516(**)   | ,570(**)   | ,634(**)   |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       |
|             | N                      | 93         | 96         | 96         | 96         | 95         |
| Criterio_2d | Correlación de Pearson | ,594(**)   | ,519(**)   | ,452(**)   | ,511(**)   | ,555(**)   |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       |
|             | N                      | 95         | 99         | 99         | 99         | 98         |
| Criterio_3a | Correlación de Pearson | ,599(**)   | ,616(**)   | ,633(**)   | ,574(**)   | ,653(**)   |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       |
|             | N                      | 93         | 97         | 97         | 97         | 95         |
| Criterio_3b | Correlación de Pearson | ,491(**)   | ,400(**)   | ,417(**)   | ,495(**)   | ,566(**)   |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       |
|             | N                      | 95         | 99         | 99         | 99         | 97         |
| Criterio_3c | Correlación de Pearson | ,452(**)   | ,439(**)   | ,448(**)   | ,579(**)   | ,639(**)   |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       |
|             | N                      | 94         | 98         | 98         | 98         | 96         |
| Criterio_3d | Correlación de Pearson | ,476(**)   | ,388(**)   | ,401(**)   | ,518(**)   | ,515(**)   |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       |
|             | N                      | 95         | 99         | 99         | 99         | 97         |
| Criterio_3e | Correlación de Pearson | ,610(**)   | ,527(**)   | ,591(**)   | ,640(**)   | ,667(**)   |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       |
|             | N                      | 95         | 99         | 99         | 99         | 97         |
| Criterio_4a | Correlación de Pearson | ,593(**)   | ,484(**)   | ,481(**)   | ,631(**)   | ,582(**)   |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       |
|             | N                      | 93         | 97         | 97         | 97         | 95         |
| Criterio_4b | Correlación de Pearson | ,624(**)   | ,540(**)   | ,590(**)   | ,615(**)   | ,679(**)   |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       |
|             | N                      | 94         | 98         | 98         | 98         | 96         |
| Criterio_4c | Correlación de Pearson | ,519(**)   | ,415(**)   | ,432(**)   | ,479(**)   | ,604(**)   |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       |
|             | N                      | 95         | 99         | 99         | 99         | 97         |
| Criterio_4d | Correlación de Pearson | ,569(**)   | ,514(**)   | ,491(**)   | ,535(**)   | ,589(**)   |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       |
|             | N                      | 96         | 100        | 100        | 100        | 98         |
| Criterio_4e | Correlación de Pearson | ,569(**)   | ,515(**)   | ,565(**)   | ,618(**)   | ,683(**)   |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       |
|             | N                      | 94         | 98         | 98         | 98         | 96         |
| Criterio_5a | Correlación de Pearson | ,597(**)   | ,565(**)   | ,593(**)   | ,612(**)   | ,622(**)   |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       |
|             | N                      | 95         | 99         | 99         | 99         | 97         |
| Criterio_5b | Correlación de Pearson | ,610(**)   | ,504(**)   | ,529(**)   | ,612(**)   | ,662(**)   |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       |
|             | N                      | 96         | 100        | 100        | 100        | 98         |
| Criterio_5c | Correlación de Pearson | ,525(**)   | ,473(**)   | ,537(**)   | ,562(**)   | ,596(**)   |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       |
|             | N                      | 95         | 99         | 99         | 99         | 97         |
| Criterio_5d | Correlación de Pearson | ,499(**)   | ,452(**)   | ,518(**)   | ,571(**)   | ,540(**)   |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       |
|             | N                      | 96         | 100        | 100        | 100        | 98         |
| Criterio_5e | Correlación de Pearson | ,610(**)   | ,500(**)   | ,597(**)   | ,622(**)   | ,575(**)   |
|             | Sig. (bilateral)       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       | ,000       |
|             | N                      | 96         | 100        | 100        | 100        | 98         |

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

## 4.2.5. Análisis de Regresión

Para realizar el análisis de de regresión, es necesario indicar que conforme lo indicado anteriormente se ha creado una variable compuesta (*Liderazgo*), la cual está conformada por 18 ítems (5 sub-criterios en total), la cual se constituirá en variable dependiente, y ocho variables continuas independientes (las que a su vez están conformadas por varios sub-criterios, tal como se explicó con anterioridad).

Para continuar se plantean las siguientes hipótesis:

H<sub>0</sub>: El *Liderazgo* no tiene una incidencia directa con las variables *Facilitadoras* y de *Resultados* de una Organización.

H<sub>1</sub>: El *Liderazgo* no tiene una incidencia directa con las variables *Facilitadoras* y de *Resultados* de una Organización.

## Análisis de Correlación

La teoría expresa que el coeficiente de correlación debe ser entre -1 y 1, existiendo alta correlación negativa o positiva en los límites respectivamente y si es cercana a cero o igual a cero no existe correlación.

Se observa que todas las variables independientes muestran una correlación positiva, es decir, que se evidencia el grado de asociatividad entre las variables independientes y la dependiente compuesta. Evaluando los niveles de significancia, se observa que todas están con un  $p < 0,01$ . Estos resultados se observan en la tabla 87.



Tabla 87: Correlaciones entre el *Liderazgo* y resto de las variables

|                        | Liderazgo | 2a    | 2b    | 2c    | 2d    | 3a    | 3b    | 3c    | 3d    | 3e    | 4a    | 4b    | 4c    | 4d    | 4e    | 5a    | 5b    | 5c    | 5d    | 5e    | 6a    | 6b    | 7a    | 7b    | 8a    | 8b    | 9a    | 9b    |       |
|------------------------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Correlación de Pearson | Liderazgo | 1,000 | ,490  | ,598  | ,631  | ,596  | ,692  | ,571  | ,562  | ,508  | ,708  | ,710  | ,684  | ,638  | ,681  | ,719  | ,732  | ,693  | ,617  | ,581  | ,667  | ,702  | ,699  | ,701  | ,730  | ,723  | ,769  | ,776  | ,763  |
|                        | 2a        | ,490  | 1,000 | ,594  | ,677  | ,641  | ,563  | ,378  | ,403  | ,489  | ,504  | ,411  | ,552  | ,541  | ,479  | ,557  | ,409  | ,478  | ,380  | ,383  | ,376  | ,392  | ,377  | ,433  | ,428  | ,406  | ,450  | ,418  | ,411  |
|                        | 2b        | ,598  | ,594  | 1,000 | ,760  | ,682  | ,622  | ,475  | ,542  | ,513  | ,577  | ,528  | ,547  | ,610  | ,563  | ,737  | ,560  | ,604  | ,580  | ,652  | ,584  | ,602  | ,602  | ,503  | ,546  | ,663  | ,674  | ,667  | ,633  |
|                        | 2c        | ,631  | ,677  | ,760  | 1,000 | ,817  | ,704  | ,574  | ,579  | ,666  | ,615  | ,519  | ,642  | ,658  | ,579  | ,704  | ,601  | ,607  | ,508  | ,570  | ,581  | ,597  | ,564  | ,517  | ,507  | ,603  | ,640  | ,683  | ,683  |
|                        | 2d        | ,596  | ,641  | ,682  | ,817  | 1,000 | ,603  | ,559  | ,481  | ,647  | ,566  | ,522  | ,569  | ,643  | ,545  | ,688  | ,514  | ,552  | ,513  | ,541  | ,551  | ,572  | ,558  | ,456  | ,456  | ,561  | ,567  | ,641  | ,635  |
|                        | 3a        | ,692  | ,563  | ,622  | ,704  | ,603  | 1,000 | ,585  | ,672  | ,632  | ,724  | ,659  | ,615  | ,618  | ,611  | ,739  | ,659  | ,614  | ,590  | ,559  | ,585  | ,640  | ,624  | ,658  | ,651  | ,632  | ,669  | ,672  | ,662  |
|                        | 3b        | ,571  | ,378  | ,475  | ,574  | ,559  | ,585  | 1,000 | ,737  | ,582  | ,683  | ,512  | ,571  | ,653  | ,651  | ,679  | ,544  | ,562  | ,556  | ,356  | ,494  | ,505  | ,515  | ,594  | ,587  | ,590  | ,571  | ,680  | ,683  |
|                        | 3c        | ,562  | ,403  | ,542  | ,579  | ,481  | ,672  | ,737  | 1,000 | ,728  | ,793  | ,567  | ,597  | ,643  | ,633  | ,728  | ,525  | ,574  | ,528  | ,429  | ,471  | ,533  | ,543  | ,606  | ,591  | ,606  | ,621  | ,641  | ,668  |
|                        | 3d        | ,508  | ,489  | ,513  | ,666  | ,647  | ,632  | ,582  | ,728  | 1,000 | ,741  | ,540  | ,649  | ,623  | ,580  | ,672  | ,495  | ,551  | ,492  | ,429  | ,466  | ,484  | ,466  | ,541  | ,492  | ,504  | ,513  | ,583  | ,640  |
|                        | 3e        | ,708  | ,504  | ,577  | ,615  | ,566  | ,724  | ,683  | ,793  | ,741  | 1,000 | ,593  | ,645  | ,640  | ,710  | ,757  | ,574  | ,616  | ,556  | ,501  | ,565  | ,520  | ,536  | ,650  | ,679  | ,610  | ,639  | ,710  | ,734  |
|                        | 4a        | ,710  | ,411  | ,528  | ,519  | ,522  | ,659  | ,512  | ,567  | ,540  | ,593  | 1,000 | ,716  | ,669  | ,743  | ,768  | ,607  | ,625  | ,573  | ,547  | ,556  | ,529  | ,520  | ,582  | ,571  | ,599  | ,624  | ,686  | ,687  |
|                        | 4b        | ,684  | ,552  | ,547  | ,642  | ,569  | ,615  | ,571  | ,597  | ,649  | ,645  | ,716  | 1,000 | ,776  | ,706  | ,774  | ,673  | ,627  | ,519  | ,502  | ,542  | ,535  | ,502  | ,521  | ,520  | ,572  | ,568  | ,608  | ,638  |
|                        | 4c        | ,638  | ,541  | ,610  | ,658  | ,643  | ,618  | ,653  | ,643  | ,623  | ,640  | ,669  | ,776  | 1,000 | ,763  | ,810  | ,656  | ,635  | ,609  | ,509  | ,542  | ,611  | ,611  | ,550  | ,550  | ,643  | ,629  | ,691  | ,692  |
|                        | 4d        | ,681  | ,479  | ,563  | ,579  | ,545  | ,611  | ,651  | ,633  | ,580  | ,710  | ,743  | ,706  | ,763  | 1,000 | ,810  | ,680  | ,636  | ,658  | ,592  | ,608  | ,590  | ,588  | ,601  | ,621  | ,665  | ,670  | ,765  | ,769  |
|                        | 4e        | ,719  | ,557  | ,737  | ,704  | ,688  | ,739  | ,679  | ,728  | ,672  | ,757  | ,768  | ,774  | ,810  | ,810  | 1,000 | ,625  | ,635  | ,638  | ,535  | ,626  | ,660  | ,656  | ,672  | ,670  | ,756  | ,736  | ,788  | ,805  |
|                        | 5a        | ,732  | ,409  | ,560  | ,601  | ,514  | ,659  | ,544  | ,525  | ,495  | ,574  | ,607  | ,673  | ,656  | ,680  | ,625  | 1,000 | ,798  | ,786  | ,688  | ,758  | ,747  | ,737  | ,530  | ,574  | ,657  | ,699  | ,736  | ,708  |
|                        | 5b        | ,693  | ,478  | ,604  | ,607  | ,552  | ,614  | ,562  | ,574  | ,551  | ,616  | ,625  | ,627  | ,635  | ,636  | ,635  | ,798  | 1,000 | ,766  | ,674  | ,801  | ,659  | ,654  | ,597  | ,610  | ,673  | ,700  | ,712  | ,704  |
|                        | 5c        | ,617  | ,380  | ,580  | ,508  | ,513  | ,590  | ,556  | ,528  | ,492  | ,556  | ,573  | ,519  | ,609  | ,658  | ,638  | ,786  | ,766  | 1,000 | ,779  | ,779  | ,734  | ,743  | ,595  | ,611  | ,675  | ,689  | ,775  | ,742  |
|                        | 5d        | ,581  | ,383  | ,652  | ,570  | ,541  | ,559  | ,356  | ,429  | ,429  | ,501  | ,547  | ,502  | ,509  | ,592  | ,535  | ,688  | ,674  | ,779  | 1,000 | ,766  | ,630  | ,610  | ,444  | ,479  | ,601  | ,629  | ,644  | ,618  |
|                        | 5e        | ,667  | ,376  | ,584  | ,581  | ,551  | ,585  | ,494  | ,471  | ,466  | ,565  | ,556  | ,542  | ,542  | ,608  | ,626  | ,758  | ,801  | ,779  | ,766  | 1,000 | ,761  | ,731  | ,596  | ,605  | ,627  | ,641  | ,727  | ,722  |
|                        | 6a        | ,702  | ,392  | ,602  | ,597  | ,572  | ,640  | ,505  | ,533  | ,484  | ,520  | ,529  | ,535  | ,611  | ,590  | ,660  | ,747  | ,659  | ,734  | ,630  | ,761  | 1,000 | ,965  | ,694  | ,690  | ,769  | ,763  | ,765  | ,740  |
|                        | 6b        | ,699  | ,377  | ,602  | ,564  | ,558  | ,624  | ,515  | ,543  | ,466  | ,536  | ,520  | ,502  | ,611  | ,588  | ,656  | ,737  | ,654  | ,743  | ,610  | ,731  | ,965  | 1,000 | ,698  | ,684  | ,789  | ,789  | ,776  | ,754  |
|                        | 7a        | ,701  | ,433  | ,503  | ,517  | ,456  | ,658  | ,594  | ,606  | ,541  | ,650  | ,582  | ,521  | ,550  | ,601  | ,672  | ,530  | ,597  | ,595  | ,444  | ,596  | ,694  | ,698  | 1,000 | ,959  | ,780  | ,777  | ,738  | ,747  |
|                        | 7b        | ,730  | ,428  | ,546  | ,507  | ,456  | ,651  | ,587  | ,591  | ,492  | ,679  | ,571  | ,520  | ,550  | ,621  | ,670  | ,574  | ,610  | ,611  | ,479  | ,605  | ,690  | ,684  | ,959  | 1,000 | ,812  | ,815  | ,771  | ,759  |
|                        | 8a        | ,723  | ,406  | ,663  | ,603  | ,561  | ,632  | ,590  | ,606  | ,504  | ,610  | ,599  | ,572  | ,643  | ,665  | ,756  | ,657  | ,673  | ,675  | ,601  | ,627  | ,769  | ,789  | ,780  | ,812  | 1,000 | ,962  | ,850  | ,835  |
|                        | 8b        | ,769  | ,450  | ,674  | ,640  | ,567  | ,669  | ,571  | ,621  | ,513  | ,639  | ,624  | ,568  | ,629  | ,670  | ,736  | ,699  | ,700  | ,689  | ,629  | ,641  | ,763  | ,789  | ,777  | ,815  | ,962  | 1,000 | ,870  | ,860  |
|                        | 9a        | ,776  | ,418  | ,667  | ,683  | ,641  | ,672  | ,680  | ,641  | ,583  | ,710  | ,686  | ,608  | ,691  | ,765  | ,788  | ,736  | ,712  | ,775  | ,644  | ,727  | ,765  | ,776  | ,738  | ,771  | ,850  | ,870  | 1,000 | ,963  |
|                        | 9b        | ,763  | ,411  | ,633  | ,683  | ,635  | ,662  | ,683  | ,668  | ,640  | ,734  | ,687  | ,638  | ,692  | ,769  | ,805  | ,708  | ,704  | ,742  | ,618  | ,722  | ,740  | ,754  | ,747  | ,759  | ,835  | ,860  | ,963  | 1,000 |

## Resumen del Modelo

El resumen preparado por el sistema muestra un total de cuatro modelos, mismos que representan a variables independientes que están correlacionadas positivamente con la variable compuesta, la tabla 88 presenta el resumen del modelo.

Tabla 88: Resumen del Modelo

| Modelo | R                    | R cuadrado  | R cuadrado corregida | Error típ. de la estimación | Estadísticos de cambio |                      |             |     |       |
|--------|----------------------|-------------|----------------------|-----------------------------|------------------------|----------------------|-------------|-----|-------|
|        | Cambio en R cuadrado | Cambio en F | gl1                  | gl2                         | Sig. del cambio en F   | Cambio en R cuadrado | Cambio en F | gl1 | gl2   |
| 1      | 0,776(a)             | 0,602       | 0,597                | 8,00681                     | 0,602                  | 112,148              | 1           | 74  | 0,000 |
| 2      | 0,821(b)             | 0,674       | 0,665                | 7,30179                     | 0,071                  | 15,980               | 1           | 73  | 0,000 |
| 3      | 0,841(c)             | 0,706       | 0,694                | 6,97502                     | 0,033                  | 8,000                | 1           | 72  | 0,006 |
| 4      | 0,853(d)             | 0,727       | 0,712                | 6,77213                     | 0,021                  | 5,379                | 1           | 71  | 0,023 |

a Variables predictoras: (Constante), Criterio\_9a

b Variables predictoras: (Constante), Criterio\_9a, Criterio\_4b

c Variables predictoras: (Constante), Criterio\_9a, Criterio\_4b, Criterio\_7b

d Variables predictoras: (Constante), Criterio\_9a, Criterio\_4b, Criterio\_7b, Criterio\_5a

Criterio 4b - Gestión de los recursos económicos y financieros

Criterio 5a - Diseño y gestión sistemática de los procesos

Criterio 7b - Indicadores de rendimiento

Criterio 9a - Resultados clave del rendimiento de la organización

El coeficiente de correlación múltiple (R) evidencia el grado de relación entre las variables dependientes con las independientes; por lo que se aprecia el coeficiente de correlación es lineal positivo entre los criterios de la variable *Liderazgo y Alianzas y Recursos* (Criterio 4b), *Procesos* (Criterio 5a), *Resultados en las Personas* (Criterio 7b), y *Resultados Clave* (Criterio 9a). Con un alto grado de significancia, el valor de R es grande lo que indica que la correlación es fuerte. Esta relación se observa alta (R = 0,776).

Al evaluar  $R^2$  se determina la porción o segmento de cambio en las variables dependiente, explicado por una variable independiente o grupo de las mismas. Por sí misma, la variable independiente *Resultados Clave* del rendimiento de la organización (Criterio 9a) explica el 60% de los cambios observables en la variable dependiente

compuesta (todos los sub-criterios de *Liderazgo*). Las variables *Gestión de los Recursos económicos y financieros, diseño y gestión sistemática de los procesos e indicadores de rendimiento* explican el 73% de las variaciones en la variable dependiente.

## Determinación de ANOVA

Verificar si los análisis de regresión tienen un valor explicativo es la tarea que le compete al análisis de varianza. Determinar entonces, la relación de linealidad entre la variable dependiente compuesta y las variables independientes indicadas anteriormente, permitirá entonces aceptar o rechazar las hipótesis planteadas al inicio de esta sección.

Tabla 89: ANOVA <sup>(e)</sup>

| Modelo |           | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F       | Sig.     |
|--------|-----------|-------------------|----|------------------|---------|----------|
| 1      | Regresión | 7189,675          | 1  | 7189,675         | 112,148 | 0,000(a) |
|        | Residual  | 4744,061          | 74 | 64,109           |         |          |
|        | Total     | 11933,737         | 75 |                  |         |          |
| 2      | Regresión | 8041,659          | 2  | 4020,829         | 75,415  | 0,000(b) |
|        | Residual  | 3892,078          | 73 | 53,316           |         |          |
|        | Total     | 11933,737         | 75 |                  |         |          |
| 3      | Regresión | 8430,869          | 3  | 2810,290         | 57,764  | 0,000(c) |
|        | Residual  | 3502,868          | 72 | 48,651           |         |          |
|        | Total     | 11933,737         | 75 |                  |         |          |
| 4      | Regresión | 8677,553          | 4  | 2169,388         | 47,303  | 0,000(d) |
|        | Residual  | 3256,184          | 71 | 45,862           |         |          |
|        | Total     | 11933,737         | 75 |                  |         |          |

(a) Variables predictoras: (Constante), Criterio\_9a

(b) Variables predictoras: (Constante), Criterio\_9a, Criterio\_4b

(c) Variables predictoras: (Constante), Criterio\_9a, Criterio\_4b, Criterio\_7b

(d) Variables predictoras: (Constante), Criterio\_9a, Criterio\_4b, Criterio\_7b, Criterio\_5a

(e) Variable dependiente: *Liderazgo*

Para tomar una decisión respecto de las hipótesis planteadas al inicio de esta sección, se establece el siguiente criterio: a) Rechazar la hipótesis nula, si y solo si F calculada sea mayor a F tabular; y, b) Aceptar la hipótesis nula, si es lo contrario. El Alfa considerado al 0,05 establece que el F tabular es igual a 3,84; de acuerdo con los resultados

con F calculado de 112,148; 75,415; 57,764 y 47,303; mayores todos al valor establecido de 3,84 da paso a rechazar la hipótesis nula. Con lo cual se establece que si existe una relación significativa entre las variables en estudio, *Liderazgo* versus el resto de variables, en el nivel de significancia el valor es cero lo que implica una alta significancia por lo que las variables *Liderazgo* y *Política y Estrategia*, *Personas*, *Alianzas y Recursos*, *Procesos*, *Resultados en los Clientes*, *Resultados en las Persona*, *Resultados en la Sociedad* y *Resultados Clave* se encuentran fuertemente relacionadas.

### **Coefficientes de Regresión Parcial**

Considerando siempre el sistema de hipótesis, se procede a describir aquellas que permitan definir si cada coeficiente es significativo: a)  $H_0: \beta = 0$ ; y  $H_1: \beta \neq 0$ . Considerando que son cuatro variables predictoras, entonces se aplicará el estadístico  $t$ .

Este planteamiento de hipótesis implica pruebas de hipótesis con dos colas. Con un nivel de significancia de 0,05, por lo que  $\alpha = 0,025$ ; con grados de libertad por encima de 100 observaciones ( $100 - 3 - 1 = 96$ ) establece un  $t$  tabular de 1,985. Por lo tanto cualquier valor de  $t$  calculado superior a 1,985 o menor a -1,985 implicará rechazar la hipótesis nula.

Los valores obtenidos para las  $t$  calculadas (2,021 para el primer modelo; 2,646 para el segundo; 2,984 para el tercero y 2,319 para el cuarto) son mayores al valor establecido para  $t$  tabular descrito en el párrafo anterior; por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula, determinando con ello que las cuatro variables independientes involucradas en el análisis contribuyen a explicar el comportamiento de la variable dependiente establecida. El cuadro 33 presenta este análisis efectuado.

## **Variables excluidas del modelo**

Evalutando el cuadro generado en función de las variables excluidas, se denota que para el primer modelo se excluyeron todos los sub-criterios de la variable 2, variable 3, variable 4, variable 5, variable 6, variable 7, variable 8 y únicamente el sub-criterio 9a de la variable 9.

Tabla 90: Coeficientes <sup>(a)</sup> de variables independientes

| Modelo |             | Coeficientes no estandarizados |            | Coeficientes estandarizados | t               | Sig.            | Intervalo de confianza para B al 95% |         | Correlaciones |            |       | Estadísticos de colinealidad |            |
|--------|-------------|--------------------------------|------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|--------------------------------------|---------|---------------|------------|-------|------------------------------|------------|
|        |             | B                              | Error típ. | Beta                        | Límite inferior | Límite superior | Orden cero                           | Parcial | Semiparcial   | Tolerancia | FIV   | B                            | Error típ. |
| 1      | (Constante) | 20,708                         | 3,387      |                             | 6,113           | 0,000           | 13,958                               | 27,457  |               |            |       |                              |            |
|        | Criterio_9a | 11,709                         | 1,106      | 0,776                       | 10,590          | 0,000           | 9,506                                | 13,912  | 0,776         | 0,776      | 0,776 | 1,000                        | 1,000      |
| 2      | (Constante) | 15,332                         | 3,369      |                             | 4,551           | 0,000           | 8,617                                | 22,047  |               |            |       |                              |            |
|        | Criterio_9a | 8,625                          | 1,270      | 0,572                       | 6,793           | 0,000           | 6,094                                | 11,155  | 0,776         | 0,622      | 0,454 | 0,631                        | 1,586      |
|        | Criterio_4b | 4,831                          | 1,208      | 0,336                       | 3,997           | 0,000           | 2,422                                | 7,239   | 0,684         | 0,424      | 0,267 | 0,631                        | 1,586      |
| 3      | (Constante) | 12,398                         | 3,381      |                             | 3,666           | 0,000           | 5,657                                | 19,138  |               |            |       |                              |            |
|        | Criterio_9a | 5,526                          | 1,634      | 0,366                       | 3,381           | 0,001           | 2,268                                | 8,784   | 0,776         | 0,370      | 0,216 | 0,347                        | 2,879      |
|        | Criterio_4b | 4,495                          | 1,160      | 0,313                       | 3,874           | 0,000           | 2,182                                | 6,808   | 0,684         | 0,415      | 0,247 | 0,624                        | 1,602      |
|        | Criterio_7b | 4,718                          | 1,668      | 0,285                       | 2,828           | 0,006           | 1,393                                | 8,043   | 0,730         | 0,316      | 0,181 | 0,402                        | 2,489      |
| 4      | (Constante) | 12,883                         | 3,290      |                             | 3,916           | 0,000           | 6,324                                | 19,443  |               |            |       |                              |            |
|        | Criterio_9a | 3,614                          | 1,788      | 0,240                       | 2,021           | 0,047           | 0,049                                | 7,180   | 0,776         | 0,233      | 0,125 | 0,274                        | 3,656      |
|        | Criterio_4b | 3,285                          | 1,242      | 0,229                       | 2,646           | 0,010           | 0,809                                | 5,761   | 0,684         | 0,300      | 0,164 | 0,514                        | 1,946      |
|        | Criterio_7b | 4,836                          | 1,620      | 0,292                       | 2,984           | 0,004           | 1,605                                | 8,066   | 0,730         | 0,334      | 0,185 | 0,401                        | 2,492      |
|        | Criterio_5a | 2,817                          | 1,215      | 0,234                       | 2,319           | 0,023           | 0,395                                | 5,239   | 0,732         | 0,265      | 0,144 | 0,377                        | 2,654      |

a Variable dependiente: *Liderazgo*

Para el segundo modelo se excluyeron todos los sub-criterios de la variable 2, variable 3, variable 4 (con excepción del sub-criterio 4b), variable 5, variable 6, variable 7, variable 8 y únicamente el sub-criterio 9a de la variable 9.

Para el tercer modelo se excluyeron todos los sub-criterios de la variable 2, variable 3, variable 4 (con excepción del sub-criterio 4b), variable 5, variable 6, variable 7, variable 8 y únicamente el sub-criterio 9a de la variable 9.

Tabla 91: Variables excluidas <sup>(e)</sup> – Modelo 1

| Modelo      |             | Beta dentro | t     | Sig.  | Correlación parcial | Estadísticos de colinealidad |
|-------------|-------------|-------------|-------|-------|---------------------|------------------------------|
|             |             |             |       |       |                     | Tolerancia                   |
| Modelo 1    | Criterio_2a | 0,200(a)    | 2,578 | 0,012 | 0,289               | 0,826                        |
|             | Criterio_2b | 0,145(a)    | 1,485 | 0,142 | 0,171               | 0,555                        |
|             | Criterio_2c | 0,188(a)    | 1,908 | 0,060 | 0,218               | 0,533                        |
|             | Criterio_2d | 0,167(a)    | 1,780 | 0,079 | 0,204               | 0,590                        |
|             | Criterio_3a | 0,310(a)    | 3,347 | 0,001 | 0,365               | 0,549                        |
|             | Criterio_3b | 0,080(a)    | 0,794 | 0,430 | 0,093               | 0,537                        |
|             | Criterio_3c | 0,111(a)    | 1,160 | 0,250 | 0,135               | 0,589                        |
|             | Criterio_3d | 0,085(a)    | 0,942 | 0,349 | 0,110               | 0,660                        |
|             | Criterio_3e | 0,316(a)    | 3,224 | 0,002 | 0,353               | 0,495                        |
|             | Criterio_4a | 0,336(a)    | 3,586 | 0,001 | 0,387               | 0,529                        |
|             | Criterio_4b | 0,336(a)    | 3,997 | 0,000 | 0,424               | 0,631                        |
|             | Criterio_4c | 0,194(a)    | 1,950 | 0,055 | 0,222               | 0,522                        |
|             | Criterio_4d | 0,210(a)    | 1,879 | 0,064 | 0,215               | 0,415                        |
|             | Criterio_4e | 0,284(a)    | 2,468 | 0,016 | 0,278               | 0,379                        |
|             | Criterio_5a | 0,351(a)    | 3,472 | 0,001 | 0,377               | 0,458                        |
|             | Criterio_5b | 0,285(a)    | 2,858 | 0,006 | 0,317               | 0,493                        |
|             | Criterio_5c | 0,039(a)    | 0,337 | 0,737 | 0,039               | 0,399                        |
|             | Criterio_5d | 0,139(a)    | 1,463 | 0,148 | 0,169               | 0,586                        |
|             | Criterio_5e | 0,218(a)    | 2,093 | 0,040 | 0,238               | 0,472                        |
|             | Criterio_6a | 0,260(a)    | 2,353 | 0,021 | 0,265               | 0,415                        |
| Criterio_6b | 0,244(a)    | 2,149       | 0,035 | 0,244 | 0,398               |                              |
| Criterio_7a | 0,282(a)    | 2,710       | 0,008 | 0,302 | 0,456               |                              |
| Criterio_7b | 0,325(a)    | 2,969       | 0,004 | 0,328 | 0,406               |                              |
| Criterio_8a | 0,227(a)    | 1,646       | 0,104 | 0,189 | 0,277               |                              |
| Criterio_8b | 0,386(a)    | 2,701       | 0,009 | 0,301 | 0,242               |                              |
| Criterio_9b | 0,210(a)    | 0,773       | 0,442 | 0,090 | 0,073               |                              |

a Variables predictoras en el modelo: (Constante), Criterio\_9<sup>a</sup>

e Variable dependiente: *Liderazgo*

Tabla 92: Variables excluidas <sup>(e)</sup> – Modelo 2

| Modelo      |             | Beta dentro | t      | Sig.   | Correlación parcial | Estadísticos de colinealidad |
|-------------|-------------|-------------|--------|--------|---------------------|------------------------------|
|             |             |             |        |        |                     | Tolerancia                   |
| Modelo 2    | Criterio_2a | 0,095(b)    | 1,181  | 0,242  | 0,138               | 0,684                        |
|             | Criterio_2b | 0,063(b)    | 0,674  | 0,502  | 0,079               | 0,523                        |
|             | Criterio_2c | 0,053(b)    | 0,535  | 0,594  | 0,063               | 0,452                        |
|             | Criterio_2d | 0,071(b)    | 0,779  | 0,438  | 0,091               | 0,538                        |
|             | Criterio_3a | 0,209(b)    | 2,231  | 0,029  | 0,254               | 0,481                        |
|             | Criterio_3b | -0,020(b)   | -0,213 | 0,832  | -0,025              | 0,498                        |
|             | Criterio_3c | -0,009(b)   | -0,094 | 0,925  | -0,011              | 0,521                        |
|             | Criterio_3d | -0,082(b)   | -0,887 | 0,378  | -0,104              | 0,523                        |
|             | Criterio_3e | 0,201(b)    | 1,993  | 0,050  | 0,229               | 0,423                        |
|             | Criterio_4a | 0,199(b)    | 1,883  | 0,064  | 0,217               | 0,388                        |
|             | Criterio_4c | -0,057(b)   | -0,483 | 0,631  | -0,057              | 0,321                        |
|             | Criterio_4d | 0,019(b)    | 0,156  | 0,876  | 0,018               | 0,323                        |
|             | Criterio_4e | 0,034(b)    | 0,251  | 0,802  | 0,030               | 0,241                        |
|             | Criterio_5a | 0,225(b)    | 2,114  | 0,038  | 0,242               | 0,377                        |
|             | Criterio_5b | 0,173(b)    | 1,730  | 0,088  | 0,200               | 0,433                        |
|             | Criterio_5c | -0,001(b)   | -0,012 | 0,991  | -0,001              | 0,395                        |
|             | Criterio_5d | 0,078(b)    | 0,874  | 0,385  | 0,102               | 0,566                        |
|             | Criterio_5e | 0,152(b)    | 1,547  | 0,126  | 0,179               | 0,456                        |
|             | Criterio_6a | 0,207(b)    | 2,018  | 0,047  | 0,231               | 0,407                        |
|             | Criterio_6b | 0,219(b)    | 2,113  | 0,038  | 0,242               | 0,397                        |
| Criterio_7a | 0,233(b)    | 2,405       | 0,019  | 0,273  | 0,447               |                              |
| Criterio_7b | 0,285(b)    | 2,828       | 0,006  | 0,316  | 0,402               |                              |
| Criterio_8a | 0,162(b)    | 1,273       | 0,207  | 0,148  | 0,272               |                              |
| Criterio_8b | 0,335(b)    | 2,547       | 0,013  | 0,288  | 0,240               |                              |
| Criterio_9b | -0,036(b)   | -0,140      | 0,889  | -0,017 | 0,069               |                              |

b Variables predictoras en el modelo: (Constante), Criterio\_9a, Criterio\_4b

e Variable dependiente: *Liderazgo*



Tabla 93: Variables excluidas <sup>(e)</sup> – Modelo 3

| Modelo      |             | Beta dentro | t      | Sig.   | Correlación parcial | Estadísticos de colinealidad |
|-------------|-------------|-------------|--------|--------|---------------------|------------------------------|
|             |             |             |        |        |                     | Tolerancia                   |
| 3           | Criterio_2a | 0,063(c)    | 0,798  | 0,427  | 0,094               | 0,668                        |
|             | Criterio_2b | 0,052(c)    | 0,582  | 0,563  | 0,069               | 0,522                        |
|             | Criterio_2c | 0,078(c)    | 0,821  | 0,415  | 0,097               | 0,448                        |
|             | Criterio_2d | 0,100(c)    | 1,147  | 0,255  | 0,135               | 0,532                        |
|             | Criterio_3a | 0,151(c)    | 1,598  | 0,114  | 0,186               | 0,447                        |
|             | Criterio_3b | -0,049(c)   | -0,539 | 0,592  | -0,064              | 0,492                        |
|             | Criterio_3c | -0,054(c)   | -0,599 | 0,551  | -0,071              | 0,506                        |
|             | Criterio_3d | -0,092(c)   | -1,045 | 0,299  | -0,123              | 0,522                        |
|             | Criterio_3e | 0,134(c)    | 1,320  | 0,191  | 0,155               | 0,391                        |
|             | Criterio_4a | 0,186(c)    | 1,843  | 0,069  | 0,214               | 0,387                        |
|             | Criterio_4c | -0,047(c)   | -0,411 | 0,682  | -0,049              | 0,321                        |
|             | Criterio_4d | 0,008(c)    | 0,072  | 0,943  | 0,009               | 0,322                        |
|             | Criterio_4e | -0,011(c)   | -0,083 | 0,934  | -0,010              | 0,237                        |
|             | Criterio_5a | 0,234(c)    | 2,319  | 0,023  | 0,265               | 0,377                        |
|             | Criterio_5b | 0,145(c)    | 1,499  | 0,138  | 0,175               | 0,428                        |
|             | Criterio_5c | -0,008(c)   | -0,077 | 0,939  | -0,009              | 0,395                        |
|             | Criterio_5d | 0,091(c)    | 1,077  | 0,285  | 0,127               | 0,564                        |
|             | Criterio_5e | 0,130(c)    | 1,375  | 0,173  | 0,161               | 0,452                        |
|             | Criterio_6a | 0,149(c)    | 1,460  | 0,149  | 0,171               | 0,385                        |
|             | Criterio_6b | 0,166(c)    | 1,620  | 0,110  | 0,189               | 0,379                        |
| Criterio_7a | -0,070(c)   | -0,306      | 0,761  | -0,036 | 0,079               |                              |
| Criterio_8a | 0,005(c)    | 0,033       | 0,974  | 0,004  | 0,215               |                              |
| Criterio_8b | 0,211(c)    | 1,456       | 0,150  | 0,170  | 0,190               |                              |
| Criterio_9b | -0,090(c)   | -0,367      | 0,715  | -0,044 | 0,068               |                              |

c Variables predictoras en el modelo: (Constante), Criterio\_9a, Criterio\_4b, Criterio\_7b

e Variable dependiente: *Liderazgo*

Tabla 94: Variables excluidas <sup>(e)</sup> – Modelo 4

| Modelo      |             | Beta dentro | t      | Sig.   | Correlación parcial | Estadísticos de colinealidad |
|-------------|-------------|-------------|--------|--------|---------------------|------------------------------|
|             |             |             |        |        |                     | Tolerancia                   |
| 4           | Criterio_2a | 0,063(d)    | 0,832  | 0,408  | 0,099               | 0,668                        |
|             | Criterio_2b | 0,043(d)    | 0,502  | 0,617  | 0,060               | 0,521                        |
|             | Criterio_2c | 0,070(d)    | 0,756  | 0,452  | 0,090               | 0,448                        |
|             | Criterio_2d | 0,111(d)    | 1,310  | 0,195  | 0,155               | 0,530                        |
|             | Criterio_3a | 0,107(d)    | 1,130  | 0,262  | 0,134               | 0,424                        |
|             | Criterio_3b | -0,044(d)   | -0,493 | 0,624  | -0,059              | 0,491                        |
|             | Criterio_3c | -0,046(d)   | -0,522 | 0,604  | -0,062              | 0,505                        |
|             | Criterio_3d | -0,075(d)   | -0,873 | 0,386  | -0,104              | 0,518                        |
|             | Criterio_3e | 0,148(d)    | 1,500  | 0,138  | 0,177               | 0,390                        |
|             | Criterio_4a | 0,189(d)    | 1,929  | 0,058  | 0,225               | 0,387                        |
|             | Criterio_4c | -0,061(d)   | -0,552 | 0,583  | -0,066              | 0,320                        |
|             | Criterio_4d | -0,014(d)   | -0,129 | 0,898  | -0,015              | 0,320                        |
|             | Criterio_4e | 0,049(d)    | 0,378  | 0,706  | 0,045               | 0,228                        |
|             | Criterio_5b | 0,044(d)    | 0,399  | 0,691  | 0,048               | 0,316                        |
|             | Criterio_5c | -0,170(d)   | -1,492 | 0,140  | -0,176              | 0,291                        |
|             | Criterio_5d | 0,023(d)    | 0,252  | 0,802  | 0,030               | 0,484                        |
|             | Criterio_5e | 0,041(d)    | 0,396  | 0,693  | 0,047               | 0,359                        |
|             | Criterio_6a | 0,062(d)    | 0,561  | 0,577  | 0,067               | 0,316                        |
|             | Criterio_6b | 0,083(d)    | 0,751  | 0,455  | 0,089               | 0,314                        |
| Criterio_7a | 0,014(d)    | 0,062       | 0,951  | 0,007  | 0,077               |                              |
| Criterio_8a | -0,013(d)   | -0,097      | 0,923  | -0,012 | 0,214               |                              |
| Criterio_8b | 0,157(d)    | 1,085       | 0,282  | 0,129  | 0,184               |                              |
| Criterio_9b | -0,023(d)   | -0,096      | 0,924  | -0,011 | 0,067               |                              |

d Variables predictoras en el modelo: (Constante), Criterio\_9a, Criterio\_4b, Criterio\_7b, Criterio\_5a

e Variable dependiente: *Liderazgo*

#### 4.2.6. Análisis Multivariado de Varianza

Para realizar este análisis se utilizó el Modelo Lineal Generalizado – GLM, realizando un análisis multivariado para lo cual se construyeron tres variables que contienen las dimensiones del criterio *Liderazgo*, de esta forma estas variables se definieron de la siguiente forma:

- Factor 01, el cual es el promedio de los ítems 1-03, 1-04, 1-05, 1-06, 1-07, 1-08, 1-09, mismos que son una combinación de los sub-criterios 1a (Los líderes desarrollan la misión, la visión, los valores y los principios éticos y actúan como modelo de referencia de una cultura de excelencia), 1b (Los líderes se implican

personalmente para garantizar el desarrollo, la implantación y la mejora continua del sistema de gestión de la organización), y; 1c (Los líderes interactúan con clientes, socios y representantes de la sociedad).

- Factor 02, es un promedio de los ítems, 1-01, 1-02, 1-03, 1-16, 1-17 y 1-18, los cuales representan una combinación de los sub-criterios 1a (Los líderes desarrollan la misión, la visión, los valores y los principios éticos y actúan como modelo de referencia de una cultura de excelencia) y 1e (Los líderes definen e impulsan el cambio de la organización).
- Factor 03, representa el promedio de los ítems, 1-10, 1-11, 1-12, 1-13 y 1-14, estos son una combinación de los sub-criterios 1c (Los líderes interactúan con clientes, socios y representantes de la sociedad) y 1d (Los líderes refuerzan una cultura de Excelencia entre las personas de la organización).

Las variables anteriores se definieron como dependientes en el modelo y se relacionaron con el género, el tipo de unidad y el grado académico, obteniendo los siguientes resultados.

## Factores inter-sujetos

Tabla 95: Factores inter-sujetos

|                 |                                      | N   |
|-----------------|--------------------------------------|-----|
| Género          | Hombre                               | 219 |
|                 | Mujer                                | 159 |
| Tipo Unidad     | Hospital                             | 204 |
|                 | Área de Salud                        | 174 |
| Grado Académico | Auxiliar/Diplomado                   | 57  |
|                 | Bachiller Universitario / Técnico    | 177 |
|                 | Licenciado / Doctor Medicina General | 116 |
|                 | Posgrado / Especialidad Médica       | 28  |

Fuente: elaboración propia, estudio Agosto 2011.

De la muestra poblacional de 378 sujetos, se establece que el 57,93% son hombres y 42,06% mujeres. De la misma muestra se establece que el 53,97% pertenecen o laboran en Hospitales y el 46,03% en Áreas de Salud.

Asimismo 15,07% tienen grado académico básico; 46,83% tienen grado de técnico o bachiller universitario; 30,69% ostentan licenciatura o ejercen como médicos generales; y, el 7,40% tienen un posgrado o bien especialidad médica (según sea el caso).

## **Estadísticos descriptivos**

Con el propósito de analizar la media y la desviación estándar de cada variable dependiente, se presentan las tablas 96, 97 y 98. De estas se extraen las siguientes observaciones:

- En cuanto al factor 1 se observa que las medias son similares, además se observa que en cuanto mayor es el grado académico, mayor es la incidencia en el *Liderazgo* es decir, el grado académico parece ser directamente proporcional al grado de ejecución de liderazgo de la persona. También se observa que a nivel de posgrado/especialidad médica, la incidencia en el *Liderazgo* es ligeramente mayor en los hombres que en las mujeres. Por último se observa que la incidencia en el *Liderazgo* es ligeramente mayor en las áreas de salud que en los hospitales, lo cual podría explicarse en el tamaño y cantidad de recursos asociados a cada tipo de unidad.
- El factor 2, muestra un comportamiento similar al factor 1 en las medias, asimismo la incidencia en el *Liderazgo* es mayor por cuanto es el grado académico; por otra parte el factor 2 presenta que la incidencia es ligeramente mayor por parte de la mujer; y en cuanto al área de salud es ligeramente superior en el caso de las Áreas de Salud.

Tabla 96: Estadísticos descriptivos – Factor 1

| Factor1 | Género                               | Tipo Unidad                          | Grado Académico                      | Media              | Desv. tít. | N       |
|---------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------|------------|---------|
| Factor1 | Hombre                               | Hospital                             | Auxiliar/Diplomado                   | 20,5000            | 5,24404    | 25      |
|         |                                      |                                      | Bachiller Universitario / Técnico    | 21,6667            | 5,83615    | 50      |
|         |                                      |                                      | Licenciado / Doctor Medicina General | 20,8333            | 2,85774    | 25      |
|         |                                      |                                      | Posgrado / Especialidad Médica       | 28,5000            | 3,53553    | 8       |
|         |                                      |                                      | Total                                | 21,7308            | 5,18118    | 108     |
|         |                                      | Área de Salud                        | Auxiliar/Diplomado                   | 21,0000            | ,00000     | 8       |
|         |                                      |                                      | Bachiller Universitario / Técnico    | 20,1333            | 5,69294    | 62      |
|         |                                      |                                      | Licenciado / Doctor Medicina General | 22,3333            | 5,61249    | 37      |
|         |                                      |                                      | Posgrado / Especialidad Médica       | 27,0000            | .          | 4       |
|         |                                      |                                      | Total                                | 21,1852            | 5,43519    | 111     |
|         |                                      | Total                                | Auxiliar/Diplomado                   | 20,6250            | 4,43807    | 33      |
|         |                                      |                                      | Bachiller Universitario / Técnico    | 20,8148            | 5,69775    | 112     |
|         |                                      |                                      | Licenciado / Doctor Medicina General | 21,7333            | 4,63630    | 62      |
|         |                                      |                                      | Posgrado / Especialidad Médica       | 28,0000            | 2,64575    | 12      |
|         |                                      |                                      | Total                                | 21,4528            | 5,26807    | 219     |
|         |                                      | Mujer                                | Hospital                             | Auxiliar/Diplomado | 19,0000    | 1,41421 |
|         | Bachiller Universitario / Técnico    |                                      |                                      | 20,3636            | 5,46393    | 43      |
|         | Licenciado / Doctor Medicina General |                                      |                                      | 21,0000            | 4,69042    | 31      |
|         | Posgrado / Especialidad Médica       |                                      |                                      | 24,2500            | 7,27438    | 16      |
|         | Total                                |                                      |                                      | 21,0800            | 5,27510    | 98      |
|         | Área de Salud                        |                                      | Auxiliar/Diplomado                   | 20,0000            | 6,78233    | 16      |
|         |                                      |                                      | Bachiller Universitario / Técnico    | 25,3333            | 8,35863    | 23      |
|         |                                      |                                      | Licenciado / Doctor Medicina General | 24,5000            | 4,92950    | 23      |
|         |                                      |                                      | Total                                | 23,6875            | 6,75000    | 62      |
|         | Total                                |                                      | Auxiliar/Diplomado                   | 19,6667            | 5,31664    | 23      |
|         |                                      |                                      | Bachiller Universitario / Técnico    | 22,1176            | 6,81801    | 66      |
|         |                                      |                                      | Licenciado / Doctor Medicina General | 22,5000            | 4,94197    | 54      |
|         |                                      | Posgrado / Especialidad Médica       | 24,2500                              | 7,27438            | 16         |         |
| Total   |                                      | 22,0976                              | 5,95317                              | 159                |            |         |
| Total   | Hospital                             | Auxiliar/Diplomado                   | 20,1250                              | 4,51782            | 32         |         |
|         |                                      | Bachiller Universitario / Técnico    | 21,0435                              | 5,57167            | 92         |         |
|         |                                      | Licenciado / Doctor Medicina General | 20,9286                              | 3,87227            | 56         |         |
|         |                                      | Posgrado / Especialidad Médica       | 25,6667                              | 6,25033            | 24         |         |
|         |                                      | Total                                | 21,4118                              | 5,18527            | 204        |         |
|         | Área de Salud                        | Auxiliar/Diplomado                   | 20,3333                              | 5,27889            | 24         |         |
|         |                                      | Bachiller Universitario / Técnico    | 21,6190                              | 6,77847            | 84         |         |
|         |                                      | Licenciado / Doctor Medicina General | 23,2000                              | 5,28069            | 60         |         |
|         |                                      | Posgrado / Especialidad Médica       | 27,0000                              | .                  | 4          |         |
|         |                                      | Total                                | 22,1163                              | 6,00480            | 172        |         |
|         | Total                                | Auxiliar/Diplomado                   | 20,2143                              | 4,66045            | 56         |         |
|         |                                      | Bachiller Universitario / Técnico    | 21,3182                              | 6,11050            | 177        |         |
|         |                                      | Licenciado / Doctor Medicina General | 22,1034                              | 4,71582            | 117        |         |
|         |                                      | Posgrado / Especialidad Médica       | 25,8571                              | 5,72796            | 28         |         |
| Total   |                                      | 21,7340                              | 5,55554                              | 378                |            |         |

Fuente: elaboración propia, estudio Agosto 2011.

Tabla 97: Estadísticos descriptivos – Factor 2

| factor2 | Género                               | Tipo Unidad                          | Grado Académico                      | Media              | Desv. tít. | N       |
|---------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------|------------|---------|
| factor2 | Hombre                               | Hospital                             | Auxiliar/Diplomado                   | 17,6667            | 3,38625    | 25      |
|         |                                      |                                      | Bachiller Universitario / Técnico    | 17,8333            | 5,55687    | 50      |
|         |                                      |                                      | Licenciado / Doctor Medicina General | 17,5000            | 2,94958    | 25      |
|         |                                      |                                      | Posgrado / Especialidad Médica       | 26,5000            | 3,53553    | 8       |
|         |                                      |                                      | Total                                | 18,3846            | 4,88325    | 108     |
|         |                                      | Área de Salud                        | Auxiliar/Diplomado                   | 17,5000            | 2,12132    | 8       |
|         |                                      |                                      | Bachiller Universitario / Técnico    | 15,6000            | 4,46894    | 62      |
|         |                                      |                                      | Licenciado / Doctor Medicina General | 17,5556            | 4,63980    | 37      |
|         |                                      |                                      | Posgrado / Especialidad Médica       | 24,0000            | .          | 4       |
|         |                                      |                                      | Total                                | 16,7037            | 4,53885    | 111     |
|         |                                      | Total                                | Auxiliar/Diplomado                   | 17,6250            | 2,97309    | 33      |
|         |                                      |                                      | Bachiller Universitario / Técnico    | 16,5926            | 5,00968    | 112     |
|         |                                      |                                      | Licenciado / Doctor Medicina General | 17,5333            | 3,92550    | 62      |
|         |                                      |                                      | Posgrado / Especialidad Médica       | 25,6667            | 2,88675    | 12      |
|         |                                      |                                      | Total                                | 17,5283            | 4,74181    | 219     |
|         |                                      | Mujer                                | Hospital                             | Auxiliar/Diplomado | 22,0000    | 2,82843 |
|         | Bachiller Universitario / Técnico    |                                      |                                      | 15,7273            | 5,34960    | 43      |
|         | Licenciado / Doctor Medicina General |                                      |                                      | 20,3750            | 4,13824    | 31      |
|         | Posgrado / Especialidad Médica       |                                      |                                      | 20,2500            | 4,50000    | 16      |
|         | Total                                |                                      |                                      | 18,4400            | 5,09967    | 98      |
|         | Área de Salud                        |                                      | Auxiliar/Diplomado                   | 19,0000            | 2,16025    | 16      |
|         |                                      |                                      | Bachiller Universitario / Técnico    | 18,0000            | 5,79655    | 23      |
|         |                                      |                                      | Licenciado / Doctor Medicina General | 18,5000            | 6,71565    | 23      |
|         |                                      |                                      | Total                                | 18,4375            | 5,22773    | 62      |
|         | Total                                |                                      | Auxiliar/Diplomado                   | 20,0000            | 2,60768    | 23      |
|         |                                      |                                      | Bachiller Universitario / Técnico    | 16,5294            | 5,44424    | 66      |
|         |                                      |                                      | Licenciado / Doctor Medicina General | 19,5714            | 5,24352    | 54      |
|         |                                      |                                      | Posgrado / Especialidad Médica       | 20,2500            | 4,50000    | 16      |
| Total   |                                      |                                      | 18,4390                              | 5,08453            | 159        |         |
| Total   | Hospital                             |                                      | Auxiliar/Diplomado                   | 18,7500            | 3,65474    | 32      |
|         |                                      |                                      | Bachiller Universitario / Técnico    | 16,8261            | 5,44102    | 92      |
|         |                                      | Licenciado / Doctor Medicina General | 19,1429                              | 3,84022            | 56         |         |
|         |                                      | Posgrado / Especialidad Médica       | 22,3333                              | 5,00666            | 24         |         |
|         |                                      | Total                                | 18,4118                              | 4,94035            | 204        |         |
|         | Área de Salud                        | Auxiliar/Diplomado                   | 18,5000                              | 2,07364            | 24         |         |
|         |                                      | Bachiller Universitario / Técnico    | 16,2857                              | 4,85945            | 84         |         |
|         |                                      | Licenciado / Doctor Medicina General | 17,9333                              | 5,35146            | 60         |         |
|         |                                      | Posgrado / Especialidad Médica       | 24,0000                              | .                  | 4          |         |
|         |                                      | Total                                | 17,3488                              | 4,82002            | 172        |         |
|         | Total                                | Auxiliar/Diplomado                   | 18,6429                              | 2,97702            | 56         |         |
|         |                                      | Bachiller Universitario / Técnico    | 16,5682                              | 5,11904            | 177        |         |
|         |                                      | Licenciado / Doctor Medicina General | 18,5172                              | 4,64159            | 117        |         |
|         |                                      | Posgrado / Especialidad Médica       | 22,5714                              | 4,61364            | 28         |         |
|         |                                      | Total                                | 17,9255                              | 4,88852            | 378        |         |

Fuente: elaboración propia, estudio Agosto 2011.

Tabla 98: Estadísticos descriptivos – Factor 3

| factor3                        | Género        | Tipo Unidad                          | Grado Académico                      | Media                                | Desv. tít. | N       |    |
|--------------------------------|---------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|------------|---------|----|
| factor3                        | Hombre        | Hospital                             | Auxiliar/Diplomado                   | 15,1667                              | 3,65605    | 25      |    |
|                                |               |                                      | Bachiller Universitario / Técnico    | 15,1667                              | 3,73761    | 50      |    |
|                                |               |                                      | Licenciado / Doctor Medicina General | 14,8333                              | 2,40139    | 25      |    |
|                                |               |                                      | Posgrado / Especialidad Médica       | 21,5000                              | 3,53553    | 8       |    |
|                                |               |                                      | Total                                | 15,5769                              | 3,67884    | 108     |    |
|                                |               | Área de Salud                        | Auxiliar/Diplomado                   | 15,0000                              | 2,82843    | 8       |    |
|                                |               |                                      | Bachiller Universitario / Técnico    | 13,4667                              | 3,87052    | 62      |    |
|                                |               |                                      | Licenciado / Doctor Medicina General | 15,8889                              | 4,22624    | 37      |    |
|                                |               |                                      | Posgrado / Especialidad Médica       | 17,0000                              | .          | 4       |    |
|                                |               |                                      | Total                                | 14,5185                              | 3,92595    | 111     |    |
|                                |               | Total                                | Auxiliar/Diplomado                   | 15,1250                              | 3,27054    | 33      |    |
|                                |               |                                      | Bachiller Universitario / Técnico    | 14,2222                              | 3,83640    | 112     |    |
|                                |               |                                      | Licenciado / Doctor Medicina General | 15,4667                              | 3,54293    | 62      |    |
|                                |               |                                      | Posgrado / Especialidad Médica       | 20,0000                              | 3,60555    | 12      |    |
|                                |               |                                      | Total                                | 15,0377                              | 3,80770    | 219     |    |
|                                |               | Mujer                                | Hospital                             | Auxiliar/Diplomado                   | 18,5000    | 2,12132 | 8  |
|                                |               |                                      |                                      | Bachiller Universitario / Técnico    | 14,7273    | 3,60807 | 43 |
|                                |               |                                      |                                      | Licenciado / Doctor Medicina General | 16,3750    | 3,99777 | 31 |
|                                |               |                                      |                                      | Posgrado / Especialidad Médica       | 17,2500    | 3,09570 | 16 |
|                                | Total         |                                      |                                      | 15,9600                              | 3,61109    | 98      |    |
|                                | Área de Salud |                                      | Auxiliar/Diplomado                   | 18,0000                              | 5,94418    | 16      |    |
|                                |               |                                      | Bachiller Universitario / Técnico    | 16,3333                              | 4,27395    | 23      |    |
|                                |               |                                      | Licenciado / Doctor Medicina General | 15,3333                              | 4,45720    | 23      |    |
|                                |               |                                      | Total                                | 16,3750                              | 4,57347    | 62      |    |
|                                | Total         |                                      | Auxiliar/Diplomado                   | 18,1667                              | 4,70815    | 23      |    |
|                                |               |                                      | Bachiller Universitario / Técnico    | 15,2941                              | 3,80402    | 66      |    |
|                                |               |                                      | Licenciado / Doctor Medicina General | 15,9286                              | 4,06608    | 54      |    |
|                                |               |                                      | Posgrado / Especialidad Médica       | 17,2500                              | 3,09570    | 16      |    |
|                                |               |                                      | Total                                | 16,1220                              | 3,96355    | 159     |    |
|                                | Total         |                                      | Hospital                             | Auxiliar/Diplomado                   | 16,0000    | 3,54562 | 32 |
|                                |               |                                      |                                      | Bachiller Universitario / Técnico    | 14,9565    | 3,59897 | 92 |
|                                |               |                                      |                                      | Licenciado / Doctor Medicina General | 15,7143    | 3,38387 | 56 |
|                                |               |                                      |                                      | Posgrado / Especialidad Médica       | 18,6667    | 3,61478 | 24 |
|                                |               | Total                                |                                      | 15,7647                              | 3,61435    | 204     |    |
|                                |               | Área de Salud                        | Auxiliar/Diplomado                   | 17,0000                              | 5,01996    | 24      |    |
|                                |               |                                      | Bachiller Universitario / Técnico    | 14,2857                              | 4,10052    | 84      |    |
|                                |               |                                      | Licenciado / Doctor Medicina General | 15,6667                              | 4,16905    | 60      |    |
| Posgrado / Especialidad Médica |               |                                      | 17,0000                              | .                                    | 4          |         |    |
| Total                          |               |                                      | 15,2093                              | 4,22328                              | 172        |         |    |
| Total                          |               | Auxiliar/Diplomado                   | 16,4286                              | 4,08965                              | 56         |         |    |
|                                |               | Bachiller Universitario / Técnico    | 14,6364                              | 3,81607                              | 177        |         |    |
|                                |               | Licenciado / Doctor Medicina General | 15,6897                              | 3,74264                              | 117        |         |    |
|                                |               | Posgrado / Especialidad Médica       | 18,4286                              | 3,35942                              | 28         |         |    |
|                                |               | Total                                | 15,5106                              | 3,89305                              | 378        |         |    |

Fuente: elaboración propia, estudio Agosto 2011.

- En lo concerniente al factor 3, el comportamiento de las medias es similar al de los anteriores, con la salvedad que la incidencia por el grado académico se ve más fuerte en este factor, al igual que los anteriores es mayor la incidencia cuanto mayor sea el grado académico; por otra parte la incidencia de acuerdo con el tipo de unidad es ligeramente mayor en el caso de las áreas de salud.
- No se observa una tendencia definitiva que indique que el género incida en mayor o menor grado en el *Liderazgo*; sin embargo si se observa que el mayor aporte se da en el siguiente orden: factor 1, factor 2 y factor 3 de mayor a menor incidencia o aporte.

## Contrastes multivariados

El propósito de analizar los contrastes multivariados es evidenciar la existencia de diferencias significativas entre las variables, para ello se observa la tabla 99.

Se plantean las siguientes hipótesis:

Tabla 99: Hipótesis para contrastes multivariados

| Variable   | Hipótesis  |
|--|--|
| <b>Género</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <math>H_0</math>: No existe diferencia significativa en el género y la acción de liderazgo que se ejerce por éste.</li> <li>- <math>H_1</math>: Existe diferencia significativa en el género y la acción de liderazgo que se ejerce por éste.</li> </ul>                                  |
| <b>Grado académico</b>                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <math>H_0</math>: No existe diferencia significativa en el grado académico y la acción de liderazgo que se ejerce por éste.</li> <li>- <math>H_1</math>: Existe diferencia significativa en el grado académico y la acción de liderazgo que se ejerce por éste.</li> </ul>                |
| <b>Tipo de Unidad</b>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <math>H_0</math>: No existe diferencia significativa en el tipo de unidad y la acción de liderazgo que se ejerce por éste.</li> <li>- <math>H_1</math>: Existe diferencia significativa en el tipo de unidad y la acción de liderazgo que se ejerce por éste.</li> </ul>                  |
| <b>Género<br/>Grado Académico<br/>Tipo de Unidad</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <math>H_0</math>: No existe diferencia significativa en el género, el grado académico y el tipo de unidad con el liderazgo ejercido.</li> <li>- <math>H_1</math>: Existe diferencia significativa en el género, el grado académico y el tipo de unidad con liderazgo ejercido.</li> </ul> |

Fuente: elaboración propia, estudio Agosto 2011



Tabla 100: Contrastes multivariados <sup>(d)</sup>

| Efecto                                    |                    | Valor  | F          | Gl de la hipótesis | Gl del error | Significación | Eta al cuadrado parcial | Parámetro de no centralidad | Potencia observada(a) |
|---|--------------------|--------|------------|--------------------|--------------|---------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Intersección                              | Traza de Pillai    | 0,923  | 309,445(b) | 3,000              | 77,000       | 0,000         | 0,923                   | 928,335                     | 1,000                 |
|   | Lambda de Wilks    | 0,077  | 309,445(b) | 3,000              | 77,000       | 0,000         | 0,923                   | 928,335                     | 1,000                 |
|   | Traza de Hotelling | 12,056 | 309,445(b) | 3,000              | 77,000       | 0,000         | 0,923                   | 928,335                     | 1,000                 |
|   | Raíz mayor de Roy  | 12,056 | 309,445(b) | 3,000              | 77,000       | 0,000         | 0,923                   | 928,335                     | 1,000                 |
| Género                                    | Traza de Pillai    | 0,009  | 0,231(b)   | 3,000              | 77,000       | 0,874         | 0,009                   | 0,694                       | 0,092                 |
|   | Lambda de Wilks    | 0,991  | 0,231(b)   | 3,000              | 77,000       | 0,874         | 0,009                   | 0,694                       | 0,092                 |
|   | Traza de Hotelling | 0,009  | 0,231(b)   | 3,000              | 77,000       | 0,874         | 0,009                   | 0,694                       | 0,092                 |
|   | Raíz mayor de Roy  | 0,009  | 0,231(b)   | 3,000              | 77,000       | 0,874         | 0,009                   | 0,694                       | 0,092                 |
| Tipo de Unidad                            | Traza de Pillai    | 0,070  | 1,929(b)   | 3,000              | 77,000       | 0,132         | 0,070                   | 5,787                       | 0,480                 |
|   | Lambda de Wilks    | 0,930  | 1,929(b)   | 3,000              | 77,000       | 0,132         | 0,070                   | 5,787                       | 0,480                 |
|   | Traza de Hotelling | 0,075  | 1,929(b)   | 3,000              | 77,000       | 0,132         | 0,070                   | 5,787                       | 0,480                 |
|   | Raíz mayor de Roy  | 0,075  | 1,929(b)   | 3,000              | 77,000       | 0,132         | 0,070                   | 5,787                       | 0,480                 |
| Grado Académico                           | Traza de Pillai    | 0,237  | 2,260      | 9,000              | 237,000      | 0,019         | 0,079                   | 20,338                      | 0,896                 |
|   | Lambda de Wilks    | 0,775  | 2,297      | 9,000              | 187,548      | 0,018         | 0,081                   | 16,607                      | 0,807                 |
|   | Traza de Hotelling | 0,274  | 2,303      | 9,000              | 227,000      | 0,017         | 0,084                   | 20,728                      | 0,903                 |
|   | Raíz mayor de Roy  | 0,193  | 5,074(c)   | 3,000              | 79,000       | 0,003         | 0,162                   | 15,222                      | 0,907                 |
| Género * Tipo de Unidad                   | Traza de Pillai    | 0,033  | ,870(b)    | 3,000              | 77,000       | 0,460         | 0,033                   | 2,611                       | 0,232                 |
|   | Lambda de Wilks    | 0,967  | ,870(b)    | 3,000              | 77,000       | 0,460         | 0,033                   | 2,611                       | 0,232                 |
|   | Traza de Hotelling | 0,034  | ,870(b)    | 3,000              | 77,000       | 0,460         | 0,033                   | 2,611                       | 0,232                 |
|   | Raíz mayor de Roy  | 0,034  | ,870(b)    | 3,000              | 77,000       | 0,460         | 0,033                   | 2,611                       | 0,232                 |
| Género * Grado Académico                  | Traza de Pillai    | 0,155  | 1,435      | 9,000              | 237,000      | 0,174         | 0,052                   | 12,914                      | 0,682                 |
|   | Lambda de Wilks    | 0,850  | 1,439      | 9,000              | 187,548      | 0,174         | 0,053                   | 10,440                      | 0,563                 |
|   | Traza de Hotelling | 0,171  | 1,434      | 9,000              | 227,000      | 0,174         | 0,054                   | 12,909                      | 0,681                 |
|   | Raíz mayor de Roy  | 0,129  | 3,386(c)   | 3,000              | 79,000       | 0,022         | 0,114                   | 10,159                      | 0,745                 |
| Tipo de Unidad * Grado Académico          | Traza de Pillai    | 0,027  | 0,242      | 9,000              | 237,000      | 0,988         | 0,009                   | 2,178                       | 0,130                 |
|   | Lambda de Wilks    | 0,973  | 0,237      | 9,000              | 187,548      | 0,989         | 0,009                   | 1,726                       | 0,110                 |
|   | Traza de Hotelling | 0,028  | 0,233      | 9,000              | 227,000      | 0,990         | 0,009                   | 2,093                       | 0,126                 |
|   | Raíz mayor de Roy  | 0,015  | ,406(c)    | 3,000              | 79,000       | 0,749         | 0,015                   | 1,219                       | 0,127                 |
| Género * Tipo de Unidad * Grado Académico | Traza de Pillai    | 0,043  | 0,569      | 6,000              | 156,000      | 0,754         | 0,021                   | 3,416                       | 0,223                 |
|   | Lambda de Wilks    | 0,957  | ,565(b)    | 6,000              | 154,000      | 0,758         | 0,022                   | 3,389                       | 0,222                 |
|   | Traza de Hotelling | 0,044  | 0,560      | 6,000              | 152,000      | 0,761         | 0,022                   | 3,362                       | 0,220                 |
|   | Raíz mayor de Roy  | 0,037  | ,965(c)    | 3,000              | 78,000       | 0,414         | 0,036                   | 2,894                       | 0,254                 |

a Calculado con alfa = ,05

b Estadístico exacto

c El estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación.

d Diseño: Intersección+Género+TipoUnidad+GradoAcadémico+Género \* TipoUnidad+Género \* GradoAcadémico+TipoUnidad \* GradoAcadémico+Género \* TipoUnidad \* GradoAcadémico

Evaluando el coeficiente calculado de *Lambda de Wilks*, para el caso de la variable género con nivel de significancia de 0,874 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, en la cual se indica existe diferencia en la acción de liderazgo de acuerdo con el género. Para el tipo de unidad, el nivel de significancia es de 0,132, con lo cual se acepta la hipótesis alterna. En el caso de la variable grado académico, el nivel de significancia se establece en 0,018 por lo que se acepta la hipótesis nula; y, para el caso de las tres variables el nivel de significancia es de 0,758, el cual es mayor a 0,05 con lo cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta que sí existe diferencia significativa entre estas variables y las tres variables independientes.

### **Pruebas de los efectos intersujetos**

La siguiente comparación a realizar es sobre las variables en forma separada: género, grado académico, tipo de unidad y variables factor 1, 2 y 3.

Al contrastar la variable independiente género con las tres variables dependientes (factor 1, factor 2 y factor 3), muestra los estadísticos para F calculada de factor 1 = 0,004; factor 2 = 0,013 y factor 3 = 0,251 y para niveles de significancia de 0,952 para el factor 1; 0,910 para el factor 2 y 0,618 para el factor 3 con lo cual no existe significancia.

Al contrastar la variable independiente tipo de unidad con las tres variables dependientes (factor 1, factor 2 y factor 3), muestra los estadísticos para F calculada de factor 1 = 0,507; factor 2 = 0,579 y factor 3 = 0,577 y para niveles de significancia de 0,479 para el factor 1; 0,449 para el factor 2 y 0,450 para el factor 3 con lo cual no existe significancia.

Finalmente al contrastar la variable independiente grado académico con las tres variables dependientes (factor 1, factor 2 y factor 3), muestra los estadísticos para F calculada de factor 1 = 1,480; factor 2 = 2,885 y factor 3 = 1,397 y para niveles de significancia de 0,226 para el factor 1; 0,041 para el factor 2 y 0,250 para el factor 3 con lo cual no existe significancia.

Tabla 101: Pruebas de los efectos inter-sujetos

| Fuente                                 | Variable dependiente | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F       | Significación | Eta al cuadrado parcial | Parámetro de no centralidad | Potencia observada(a) |
|--|----------------------|----------------------------|----|------------------|---------|---------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Modelo corregido                       | factor1              | 376,989(b)                 | 14 | 26,928           | 0,853   | 0,611         | 0,131                   | 11,945                      | 0,491                 |
|  | factor2              | 430,850(c)                 | 14 | 30,775           | 1,357   | 0,195         | 0,194                   | 18,998                      | 0,744                 |
|  | factor3              | 215,060(d)                 | 14 | 15,361           | 1,016   | 0,446         | 0,153                   | 14,224                      | 0,583                 |
| Intersección                           | factor1              | 23.490,444                 | 1  | 23.490,444       | 744,274 | 0,000         | 0,904                   | 744,274                     | 1,000                 |
|  | factor2              | 17.015,536                 | 1  | 17.015,536       | 750,282 | 0,000         | 0,905                   | 750,282                     | 1,000                 |
|  | factor3              | 12.176,314                 | 1  | 12.176,314       | 805,346 | 0,000         | 0,911                   | 805,346                     | 1,000                 |
| Género                                 | factor1              | 0,116                      | 1  | 0,116            | 0,004   | 0,952         | 0,000                   | 0,004                       | 0,050                 |
|  | factor2              | 0,290                      | 1  | 0,290            | 0,013   | 0,910         | 0,000                   | 0,013                       | 0,051                 |
|  | factor3              | 3,797                      | 1  | 3,797            | 0,251   | 0,618         | 0,003                   | 0,251                       | 0,079                 |
| Tipo Unidad                            | factor1              | 16,003                     | 1  | 16,003           | 0,507   | 0,479         | 0,006                   | 0,507                       | 0,108                 |
|  | factor2              | 13,131                     | 1  | 13,131           | 0,579   | 0,449         | 0,007                   | 0,579                       | 0,117                 |
|  | factor3              | 8,722                      | 1  | 8,722            | 0,577   | 0,450         | 0,007                   | 0,577                       | 0,117                 |
| Grado Académico                        | factor1              | 140,142                    | 3  | 46,714           | 1,480   | 0,226         | 0,053                   | 4,440                       | 0,377                 |
|  | factor2              | 196,280                    | 3  | 65,427           | 2,885   | 0,041         | 0,099                   | 8,655                       | 0,668                 |
|  | factor3              | 63,376                     | 3  | 21,125           | 1,397   | 0,250         | 0,050                   | 4,192                       | 0,358                 |
| Género * Tipo Unidad                   | factor1              | 33,862                     | 1  | 33,862           | 1,073   | 0,303         | 0,013                   | 1,073                       | 0,176                 |
|  | factor2              | 0,028                      | 1  | 0,028            | 0,001   | 0,972         | 0,000                   | 0,001                       | 0,050                 |
|  | factor3              | 0,320                      | 1  | 0,320            | 0,021   | 0,885         | 0,000                   | 0,021                       | 0,052                 |
| Género * Grado Académico               | factor1              | 40,546                     | 3  | 13,515           | 0,428   | 0,733         | 0,016                   | 1,285                       | 0,132                 |
|  | factor2              | 87,117                     | 3  | 29,039           | 1,280   | 0,287         | 0,046                   | 3,841                       | 0,330                 |
|  | factor3              | 48,065                     | 3  | 16,022           | 1,060   | 0,371         | 0,039                   | 3,179                       | 0,277                 |
| Tipo Unidad * Grado Académico          | factor1              | 8,637                      | 3  | 2,879            | 0,091   | 0,965         | 0,003                   | 0,274                       | 0,066                 |
|  | factor2              | 9,666                      | 3  | 3,222            | 0,142   | 0,934         | 0,005                   | 0,426                       | 0,075                 |
|  | factor3              | 11,667                     | 3  | 3,889            | 0,257   | 0,856         | 0,010                   | 0,772                       | 0,097                 |
| Género * Tipo Unidad * Grado Académico | factor1              | 31,038                     | 2  | 15,519           | 0,492   | 0,613         | 0,012                   | 0,983                       | 0,128                 |
|  | factor2              | 55,500                     | 2  | 27,750           | 1,224   | 0,300         | 0,030                   | 2,447                       | 0,260                 |
|  | factor3              | 31,042                     | 2  | 15,521           | 1,027   | 0,363         | 0,025                   | 2,053                       | 0,223                 |
| Error                                  | factor1              | 2.493,362                  | 79 | 31,562           |         |               |                         |                             |                       |
|  | factor2              | 1.791,629                  | 79 | 22,679           |         |               |                         |                             |                       |
|  | factor3              | 1.194,429                  | 79 | 15,119           |         |               |                         |                             |                       |
| Total                                  | factor1              | 47.273,000                 | 94 |                  |         |               |                         |                             |                       |
|  | factor2              | 32.427,000                 | 94 |                  |         |               |                         |                             |                       |
|  | factor3              | 24.024,000                 | 94 |                  |         |               |                         |                             |                       |
| Total corregida                        | factor1              | 2.870,351                  | 93 |                  |         |               |                         |                             |                       |
|  | factor2              | 2.222,479                  | 93 |                  |         |               |                         |                             |                       |
|  | factor3              | 1.409,489                  | 93 |                  |         |               |                         |                             |                       |

a Calculado con alfa = ,05

b R cuadrado = ,131 (R cuadrado corregida = ,023)

c R cuadrado = ,194 (R cuadrado corregida = ,051)

d R cuadrado = ,153 (R cuadrado corregida = ,002)

## Pruebas por pares

Al contrastar la variable independiente género con las tres variables dependientes (factor 1, factor 2 y factor 3), muestra los estadísticos para F calculada de factor 1 = 0,653; factor 2 = 0,908 y factor 3 = 0,540 y para niveles de significancia de 0,653 para el factor 1; 0,908 para el factor 2 y 0,540 para el factor 3 con lo cual no existe significancia para el caso de la variable género.

Tabla 102: Comparaciones por pares

| Variable dependiente | (I) Género | (J) Género | Diferencia entre medias (I-J) | Error típ.      | Significación(a) | Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia(a) |                 |
|----------------------|------------|------------|-------------------------------|-----------------|------------------|--|-----------------|
|                      |            |            | Límite inferior               | Límite superior |                  | Límite inferior                                      | Límite superior |
| factor1              | Hombre     | Mujer      | 0,682(b)                      | 1,509           | 0,653            | -2,322   | 3,686           |
|                      | Mujer      | Hombre     | -0,682(c)                     | 1,509           | 0,653            | -3,686   | 2,322           |
| factor2              | Hombre     | Mujer      | 0,148(b)                      | 1,279           | 0,908            | -2,399   | 2,694           |
|                      | Mujer      | Hombre     | -0,148(c)                     | 1,279           | 0,908            | -2,694   | 2,399           |
| factor3              | Hombre     | Mujer      | -0,643(b)                     | 1,044           | 0,540            | -2,722   | 1,436           |
|                      | Mujer      | Hombre     | 0,643(c)                      | 1,044           | 0,540            | -1,436   | 2,722           |

Basadas en las medias marginales estimadas.

a Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

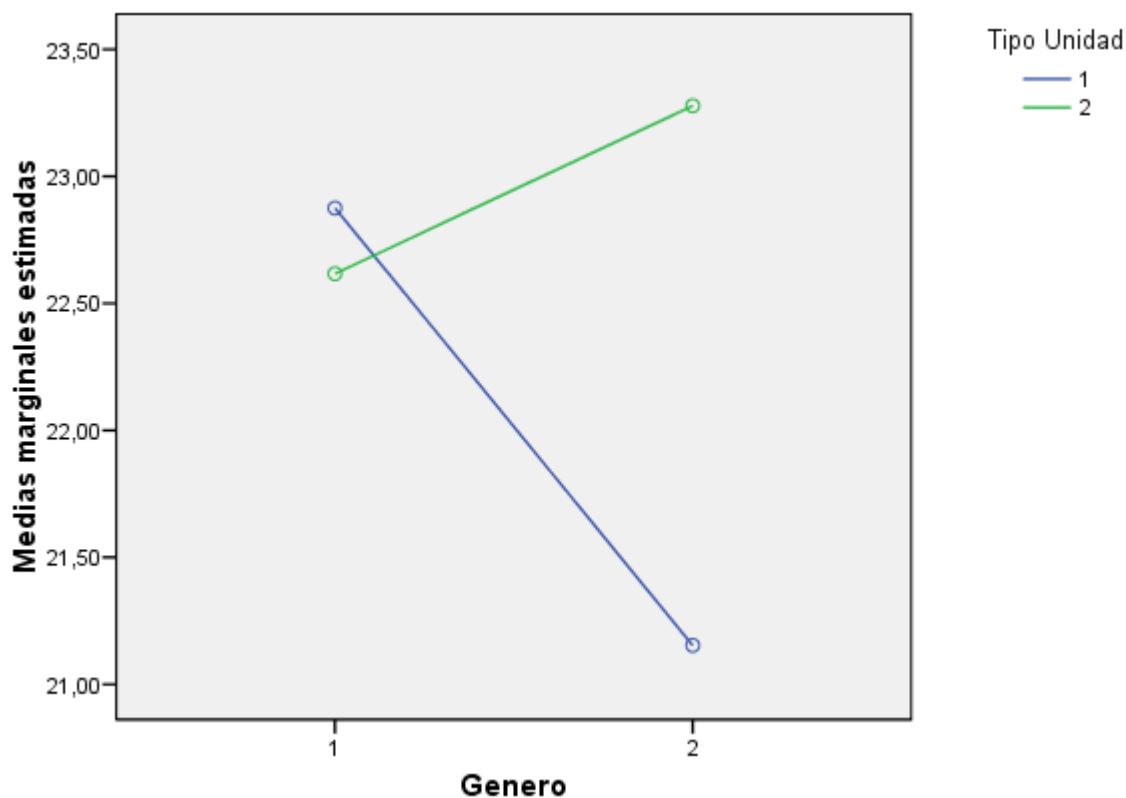
b Una estimación de la media marginal poblacional modificada (J).

c Una estimación de la media marginal poblacional modificada (I).

## Gráficos de Perfil

A continuación se presentan y analizan los gráficos relacionales entre las tres variables independientes ordinales y las tres variables dependientes (factor 1, factor 2, y factor 3).

Ilustración 33: Medias marginales estimadas Factor 1 (género – tipo de unidad)



La figura anterior presenta una disminución en el aporte de *liderazgo* en cuanto al género y de acuerdo con el tipo de unidad, en el caso de los hombres el aporte es similar al tratarse de un Hospital, no así a la mujer, en este caso el aporte es mayor si la unidad es un área de salud, aunque la diferencia no es significativa sí refleja un comportamiento diferente al de los hombres.

El siguiente gráfico presenta una relación en el aporte del *liderazgo* en cuanto al género y el grado académico, en este caso en los hombres la diferencia es mayor únicamente si el grado académico es muy elevado (Posgrado o Especialidad Médica); sin embargo en el caso de las mujeres si se observan diferencias, para el caso de un grado elevado el aporte de liderazgo se ve disminuido con relación al de los hombres, sin embargo para aquellos niveles académicos intermedios (Bachillerato – Licenciatura) el aporte es mayor por parte de las mujeres.

Ilustración 34: Medias marginales estimadas Factor 2 (género gdo. académico)

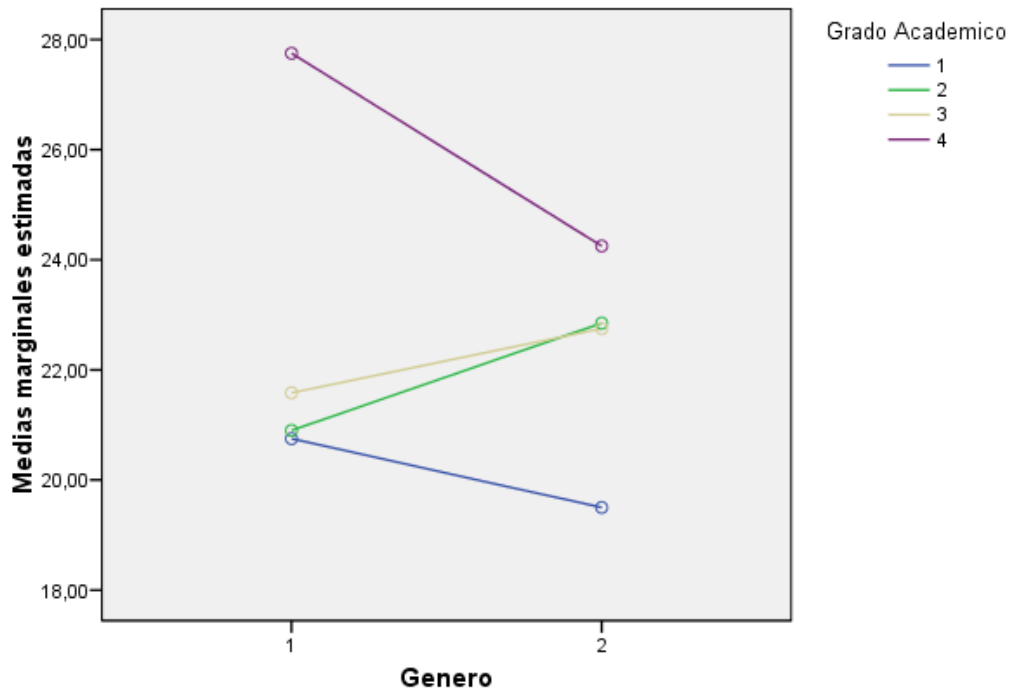
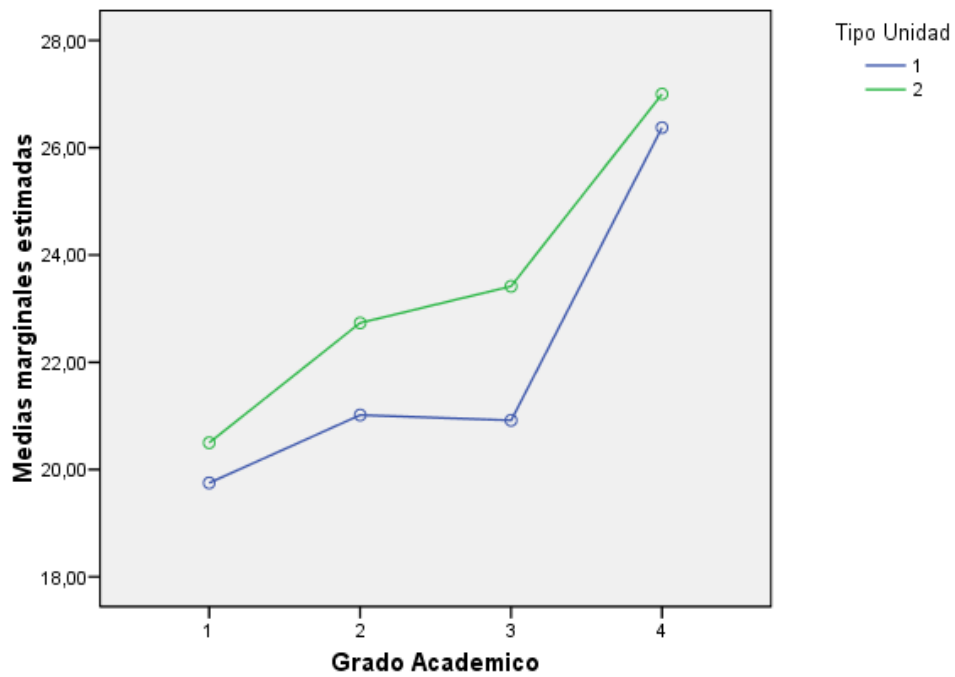
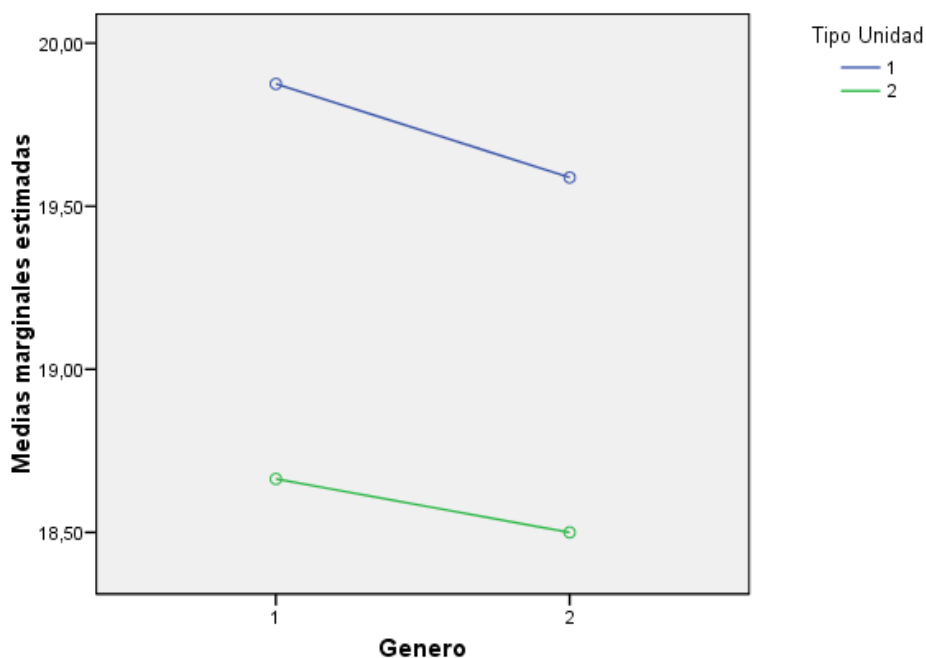


Ilustración 35: Medias marginales estimadas Factor 1 (Unidad/gdo. académico)



En el caso del tipo de unidad y el grado académico se observa una relación directa y proporcional, independiente del tipo de unidad, entre mayor es el grado académico es mayor el aporte que ejerce el *Liderazgo*.

Ilustración 36: Medias marginales estimadas Factor 2 (Tipo unidad - género)



La situación para el factor 2, cambia en cuanto al aporte combinado del género y el tipo de unidad, se observa una disminución (no significativa) en forma proporcional tanto para hombres como para mujeres, en cuanto al aporte que da al *Liderazgo*.

En relación con el aporte combinado del género y el grado académico, se observa un incremento en el aporte que proporcionan las mujeres conforme mayor sea el grado académico, la excepción es en el nivel académico más alto acá se observa una disminución significativa en el caso de la mujer en cuanto al aporte que da al *Liderazgo*.

Ilustración 37: Medias marginales estimadas Factor 2 (Gdo.Acad - género)

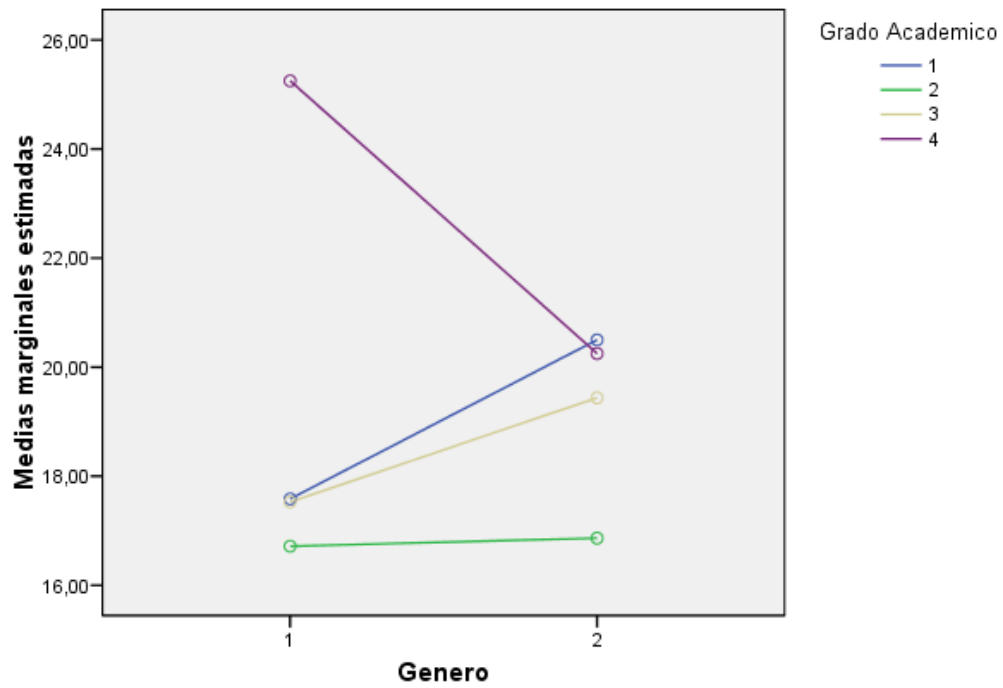
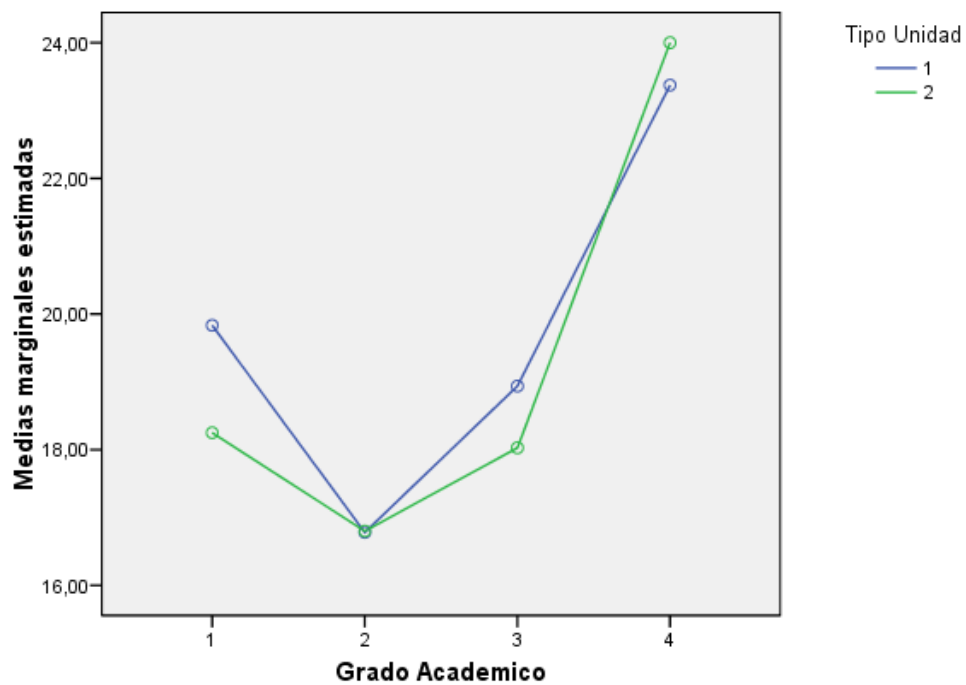


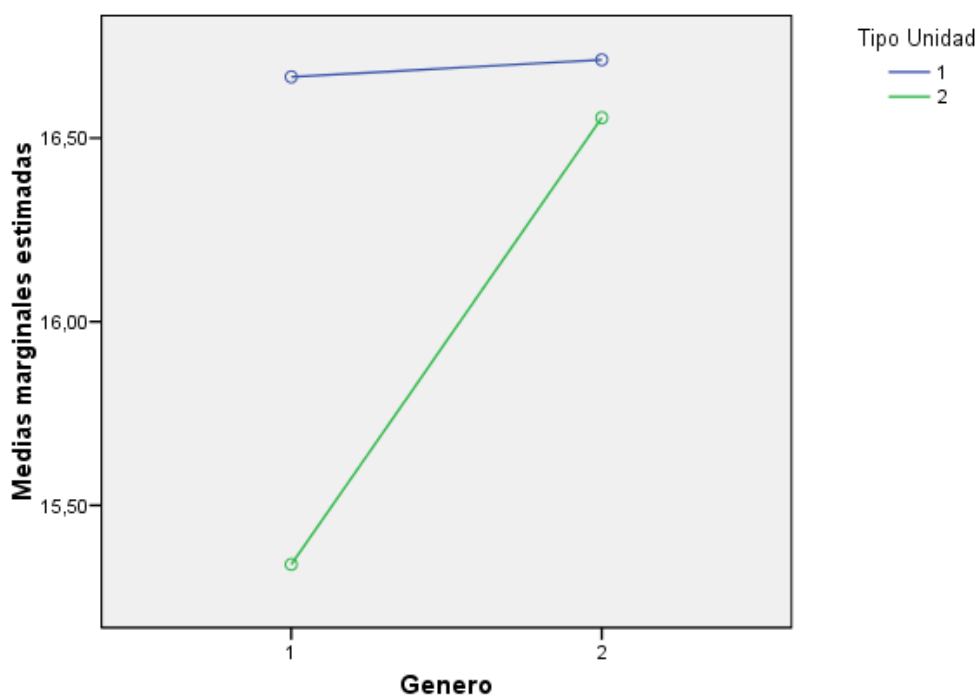
Ilustración 38: Medias marginales estimadas Factor 2 (Gdo.Acad - T.Unidad)





Para concluir el factor 2, se analiza el aporte combinado del grado académico y el tipo de unidad, en este caso se destaca que del nivel más básico al siguiente nivel académico (Diplomado – Bachiller) se observa una disminución en el aporte al *Liderazgo* tanto para el caso de Hospitales como Áreas de Salud, posterior al nivel de Bachiller Universitario al incrementar el grado académico el aporte al *Liderazgo* crece proporcionalmente para ambos tipos de unidad.

Ilustración 39: Medias marginales estimadas Factor 3 (tipo unidad - género)



El factor 3 y las variables género y tipo de unidad, refleja que de acuerdo al tipo de unidad, el aporte al *Liderazgo* es diferente más no significativo en el caso de los hombres; en el caso de las mujeres es muy similar en ambos tipos de unidad.

En relación con el aporte combinado del género y el grado académico, se observa un incremento en el aporte que proporcionan las mujeres conforme mayor sea el grado académico, la excepción es en el nivel académico más alto acá se observa una disminución

significativa en el caso de la mujer en cuanto al aporte que da al *Liderazgo*, este comportamiento es muy similar al que se presenta en el factor 2 para este mismo análisis.

Ilustración 40: Medias marginales estimadas Factor 3 (tipo unidad - género)

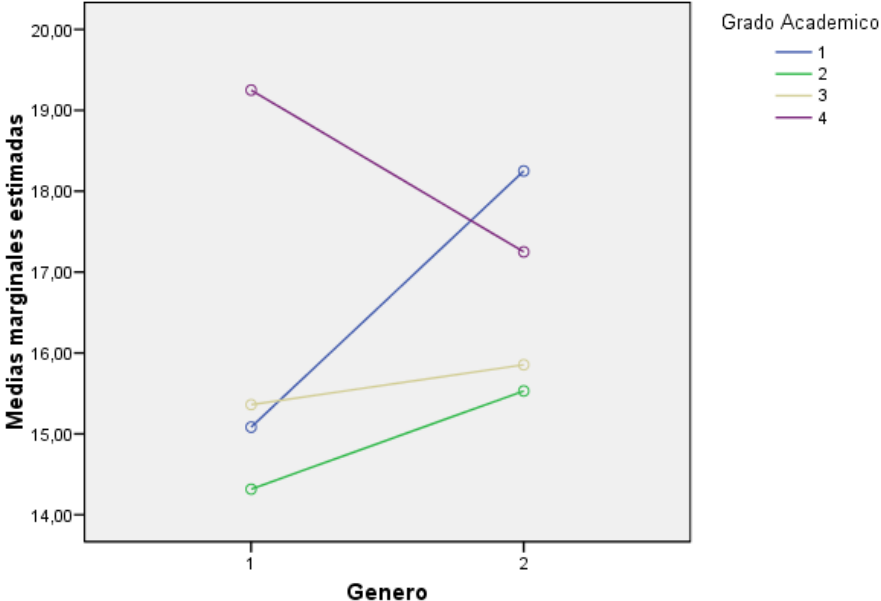
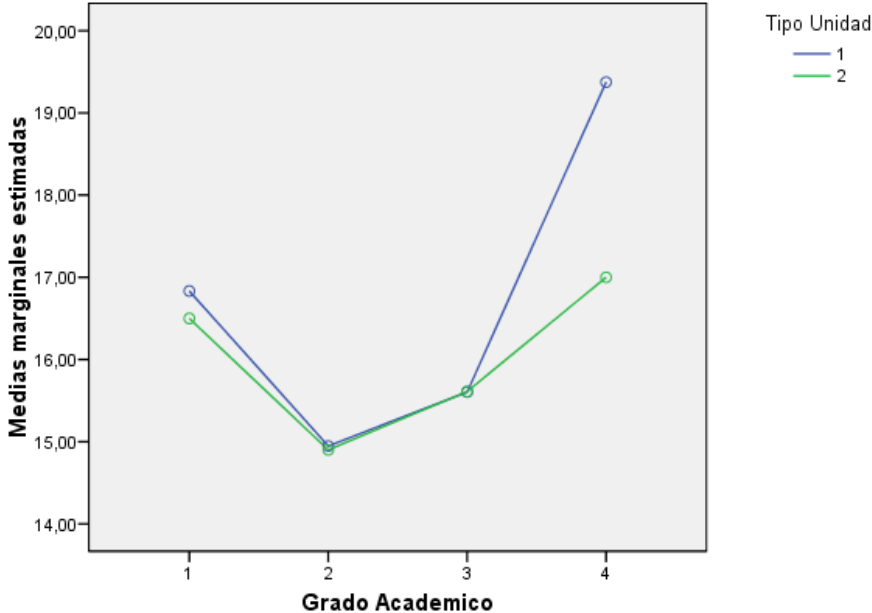


Ilustración 41: Medias marginales estimadas Factor 3 (G.Acad. - género)



Para concluir el factor 3, se analiza el aporte combinado del grado académico y el tipo de unidad, en este caso se destaca que del nivel más básico al siguiente nivel académico (Diplomado – Bachiller) se observa una disminución en el aporte al *Liderazgo* tanto para el caso de Hospitales como Áreas de Salud, posterior al nivel de Bachiller Universitario al incrementar el grado académico el aporte al *Liderazgo* crece proporcionalmente para ambos tipos de unidad, también similar al comportamiento analizado para estas variables en el factor 2.

### **4.3. Encuestas de Satisfacción de Usuarios Sector Salud**

#### **4.3.1. Ficha Técnica**

Los usuarios de atención primaria de las provincias de San José, Alajuela y Cartago son la población objeto de estudio. La muestra de cada estrato es proporcional a la población del cantón, y se ha ajustado para que también la muestra conjunta presente el tamaño adecuado.

La selección de los centros de servicio se realizó en forma proporcional al tamaño de los mismos, con un número adecuado de centros para optimizar el error muestral, obteniendo un tamaño muestral entre 20 y 50 entrevistas por cada centro de salud seleccionado.

El tamaño de la muestra calculado fue de 1.237 entrevistas, mismo que se ajustó por conveniencia a 1.240, distribuidas en 33 centros de salud. Sistema de Entrevistas: Presencial con entrevistadores, en lugar habilitado en los Centros de Salud. Selección: aleatoria a la salida del centro, una vez finalizada la visita al mismo. Fecha de realización de trabajo de campo: 1ro de julio al 1ro de octubre de 2011.

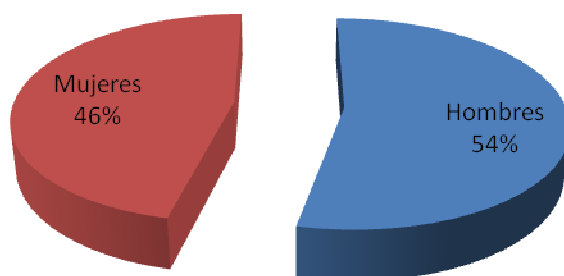
### 4.3.2. Análisis Descriptivos

El análisis correspondiente de las variables demográficas para la data recolectada se presenta en seguida:

La distribución por género de la población al año 2011 presenta una distribución relativa del 51,4% para mujeres y un 49,6% hombres, el análisis de la distribución por género indica un 46% para mujeres y un 54% para hombres, asimismo refleja una asimetría con sesgo a la derecha de 0,142 y una curtosis negativa de -1,983 del tipo platicúrtica.

Ilustración 42: Distribución de la muestra de acuerdo con el género

N= 1240

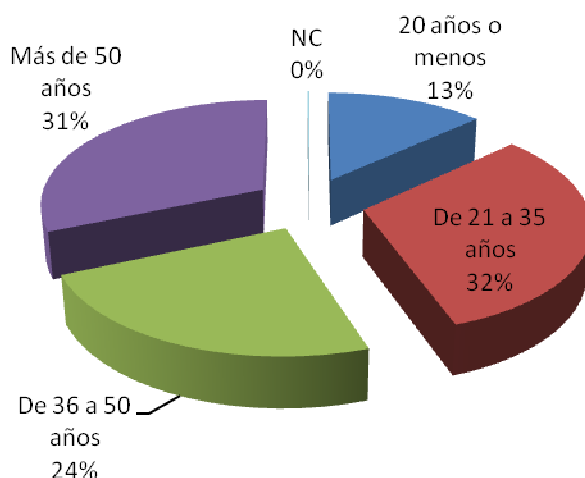


Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Al analizar la composición de edades de la muestra, aproximadamente el 56% se encuentra entre los 20 y los 50 años, el 31% es mayor a los 50 años y el 13% es menor de 20 años; en forma similar que el descriptivo anterior, la distribución por edad presenta una asimetría con sesgo a la izquierda de 0,005 y una curtosis platicúrtica con un valor negativo de -0,333.

### Ilustración 43: Distribución de la muestra de acuerdo con la edad

N= 1240



Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

La distribución por región resulta para la muestra un 70,97% para San José, seguido de un 17,74% para Alajuela y un 11,29% de Cartago; en este caso la asimetría se encuentra sesgada a la izquierda para un valor de 1,417; la curtosis resulta ser de tipo mesocúrtica con un valor de 0,570 (tabla 103).

Tabla 103: Distribución por región de la muestra poblacional

| Provincia       | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                |         |
|-----------------|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|                 | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años | NC      |
| San José        | 70,97%  | 70,93%  | 71,01%  | 70,73%          | 70,51%          | 71,86%          | 70,77%         | 100,00% |
| Alajuela        | 17,74%  | 17,92%  | 17,53%  | 17,68%          | 18,21%          | 16,61%          | 18,21%         |         |
| Cartago         | 11,29%  | 11,14%  | 11,46%  | 11,59%          | 11,28%          | 11,53%          | 11,03%         |         |
| <b>N válido</b> | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
|                 | 1.240   | 664     | 576     | 164             | 390             | 295             | 390            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Finalmente la representación por tipo de unidad de salud es de 39,92% de hospitales y un 60,08% de áreas de salud; en este caso la asimetría se encuentra sesgada a la derecha

para un valor de -0,412; la curtosis resulta ser de tipo platicúrtica con un valor negativo de -1,833 (Tabla 104).

Tabla 104: Distribución por Centro de Salud

| Tipo de Centro de Salud | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                |         |
|-------------------------|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|                         | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años | NC      |
| Hospital                | 39,92%  | 39,46%  | 40,45%  | 39,63%          | 39,74%          | 40,00%          | 40,26%         |         |
| Área de Salud           | 60,08%  | 60,53%  | 59,55%  | 60,37%          | 60,26%          | 60,00%          | 59,74%         | 100,00% |
| <b>N válido</b>         | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
|                         | 1.240   | 664     | 576     | 164             | 390             | 295             | 390            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 105: Distribución por centro de salud de la muestra poblacional

| Centro de Salud                        | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                |         |
|--|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años | NC      |
| H. Dr. Carlos Sáenz (Niños)            | 4,03%   | 4,07%   | 3,99%   | 4,27%           | 3,85%           | 4,07%           | 4,10%          |         |
| H. De las Mujeres (Adolfo Carit)       | 2,42%   | 2,41%   | 2,43%   | 2,44%           | 2,56%           | 2,37%           | 2,31%          |         |
| Centro Nacional de Rehabilitación      | 3,23%   | 3,16%   | 3,30%   | 3,05%           | 3,08%           | 3,39%           | 3,33%          |         |
| H. Dr. Rafael A. Calderón Guardia      | 6,45%   | 6,48%   | 6,42%   | 6,71%           | 6,41%           | 6,44%           | 6,41%          |         |
| A.Concepción-San Diego-San Juan        | 2,82%   | 2,86%   | 2,78%   | 3,05%           | 2,82%           | 2,71%           | 2,82%          |         |
| A.Catedral Noreste                     | 4,03%   | 4,07%   | 3,99%   | 3,66%           | 4,10%           | 4,07%           | 4,10%          |         |
| A.Montes de Oca                        | 1,61%   | 1,66%   | 1,56%   | 1,83%           | 1,54%           | 1,69%           | 1,54%          |         |
| A.Curridabat                           | 3,63%   | 3,61%   | 3,65%   | 3,66%           | 3,59%           | 3,73%           | 3,59%          |         |
| A.Moravia                              | 3,63%   | 3,61%   | 3,65%   | 3,66%           | 3,59%           | 3,73%           | 3,59%          |         |
| A.Zapote-Catedral (Carlos Duran)       | 1,21%   | 1,20%   | 1,22%   | 1,22%           | 1,22%           | 1,28%           | 1,36%          |         |
| A.San Francisco-San Antonio            | 2,02%   | 1,96%   | 2,08%   | 1,83%           | 2,05%           | 2,03%           | 2,05%          |         |
| A.San Sebastián-Paso Ancho             | 1,61%   | 1,66%   | 1,56%   | 1,83%           | 1,54%           | 1,69%           | 1,54%          |         |
| H. Max Peralta                         | 5,65%   | 5,12%   | 6,25%   | 5,49%           | 5,64%           | 5,76%           | 5,64%          |         |
| A.Cartago                              | 2,42%   | 2,86%   | 1,91%   | 2,44%           | 2,56%           | 2,37%           | 2,31%          |         |
| A.La Unión                             | 1,61%   | 1,51%   | 1,74%   | 1,83%           | 1,54%           | 1,69%           | 1,54%          |         |
| A.Paraiso                              | 1,61%   | 1,66%   | 1,56%   | 1,83%           | 1,54%           | 1,69%           | 1,54%          |         |
| H. San Juan de Dios                    | 7,26%   | 7,38%   | 7,12%   | 7,32%           | 7,18%           | 7,12%           | 7,44%          |         |
| A.Desamparados 1 (Marcial Fallas)      | 1,61%   | 1,66%   | 1,56%   | 1,83%           | 1,54%           | 1,69%           | 1,54%          |         |
| A.Hatillo (Solón Núñez)                | 2,42%   | 2,41%   | 2,43%   | 2,44%           | 2,56%           | 2,37%           | 2,31%          | 100,00% |
| A.Mata Redonda-Hospital (Moreno Cañas) | 2,42%   | 2,41%   | 2,43%   | 2,44%           | 2,56%           | 2,37%           | 2,31%          |         |
| A.Alajuelita                           | 2,42%   | 2,41%   | 2,43%   | 2,44%           | 2,31%           | 2,37%           | 2,56%          |         |
| H. Dr. Fernando Escalante Pradilla     | 2,02%   | 1,96%   | 2,08%   | 1,83%           | 2,05%           | 2,03%           | 2,05%          |         |
| A.Perez Zeledón                        | 1,61%   | 1,66%   | 1,56%   | 1,83%           | 2,05%           | 2,03%           | 2,05%          |         |
| H. México                              | 4,03%   | 4,07%   | 3,99%   | 3,66%           | 4,10%           | 4,07%           | 4,10%          |         |
| A.Tibas-Uruca-Merced (Clorito Picado)  | 2,02%   | 1,96%   | 2,08%   | 1,83%           | 2,05%           | 2,03%           | 2,05%          |         |
| A.La Carpio-Leon XIII                  | 4,44%   | 4,37%   | 4,51%   | 4,27%           | 4,36%           | 4,75%           | 4,36%          |         |
| A.Tibas (Rodrigo Fournier)             | 2,02%   | 1,96%   | 2,08%   | 1,83%           | 2,05%           | 2,03%           | 2,05%          |         |
| H. San Rafael de Alajuela              | 4,84%   | 4,82%   | 4,86%   | 4,88%           | 4,87%           | 4,75%           | 4,87%          |         |
| A.Alajuela Norte (Marcial Rodríguez)   | 3,63%   | 3,61%   | 3,65%   | 3,66%           | 3,59%           | 3,73%           | 3,59%          |         |
| A.Alajuela Central                     | 2,02%   | 1,96%   | 2,08%   | 1,83%           | 2,05%           | 2,03%           | 2,05%          |         |
| A.Alajuela Oeste                       | 4,03%   | 4,37%   | 3,65%   | 4,27%           | 4,10%           | 3,73%           | 4,10%          |         |
| A.Alajuela Sur                         | 3,23%   | 3,16%   | 3,30%   | 3,05%           | 3,59%           | 2,37%           | 3,59%          |         |
| <b>N válido</b>                        | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
|  | 1.240   | 664     | 576     | 164             | 390             | 295             | 390            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 106: Resumen estadísticos descriptivos por variables: género, edad, región y clasificación unidad de salud

| Resumen de Estadísticos descriptivos por variable | N           | Rango       | Mínimo      | Máximo      | Media       | Desviación típica | Varianza    | Asimetría   |              | Curtosis    |              |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------------|-------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
|   | Estadístico | Estadístico | Estadístico | Estadístico | Estadístico | Estadístico       | Estadístico | Estadístico | Error típico | Estadístico | Error típico |
| Género  | 1.240       | 1,00        | 1,00        | 2,00        | 1,4645      | 0,49894           | 0,249       | 0,142       | 0,069        | -1,983      | 0,139        |
| Rango Edad  | 1.240       | 8,00        | 1,00        | 9,00        | 2,7403      | 1,05857           | 1,121       | 0,005       | 0,069        | -0,333      | 0,139        |
| Región  | 1.240       | 2,00        | 1,00        | 3,00        | 1,4032      | 0,68324           | 0,467       | 1,417       | 0,069        | 0,570       | 0,139        |
| Tipo Unidad de Salud                              | 1.240       | 1,00        | 1,00        | 2,00        | 1,6008      | 0,48993           | 0,240       | -0,412      | 0,069        | -1,833      | 0,139        |
| N válido  | 1.240       |             |             |             |             |                   |             |             |              |             |              |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011



Conforme a la visita que realizan, se observa predominancia en medicina general y/o especialidad con 68,55%; seguido por enfermería 18,87% (tabla 107).

Tabla 107: Tipo de visita a la unidad de salud

| Tipo de Visita                    | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC      |
|-----------------------------------|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|                                   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |         |
| Medicina general y/o especialidad | 68,55%  | 68,52%  | 68,58%  | 68,29%          | 68,72%          | 68,47%          | 68,46%         | 100,00% |
| Pediatría                         | 12,58%  | 12,65%  | 12,50%  | 12,80%          | 12,56%          | 12,54%          | 12,56%         |         |
| Enfermería / Rehabilitación       | 18,87%  | 18,83%  | 18,92%  | 18,90%          | 18,72%          | 18,98%          | 18,97%         |         |
| <b>N Válido</b>                   | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
|                                   | 1.240   | 664     | 576     | 164             | 390             | 295             | 390            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Por otra parte el 68,47% manifestaron sentirse satisfechos; el 23,31% muy satisfechos con el servicio recibido en el centro de salud (tabla 108).

Tabla 108: Percepción de satisfacción del servicio

| Satisfacción con el servicio recibido | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC      |
|---------------------------------------|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|                                       | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |         |
| Muy insatisfecho                      | 0,56%   | 0,60%   | ,052%   | 0,61%           | 0,51%           | 0,68%           | 0,51%          |         |
| Insatisfecho                          | 1,77%   | 1,81%   | 1,74%   | 1,83%           | 1,79%           | 1,69%           | 1,79%          |         |
| Neutral                               | 5,73%   | 5,57%   | 5,90%   | 6,10%           | 5,64%           | 5,76%           | 5,64%          |         |
| Satisfecho                            | 68,47%  | 68,52%  | 68,40%  | 68,29%          | 68,46%          | 68,47%          | 68,46%         | 100,00% |
| Muy Satisfecho                        | 23,31%  | 23,34%  | 23,36%  | 23,17%          | 23,33%          | 23,39%          | 23,33%         |         |
| NS                                    |         |         |         |                 |                 |                 |                |         |
| NC                                    | 0,16%   | 0,15%   | 0,17%   |                 | 0,26%           |                 | 0,26%          |         |
|                                       | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
| Media (1-5)                           | 4,13    | 4,13    | 4,12    | 4,07            | 4,06            | 4,13            | 4,24           | 4,00    |
| Error típico de la media              | 0,02    | 0,02    | 0,03    | 0,04            | 0,03            | 0,03            | 0,03           | --      |
| <b>N Válido</b>                       | 1.238   | 663     | 575     | 164             | 389             | 295             | 389            | 1       |
|                                       | 1.240   | 664     | 576     | 164             | 390             | 295             | 390            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

De acuerdo con la percepción de la atención que el usuario espera del servicio, únicamente un 40,40% manifiesta que la misma ha sido buena; y el 4,92% muy buena; un dato que llama la atención es que el 51,29% tienen una posición neutral (ni buena ni mala), con lo que no se podría concluir si la balanza se inclina a favor o en contra (tabla 109).

Tabla 109: Percepción de la atención recibida

| Percepción de la atención recibida | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC      |
|------------------------------------|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|                                    | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |         |
| Muy Mala                           | 0,16%   | 0,15%   | 0,17%   |                 | 0,26%           |                 | 0,26%          |         |
| Mala                               | 1,69%   | 1,66%   | 1,74%   | 1,83%           | 1,54%           | 1,69%           | 1,79%          |         |
| Neutral                            | 51,29%  | 51,36%  | 51,22%  | 51,22%          | 51,28%          | 51,19%          | 51,28%         | 100,00% |
| Buena                              | 40,40%  | 40,36%  | 40,45%  | 40,24%          | 40,51%          | 40,34%          | 40,51%         |         |
| Muy Buena                          | 4,92%   | 4,97%   | 4,86%   | 4,88%           | 4,87%           | 5,08%           | 4,87%          |         |
| NS                                 | 0,97%   | 0,90%   | 1,04%   | 1,22%           | 1,03%           | 1,02%           | 0,77%          |         |
| NC                                 | 0,56%   | 0,60%   | 0,52%   | 0,61%           | 0,51%           | 0,68%           | 0,51%          |         |
|                                    | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
| Media (1-5)                        | 3,49    | 3,47    | 3,51    | 3,43            | 3,46            | 3,50            | 3,55           |         |
| Error típico de la media           | 0,02    | 0,02    | 0,03    | 0,05            | 0,03            | 0,04            | 0,03           |         |
| N Válido                           | 1.240   | 664     | 576     | 164             | 390             | 295             | 390            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

La percepción del usuario en cuanto a la resolución de trámites de orden administrativo, alrededor del 71% manifiesta que son fáciles o muy fáciles (63,06% y 8,63% respectivamente), sin embargo es de resaltar el hecho que más de un 12% no expresaron opinión en este sentido; aunque el resultado anterior es alentador para las instituciones del sector salud, es un punto a considerar en los planes de mejora (tabla 110).

Tabla 110: Facilidad en la solución de trámites administrativos

| Facilidad en los trámites administrativos | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC      |
|---|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |         |
| Muy Difícil                               | 1,29%   | 1,36%   | 1,22%   | 1,22%           | 1,28%           | 1,36%           | 1,28%          |         |
| Difícil                                   | 4,11%   | 4,07%   | 4,17%   | 4,27%           | 4,10%           | 4,07%           | 4,10%          |         |
| Neutral                                   | 10,65%  | 10,54%  | 10,76%  | 10,98%          | 10,51%          | 10,85%          | 10,51%         |         |
| Fácil                                     | 63,06%  | 63,10%  | 63,02%  | 62,80%          | 63,08%          | 63,05%          | 63,08%         | 100,00% |
| Muy Fácil                                 | 8,63%   | 8,58%   | 8,68%   | 8,54%           | 8,72%           | 8,47%           | 8,72%          |         |
| NS  | 11,53%  | 11,60%  | 11,46%  | 11,59%          | 11,54%          | 11,53%          | 11,54%         |         |
| NC  | 0,73%   | 0,75%   | 0,69%   | 0,61%           | 0,77%           | 0,68%           | 0,77%          |         |
|   | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
| Media (1-5)                               | 3,84    | 3,88    | 3,82    | 3,73            | 3,75            | 3,85            | 3,98           | 4,00    |
| Error típico de la media                  | 0,02    | 0,03    | 0,03    | 0,07            | 0,04            | 0,05            | 0,03           | --      |
| N Válido                                  | 1.080   | 581     | 506     | 144             | 353             | 258             | 341            | 1       |
|   | 1.240   | 664     | 576     | 164             | 390             | 295             | 390            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

En todos los casos las respuestas reflejan resultados positivos, a la consulta relacionada con la infraestructura del inmueble del Centro de Salud (tablas 111 a 115).

Tabla 111: Valoración de la infraestructura por parte del usuario – Espacio físico

| Valoración (Espacio físico) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC      |
|-----------------------------|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|                             | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |         |
| Muy Malo                    | 0,97%   | 0,90%   | 1,04%   | 1,22%           | 1,03%           | 1,02%           | 0,77%          |         |
| Malo                        | 5,56%   | 5,57%   | 5,56%   | 5,49%           | 5,64%           | 5,42%           | 5,64%          |         |
| Neutral                     | 9,92%   | 9,94%   | 9,90%   | 9,76%           | 10,00%          | 9,83%           | 10,00%         |         |
| Bueno                       | 72,18%  | 72,29%  | 72,05%  | 72,56%          | 71,79%          | 72,54%          | 72,05%         | 100,00% |
| Muy Bueno                   | 11,21%  | 11,14%  | 11,28%  | 10,98%          | 11,28%          | 11,19%          | 11,28%         |         |
| NS                          | 0,16%   | 0,15%   | 0,17%   |                 | 0,26%           |                 | 0,26%          |         |
| NC                          |         |         |         |                 |                 |                 |                |         |
|                             | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
| Media (1-5)                 | 3,87    | 3,88    | 3,86    | 3,85            | 3,78            | 3,85            | 3,99           | 4,00    |
| Error típico de la media    | 0,02    | 0,03    | 0,03    | 0,05            | 0,04            | 0,04            | 0,03           |         |
| N Válido                    | 1.238   | 663     | 575     | 164             | 389             | 295             | 389            | 1       |
|                             | 1.240   | 664     | 576     | 164             | 390             | 295             | 390            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 112: Valoración de la infraestructura por parte del usuario – Limpieza

| Valoración<br>(Limpieza) | Género  |         |         | Rangos de Edad     |                    |                    |                   | NC      |
|--------------------------|---------|---------|---------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|---------|
|                          | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o<br>menos | De 21 a<br>35 años | De 36 a<br>50 años | Más de<br>50 años |         |
| Muy Malo                 | 0,16%   | 0,15%   | 0,17%   | 0,61%              | 0,26%              |                    |                   |         |
| Malo                     | 1,13%   | 1,05%   | 1,22%   | 1,83%              | 1,03%              | 1,36%              | 0,77%             |         |
| Neutral                  | 5,89%   | 5,87%   | 5,90%   | 6,71%              | 5,90%              | 5,76%              | 5,64%             |         |
| Bueno                    | 77,74%  | 77,71%  | 77,78%  | 76,22%             | 77,69%             | 77,97%             | 78,21%            | 100,00% |
| Muy Bueno                | 14,84%  | 14,91%  | 14,76%  | 14,63%             | 14,87%             | 14,92%             | 14,87%            |         |
| NS                       | 0,16%   | 0,15%   | 0,17%   |                    | 0,26%              |                    | 0,26%             |         |
| NC                       | 0,08%   | 0,15%   |         |                    |                    |                    | 0,26%             |         |
|                          | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%            | 100,00%            | 100,00%            | 100,00%           | 100,00% |
| Media (1-5)              | 4,06    | 4,08    | 4,05    | 4,04               | 4,00               | 4,05               | 4,14              | 4,00    |
| Error típico de la media | 0,01    | 0,02    | 0,02    | 0,04               | 0,03               | 0,03               | 0,03              |         |
| N Válido                 | 1.237   | 662     | 575     | 164                | 389                | 295                | 388               | 1       |
|                          | 1.240   | 664     | 576     | 164                | 390                | 295                | 390               | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 113: Valoración de la infraestructura por parte del usuario – Ventilación

| Valoración<br>(Ventilación) | Género  |         |         | Rangos de Edad     |                    |                    |                   | NC      |
|-----------------------------|---------|---------|---------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|---------|
|                             | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o<br>menos | De 21 a<br>35 años | De 36 a<br>50 años | Más de<br>50 años |         |
| Muy Malo                    | 0,56%   | 0,60%   | 0,52%   | 0,61%              | 0,51%              | 0,68%              | 0,51%             |         |
| Malo                        | 3,71%   | 3,77%   | 3,65%   | 3,66%              | 3,85%              | 3,73%              | 3,59%             |         |
| Neutral                     | 10,56%  | 10,54%  | 10,59%  | 10,37%             | 10,51%             | 10,51%             | 10,77%            |         |
| Bueno                       | 73,95%  | 73,80%  | 74,13%  | 73,78%             | 73,85%             | 73,90%             | 74,10%            | 100,00% |
| Muy Bueno                   | 10,81%  | 10,84%  | 10,76%  | 10,98%             | 10,77%             | 10,85%             | 10,77%            |         |
| NS                          | 0,40%   | 0,45%   | 0,35%   | 0,61%              | 0,51%              | 0,34%              | 0,26%             |         |
| NC                          |         |         |         |                    |                    |                    |                   |         |
|                             | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%            | 100,00%            | 100,00%            | 100,00%           | 100,00% |
| Media (1-5)                 | 3,91    | 3,95    | 3,89    | 3,87               | 3,81               | 3,89               | 4,05              | 4,00    |
| Error típico de la media    | 0,02    | 0,02    | 0,03    | 0,05               | 0,04               | 0,04               | 0,03              | --      |
| N Válido                    | 1.235   | 661     | 574     | 163                | 388                | 294                | 389               | 1       |
|                             | 1.240   | 664     | 576     | 164                | 390                | 295                | 390               | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 114: Valoración de la infraestructura por parte del usuario – Comodidad

| Valoración<br>(Comodidad) | Género  |         |         | Rangos de Edad     |                    |                    |                   | NC      |
|---------------------------|---------|---------|---------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|---------|
|                           | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o<br>menos | De 21 a<br>35 años | De 36 a<br>50 años | Más de<br>50 años |         |
| Muy Malo                  | 0,81%   | 0,75%   | 0,87%   | 0,61%              | 1,03%              | 0,68%              | 0,77%             | 100,00% |
| Malo                      | 3,87%   | 3,92%   | 3,82%   | 3,66%              | 4,10%              | 3,73%              | 3,85%             |         |
| Neutral                   | 12,34%  | 12,35%  | 12,33%  | 12,20%             | 12,56%             | 12,20%             | 12,31%            |         |
| Bueno                     | 72,74%  | 72,74%  | 72,74%  | 73,17%             | 72,05%             | 73,22%             | 72,82%            |         |
| Muy Bueno                 | 10,16%  | 10,09%  | 10,24%  | 10,37%             | 10,26%             | 9,83%              | 10,26%            |         |
| NS                        | 0,08%   | 0,15%   |         |                    |                    | 0,34%              |                   |         |
| NC                        |         |         |         |                    |                    |                    |                   |         |
|                           | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%            | 100,00%            | 100,00%            | 100,00%           | 100,00% |
| Media (1-5)               | 3,88    | 3,90    | 3,86    | 3,79               | 3,78               | 3,88               | 4,02              | 4,00    |
| Error típico de la media  | 0,02    | 0,03    | 0,03    | 0,05               | 0,04               | 0,04               | 0,03              | --      |
| N Válido                  | 1.239   | 663     | 576     | 164                | 390                | 294                | 390               | 1       |
|                           | 1.240   | 664     | 576     | 164                | 390                | 295                | 390               | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 115: Valoración de la infraestructura por parte del usuario – General

| Valoración<br>(Instalaciones en<br>General) | Género  |         |         | Rangos de Edad     |                    |                    |                   | NC      |
|---|---------|---------|---------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|---------|
|   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o<br>menos | De 21 a<br>35 años | De 36 a<br>50 años | Más de<br>50 años |         |
| Muy Malo                                    | 0,81%   | 0,75%   | 0,87%   |                    | 1,03%              | 0,68%              | 1,03%             | 100,00% |
| Malo  | 3,47%   | 3,46%   | 3,47%   | 3,66%              | 3,33%              | 3,39%              | 3,59%             |         |
| Neutral                                     | 10,73%  | 10,69%  | 10,76%  | 10,98%             | 10,51%             | 10,85%             | 10,77%            |         |
| Bueno                                       | 73,87%  | 73,95%  | 73,78%  | 73,78%             | 73,85%             | 73,90%             | 73,85%            |         |
| Muy Bueno                                   | 10,73%  | 10,69%  | 10,76%  | 10,98%             | 10,77%             | 10,85%             | 10,51%            |         |
| NS  | 0,40%   | 0,45%   | 0,35%   | 0,61%              | 0,51%              | 0,34%              | 0,26%             |         |
| NC  |         |         |         |                    |                    |                    |                   |         |
|   | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%            | 100,00%            | 100,00%            | 100,00%           | 100,00% |
| Media (1-5)                                 | 3,91    | 3,92    | 3,90    | 3,88               | 3,81               | 3,89               | 4,04              | 4,00    |
| Error típico de la media                    | 0,02    | 0,02    | 0,03    | 0,05               | 0,04               | 0,04               | 0,03              | --      |
| N Válido                                    | 1.235   | 661     | 574     | 163                | 388                | 294                | 389               | 1       |
|   | 1.240   | 664     | 576     | 164                | 390                | 295                | 390               | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Un elemento que se evaluó es el relativo a la identificación de los funcionarios, es decir, si utilizan algún distintivo (uniforme, gafete, entre otros) que los identifique como colaboradores de la institución, los resultados indican que en la mayor parte de las veces ellos se encuentran bien identificados - más de un 80% (tabla 116).

Tabla 116: Identificación de los profesionales del centro de salud

| Identificación de profesionales | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC      |
|---------------------------------|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|                                 | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |         |
| Muy Malo                        | 0,48%   | 0,45%   | 0,52%   | 0,61%           | 0,51%           | 0,34%           | 0,51%          |         |
| Malo                            | 2,90%   | 2,86%   | 2,95%   | 3,05%           | 2,82%           | 3,05%           | 2,82%          |         |
| Neutral                         | 5,89%   | 5,87%   | 5,90%   | 6,10%           | 5,90%           | 5,76%           | 5,90%          |         |
| Bueno                           | 68,31%  | 68,37%  | 68,23%  | 68,29%          | 68,21%          | 68,47%          | 68,21%         | 100,00% |
| Muy Bueno                       | 13,87%  | 13,86%  | 13,89%  | 14,02%          | 13,85%          | 13,90%          | 13,85%         |         |
| NS                              | 8,47%   | 8,43%   | 8,51%   | 7,93%           | 8,46%           | 8,47%           | 8,72%          |         |
| NC                              | 0,08%   | 0,15%   |         |                 | 0,26%           |                 |                |         |
|                                 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
| Media (1-5)                     | 4,01    | 4,02    | 4,00    | 3,98            | 3,96            | 3,99            | 4,08           | 4,00    |
| Error típico de la media        | 0,02    | 0,02    | 0,03    | 0,05            | 0,04            | 0,04            | 0,03           | --      |
| N Válido                        | 1.134   | 607     | 527     | 151             | 356             | 270             | 356            | 1       |
|                                 | 1.240   | 664     | 576     | 164             | 390             | 295             | 390            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Es importante destacar que en cuanto a la percepción de los usuarios relacionada con la confidencialidad de su expediente, el 69,44% expresan que es de bueno y el 14,27% muy buena; lo cual muestra un buen indicador del profesionalismo de los funcionarios de las instituciones del sector salud (tabla 117).

Un 67,58% de los entrevistados, considera que la organización del área de salud que visitan es de buena; 9,44% la consideran muy buena; sin embargo, se destaca que un 15,00% tienen una percepción neutra (ni bien ni mal) lo cual puede utilizarse como insumo para los planes de mejora de la institución (tabla 118).

Tabla 117: Confidencialidad del expediente clínico en el centro de salud

| Confidencialidad del expediente clínico | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC      |
|---|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |         |
| Muy Malo                                | 0,16%   | 0,15%   | 0,17%   |                 | 0,26%           |                 | 0,26%          |         |
| Malo                                    | 0,73%   | 0,75%   | 0,69%   | 0,61%           | 0,77%           | 0,68%           | 0,77%          |         |
| Neutral                                 | 2,18%   | 2,11%   | 2,26%   | 2,44%           | 2,05%           | 2,03%           | 2,31%          |         |
| Bueno                                   | 69,44%  | 69,43%  | 69,44%  | 70,12%          | 69,23%          | 69,83%          | 68,97%         | 100,00% |
| Muy Bueno                               | 14,27%  | 14,31%  | 14,24%  | 14,02%          | 14,36%          | 14,24%          | 14,36%         |         |
| NS                                      | 13,06%  | 13,10%  | 13,02%  | 12,80%          | 13,08%          | 13,22%          | 13,08%         |         |
| NC                                      | 0,16%   | 0,15%   | 0,17%   |                 | 0,26%           |                 | 0,26%          |         |
|   | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
| Media (1-5)                             | 4,12    | 4,11    | 4,11    | 4,08            | 4,11            | 4,11            | 4,14           | 4,00    |
| Error típico de la media                | 0,01    | 0,02    | 0,02    | 0,05            | 0,03            | 0,03            | 0,03           | --      |
| N Válido                                | 1.076   | 576     | 500     | 143             | 338             | 256             | 338            | 1       |
|   | 1.240   | 664     | 576     | 164             | 390             | 295             | 390            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 118: Organización del Centro de Salud

| Organización del Centro de Salud | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC      |
|----------------------------------|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|                                  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |         |
| Muy Malo                         | 0,97%   | 0,90%   | 1,04%   | 1,22%           | 1,03%           | 1,02%           | 0,77%          |         |
| Malo                             | 4,11%   | 4,07%   | 4,17%   | 4,27%           | 4,10%           | 4,07%           | 4,10%          |         |
| Neutral                          | 15,00%  | 15,06%  | 14,93%  | 15,24%          | 15,13%          | 14,92%          | 14,87%         |         |
| Bueno                            | 67,58%  | 67,47%  | 67,71%  | 67,07%          | 67,44%          | 67,80%          | 67,69%         | 100,00% |
| Muy Bueno                        | 9,44%   | 9,49%   | 9,38%   | 9,15%           | 9,49%           | 9,49%           | 9,49%          |         |
| NS                               | 2,82%   | 2,86%   | 2,78%   | 3,05%           | 2,82%           | 2,71%           | 2,82%          |         |
| NC                               | 0,08%   | 0,15%   |         |                 |                 |                 | 0,26%          |         |
|                                  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
| Media (1-5)                      | 3,83    | 3,83    | 3,83    | 3,81            | 3,83            | 3,83            | 3,84           | 4,00    |
| Error típico de la media         | 0,02    | 0,03    | 0,03    | 0,06            | 0,04            | 0,04            | 0,04           | --      |
| N Válido                         | 1.204   | 644     | 560     | 159             | 379             | 287             | 378            | 1       |
|                                  | 1.240   | 664     | 576     | 164             | 390             | 295             | 390            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

En lo que respecta al procedimiento actual para obtener una cita en el centro de salud, el 42% manifiesta que acuden en forma personal; un 34% lo hace vía telefónica y un 16% la obtiene programando de acuerdo con su última cita (tabla 119).

Tabla 119: Procedimiento usual para solicitar citas médicas

| Procedimiento usual de solicitud de citas | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC |
|---|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |    |
| Por Internet                              | 5,00%   | 4,97%   | 5,03%   | 4,88%           | 5,13%           | 5,08%           | 4,87%          |    |
| Por teléfono                              | 34,19%  | 34,19%  | 34,20%  | 34,76%          | 34,10%          | 34,24%          | 34,10%         |    |
| Personalmente                             | 42,18%  | 42,17%  | 42,19%  | 42,07%          | 42,05%          | 42,03%          | 42,56%         |    |
| Cita de control                           | 16,69%  | 16,72%  | 16,67%  | 16,46%          | 16,67%          | 16,61%          | 16,92%         |    |
| Por medio de un familiar                  | 1,21%   | 1,20%   | 1,20%   | 1,22%           | 1,28%           | 1,36%           | 1,03%          |    |
| NS  | 0,56%   | 0,60%   | 0,60%   | 0,61%           | 0,51%           | 0,68%           | 0,51%          |    |
| NC  | 0,16%   | 0,15%   | 0,15%   |                 | 0,26%           |                 |                |    |
|   | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| N Válido                                  | 1.231   | 659     | 572     | 163             | 387             | 293             | 388            |    |
|   | 1.240   | 664     | 576     | 164             | 390             | 295             | 390            | 1  |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

En este tema de la obtención de citas, es importante señalar que un 5% lo realiza a través de Internet, esto corresponde a un plan piloto que se encuentra desarrollando la CCSS desde el año 2010, para el área de Alajuela, que correspondería a un 28% de la población atendida por las unidades de salud de dicho sector geográfico.

Al consultar sobre las razones por las cuales el usuario se presenta personalmente a solicitar su cita médica, aproximadamente el 40% indica que lo hace por razones de cercanía con su lugar de vivienda; 21% aproximado señala por ser la forma usual o practicidad; y un 11,6% porque dice desconocer que se pueda lograr de otra manera (tabla 120).



Tabla 120: Razones por las que acude en forma personal a solicitar cita

| Razones por las que acude personalmente a solicitar CITA | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC |
|--|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |    |
| Problemas telefonía                                      | 38,81%  | 38,93%  | 38,68%  | 39,13%          | 39,02%          | 38,71%          | 38,55%         |    |
| Dan la cita más rápido                                   | 4,78%   | 4,64%   | 4,94%   | 4,35%           | 4,88%           | 4,84%           | 4,82%          |    |
| Dan cita para cuando uno quiere                          | 4,59%   | 4,64%   | 4,53%   | 4,35%           | 4,27%           | 4,84%           | 4,82%          |    |
| Es ir a lo seguro  | 0,96%   | 1,07%   | 0,82%   | 1,45%           | 1,22%           | 0,81%           | 0,60%          |    |
| Tiene tiempo libre                                       | 0,76%   | 0,71%   | 0,82%   | 1,45%           | 0,61%           | 0,81%           | 0,60%          |    |
| Para distraerse  | 5,74%   | 5,71%   | 5,76%   | 5,80%           | 5,49%           | 5,65%           | 6,02%          |    |
| No tiene teléfono  | 0,76%   | 0,71%   | 0,82%   | 1,45%           | 1,83%           | 0,81%           | 0,60%          |    |
| No tiene Internet  | 0,19%   | 0,36%   |         |                 |                 | 0,81%           |                |    |
| Más económico  | 1,53%   | 1,43%   | 1,65%   | 1,45%           | 1,83%           | 0,81%           | 1,81%          |    |
| Costumbre  | 10,13%  | 10,00%  | 10,29%  | 10,14%          | 10,37%          | 9,68%           | 10,24%         |    |
| La cita queda en firme                                   | 0,19%   | 0,36%   |         |                 |                 | 0,81%           |                |    |
| No se puede de otra forma                                | 11,66%  | 11,79%  | 11,52%  | 11,59%          | 11,59%          | 12,10%          | 11,45%         |    |
| Es más práctico  | 11,85%  | 11,79%  | 11,93%  | 11,59%          | 11,59%          | 12,10%          | 12,05%         |    |
| Tenía cita previamente                                   | 0,96%   | 1,07%   | 0,82%   | 1,45%           | 1,22%           |                 | 1,20%          |    |
| Otros  | 1,72%   | 1,79%   | 1,65%   | 1,45%           | 1,83%           | 1,61%           | 1,81%          |    |
| NS   | 1,91%   | 1,79%   | 2,06%   | 1,45%           | 1,83%           | 2,42%           | 1,81%          |    |
| NC   | 1,91%   | 1,79%   | 2,06%   | 1,45%           | 1,83%           | 2,442%          | 1,81%          |    |
|  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| N Válido   | 503     | 270     | 233     | 67              | 158             | 118             | 160            |    |
|  | 523     | 280     | 243     | 69              | 164             | 124             | 166            |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Relacionado con las personas que tenían cita el día de la entrevista, en su mayor parte – 88,47% - señaló que el procedimiento empleado para ese día, ya contaban con una cita pre-programada; alrededor del 8% manifestó que llegó e hizo fila para obtener la cita, por último - una minoría – el 3,55% declaró que pudo ser atendido sin haber hecho cita o bien realizado fila para obtenerla (tabla 121).

Tabla 121: Procedimiento empleado para la cita de este día

| Procedimiento empleado para la cita del día de HOY | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC      |
|--|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |         |
| Tenía cita programada                              | 88,47%  | 88,40%  | 88,54%  | 88,41%          | 88,46%          | 88,47%          | 88,46%         | 100,00% |
| Hizo fila para solicitarla                         | 7,98%   | 7,98%   | 7,99%   | 7,93%           | 7,95%           | 8,14%           | 7,95%          |         |
| Le atendieron sin cita                             | 3,55%   | 3,61%   | 3,47%   | 3,66%           | 3,59%           | 3,39%           | 3,59%          |         |
| NS/NC  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
| N Válido   | 1.240   | 664     | 576     | 164             | 390             | 295             | 390            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Aquellas personas que ya contaban con cita previa, al consultárseles la forma en la cual la habían obtenido, casi el 50% manifestó haberla obtenida en forma personal, un 29% en forma telefónica y un 15% aproximadamente tenía cita de control (tabla 122).

Tabla 122: Procedimiento empleado para obtener la cita de este día

| Procedimiento usual de solicitud de citas | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC |
|---|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |    |
| Por Internet                              | 4,38%   | 4,43%   | 4,31%   | 4,14%           | 4,35%           | 4,60%           | 4,35%          |    |
| Por teléfono                              | 28,99%  | 28,96%  | 29,02%  | 28,97%          | 28,99%          | 29,12%          | 28,99%         |    |
| Personalmente                             | 49,50%  | 49,40%  | 49,61%  | 49,66%          | 49,57%          | 49,43%          | 49,57%         |    |
| Cita de control                           | 14,49%  | 14,48%  | 14,51%  | 14,48%          | 14,49%          | 14,56%          | 14,49%         |    |
| Por medio de un familiar                  | 1,91%   | 1,87%   | 1,96%   | 2,07%           | 2,03%           | 1,53%           | 2,03%          |    |
| NS  | 0,27%   | 0,34%   | 0,20%   |                 | 0,29%           | 0,38%           | 0,29%          |    |
| NC  | 0,46%   | 0,51%   | 0,39%   | 0,69%           | 0,29%           | 0,38%           | 0,29%          |    |
|   | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| N Válido                                  | 1.089   | 582     | 507     | 144             | 343             | 259             | 343            |    |
|   | 1.097   | 587     | 510     | 145             | 345             | 261             | 345            | 1  |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Del grupo de personas que tenían cita para la fecha de la entrevista, un 58,07% manifestó que el proceso de obtención de la misma fue difícil; 34,28% muy difícil; menos del 2% señaló que la obtención de la cita era fácil o muy fácil, lo cual es consistente con la problemática de asignación de citas que es de conocimiento de las autoridades de la CCSS desde al menos cinco años atrás (tabla 123).

Tabla 123: Facilidad en la obtención de cita de este día

| Facilidad en la obtención de la CITA | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC      |
|--------------------------------------|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|                                      | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |         |
| Muy fácil                            | 0,46%   | 0,51%   | 0,39%   | 0,69%           | 0,58%           | 0,38%           | 0,29%          |         |
| Fácil                                | 1,37%   | 1,36%   | 1,37%   | 1,38%           | 1,45%           | 1,53%           | 1,16%          |         |
| Neutral                              | 2,46%   | 2,39%   | 2,55%   | 2,76%           | 2,32%           | 2,30%           | 2,61%          |         |
| Difícil                              | 58,07%  | 58,09%  | 58,04%  | 57,93%          | 57,97%          | 58,24%          | 57,97%         | 100,00% |
| Muy difícil                          | 34,28%  | 34,24%  | 34,31%  | 34,48%          | 34,20%          | 34,10%          | 34,49%         |         |
| NS                                   | 0,27%   | 0,34%   | 0,20%   |                 | 0,29%           | 0,38%           | 0,29%          |         |
| NC                                   | 3,10%   | 3,07%   | 3,14%   | 2,76%           | 3,19%           | 3,07%           | 3,19%          |         |
|                                      | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
| Media (1-5)                          | 4,29    | 4,29    | 4,29    | 4,28            | 4,28            | 4,29            | 4,30           | 4,00    |
| Error típico de la media             | 0,02    | 0,03    | 0,03    | 0,06            | 0,04            | 0,04            | 0,03           | --      |
| N Válido                             | 1.060   | 567     | 493     | 141             | 333             | 252             | 333            |         |
|                                      | 1.097   | 587     | 510     | 145             | 345             | 261             | 345            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

En forma similar, el grupo anterior manifestó en forma mayoritaria – un 88,42% - que la cita no fue asignada para la fecha requerida por el usuario (tabla 124), lo cual también es congruente con la problemática de recursos que enfrenta hoy día la CCSS.

Tabla 124: Obtención de cita para fecha requerida

| Obtuvo la CITA para la fecha requerida | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC      |
|--|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |         |
| Si                                     | 11,30%  | 11,24%  | 11,37%  | 11,03%          | 11,30%          | 11,49%          | 11,30%         |         |
| No                                     | 88,42%  | 88,42%  | 88,43%  | 88,28%          | 88,41%          | 88,51%          | 88,41%         | 100,00% |
| NS/NC                                  | 0,27%   | 0,34%   | 0,20%   | 0,69%           | 0,29%           |                 | 0,29%          |         |
|  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
| N Válido                               | 1.094   | 585     | 509     | 144             | 344             | 261             | 344            | 1       |
|  | 1.097   | 587     | 510     | 145             | 345             | 261             | 345            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

El 62% de las personas que tuvieron cita, manifestó que el tiempo de espera desde que el usuario llega hasta que es atendido es considerable; únicamente un 20% estima que el tiempo fue relativamente corto (tabla 125).

Tabla 125: Percepción del tiempo de espera para ser atendido en la cita

| Tiempo de espera desde que llegó hasta obtener la CITA | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC      |
|--|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |         |
| Mucho  | 24,07%  | 24,02%  | 24,12%  | 24,14%          | 24,06%          | 24,14%          | 24,06%         |         |
| Bastante   | 38,10%  | 37,99%  | 38,24%  | 38,62%          | 37,97%          | 37,93%          | 37,97%         | 100,00% |
| Neutral  | 17,59%  | 17,55%  | 17,65%  | 17,93%          | 17,68%          | 17,62%          | 17,39%         |         |
| Poco   | 13,40%  | 13,46%  | 13,33%  | 13,10%          | 13,33%          | 13,41%          | 13,62%         |         |
| Muy poco   | 6,29%   | 6,30%   | 6,27%   | 6,21%           | 6,38%           | 6,13%           | 6,38%          |         |
| NS   | 0,27%   | 0,34%   | 0,20%   |                 | 0,29%           | 0,38%           | 0,29%          |         |
| NC   | 0,27%   | 0,34%   | 0,20%   |                 | 0,29%           | 0,38%           | 0,29%          |         |
|  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
| Media (1-5)  | 2,39    | 2,40    | 2,39    | 2,39            | 2,40            | 2,39            | 2,40           | 2,00    |
| Error típico de la media                               | 0,04    | 0,05    | 0,05    | 0,10            | 0,06            | 0,07            | 0,06           | --      |
| N Válido   | 1.091   | 583     | 508     | 145             | 343             | 259             | 343            | 1       |
|  | 1.097   | 587     | 510     | 145             | 345             | 261             | 345            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

En este mismo grupo, alrededor del 72% de las personas expresó que el tiempo de espera desde que llegaron hasta pasar al área de consulta, fue de más de una hora; un 17% de poco más de 45 minutos a una hora, lo cual denota la falta de recursos o bien inadecuada planificación, en las diferentes instituciones de salud (tabla 126).

Tabla 126: Tiempo de espera para ser atendido en la cita

| Tiempo aproximado de espera desde que llegó hasta obtener la CITA | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                |         |
|---|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años | NC      |
| Más de 1 hora   | 71,74%  | 71,72%  | 71,76%  | 71,03%          | 71,88%          | 71,65%          | 71,88%         |         |
| De 45 minutos a 1 hora  | 17,50%  | 17,55%  | 17,45%  | 17,93%          | 17,39%          | 17,62%          | 17,39%         |         |
| De 30 a 45 minutos  | 3,83%   | 3,75%   | 3,92%   | 4,14%           | 3,77%           | 3,83%           | 3,77%          |         |
| De 15 a 30 minutos  | 4,47%   | 4,43%   | 4,51%   | 4,83%           | 4,35%           | 4,60%           | 4,35%          |         |
| Menos de 15 minutos   | 1,64%   | 1,70%   | 1,57%   | 1,38%           | 1,74%           | 1,53%           | 1,74%          |         |
| NS/NC   |         |         |         |                 |                 |                 |                | 100,00% |
|   | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
| Media (1 a 240 minutos)   | 87,00   | 88,80   | 85,80   | 90,00           | 90,00           | 85,20           | 84,60          |         |
| Error típico de la media  | 0,03    | 0,04    | 0,04    | 0,08            | 0,05            | 0,05            | 0,04           | --      |
| N Válido  | 1.088   | 582     | 506     | 144             | 342             | 259             | 342            |         |
|   | 1.097   | 587     | 510     | 145             | 345             | 261             | 345            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Sin embargo, una vez que el usuario llega al área de consulta, la percepción de duración disminuye, aunque no tanto, ya que el 55% aproximado manifestó que el tiempo de espera hasta pasar a consulta va de bastante a mucho (tabla 127). Esto hace pensar – y es coherente con lo observado hoy día – que el proceso de ingreso de los beneficiarios al Centro de Salud para atender la cita programada es considerable, lo cual está unido al problema de gestión de colas que tiene hoy día la Institución.

Tabla 127: Percepción del tiempo de espera hasta pasar consulta

| Tiempo de espera hasta que pasó a la Consulta | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC      |
|---|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |         |
| Mucho   | 17,78%  | 17,72%  | 17,84%  | 17,93%          | 17,68%          | 18,01%          | 17,68%         |         |
| Bastante                                      | 36,92%  | 37,14%  | 36,67%  | 37,93%          | 36,81%          | 36,78%          | 36,81%         |         |
| Neutral                                       | 24,07%  | 24,02%  | 24,12%  | 24,14%          | 24,06%          | 24,14%          | 24,06%         |         |
| Poco  | 13,49%  | 13,46%  | 13,53%  | 12,41%          | 13,62%          | 13,41%          | 13,62%         | 100,00% |
| Muy poco                                      | 5,83%   | 5,79%   | 5,88%   | 5,52%           | 6,09%           | 5,75%           | 5,80%          |         |
| NS  | 0,82%   | 0,85%   | 0,78%   | 0,69%           | 0,87%           | 0,77%           | 0,87%          |         |
| NC  | 1,09%   | 1,02%   | 1,18%   | 1,38%           | 0,87%           | 1,15%           | 1,16%          |         |
|   | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
| Media (1-5)                                   | 2,51    | 2,53    | 2,50    | 2,67            | 2,59            | 2,41            | 2,43           | 4,00    |
| Error típico de la media                      | 0,03    | 0,05    | 0,05    | 0,10            | 0,06            | 0,07            | 0,06           | --      |
| N Válido                                      | 1.076   | 576     | 500     | 142             | 339             | 256             | 338            | 1       |
|   | 1.097   | 587     | 510     | 145             | 345             | 261             | 345            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

En cuanto al grado de confianza que tienen los usuarios del sistema de salud, aproximadamente el 85% manifiestan tener una confianza elevada en la asistencia recibida (tabla 128).

Tabla 128: Grado de confianza de la asistencia en salud recibida

| Grado de confianza de la asistencia recibida | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC      |
|--|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |         |
| Muy poca                                     | 0,73%   | 0,75%   | 0,69%   | 0,61%           | 0,51%           | 1,02%           | 0,77%          |         |
| Poca   | 1,61%   | 1,66%   | 1,56%   | 1,83%           | 1,28%           | 2,03%           | 1,54%          |         |
| Neutral                                      | 10,56%  | 10,54%  | 10,59%  | 10,37%          | 10,51%          | 10,85%          | 10,51%         |         |
| Bastante                                     | 64,19%  | 64,16%  | 64,24%  | 64,02%          | 65,64%          | 62,37%          | 64,10%         | 100,00% |
| Mucha  | 22,34%  | 22,29%  | 22,40%  | 22,56%          | 22,05%          | 22,71%          | 22,31%         |         |
| NS   | 0,48%   | 0,45%   | 0,52%   | 0,61%           |                 | 0,68%           | 0,77%          |         |
| NC   | 0,08%   | 0,15%   |         |                 |                 | 0,34%           |                |         |
|  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
| Media (1-5)                                  | 4,06    | 4,08    | 4,05    | 3,96            | 3,98            | 4,08            | 4,18           | 4,00    |
| Error típico de la media                     | 0,02    | 0,03    | 0,03    | 0,06            | 0,04            | 0,04            | 0,03           | --      |
| N Válido                                     | 1.233   | 660     | 573     | 163             | 390             | 292             | 387            | 1       |
|  | 1.240   | 664     | 576     | 164             | 390             | 295             | 390            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Los entrevistados se manifestaron acerca de los aspectos que a su consideración habría que mejorar, destacan: más personal (14,44%); tiempo asociado con la consulta y las citas (35,6%); resulta interesante observar que cerca de un tercio de la población manifiesta que no hay nada que cambiar (tabla 129).

Tabla 129: Aspectos a mejorar del centro de salud

| Aspectos a mejorar           | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC      |
|------------------------------|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|                              | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |         |
| Nada                         | 33,79%  | 33,89%  | 33,68%  | 34,15%          | 33,59%          | 33,90%          | 33,85%         |         |
| Todo                         | 1,53%   | 1,51%   | 1,56%   | 1,83%           | 1,54%           | 1,69%           | 1,28%          |         |
| Sistema de Citas             | 11,21%  | 11,14%  | 11,28%  | 10,98%          | 11,28%          | 11,19%          | 11,28%         |         |
| Ampliar horarios de atención | 11,94%  | 11,90%  | 11,98%  | 12,20%          | 12,05%          | 11,86%          | 11,79%         |         |
| Reducir tiempos de espera    | 12,50%  | 12,50%  | 12,50%  | 12,80%          | 12,56%          | 12,20%          | 12,56%         |         |
| Mobiliario                   | 4,92%   | 4,97%   | 4,86%   | 4,88%           | 4,87%           | 5,08%           | 4,87%          |         |
| Más personal                 | 14,44%  | 14,46%  | 14,41%  | 13,41%          | 14,36%          | 14,58%          | 14,87%         |         |
| Emergencias 24 horas         | 4,19%   | 4,22%   | 4,17%   | 4,27%           | 4,10%           | 4,41%           | 4,10%          |         |
| Otros                        | 3,79%   | 3,77%   | 3,82%   | 3,66%           | 3,85%           | 3,73%           | 3,85%          |         |
| NS                           | 0,73%   | 0,75%   | 0,69%   | 0,61%           | 0,77%           | 0,68%           | 0,51%          | 100,00% |
| NC                           | 0,97%   | 0,90%   | 1,04%   | 1,22%           | 1,03%           | 0,68%           | 1,03%          |         |
|                              | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
| N Válido                     | 1.219   | 653     | 566     | 161             | 383             | 291             | 384            |         |
|                              | 1.240   | 664     | 576     | 164             | 390             | 295             | 390            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Resultado de la encuesta, se observa que de la población entrevistada, aproximadamente el 40% de la misma realiza entre 5 y 20 visitas anuales, para una media de 11,7 visitas anuales; el otro grupo importante lo representan aquellos que realizan hasta 5 visitas, representando el 42% de la población; finalmente aquellos que realizan más de 20 visitas por año representan el 13% de la población entrevistada (tabla 130).

La mayor parte de los beneficiarios (87.1%) no cambió de profesional en salud (médico y/o especialista; pediatra; enfermero/a) durante el último año (tabla 131).

Por otra parte para los que respondieron afirmativamente al cambio del profesional en salud, el 32,5% manifestó que el cambio se produjo debido a una inconformidad por parte de ellos; el 5,8% indicó que fue debido a un cambio de domicilio y el 53,2% se enteraron del cambio debido a disposiciones internas de la institución (tabla 132).

Tabla 130: Cantidad de visitas al centro de salud – últimos 12 meses

| Cantidad de visitas al Centro de Salud, últimos 12 meses | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC      |
|--|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |         |
| 5 visitas o menos  | 42,10%  | 42,17%  | 42,01%  | 42,07%          | 42,05%          | 42,03%          | 42,31%         |         |
| Entre 5 y 10 visitas                                     | 19,19%  | 19,13%  | 19,27%  | 18,90%          | 19,23%          | 19,32%          | 19,23%         |         |
| Entre 11 y 15 visitas                                    | 13,63%  | 13,55%  | 13,72%  | 13,41%          | 13,59%          | 13,56%          | 13,85%         |         |
| Entre 16 y 20 visitas                                    | 6,53%   | 6,48%   | 6,60%   | 6,71%           | 6,41%           | 6,44%           | 6,41%          | 100,00% |
| Entre 21 y 25 visitas                                    | 3,87%   | 3,92%   | 3,82%   | 4,27%           | 3,85%           | 3,73%           | 3,85%          |         |
| Más de 25 visitas  | 9,03%   | 9,04%   | 9,03%   | 9,15%           | 8,97%           | 9,15%           | 8,97%          |         |
| NC/NS  | 5,73%   | 5,72%   | 5,73%   | 5,49%           | 5,90%           | 5,76%           | 5,64%          |         |
|  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
| Media (1-365)  | 11,71   | 11,11   | 12,43   | 9,41            | 10,45           | 12,01           | 13,87          |         |
| Error típico de la media                                 | 0,25    | 0,34    | 0,37    | 0,60            | 0,42            | 0,54            | 0,45           | --      |
| N Válido   | 1.057   | 566     | 491     | 140             | 332             | 251             | 333            | 1       |
|  | 1.240   | 664     | 576     | 164             | 390             | 295             | 390            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 131: Cambio de profesional en salud durante el lapso anterior

| Cambio de profesional en salud durante ese lapso | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC      |
|--|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |         |
| Sí   | 12,42%  | 12,35%  | 12,50%  | 12,20%          | 12,56%          | 12,54%          | 12,31%         |         |
| No   | 87,18%  | 87,20%  | 87,15%  | 87,20%          | 87,18%          | 87,12%          | 87,18%         | 100,00% |
| NC   | 0,40%   | 0,45%   | 0,35%   | 0,61%           | 0,26%           | 0,34%           | 0,51%          |         |
|  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
| N Válido   | 1.235   | 661     | 574     | 163             | 389             | 294             | 388            | 1       |
|  | 1.240   | 664     | 576     | 164             | 390             | 295             | 390            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011



Tabla 132: Motivo de cambio de profesional en salud durante el lapso anterior

| Motivo del cambio de profesional en salud | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC |
|---|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |    |
| No estaba satisfecho                      | 32,47%  | 32,93%  | 31,94%  | 30,00%          | 32,65%          | 32,43%          | 33,33%         |    |
| Cambio interno de la CCSS                 | 53,25%  | 52,44%  | 54,17%  | 60,00%          | 51,02%          | 54,05%          | 52,08%         |    |
| Cambio de domicilio                       | 5,84%   | 6,10%   | 5,56%   | 5,00%           | 6,12%           | 5,41%           | 6,25%          |    |
| Otro                                      | 7,14%   | 7,32%   | 6,94%   | 5,00%           | 8,16%           | 8,11%           | 6,25%          |    |
| NS/NC                                     | 1,30%   | 1,22%   | 1,39%   |                 | 2,04%           |                 | 2,08%          |    |
|   | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| N Válido                                  | 152     | 81      | 71      | 20              | 48              | 37              | 47             |    |
|   | 154     | 82      | 72      | 20              | 49              | 37              | 48             |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Del grupo de encuestados que manifestó haber solicitado el cambio del profesional en salud, alrededor del 88% expresó que el trámite es difícil o muy difícil y únicamente el 6% manifestó que el trámite era fácil o muy fácil (tabla 133).

Tabla 133: Facilidad administrativa para efectuar el cambio de profesional en salud

| Facilidad para tramitar cambio de profesional en salud | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC |
|--|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |    |
| Muy fácil  | 2,00%   | 3,70%   |         |                 |                 | 8,33%           |                |    |
| Fácil  | 4,00%   | 3,70%   | 4,35%   |                 | 6,25%           |                 | 6,25%          |    |
| Neutral  | 4,00%   | 3,70%   | 4,35%   |                 | 6,25%           |                 | 6,25%          |    |
| Difícil  | 62,00%  | 59,26%  | 65,22%  | 66,67%          | 62,50%          | 66,67%          | 56,25%         |    |
| Muy difícil  | 26,00%  | 25,93%  | 26,09%  | 33,33%          | 25,00%          | 25,00%          | 25,00%         |    |
| NS   | 2,00%   | 3,70%   |         |                 |                 |                 | 6,25%          |    |
| NC   |         |         |         |                 |                 |                 |                |    |
|  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| Media (1-5)  | 4,08    | 4,04    | 4,13    | 4,33            | 4,06            | 4,00            | 4,13           |    |
| Error típico de la media                               | 0,12    | 0,18    | 0,14    | 0,21            | 0,19            | 0,30            | 0,21           |    |
| N Válido   | 49      | 26      | 23      | 6               | 16              | 12              | 15             |    |
|  | 50      | 27      | 23      | 6               | 16              | 12              | 16             |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Independiente de las razones por las cuales se tuvo un cambio de profesional en salud, el 53,25% expresó sentirse satisfecho; el 31,82% muy satisfecho con dicho cambio (tabla 134); es reconfortante que únicamente alrededor del 5% manifestó insatisfacción con el cambio del profesional en salud, lo cual es un buen indicador de la atención, la eficacia del tratamiento en salud no está relacionada a una persona.

Tabla 134: Satisfacción con el cambio de profesional en salud

| Satisfacción con el cambio de profesional en salud | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC |
|--|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |    |
| Muy insatisfecho                                   | 1,95%   | 2,44%   | 1,39%   |                 | 2,04%           | 2,70%           | 2,08%          |    |
| Insatisfecho                                       | 3,90%   | 3,66%   | 4,17%   | 5,00%           | 4,08%           | 2,70%           | 4,17%          |    |
| Neutral  | 6,49%   | 6,10%   | 6,94%   | 10,00%          | 6,12%           | 5,41%           | 6,25%          |    |
| Satisfecho   | 53,25%  | 52,44%  | 54,17%  | 50,00%          | 53,06%          | 54,05%          | 54,17%         |    |
| Muy satisfecho                                     | 31,82%  | 31,71%  | 31,94%  | 30,00%          | 32,65%          | 32,43%          | 31,25%         |    |
| NS   | 1,95%   | 2,44%   | 1,39%   |                 | 2,04%           | 2,70%           | 2,08%          |    |
| NC   | 0,65%   | 1,22%   |         | 5,00%           |                 |                 |                |    |
|  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| Media (1-5)  | 4,12    | 4,11    | 4,13    | 4,11            | 4,13            | 4,14            | 4,11           |    |
| Error típico de la media                           | 0,07    | 0,10    | 0,10    | 0,19            | 0,13            | 0,14            | 0,13           |    |
| N Válido   | 150     | 79      | 71      | 19              | 48              | 36              | 47             |    |
|  | 154     | 82      | 72      | 20              | 49              | 37              | 48             |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Se consultó a los entrevistados, si en algún momento han requerido asistencia médica por parte de un especialista en salud – léase segundo nivel de atención-, a lo cual un 81,85% se manifestó afirmativamente (tabla 135).

Tabla 135: Requirió asistencia de especialista en salud durante el lapso anterior

| Requerimiento de servicios de especialista | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC      |
|--|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |         |
| Si   | 81,85%  | 81,93%  | 81,77%  | 81,71%          | 81,79%          | 81,69%          | 82,05%         | 100,00% |
| No   | 17,98%  | 17,92%  | 18,06%  | 17,68%          | 18,21%          | 17,97%          | 17,95%         |         |
| NS / NC                                    | 0,16%   | 0,15%   | 0,17%   | 0,61%           |                 | 0,34%           |                |         |
|  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
| N Válido                                   | 1.238   | 663     | 575     | 163             | 390             | 294             | 390            | 1       |
|  | 1.240   | 664     | 576     | 164             | 390             | 295             | 390            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Los entrevistados que indicaron requerir servicios médicos especializados, se les consultó si la cita con el especialista se había gestionado por parte del centro de salud al que asiste, a lo cual el 93,30% se expresaron afirmativamente (tabla 136).

Tabla 136: Apoyo del centro de salud para gestionar cita con especialista

| Apoyo del Centro de Salud para gestionar cita con especialista | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC      |
|--|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |         |
| Sí   | 93,30%  | 93,20%  | 93,42%  | 93,28%          | 93,10%          | 93,36%          | 93,44%         | 100,00% |
| No   | 5,12%   | 5,15%   | 5,10%   | 5,22%           | 5,33%           | 4,98%           | 5,00%          |         |
| NS   | 1,38%   | 1,47%   | 1,27%   | 1,49%           | 1,25%           | 1,66%           | 1,25%          |         |
| NC   | 0,20%   | 0,18%   | 0,21%   |                 | 0,31%           |                 | 0,31%          |         |
|  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
| N Válido   | 999     | 535     | 464     | 131             | 314             | 237             | 315            | 1       |
|  | 1.015   | 544     | 471     | 134             | 319             | 241             | 320            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Por otra parte se les consultó a los entrevistados su opinión, acerca de si la atención en salud ha mejorado o empeorado comparada con la de hace tres años, a lo que cerca del 47% manifestó que se encuentra mejor, un 10% indicó que estaba peor y un 33% expresó que se halla igual, los resultados tabulados indican que respecto a hace tres años hay una leve mejora de la atención en salud (tabla 137).

Tabla 137: Percepción de la atención en salud respecto de hace tres años

| Comparación actual versus tres años atrás | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC |
|---|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |    |
| Mucho peor                                | 0,97%   | 0,90%   | 1,04%   | 1,22%           | 1,03%           | 1,02%           | 0,77%          |    |
| Peor                                      | 9,84%   | 9,79%   | 9,90%   | 9,76%           | 9,74%           | 9,83%           | 10,00%         |    |
| Neutral                                   | 33,23%  | 33,28%  | 33,16%  | 32,93%          | 33,33%          | 33,22%          | 33,33%         |    |
| Mejor                                     | 44,92%  | 44,88%  | 44,97%  | 45,12%          | 44,87%          | 45,08%          | 44,87%         |    |
| Mucho Mejor                               | 2,10%   | 2,11%   | 2,08%   | 1,83%           | 2,05%           | 2,03%           | 2,31%          |    |
| NS  | 8,95%   | 9,04%   | 8,85%   | 9,15%           | 8,97%           | 8,81%           | 8,72%          |    |
| NC  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| Media (1-5)                               | 3,41    | 3,47    | 3,35    | 3,38            | 3,32            | 3,38            | 3,57           |    |
| Error típico de la media                  | 0,02    | 0,03    | 0,03    | 0,06            | 0,04            | 0,05            | 0,04           |    |
| N Válido                                  | 1.129   | 604     | 525     | 149             | 355             | 269             | 356            |    |
|   | 1.240   | 664     | 576     | 164             | 390             | 295             | 390            |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

También se les consultó cómo consideran que estará la atención en salud dentro de tres años, a lo que el 40,73% considera que estará mejor; el 2,90% considera que estará mucho mejor; el 9,11% considera estará peor y el 18,79% indica estará igual que hoy día (tabla 138).

Tabla 138: Percepción de la atención en salud dentro de tres años

| Percepción de cómo estará dentro de tres años | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC      |
|---|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |         |
| Mucho peor                                    | 1,53%   | 1,51%   | 1,56%   | 1,83%           | 1,54%           | 1,36%           | 1,54%          |         |
| Peor  | 9,11%   | 9,19%   | 9,03%   | 8,54%           | 9,23%           | 9,15%           | 9,23%          |         |
| Neutral                                       | 18,79%  | 18,83%  | 18,75%  | 18,90%          | 18,72%          | 18,98%          | 18,72%         |         |
| Mejor   | 40,73%  | 40,66%  | 40,80%  | 40,85%          | 40,77%          | 40,68%          | 40,77%         |         |
| Mucho Mejor                                   | 2,90%   | 2,86%   | 2,95%   | 3,05%           | 2,82%           | 3,05%           | 2,82%          |         |
| NS  | 26,77%  | 26,81%  | 26,74%  | 26,83%          | 26,67%          | 26,78%          | 26,92%         |         |
| NC  | 0,16%   | 0,15%   | 0,17%   |                 | 0,26%           |                 |                | 100,00% |
|   | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
| Media (1-5)                                   | 3,47    | 3,50    | 3,44    | 3,45            | 3,39            | 3,42            | 3,60           |         |
| Error típico de la media                      | 0,03    | 0,04    | 0,04    | 0,08            | 0,05            | 0,06            | 0,05           |         |
| N Válido                                      | 906     | 485     | 421     | 120             | 285             | 216             | 285            |         |
|   | 1.240   | 664     | 576     | 164             | 390             | 295             | 390            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Respecto a la valoración que poseen los usuarios que tuvieron cita con un médico general y/o especialista, acerca de los horarios de consulta actuales, la mayor parte opinó opinión que los horarios actuales son convenientes (73,88% indicó que están bien y el 17,41% manifestó que muy bien), alrededor del 3% considera que son inadecuados (tabla 139).

En el caso de aquellos que tuvieron cita con el área de pediatría un 69,23% expresó que están bien y el 14,74% muy bien (tabla 140).

Para aquellos que tuvieron cita con el área de enfermería y/o rehabilitación un 75,21% se expresó bien y el 17,09% muy bien (tabla 141).

Es satisfactorio que para los tres grupos consultados (medicina general, pediatría y enfermería/rehabilitación), los horarios actuales sean convenientes.

Tabla 139: Valoración del horario de consulta (Medicina General/Especialista)

| Valoración del horario de consulta (medicina general) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC |
|---|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |    |
| Muy mal   | 0,35    | 0,44%   | 0,25%   |                 | 0,37%           | 0,50%           | 0,37%          |    |
| Mal   | 2,82%   | 2,86%   | 2,78%   | 2,68%           | 2,99%           | 2,48%           | 3,00%          |    |
| Neutral   | 5,06%   | 5,05%   | 5,06%   | 5,36%           | 5,22%           | 4,46%           | 5,24%          |    |
| Bien  | 73,88%  | 73,63%  | 74,18%  | 74,11%          | 73,51%          | 74,26%          | 73,78%         |    |
| Muy Bien  | 17,41%  | 17,36%  | 17,47%  | 17,86%          | 17,54%          | 17,33%          | 17,23%         |    |
| NS  | 0,35%   | 0,44%   | 0,25%   |                 | 0,37%           | 0,50%           | 0,37%          |    |
| NC  | 0,12%   | 0,22%   |         |                 |                 | 0,50%           |                |    |
|   | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| Media (1-5)   | 4,06    | 4,05    | 4,06    | 3,94            | 3,99            | 4,09            | 4,15           |    |
| Error típico de la media                              | 0,02    | 0,03    | 0,03    | 0,07            | 0,04            | 0,04            | 0,03           |    |
| N Válido  | 846     | 452     | 394     | 112             | 267             | 200             | 266            |    |
|   | 850     | 455     | 395     | 112             | 268             | 202             | 267            | 1  |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 140: Valoración del horario de consulta (Pediatria)

| Valoración del horario de consulta (pediatría) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC |
|--|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |    |
| Muy mal  | 1,28%   | 1,19%   | 1,39%   |                 | 2,04%           |                 | 2,04%          |    |
| Mal  | 5,13%   | 4,76%   | 5,56%   | 4,76%           | 6,12%           | 5,41%           | 4,08%          |    |
| Neutral  | 9,62%   | 9,52%   | 9,72%   | 9,52%           | 10,20%          | 10,81%          | 8,16%          |    |
| Bien   | 69,23%  | 70,24%  | 68,06%  | 71,43%          | 67,35%          | 70,27%          | 69,39%         |    |
| Muy Bien                                       | 14,74%  | 14,29%  | 15,28%  | 14,29%          | 14,29%          | 13,51%          | 16,33%         |    |
| NS   |         |         |         |                 |                 |                 |                |    |
| NC   |         |         |         |                 |                 |                 |                |    |
|  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| Media (1-5)                                    | 3,91    | 3,88    | 3,96    | 3,75            | 3,76            | 3,90            | 4,15           |    |
| Error típico de la media                       | 0,06    | 0,08    | 0,08    | 0,19            | 0,12            | 0,13            | 0,05           |    |
| N Válido                                       | 156     | 84      | 72      | 21              | 49              | 37              | 49             |    |
|  | 156     | 84      | 72      | 21              | 49              | 37              | 49             |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 141: Valoración del horario de consulta (Enfermería y/o Rehabilitación)

| Valoración del horario de consulta (enfermería) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC |
|---|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |    |
| Muy mal   |         |         |         |                 |                 |                 |                |    |
| Mal   | 2,14%   | 2,40%   | 1,83%   | 3,23%           | 2,74%           | 1,79%           | 1,35%          |    |
| Neutral   | 5,13%   | 4,80%   | 5,50%   | 6,45%           | 5,48%           | 5,36%           | 4,05%          |    |
| Bien  | 75,21%  | 75,20%  | 75,23%  | 74,19%          | 75,34%          | 75,00%          | 75,68%         |    |
| Muy Bien  | 17,09%  | 16,80%  | 17,43%  | 16,13%          | 16,44%          | 17,86%          | 17,57%         |    |
| NS  | 0,43%   | 0,80%   |         |                 |                 |                 | 1,35%          |    |
| NC  |         |         |         |                 |                 |                 |                |    |
|   | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| Media (1-5)                                     | 4,07    | 4,08    | 4,07    | 3,99            | 3,97            | 4,10            | 4,19           |    |
| Error típico de la media                        | 0,04    | 0,05    | 0,06    | 0,11            | 0,08            | 0,07            | 0,05           |    |
| N Válido  | 233     | 124     | 109     | 31              | 73              | 56              | 73             |    |
|   | 234     | 125     | 109     | 31              | 73              | 56              | 74             |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

En cuanto a la pregunta, acerca de qué cambios desearían en lo que respecta al horario de consulta, aquellos que visitan la parte de medicina general y/o especialistas expresaron: 76,58% (49,29% manifestó que deberían incorporar más horas por la mañana y un 27,29% más horas por la tarde); el 10,94% expuso que el cumplimiento de horarios es un aspecto a mejorar por parte de la Institución (tabla 142).

Tabla 142: Cambios del horario de consulta (Medicina general y/o especialista)

| Cambios en el horario de consulta (medicina general) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC |
|--|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |    |
| Más consultas por la tarde                           | 49,29%  | 49,45%  | 49,11%  | 49,11%          | 49,25%          | 49,50%          | 49,44%         |    |
| Más consultas por la mañana                          | 27,29%  | 27,25%  | 27,34%  | 26,79%          | 27,24%          | 27,72%          | 27,34%         |    |
| Cumplir con los horarios                             | 10,94%  | 10,99%  | 10,89%  | 11,61%          | 10,82%          | 10,89%          | 10,86%         |    |
| Otras  | 4,82%   | 4,62%   | 5,06%   | 4,46%           | 4,85%           | 4,95%           | 4,87%          |    |
| NS   | 5,06%   | 5,05%   | 5,06%   | 5,36%           | 5,22%           | 4,46%           | 5,24%          |    |
| NC   | 2,59%   | 2,64%   | 2,53%   | 2,68%           | 2,61%           | 2,48%           | 2,25%          |    |
|  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| N Válido   | 785     | 420     | 365     | 103             | 247             | 188             | 247            |    |
|  | 850     | 455     | 395     | 112             | 268             | 202             | 267            | 1  |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

En forma similar los usuarios relacionados con la parte de pediatría manifestaron: 41,67% dijo que debe existir un incremento de consultas en horas de la tarde; 1,92% tienen que aumentar las consultas por las mañanas; 5,13% deben cumplir con el horario; 38,46% expresó que debería ampliarse el horario establecido de atención al público (tabla 143).

Tabla 143: Cambios del horario de consulta (Pediatría)

| Cambios en el horario de consulta (pediatría) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                |    |
|---|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años | NC |
| Más consultas por la tarde                    | 41,67%  | 41,67%  | 41,67%  | 42,86%          | 42,86%          | 40,54%          | 40,82%         |    |
| Más consultas por la mañana                   | 1,92%   | 2,38%   | 1,39%   |                 | 2,04%           | 2,70%           | 2,04%          |    |
| Cumplir con los horarios                      | 5,13%   | 4,76%   | 5,56%   | 4,76%           | 4,08%           | 5,41%           | 6,12%          |    |
| Ampliar horario                               | 38,46%  | 38,10%  | 38,89%  | 38,10%          | 38,78%          | 37,84%          | 38,78%         |    |
| Otras   | 5,77%   | 5,95%   | 5,56%   | 4,76%           | 6,12%           | 5,41%           | 6,12%          |    |
| NS  | 3,21%   | 3,57%   | 2,78%   | 4,76%           | 2,04%           | 2,70%           | 4,08%          |    |
| NC  | 3,85%   | 3,57%   | 4,17%   | 4,76%           | 4,08%           | 5,41%           | 2,04%          |    |
|   | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| N Válido                                      | 145     | 78      | 67      | 19              | 46              | 34              | 46             |    |
|   | 156     | 84      | 72      | 21              | 49              | 37              | 49             |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Por otra parte aquellos usuarios que visitan el área de enfermería y/o rehabilitación expresaron: 37,18% incrementar las consultas en horas de la tarde; 4,70% aumentar las consultas por las mañanas; 3,42% cumplir con el horario; 33,76% expresó que debería ampliarse el horario establecido de atención al público (tabla 144).



Tabla 144: Cambios del horario de consulta (Enfermería y/o rehabilitación)

| Cambios en el horario de consulta (enfermería) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC |
|--|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |    |
| Más consultas por la tarde                     | 37,18%  | 37,60%  | 36,70%  | 38,71%          | 35,62%          | 37,50%          | 37,84%         |    |
| Más consultas por la mañana                    | 4,70%   | 4,80%   | 4,59%   | 3,23%           | 5,48%           | 5,36%           | 4,05%          |    |
| Cumplir con los horarios                       | 3,42%   | 3,20%   | 3,67%   | 3,23%           | 2,74%           | 3,57%           | 4,05%          |    |
| Ampliar horario                                | 33,76%  | 33,60%  | 33,94%  | 29,03%          | 35,62%          | 33,93%          | 33,78%         |    |
| Otras  | 9,83%   | 9,60%   | 10,09%  | 9,68%           | 9,59%           | 10,71%          | 9,46%          |    |
| NS   | 3,42%   | 3,20%   | 3,67%   | 3,23%           | 2,74%           | 3,57%           | 4,05%          |    |
| NC   | 7,69%   | 8,00%   | 7,34%   | 12,90%          | 8,22%           | 5,36%           | 6,76%          |    |
|  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| N Válido                                       | 208     | 111     | 97      | 26              | 65              | 51              | 66             |    |
|  | 234     | 125     | 109     | 31              | 73              | 56              | 74             |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

En relación con el respeto en el trato que debe tener el médico general y/o especialista con el usuario, el 97,8% manifestó que es de bueno a muy bueno (60,35% y 37,41% respectivamente); menos del 1% se expresó en forma negativa (tabla 145).

En forma similar los visitantes del área de pediatría, el 97,4% se expresó en forma similar (59,62% bien y 37,82% muy bien); similar al grupo anterior, también menos del 1% tuvo opinión negativa (tabla 146).

Finalmente para aquellos que visitan el área de enfermería y/o rehabilitación el 97,9% (59,83% bien y 38,03% muy bien) tuvo igual resultado (tabla 147).

Tabla 145: Respeto durante la consulta (Medicina general y/o especialista)

| Respeto hacia el paciente durante la consulta (medicina general) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC |
|--|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |    |
| Muy mal  | 0,12%   | 0,22%   |         |                 | 0,37%           |                 |                |    |
| Mal  | 0,35%   | 0,44%   | 0,25%   |                 | 0,37%           | 0,50%           | 0,37%          |    |
| Neutral  | 1,65%   | 1,54%   | 1,77%   | 2,68%           | 1,49%           | 1,49%           | 1,50%          |    |
| Bien   | 60,35%  | 60,22%  | 60,51%  | 59,82%          | 60,45%          | 60,40%          | 60,30%         |    |
| Muy Bien   | 37,41%  | 37,36%  | 37,47%  | 37,50%          | 37,31%          | 37,62%          | 37,45%         |    |
| NS/NC  | 0,12%   | 0,22%   |         |                 |                 |                 | 0,37%          |    |
|  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| Media (1-5)  | 4,35    | 4,34    | 4,35    | 4,35            | 4,34            | 4,35            | 4,35           |    |
| Error típico de la media   | 0,02    | 0,03    | 0,03    | 0,05            | 0,03            | 0,04            | 0,03           |    |
| N Válido   | 849     | 454     | 395     | 112             | 268             | 202             | 266            |    |
|  | 850     | 455     | 395     | 112             | 268             | 202             | 267            |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 146: Respeto durante la consulta (Pediatría)

| Respeto hacia el paciente durante la consulta (pediatría) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC |
|---|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |    |
| Muy mal   |         |         |         |                 |                 |                 |                |    |
| Mal   | 0,64%   | 1,19%   |         |                 |                 |                 | 2,04%          |    |
| Neutral   | 1,92%   | 2,38%   | 1,39%   | 4,76%           | 2,04%           | 2,70%           |                |    |
| Bien  | 59,62%  | 58,33%  | 61,11%  | 57,14%          | 59,18%          | 59,46%          | 61,22%         |    |
| Muy Bien  | 37,82%  | 38,10%  | 37,50%  | 38,10%          | 38,78%          | 37,84%          | 36,73%         |    |
| NS/NC   |         |         |         |                 |                 |                 |                |    |
|   | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| Media (1-5)   | 4,35    | 4,33    | 4,36    | 3,33            | 4,37            | 4,35            | 4,33           |    |
| Error típico de la media                                  | 0,04    | 0,06    | 0,06    | 0,13            | 0,08            | 0,09            | 0,08           |    |
| N Válido  | 156     | 84      | 72      | 21              | 49              | 37              | 49             |    |
|   | 156     | 84      | 72      | 21              | 49              | 37              | 49             |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 147: Respeto durante la consulta (Enfermería y/o rehabilitación)

| Respeto hacia el paciente durante la consulta (enfermería) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                |    |
|--|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años | NC |
| Muy mal  |         |         |         |                 |                 |                 |                |    |
| Mal  | 0,43%   | 0,80%   |         |                 |                 |                 | 1,35%          |    |
| Neutral  | 1,71%   | 1,60%   | 1,83%   | 3,23%           | 1,37%           | 1,79%           | 1,35%          |    |
| Bien   | 59,83%  | 59,20%  | 60,55%  | 58,06%          | 60,27%          | 60,71%          | 59,46%         |    |
| Muy Bien   | 38,03%  | 38,40%  | 37,61%  | 38,71%          | 38,36%          | 37,50%          | 37,84%         |    |
| NS/NC  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| Media (1-5)  | 4,35    | 4,35    | 4,37    | 4,35            | 4,37            | 4,36            | 4,34           |    |
| Error típico de la media                                   | 0,04    | 0,05    | 0,05    | 0,10            | 0,06            | 0,07            | 0,07           |    |
| N Válido   | 234     | 125     | 109     | 31              | 73              | 56              | 74             |    |
|  | 234     | 125     | 109     | 31              | 73              | 56              | 74             |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

En relación con la amabilidad del profesional en salud durante la consulta: los usuarios que tuvieron cita con médico general y/o especialista un 96,9% se manifestó en forma favorable (47,65% de acuerdo y 49,29% totalmente de acuerdo); alrededor del 1,25% se expresó en forma negativa (tabla 148).

Para el grupo del área de pediatría el 96,8% tuvo una respuesta similar (48,08% de acuerdo y 48,72% totalmente de acuerdo); al igual que el grupo previo, un porcentaje muy bajo (1,25%) se expresó también en forma negativa (tabla 149)

Finalmente para el segmento de enfermería y/o rehabilitación el 97,9% (52,14% de acuerdo y 45,73% totalmente de acuerdo) expresó opinión favorable y menos del 1% desfavorable (tabla 150).

Tabla 148: Amabilidad durante la consulta (Medicina general y/o especialista)

| Amabilidad con el paciente (medicina general) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                |         |
|---|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años | NC      |
| Totalmente en desacuerdo                      | 0,35%   | 0,44%   | 0,25%   |                 | 0,37%           | 0,50%           | 0,37%          |         |
| En desacuerdo                                 | 0,82%   | 0,88%   | 0,76%   | 0,89%           | 0,75%           | 0,99%           | 0,75%          |         |
| Neutral                                       | 1,88%   | 1,98%   | 1,77%   | 1,79%           | 1,87%           | 1,98%           | 1,87%          |         |
| De acuerdo                                    | 47,65%  | 47,47%  | 47,85%  | 48,21%          | 47,76%          | 47,52%          | 47,57%         |         |
| Totalmente de acuerdo                         | 49,29%  | 49,23%  | 49,37%  | 49,11%          | 49,25%          | 49,01%          | 49,44%         | 100,00% |
| NS  |         |         |         |                 |                 |                 |                |         |
| NC  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
| Media (1-5)                                   | 4,45    | 4,44    | 4,45    | 4,46            | 4,49            | 4,44            | 4,45           | 5,00    |
| Error típico de la media                      | 0,02    | 0,03    | 0,03    | 0,06            | 0,03            | 0,04            | 0,04           | --      |
| N válido                                      | 850     | 455     | 395     | 112             | 268             | 202             | 267            | 1       |
|   | 850     | 455     | 395     | 112             | 268             | 202             | 267            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 149: Amabilidad durante la consulta (Pediatria)

| Amabilidad con el paciente (pediatría) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                |    |
|--|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años | NC |
| Totalmente en desacuerdo               | 0,64%   | 1,19%   |         |                 |                 |                 | 2,04%          |    |
| En desacuerdo                          | 0,64%   | 1,19%   |         |                 |                 |                 | 2,04%          |    |
| Neutral                                | 1,92%   | 2,38%   | 1,39%   |                 | 2,04%           | 2,70%           | 2,04%          |    |
| De acuerdo                             | 48,08%  | 47,62%  | 48,61%  | 52,38%          | 48,98%          | 48,65%          | 44,90%         |    |
| Totalmente de acuerdo                  | 48,72%  | 47,62%  | 50,00%  | 47,62%          | 48,98%          | 48,65%          | 48,98%         |    |
| NS                                     |         |         |         |                 |                 |                 |                |    |
| NC                                     | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| Media (1-5)                            | 4,44    | 4,39    | 4,49    | 4,48            | 4,47            | 4,46            | 4,37           |    |
| Error típico de la media               | 0,05    | 0,08    | 0,06    | 0,11            | 0,08            | 0,09            | 0,12           |    |
| N válido                               | 156     | 84      | 72      | 21              | 49              | 37              | 49             |    |
|  | 156     | 84      | 72      | 21              | 49              | 37              | 49             |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 150: Amabilidad durante la consulta (Enfermería y/o rehabilitación)

| Amabilidad con el paciente (enfermería) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                |    |
|---|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años | NC |
| Totalmente en desacuerdo                | 0,43%   | 0,80%   |         |                 | 1,37%           |                 |                |    |
| En desacuerdo                           | 0,43%   | 0,80%   |         |                 | 1,37%           |                 |                |    |
| Neutral                                 | 1,28%   | 1,60%   | 0,92%   |                 | 1,37%           | 1,79%           | 1,35%          |    |
| De acuerdo                              | 52,14%  | 51,20%  | 53,21%  | 54,84%          | 50,68%          | 51,79%          | 52,70%         |    |
| Totalmente de acuerdo                   | 45,73%  | 45,60%  | 45,87%  | 45,16%          | 45,21%          | 46,43%          | 45,95%         |    |
| NS                                      |         |         |         |                 |                 |                 |                |    |
| NC                                      | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| Media (1-5)                             | 4,42    | 4,40    | 4,45    | 4,45            | 4,37            | 4,45            | 4,45           |    |
| Error típico de la media                | 0,04    | 0,06    | 0,05    | 0,09            | 0,08            | 0,07            | 0,06           |    |
| N válido                                | 234     | 125     | 109     | 31              | 73              | 56              | 74             |    |
|   | 234     | 125     | 109     | 31              | 73              | 56              | 74             |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

A la interrogante acerca de la eficacia en resolver el problema de salud de los entrevistados, aquellos que fueron atendidos por parte del médico general y/o especialista el 96% (48,59% de acuerdo y 47,41% totalmente de acuerdo) se expresó en forma favorable (tabla 151).

El 96,2% (48,72% de acuerdo y 47,44% totalmente de acuerdo) del grupo que fue atendido por pediatras se manifestó de igual forma (tabla 152).

Finalmente el 97,9% (52,99% de acuerdo y 44,87% totalmente de acuerdo) de los que fueron al servicio de enfermería y/o rehabilitación expresó la misma opinión (tabla 153).

Es importante señalar que para los tres grupos consultados, menos del 2% (en forma individual) considera que el tratamiento no ha sido eficaz para el paciente.

Tabla 151: Atención eficaz para tratar el problema de salud  
(Médico general y/o especialista)

| Eficacia para tratar el problema de salud (medicina general) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC      |      |
|--|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|------|
|  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |         |      |
| Totalmente en desacuerdo                                     | 0,35%   | 0,44%   | 0,25%   |                 | 0,37%           | 0,50%           | 0,37%          | 100,00% |      |
| En desacuerdo  | 0,94%   | 0,88%   | 1,01%   |                 | 1,12%           | 0,99%           | 0,75%          |         |      |
| Neutral  | 2,59%   | 2,64%   | 2,53%   | 2,68%           | 2,61%           | 2,48%           | 2,62%          |         |      |
| De acuerdo   | 48,59%  | 48,35%  | 48,68%  | 49,11%          | 48,51%          | 48,51%          | 48,69%         |         |      |
| Totalmente de acuerdo  | 47,41%  | 47,47%  | 47,34%  | 47,32%          | 47,39%          | 47,52%          | 47,57%         |         |      |
| NS/NC  | 0,12%   | 0,22%   |         | 0,89%           |                 |                 |                |         |      |
|  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |         |      |
| Media (1-5)  | 4,42    | 4,42    | 4,42    | 4,45            | 4,41            | 4,42            | 4,42           |         | 2,00 |
| Error típico de la media                                     | 0,02    | 0,03    | 0,03    | 0,05            | 0,04            | 0,05            | 0,04           |         | --   |
| N válido   | 849     | 454     | 395     | 111             | 268             | 202             | 267            |         | 1    |
|  | 850     | 455     | 395     | 112             | 268             | 202             | 267            | 1       |      |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 152: Atención eficaz para tratar el problema de salud  
(Pediatra)

| Eficacia para tratar el problema de salud (pediatría) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC |
|---|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |    |
| Totalmente en desacuerdo                              | 0,64%   | 1,19%   |         |                 | 2,04%           |                 |                |    |
| En desacuerdo   | 1,28%   | 1,19%   | 1,39%   |                 | 2,04%           |                 | 2,04%          |    |
| Neutral   | 1,92%   | 2,38%   | 1,39%   |                 | 2,04%           | 2,70%           | 2,04%          |    |
| De acuerdo  | 48,72%  | 47,62%  | 50,00%  | 52,38%          | 46,94%          | 48,65%          | 48,98%         |    |
| Totalmente de acuerdo                                 | 47,44%  | 47,62%  | 47,22%  | 47,62%          | 46,94%          | 48,65%          | 46,94%         |    |
| NS/NC   |         |         |         |                 |                 |                 |                |    |
|   | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| Media (1-5)   | 4,41    | 4,39    | 4,43    | 4,48            | 4,35            | 4,46            | 3,47           |    |
| Error típico de la media                              | 0,05    | 0,08    | 0,07    | 0,11            | 0,11            | 0,09            | 0,08           |    |
| N válido  | 156     | 84      | 72      | 21              | 49              | 37              | 49             |    |
|   | 156     | 84      | 72      | 21              | 49              | 37              | 49             |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 153: Atención eficaz para tratar el problema de salud  
(Enfermería y/o rehabilitación)

| Eficacia para tratar el problema de salud (enfermería) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC |
|--|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |    |
| Totalmente en desacuerdo                               | 0,85%   | 0,80%   | 0,92%   |                 | 1,37%           |                 | 1,35%          |    |
| En desacuerdo  | 0,43%   | 0,80%   |         |                 | 1,37%           |                 |                |    |
| Neutral  | 0,85%   | 0,80%   | 0,92%   |                 | 1,37%           |                 | 1,35%          |    |
| De acuerdo   | 52,99%  | 52,80%  | 53,21%  | 54,84%          | 52,05%          | 53,57%          | 52,70%         |    |
| Totalmente de acuerdo                                  | 44,87%  | 44,80%  | 44,95%  | 45,16%          | 43,84%          | 46,43%          | 44,59%         |    |
| NS/NC  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| Media (1-5)  | 4,41    | 4,40    | 4,41    | 4,45            | 4,36            | 4,46            | 4,39           |    |
| Error típico de la media                               | 0,04    | 0,06    | 0,06    | 0,09            | 0,08            | 0,07            | 0,08           |    |
| N válido   | 234     | 125     | 109     | 31              | 73              | 56              | 74             |    |
|  | 234     | 125     | 109     | 31              | 73              | 56              | 74             |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Por otra parte, al consultar respecto de si el profesional en salud le permite opinar y escucha los argumentos del usuario, aquellos que fueron atendidos por parte del médico general y/o especialista el 96,5% indicó que estar de acuerdo con la misma (tabla 154); 96,2% del grupo que fue atendido por pediatras se manifestó de igual forma (tabla 155); y, 97,1% de los que fueron al servicio de enfermería y/o rehabilitación expresó la misma condición (tabla 156).

Tabla 154: Se le permite opinar y le escuchan acerca de su problema de salud  
(Medicina general y/o especialista)

| Se le permite hablar y/o le escuchan lo que usted tiene que decir (medicina general) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC      |
|--|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |         |
| Totalmente en desacuerdo   | 0,35%   | 0,44%   | 0,25%   |                 | 0,37%           | 0,50%           | 0,37%          |         |
| En desacuerdo  | 0,94%   | 0,88%   | 1,01%   | 0,89%           | 0,75%           | 0,99%           | 1,12%          |         |
| Neutral  | 2,24%   | 2,20%   | 2,28%   | 2,68%           | 2,24%           | 1,98%           | 2,25%          |         |
| De acuerdo   | 48,47%  | 48,57%  | 48,35%  | 48,21%          | 48,51%          | 48,51%          | 48,31%         | 100,00% |
| Totalmente de acuerdo  | 48,00%  | 47,91%  | 48,10%  | 48,21%          | 48,13%          | 48,02%          | 47,94%         |         |
| NS/NC  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
| Media (1-5)  | 4,43    | 4,43    | 4,43    | 4,44            | 4,43            | 4,43            | 4,42           | 4,00    |
| Error típico de la media   | 0,02    | 0,03    | 0,03    | 0,06            | 0,04            | 0,04            | 0,04           | --      |
| N válido   | 850     | 455     | 395     | 112             | 268             | 202             | 267            | 1       |
|  | 850     | 455     | 395     | 112             | 268             | 202             | 267            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 155: Se le permite opinar y le escuchan acerca de su problema de salud  
(Pediatria)

| Se le permite hablar y/o le escuchan lo que usted tiene que decir (pediatría) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC |
|---|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |    |
| Totalmente en desacuerdo  | 0,64%   | 1,19%   |         |                 | 2,04%           |                 |                |    |
| En desacuerdo   | 1,28%   | 1,19%   | 1,39%   |                 | 2,04%           |                 | 2,04%          |    |
| Neutral   | 1,92%   | 2,38%   | 1,39%   |                 | 2,04%           | 2,70%           | 2,04%          |    |
| De acuerdo  | 47,44%  | 46,43%  | 48,61%  | 52,38%          | 44,90%          | 48,65%          | 46,94%         |    |
| Totalmente de acuerdo   | 48,72%  | 48,81%  | 48,61%  | 47,62%          | 48,98%          | 48,65%          | 48,98%         |    |
| NS/NC   | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| Media (1-5)   | 4,42    | 4,40    | 4,44    | 4,48            | 4,37            | 4,46            | 4,43           |    |
| Error típico de la media  | 0,05    | 0,08    | 0,07    | 0,11            | 0,12            | 0,09            | 0,09           |    |
| N válido  | 156     | 84      | 72      | 21              | 49              | 37              | 49             |    |
|   | 156     | 84      | 72      | 21              | 49              | 37              | 49             |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011



Tabla 156: Se le permite opinar y le escuchan acerca de su problema de salud (Enfermería y/o rehabilitación)

| Se le permite hablar y/o le escuchan lo que usted tiene que decir (enfermería) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC |
|--|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |    |
| Totalmente en desacuerdo   | 0,43%   | 0,80%   |         |                 |                 |                 | 1,35%          |    |
| En desacuerdo  | 0,43%   | 0,80%   |         | 3,23%           |                 |                 |                |    |
| Neutral  | 1,71%   | 1,60%   | 1,83%   | 3,23%           | 1,37%           | 1,79%           | 1,35%          |    |
| De acuerdo   | 52,14%  | 51,20%  | 53,21%  | 51,61%          | 53,42%          | 50,00%          | 52,70%         |    |
| Totalmente de acuerdo  | 44,87%  | 44,80%  | 44,95%  | 41,94%          | 45,21%          | 46,43%          | 44,59%         |    |
| NS/NC  | 0,43%   | 0,80%   |         |                 |                 | 1,79%           |                |    |
|  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| Media (1-5)  | 4,41    | 4,40    | 4,43    | 4,32            | 4,44            | 4,45            | 4,39           |    |
| Error típico de la media   | 0,04    | 0,06    | 0,05    | 0,13            | 0,06            | 0,07            | 0,08           |    |
| N válido   | 233     | 124     | 109     | 31              | 73              | 55              | 74             |    |
|  | 234     | 125     | 109     | 31              | 73              | 56              | 74             |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Un punto que se considera importante es la comprensión que tiene el usuario acerca de lo que diagnostica y posteriormente la explicación del tratamiento por parte del profesional en salud, los que fueron atendidos por parte del médico general y/o especialista el 96,7% indicó que estar de acuerdo con la misma (tabla 157); 96,8% del grupo que fue atendido por pediatras se manifestó de igual forma (tabla 158); y, 97,4% de los que fueron al servicio de enfermería y/o rehabilitación expresaron la misma opinión (tabla 159).

Tabla 157: La información que le brinda el profesional en salud se entiende  
(Medicina general y/o especialista)

| La información que le brindan se entiende (medicina general) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC      |
|--|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |         |
| Totalmente en desacuerdo                                     | 0,35%   | 0,44%   | 0,25%   |                 | 0,37%           | 0,50%           | 0,37%          |         |
| En desacuerdo  | 0,59%   | 0,66%   | 0,51%   | 0,89%           | 0,75%           | 0,50%           | 0,37%          |         |
| Neutral  | 2,00%   | 1,98%   | 2,03%   | 1,79%           | 1,87%           | 1,98%           | 2,25%          |         |
| De acuerdo   | 48,35%  | 48,13%  | 48,61%  | 48,21%          | 48,51%          | 48,51%          | 47,94%         | 100,00% |
| Totalmente de acuerdo  | 48,35%  | 48,35%  | 48,35%  | 48,21%          | 48,13%          | 48,51%          | 48,69%         |         |
| NS/NC  | 0,36%   | 0,44%   | 0,25%   | 0,89%           | 0,37%           |                 | 0,37%          |         |
|  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
| Media (1-5)  | 4,44    | 4,44    | 4,45    | 4,45            | 4,44            | 4,44            | 4,45           | 4,00    |
| Error típico de la media                                     | 0,02    | 0,03    | 0,03    | 0,06            | 0,04            | 0,04            | 0,04           | --      |
| N válido   | 847     | 453     | 394     | 111             | 267             | 202             | 266            | 1       |
|  | 850     | 455     | 395     | 112             | 268             | 202             | 267            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 158: La información que le brinda el profesional en salud se entiende  
(Pediatra)

| La información que le brindan se entiende (pediatría) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC |
|---|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |    |
| Totalmente en desacuerdo                              | 0,64%   | 1,19%   |         |                 | 2,04%           |                 |                |    |
| En desacuerdo   | 0,64%   | 1,19%   |         |                 | 2,04%           |                 |                |    |
| Neutral   | 1,92%   | 2,38%   | 1,39%   |                 | 2,04%           | 2,70%           | 2,04%          |    |
| De acuerdo  | 47,44%  | 47,62%  | 47,22%  | 47,62%          | 46,94%          | 48,65%          | 51,02%         |    |
| Totalmente de acuerdo                                 | 49,36%  | 47,62%  | 51,39%  | 52,38%          | 46,94%          | 48,65%          | 51,02%         |    |
| NS/NC   |         |         |         |                 |                 |                 |                |    |
|   | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| Media (1-5)   | 4,44    | 4,39    | 4,50    | 4,52            | 4,35            | 4,46            | 4,48           |    |
| Error típico de la media                              | 0,05    | 0,08    | 0,06    | 0,11            | 0,11            | 0,09            | 0,08           |    |
| N válido  | 156     | 84      | 72      | 21              | 49              | 37              | 49             |    |
|   | 156     | 84      | 72      | 21              | 49              | 37              | 49             |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 159: La información que le brinda el profesional en salud se entiende (Enfermería y/o rehabilitación)

| La información que le brindan se entiende (enfermería) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC |
|--|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |    |
| Totalmente en desacuerdo                               | 0,43%   | 0,80%   |         |                 |                 |                 | 1,35%          |    |
| En desacuerdo  | 0,43%   | 0,80%   |         | 3,23%           |                 |                 |                |    |
| Neutral  | 1,28%   | 1,60%   | 0,92%   |                 | 1,37%           | 1,79%           | 1,35%          |    |
| De acuerdo   | 52,99%  | 51,20%  | 55,05%  | 54,84%          | 54,79%          | 50,00%          | 52,70%         |    |
| Totalmente de acuerdo                                  | 44,44%  | 44,80%  | 44,04%  | 41,94%          | 43,84%          | 46,43%          | 44,59%         |    |
| NS/NC  | 0,43%   | 0,80%   |         |                 |                 | 1,79%           | 1,35%          |    |
|  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| Media (1-5)  | 4,41    | 4,40    | 4,43    | 4,35            | 4,42            | 4,45            | 4,39           |    |
| Error típico de la media                               | 0,04    | 0,06    | 0,05    | 0,12            | 0,06            | 0,07            | 0,08           |    |
| N válido   | 233     | 124     | 109     | 31              | 73              | 55              | 74             |    |
|  | 234     | 125     | 109     | 31              | 73              | 56              | 74             |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Acerca de la satisfacción del usuario relacionada con el tiempo que el profesional en salud le dedica a su atención, aquellos que fueron atendidos por parte del médico general y/o especialista el 94,6% (70,71% satisfecho y 23,88% muy satisfecho) indicó que estar a favor (tabla 160); 93% (68,59% satisfecho y 24,36% muy satisfecho) del grupo que fue atendido por pediatras se manifestó de igual forma (tabla 161); y, 97,4% (71,37% satisfecho y 26,07% muy satisfecho) de los que fueron al servicio de enfermería y/o rehabilitación expresó igual opinión favorable (tabla 162).

Tabla 160: Satisfacción con el tiempo que le dedica el profesional en salud  
(Medicina general y/o especialista)

| Nivel de satisfacción con el tiempo dedicado (medicina general) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC      |
|---|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |         |
| Muy insatisfecho  | 0,35%   | 0,44%   | 0,25%   |                 | 0,37%           | 0,50%           | 0,37%          |         |
| Insatisfecho  | 1,76%   | 1,76%   | 1,77%   | 0,89%           | 1,87%           | 1,98%           | 1,87%          |         |
| Neutral   | 3,06%   | 3,08%   | 3,04%   | 3,57%           | 2,99%           | 2,97%           | 3,00%          |         |
| Satisfecho  | 70,71%  | 70,55%  | 70,89%  | 70,54%          | 70,52%          | 70,79%          | 70,79%         | 100,00% |
| Muy satisfecho  | 23,88%  | 23,96%  | 23,80%  | 25,00%          | 23,88%          | 23,76%          | 23,60%         |         |
| NS/NC   | 0,24%   | 0,22%   | 0,25%   |                 | 0,37%           |                 | 0,37%          |         |
|   | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
| Media (1-5)   | 4,16    | 4,16    | 4,16    | 4,20            | 4,16            | 4,15            | 4,16           | 4,00    |
| Error típico de la media  | 0,02    | 0,03    | 0,03    | 0,05            | 0,04            | 0,04            | 0,04           | --      |
| N válido  | 848     | 454     | 394     | 112             | 267             | 202             | 266            | 1       |
|   | 850     | 455     | 395     | 112             | 268             | 202             | 267            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 161: Satisfacción con el tiempo que le dedica el profesional en salud  
(Pediatria)

| Nivel de satisfacción con el tiempo dedicado (pediatría) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC |
|--|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |    |
| Muy insatisfecho   | 0,64%   | 1,19%   |         |                 | 2,04%           |                 |                |    |
| Insatisfecho   | 2,56%   | 2,38%   | 2,78%   | 4,75%           | 2,04%           | 2,70%           | 2,04%          |    |
| Neutral  | 3,85%   | 3,57%   | 4,17%   | 4,76%           | 4,08%           | 2,70%           | 4,08%          |    |
| Satisfecho   | 68,59%  | 69,05%  | 68,06%  | 66,67%          | 69,39%          | 67,57%          | 69,39%         |    |
| Muy satisfecho   | 24,36%  | 23,81%  | 25,00%  | 23,81%          | 22,45%          | 27,03%          | 24,49%         |    |
| NS/NC  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| Media (1-5)  | 4,13    | 4,12    | 4,15    | 4,10            | 4,08            | 4,19            | 4,16           |    |
| Error típico de la media                                 | 0,05    | 0,07    | 0,07    | 0,15            | 0,10            | 0,10            | 0,08           |    |
| N válido   | 156     | 84      | 72      | 21              | 49              | 37              | 49             |    |
|  | 156     | 84      | 72      | 21              | 49              | 37              | 49             |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 162: Satisfacción con el tiempo que le dedica el profesional en salud (Enfermería y/o rehabilitación)

| Nivel de satisfacción con el tiempo dedicado (enfermería) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC |
|---|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |    |
| Muy insatisfecho  |         |         |         |                 |                 |                 |                |    |
| Insatisfecho  | 0,43%   |         | 0,92%   |                 | 1,37%           |                 |                |    |
| Neutral   | 2,14%   | 2,40%   | 1,83%   | 3,23%           | 1,37%           | 1,79%           | 2,70%          |    |
| Satisfecho  | 71,37%  | 71,20%  | 71,56%  | 70,97%          | 71,23%          | 71,43%          | 71,62%         |    |
| Muy satisfecho  | 26,07%  | 26,40%  | 25,69%  | 25,81%          | 26,03%          | 26,79%          | 25,68%         |    |
| NS/NC   | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| Media (1-5)   | 4,23    | 4,24    | 4,22    | 4,23            | 4,22            | 4,25            | 4,23           |    |
| Error típico de la media                                  | 0,03    | 0,04    | 0,05    | 0,09            | 0,06            | 0,06            | 0,06           |    |
| N válido  | 234     | 125     | 109     | 31              | 73              | 56              | 74             |    |
|   | 234     | 125     | 109     | 31              | 73              | 56              | 74             |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

En relación con el tiempo de duración de la consulta, aquellos que fueron atendidos por parte del médico general y/o especialista el 23,88% manifestaron que la misma dura menos de 5 minutos; el 70,71% dura menos de 10 minutos y alrededor del 5% superior a los diez minutos, en promedio se determinó que las consultas duran alrededor de 9 minutos por cada paciente (tabla 163).

El grupo de pediatría, manifestó el 32,69% una duración menor a los cinco minutos; el 44,23% hasta diez minutos y un 14,74% hasta quince minutos, alrededor de un 8% indicó que la consulta duró más de quince minutos; para un promedio de casi 10 minutos por paciente para este grupo particular (tabla 164).

Finalmente, para el grupo que tuvo consulta en el área de enfermería y/o rehabilitación el 54,70% indicó que la misma se encuentra en menos de 5 minutos de duración; y el 31,2% manifestó que duran entre 6 y 10 minutos; y el 9,4% entre los 11 y 15 minutos, para un promedio cercano a los ocho minutos por consulta para cada paciente (tabla 165).

Tabla 163: Tiempo que le dedica el profesional en salud a su consulta  
(Médico general y/o especialista)

| Tiempo dedicado<br>(medicina general) | Género  |         |         | Rangos de Edad     |                    |                    |                   | NC      |
|---------------------------------------|---------|---------|---------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|---------|
|                                       | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o<br>menos | De 21 a<br>35 años | De 36 a<br>50 años | Más de<br>50 años |         |
| Menos de 5 minutos                    | 23,88%  | 23,96%  | 23,80%  | 25,00%             | 23,88%             | 23,76%             | 23,60%            | 100,00% |
| Entre 6 y 10 minutos                  | 70,71%  | 70,55%  | 70,89%  | 70,54%             | 70,52%             | 70,79%             | 70,79%            |         |
| Entre 11 y 20 minutos                 | 3,06%   | 3,08%   | 3,04%   | 3,57%              | 2,99%              | 2,97%              | 3,00%             |         |
| Entre 21 y 30 minutos                 | 1,76%   | 1,76%   | 1,77%   | 0,89%              | 1,87%              | 1,98%              | 1,87%             |         |
| Más de 30 minutos                     | 0,35%   | 0,44%   | 0,25%   |                    | 0,37%              | 0,50%              | 0,37%             |         |
| NS/NC                                 | 0,24%   | 0,22%   | 0,25%   |                    | 0,37%              |                    | 0,37%             |         |
|                                       | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%            | 100,00%            | 100,00%            | 100,00%           | 100,00% |
| Media (1-120) minutos                 | 8,60    | 8,57    | 8,67    | 8,56               | 8,49               | 8,64               | 8,64              | 10,00   |
| Error típico de la media              | 0,02    | 0,03    | 0,03    | 0,05               | 0,04               | 0,04               | 0,04              | --      |
| N válido                              | 848     | 454     | 394     | 112                | 267                | 202                | 266               | 1       |
|                                       | 850     | 455     | 395     | 112                | 268                | 202                | 267               | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 164: Tiempo que le dedica el profesional en salud a su consulta  
(Pediatría)

| Tiempo de dedicado<br>(pediatría) | Género  |         |         | Rangos de Edad     |                    |                    |                   | NC      |
|-----------------------------------|---------|---------|---------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|---------|
|                                   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o<br>menos | De 21 a<br>35 años | De 36 a<br>50 años | Más de<br>50 años |         |
| Menos de 5 minutos                | 32,69%  | 32,14%  | 33,33%  | 33,33%             | 32,65%             | 32,43%             | 32,65%            | 100,00% |
| Entre 6 y 10 minutos              | 44,23%  | 44,05%  | 44,44%  | 42,86%             | 44,90%             | 43,24%             | 44,90%            |         |
| Entre 11 y 20 minutos             | 14,74%  | 15,48%  | 13,89%  | 14,29%             | 14,29%             | 16,22%             | 14,29%            |         |
| Entre 21 y 30 minutos             | 5,13%   | 4,76%   | 5,56%   | 4,76%              | 6,12%              | 2,70%              | 6,12%             |         |
| Más de 30 minutos                 | 2,56%   | 2,38%   | 2,78%   | 4,76%              | 2,04%              | 2,70%              | 2,04%             |         |
| NS/NC                             |         |         |         |                    |                    |                    |                   |         |
|                                   | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%            | 100,00%            | 100,00%            | 100,00%           | 100,00% |
| Media (1-120) minutos             | 9,80    | 10,42   | 9,71    | 10,27              | 9,60               | 10,12              | 14,92             |         |
| Error típico de la media          | 0,08    | 0,10    | 0,12    | 0,23               | 0,14               | 0,16               | 0,14              |         |
| N válido                          | 155     | 83      | 72      | 21                 | 49                 | 36                 | 46                |         |
|                                   | 156     | 84      | 72      | 21                 | 49                 | 37                 | 49                |         |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 165: Tiempo que le dedica el profesional en salud a su consulta  
(Enfermería y/o rehabilitación)

| Tiempo dedicado<br>(enfermería) | Género  |         |         | Rangos de Edad     |                    |                    |                   | NC |
|---------------------------------|---------|---------|---------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|----|
|                                 | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o<br>menos | De 21 a<br>35 años | De 36 a<br>50 años | Más de<br>50 años |    |
| Menos de 5 minutos              | 54,70%  | 54,40%  | 55,05%  | 54,84%             | 54,79%             | 55,36%             | 54,05%            |    |
| Entre 6 y 10 minutos            | 31,20%  | 31,20%  | 31,19%  | 29,03%             | 31,51%             | 32,14%             | 31,08%            |    |
| Entre 11 y 20 minutos           | 9,40%   | 9,60%   | 9,17%   | 9,68%              | 9,59%              | 8,93%              | 9,46%             |    |
| Entre 21 y 30 minutos           | 2,56%   | 2,40%   | 2,75%   | 3,23%              | 2,74%              | 1,79%              | 2,70%             |    |
| Más de 30 minutos               | 1,71%   | 1,60%   | 1,83%   | 3,23%              | 1,37%              | 1,79%              | 1,35%             |    |
| NS/NC                           | 0,43%   | 0,80%   |         |                    |                    |                    | 1,35              |    |
|                                 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%            | 100,00%            | 100,00%            | 100,00%           |    |
| Media (1-120) minutos           | 7,79    | 7,75    | 7,81    | 6,33               | 7,58               | 7,65               | 8,28              |    |
| Error típico de la media        | 0,06    | 0,08    | 0,09    | 0,18               | 0,10               | 0,12               | 0,10              |    |
| N válido                        | 233     | 124     | 109     | 31                 | 73                 | 56                 | 73                |    |
|                                 | 234     | 125     | 109     | 31                 | 73                 | 56                 | 74                |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

En relación con el grado de intimidad que tiene el usuario durante la consulta, el grupo consultado respecto de las citas en medicina general y/o especialistas, el 96,2% manifestó que la misma era de buena a muy buena (tabla 166); aquellos que tuvieron cita con el área de pediatría, un 96,1% se expresó de igual forma (tabla 167); y, finalmente los que tuvieron cita en el área de enfermería y/o rehabilitación, el 93,1% tuvo igual respuesta (tabla 168).

Se observa que únicamente para el grupo de atención por parte del área de enfermería, el porcentaje de los que se expresaron en forma negativa es ligeramente mayor que en los otros dos grupos; esto se da debido a que el área de atención de enfermería en la mayor parte de las veces se atiende a más de un paciente al mismo tiempo; con excepción de los inyectables en los cuales se atiende a un único paciente, no varios.

Tabla 166: Grado de intimidad de la consulta  
(Medicina general y/o especialista)

| Grado de intimidad durante la consulta (medicina general) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC      |
|---|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |         |
| Muy malo  | 0,24%   | 0,22%   | 0,25%   |                 | 0,37%           |                 | 0,37%          |         |
| Malo  | 0,47%   | 0,44%   | 0,51%   | 0,89%           | 0,37%           | 0,50%           | 0,37%          |         |
| Neutral   | 2,12%   | 2,20%   | 2,03%   | 1,79%           | 2,24%           | 1,98%           | 2,25%          |         |
| Bueno   | 66,59%  | 66,81%  | 66,33%  | 66,96%          | 66,04%          | 66,83%          | 66,67%         | 100,00% |
| Muy bueno   | 29,65%  | 29,23%  | 30,13%  | 29,46%          | 29,85%          | 29,70%          | 29,59%         |         |
| NS  | 0,12%   | 0,22%   |         |                 | 0,37%           |                 |                |         |
| NC  | 0,82%   | 0,88%   | 0,76%   | 0,89%           | 0,75%           | 0,99%           | 0,75%          |         |
|   | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
| Media (1-5)   | 4,26    | 4,26    | 4,27    | 4,26            | 4,26            | 4,27            | 4,26           | 4,00    |
| Error típico de la media                                  | 0,02    | 0,03    | 0,03    | 0,05            | 0,03            | 0,04            | 0,03           | --      |
| N válido  | 842     | 450     | 392     | 111             | 265             | 200             | 265            | 1       |
|   | 850     | 455     | 395     | 112             | 268             | 202             | 267            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 167: Grado de intimidad de la consulta  
(Pediatría)

| Grado de intimidad durante la consulta (pediatría) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC |
|--|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |    |
| Muy malo   |         |         |         |                 |                 |                 |                |    |
| Malo   | 1,28%   | 1,19%   | 1,39%   |                 | 2,04%           |                 | 2,04%          |    |
| Neutral  | 2,56%   | 2,38%   | 2,78%   | 4,76%           | 2,04%           | 2,70%           | 2,04%          |    |
| Bueno  | 65,38%  | 65,48%  | 65,28%  | 66,67%          | 65,31%          | 64,86%          | 65,31%         |    |
| Muy bueno  | 30,77%  | 30,95%  | 30,56%  | 28,57%          | 30,61%          | 32,43%          | 30,61%         |    |
| NS   |         |         |         |                 |                 |                 |                |    |
| NC   |         |         |         |                 |                 |                 |                |    |
|  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| Media (1-5)  | 4,26    | 4,26    | 4,25    | 4,24            | 4,24            | 4,30            | 4,24           |    |
| Error típico de la media                           | 0,05    | 0,06    | 0,07    | 0,12            | 0,09            | 0,09            | 0,09           |    |
| N válido   | 156     | 84      | 72      | 21              | 49              | 37              | 49             |    |
|  | 156     | 84      | 72      | 21              | 49              | 37              | 49             |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011



Tabla 168: Grado de intimidad de la consulta  
(Enfermería y/o rehabilitación)

| Grado de intimidad durante la consulta (enfermería) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC |
|---|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |    |
| Muy malo  | 0,43%   | 0,80%   |         | 3,23%           |                 |                 |                |    |
| Malo  | 2,14%   | 2,40%   | 1,83%   |                 | 2,74%           | 1,79%           | 2,70%          |    |
| Neutral   | 3,85%   | 4,00%   | 3,67%   | 3,23%           | 4,11%           | 3,57%           | 4,05%          |    |
| Bueno   | 64,10%  | 64,00%  | 64,22%  | 64,52%          | 64,38%          | 64,29%          | 63,51%         |    |
| Muy bueno   | 29,06%  | 28,00%  | 30,28%  | 29,03%          | 28,77%          | 28,57%          | 29,73%         |    |
| NS  | 0,43%   | 0,80%   |         |                 |                 | 1,79%           |                |    |
| NC  |         |         |         |                 |                 |                 |                |    |
|   | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| Media (1-5)   | 4,20    | 4,17    | 4,23    | 4,16            | 4,19            | 4,22            | 4,20           |    |
| Error típico de la media                            | 0,04    | 0,06    | 0,06    | 0,14            | 0,07            | 0,08            | 0,07           |    |
| N válido  | 233     | 124     | 109     | 31              | 73              | 55              | 74             |    |
|   | 234     | 125     | 109     | 31              | 73              | 56              | 74             |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Al consultar acerca de la información asociada al tratamiento del padecimiento que proporciona el profesional en salud al paciente, el grupo consultado proveniente de medicina general y/o especialistas, el 95,9% manifestó que la misma era de buena a muy buena (tabla 169); aquellos que tuvieron cita en el área de pediatría, un 94,8% se expresó de igual forma (tabla 170); y, finalmente los que tuvieron cita en el área de enfermería y/o rehabilitación, el 80,3% tuvo igual opinión (tabla 171).

Se observa que el mayor porcentaje de preguntas neutrales (ni buena ni mala), se da para el área de enfermería, debido a que en esta área se aplica el tratamiento sin mayor explicación por parte del profesional en salud; en raros casos – según comentaron los entrevistados – el profesional en salud de esta área da explicación acerca del tratamiento que se está aplicando al paciente.

Tabla 169: Información acerca del tratamiento médico  
(Médico general y/o especialista)

| Información acerca del tratamiento prescrito (medicina general) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC |
|---|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |    |
| Muy malo  | 0,12%   | 0,22%   |         | 0,89%           |                 |                 |                |    |
| Malo  | 0,47%   | 0,44%   | 0,51%   | 0,89%           | 0,37%           | 0,50%           | 0,37%          |    |
| Neutral   | 3,53%   | 3,52%   | 3,54%   | 3,57%           | 3,73%           | 3,47%           | 3,37%          |    |
| Bueno   | 68,94%  | 68,79%  | 69,11%  | 67,86%          | 68,66%          | 69,31%          | 69,29%         |    |
| Muy bueno   | 26,94%  | 27,03%  | 26,84%  | 26,79%          | 27,24%          | 26,73%          | 26,97%         |    |
| NS  |         |         |         |                 |                 |                 |                |    |
| NC  |         |         |         |                 |                 |                 |                |    |
|   | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| Media (1-5)   | 4,22    | 4,22    | 4,22    | 4,19            | 4,23            | 4,22            | 4,23           |    |
| Error típico de la media  | 0,02    | 0,03    | 0,03    | 0,06            | 0,03            | 0,04            | 0,03           |    |
| N válido  | 850     | 455     | 395     | 112             | 268             | 202             | 267            |    |
|   | 850     | 455     | 395     | 112             | 268             | 202             | 267            |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 170: Información acerca del tratamiento médico  
(Pediatria)

| Información acerca del tratamiento prescrito (pediatria) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC |
|--|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |    |
| Muy malo   |         |         |         |                 |                 |                 |                |    |
| Malo   | 0,64%   | 1,19%   |         |                 |                 |                 | 2,04%          |    |
| Neutral  | 2,56%   | 1,19%   | 4,17%   | 4,76%           | 2,04%           | 2,70%           | 2,04%          |    |
| Bueno  | 67,31%  | 67,86%  | 66,67%  | 66,67%          | 67,35%          | 67,57%          | 67,35%         |    |
| Muy bueno  | 27,56%  | 27,38%  | 27,78%  | 28,57%          | 28,57%          | 27,03%          | 26,53%         |    |
| NS   | 1,92%   | 2,38%   | 1,39%   |                 | 2,04%           | 2,70%           | 2,04%          |    |
| NC   |         |         |         |                 |                 |                 |                |    |
|  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| Media (1-5)  | 4,24    | 4,24    | 4,24    | 4,24            | 4,27            | 4,25            | 4,19           |    |
| Error típico de la media                                 | 0,04    | 0,06    | 0,06    | 0,12            | 0,07            | 0,08            | 0,08           |    |
| N válido   | 153     | 82      | 71      | 21              | 48              | 36              | 48             |    |
|  | 156     | 84      | 72      | 21              | 49              | 37              | 49             |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 171: Información acerca del tratamiento médico  
(Enfermería y/o rehabilitación)

| Información acerca del tratamiento prescrito (enfermería) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC |
|---|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |    |
| Muy malo  |         |         |         |                 |                 |                 |                |    |
| Malo  | 0,43%   | 0,80%   |         |                 | 1,37%           |                 |                |    |
| Neutral   | 1,71%   | 1,60%   | 1,83%   | 3,23%           | 1,37%           | 1,79%           | 1,35%          |    |
| Bueno   | 59,83%  | 59,20%  | 60,55%  | 61,29%          | 60,27%          | 60,71%          | 58,11%         |    |
| Muy bueno   | 20,51%  | 20,80%  | 20,18%  | 19,35%          | 20,55%          | 19,64%          | 21,62%         |    |
| NS  | 17,09%  | 16,80%  | 17,43%  | 16,13%          | 16,44%          | 17,86%          | 17,57%         |    |
| NC  | 0,43%   | 0,80%   |         |                 |                 |                 | 1,35%          |    |
|   | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| Media (1-5)   | 4,22    | 4,21    | 4,22    | 4,19            | 4,20            | 4,22            | 4,25           |    |
| Error típico de la media                                  | 0,04    | 0,05    | 0,05    | 0,10            | 0,07            | 0,07            | 0,06           |    |
| N válido  | 193     | 103     | 90      | 26              | 61              | 46              | 60             |    |
|   | 234     | 125     | 109     | 31              | 73              | 56              | 74             |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Asociada a la pregunta anterior, al indagar entre los entrevistados acerca de si les permiten opinar respecto del tratamiento médico que reciben, el grupo consultado proveniente de medicina general y/o especialistas, el 70,4% manifestó que era de bastante a mucho la permisibilidad (tabla 172); aquellos que tuvieron cita con el área de pediatría, un 75,0% tuvo una opinión similar (tabla 173); y, finalmente los que tuvieron cita en el área de enfermería y/o rehabilitación, el 65,4% tuvo igual opinión (tabla 174).

Tabla 172: Se le permite opinar acerca del tratamiento médico  
(Médico general y/o especialista)

| Le permiten opinar acerca del tratamiento (medicina general) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC      |
|--|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |         |
| Muy poco   | 0,71%   | 0,66%   | 0,76%   | 0,89%           | 0,75%           | 0,50%           | 0,75%          | 100,00% |
| Poco   | 2,24%   | 2,20%   | 2,28%   | 2,68%           | 2,24%           | 1,98%           | 2,25%          |         |
| Neutral  | 9,65%   | 9,67%   | 9,62%   | 9,82%           | 9,70%           | 9,41%           | 9,74%          |         |
| Mucho  | 50,00%  | 49,89%  | 50,13%  | 49,11%          | 50,00%          | 50,00%          | 50,19%         |         |
| Bastante   | 20,35%  | 20,44%  | 20,25%  | 20,54%          | 20,52%          | 20,30%          | 20,22%         |         |
| NS   | 8,12%   | 8,13%   | 8,10%   | 8,04%           | 8,21%           | 7,92%           | 8,24%          |         |
| NC   | 6,12%   | 6,15%   | 6,08%   | 6,25%           | 5,97%           | 6,44%           | 5,99%          |         |
|  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
| Media (1-5)  | 4,05    | 4,05    | 4,05    | 4,03            | 4,05            | 4,07            | 4,05           | 4,00    |
| Error típico de la media                                     | 0,03    | 0,04    | 0,04    | 0,08            | 0,05            | 0,05            | 0,05           | --      |
| N válido   | 774     | 414     | 360     | 102             | 245             | 182             | 244            | 1       |
|  | 850     | 455     | 395     | 112             | 268             | 202             | 267            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 173: Se le permite opinar acerca del tratamiento médico  
(Pediatría)

| Le permiten opinar acerca del tratamiento (pediatría) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC |
|---|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |    |
| Muy poco  | 1,28%   | 1,19%   | 1,39%   |                 | 2,04%           |                 | 2,04%          |    |
| Poco  | 1,92%   | 2,38%   | 1,39%   |                 | 2,04%           | 2,705           | 2,04%          |    |
| Neutral   | 8,33%   | 8,33%   | 8,33%   | 9,52%           | 8,16%           | 8,11%           | 8,16%          |    |
| Mucho   | 52,56%  | 52,38%  | 52,78%  | 52,38%          | 53,06%          | 51,35%          | 53,06%         |    |
| Bastante  | 22,44%  | 22,62%  | 22,22%  | 23,81%          | 22,45%          | 21,62%          | 22,45%         |    |
| NS  | 6,41%   | 5,95%   | 6,94%   | 9,52%           | 4,08%           | 8,11%           | 6,12%          |    |
| NC  | 1,28%   | 1,19%   | 1,39%   |                 | 2,04%           |                 | 2,04%          |    |
|   | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| Media (1-5)   | 4,07    | 4,07    | 4,08    | 4,17            | 4,05            | 4,10            | 4,05           |    |
| Error típico de la media                              | 0,06    | 0,09    | 0,09    | 0,14            | 0,12            | 0,12            | 0,12           |    |
| N válido  | 145     | 78      | 67      | 20              | 45              | 34              | 46             |    |
|   | 156     | 84      | 72      | 21              | 49              | 37              | 49             |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 174: Se le permite opinar acerca del tratamiento médico  
(Enfermería y/o rehabilitación)

| Le permiten opinar acerca del tratamiento (enfermería) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC |
|--|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |    |
| Muy poco   | 1,28%   | 1,60%   | 0,92%   |                 | 1,37%           | 1,79%           | 1,35%          |    |
| Poco   | 0,85%   | 0,80%   | 0,92%   |                 | 1,37%           |                 | 1,35%          |    |
| Neutral  | 9,83%   | 9,60%   | 10,09%  | 9,68%           | 9,59%           | 10,71%          | 9,46%          |    |
| Mucho  | 48,29%  | 48,00%  | 48,62%  | 48,39%          | 47,95%          | 48,21%          | 48,65%         |    |
| Bastante   | 17,09%  | 16,80%  | 17,43%  | 16,13%          | 16,44%          | 17,86%          | 17,57%         |    |
| NS   | 11,54%  | 11,20%  | 11,93%  | 12,90%          | 10,96%          | 10,71%          | 12,16%         |    |
| NC   | 4,27%   | 4,80%   | 3,67%   | 6,45%           | 5,48%           | 3,57%           | 2,70%          |    |
|  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| Media (1-5)  | 4,02    | 4,01    | 4,04    | 4,09            | 4,00            | 4,02            | 4,02           |    |
| Error típico de la media                               | 0,05    | 0,07    | 0,07    | 0,11            | 0,10            | 0,11            | 0,09           |    |
| N válido   | 208     | 110     | 98      | 27              | 64              | 50              | 67             |    |
|  | 234     | 125     | 109     | 31              | 73              | 56              | 74             |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Se solicitó a los encuestados una valoración general de los médicos que les han atendido en el área de medicina general y/o especialistas, el 94,2% perteneciente al grupo de medicina general manifestó una opinión favorable (tabla 175); en el caso del área de pediatría el 76,9% manifestó una opinión favorable (tabla 176); y para aquellos que tuvieron cita con el área enfermería y/o rehabilitación, el 92,3% tuvo también una opinión favorable (tabla 177).

Tabla 175: Opinión sobre el personal de medicina general y/o especialistas que lo ha atendido alguna vez en el centro de salud (Médico general y/o especialista)

| Medicina general y/o especialistas (medicina general) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                |         |
|---|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años | NC      |
| Muy Mal   | 0,24%   | 0,22%   | 0,25%   |                 | 0,37%           |                 | 0,37%          |         |
| Mal   | 1,06%   | 1,10%   | 1,01%   | 0,89%           | 1,12%           | 0,99%           | 1,12%          |         |
| Neutral   | 4,24%   | 4,18%   | 4,30%   | 4,46%           | 4,10%           | 4,46%           | 4,12%          |         |
| Bien  | 50,47%  | 50,55%  | 50,38%  | 50,89%          | 50,37%          | 50,00%          | 50,56%         | 100,00% |
| Muy bien  | 43,76%  | 43,74%  | 43,80%  | 43,75%          | 43,66%          | 44,55%          | 43,45%         |         |
| NS/NC   | 0,24%   | 0,22%   | 0,25%   |                 | 0,37%           |                 | 0,37%          |         |
|   | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
| Media (1-5)   | 4,37    | 4,37    | 4,37    | 4,38            | 4,36            | 4,38            | 4,36           | 4,00    |
| Error típico de la media                              | 0,02    | 0,03    | 0,03    | 0,06            | 0,04            | 0,04            | 0,04           | --      |
| N válido  | 848     | 454     | 394     | 112             | 267             | 202             | 266            | 1       |
|   | 850     | 455     | 395     | 112             | 268             | 202             | 267            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 176: Opinión sobre el personal de medicina general y/o especialistas que lo ha atendido alguna vez en el centro de salud (Pediatria)

| Medicina general y/o especialistas (pediatría) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                |    |
|--|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años | NC |
| Muy Mal  | 1,28%   | 1,19%   | 1,39%   |                 | 2,04%           |                 | 2,04%          |    |
| Mal  | 3,21%   | 3,57%   | 2,78%   | 4,76%           | 4,08%           |                 | 4,08%          |    |
| Neutral  | 10,90%  | 10,71%  | 11,11%  | 9,52%           | 10,20%          | 13,51%          | 10,20%         |    |
| Bien   | 50,64%  | 50,00%  | 51,39%  | 52,38%          | 48,98%          | 51,35%          | 51,02%         |    |
| Muy bien                                       | 26,28%  | 26,19%  | 26,39%  | 28,57%          | 26,53%          | 27,03%          | 24,49%         |    |
| NS   | 5,77%   | 5,95%   | 5,56%   | 4,76%           | 6,12%           | 5,41%           | 6,12%          |    |
| NC   | 1,92%   | 2,38%   | 1,39%   |                 | 2,04%           | 2,70%           | 2,04%          |    |
|  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| Media (1-5)                                    | 4,06    | 4,05    | 4,06    | 4,10            | 4,02            | 4,15            | 4,00           |    |
| Error típico de la media                       | 0,07    | 0,09    | 0,10    | 0,18            | 0,13            | 0,11            | 0,13           |    |
| N válido                                       | 144     | 77      | 67      | 20              | 45              | 34              | 45             |    |
|  | 156     | 84      | 72      | 21              | 49              | 37              | 49             |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 177: Opinión sobre el personal de medicina general y/o especialistas que lo ha atendido alguna vez en el centro de salud (Enfermería y/o rehabilitación)

| Medicina general y/o especialistas (enfermería) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                |    |
|---|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años | NC |
| Muy Mal   | 0,43%   | 0,80%   |         | 3,23%           |                 |                 |                |    |
| Mal   | 0,85%   | 0,80%   | 0,92%   |                 | 1,37%           |                 | 1,35%          |    |
| Neutral   | 4,27%   | 4,00%   | 4,59%   | 3,23%           | 2,74%           | 7,14%           | 4,05%          |    |
| Bien  | 50,43%  | 50,40%  | 50,46%  | 51,61%          | 50,68%          | 50,00%          | 50,00%         |    |
| Muy bien  | 41,88%  | 41,60%  | 42,40%  | 41,94%          | 42,47%          | 41,07%          | 41,89%         |    |
| NS  | 1,28%   | 1,60%   | 0,92%   |                 | 1,37%           | 1,79%           | 1,35%          |    |
| NC  | 0,85%   | 0,80%   | 0,92%   |                 | 1,37%           |                 | 1,35%          |    |
|   | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| Media (1-5)                                     | 4,35    | 4,34    | 4,36    | 4,29            | 4,38            | 4,35            | 4,36           |    |
| Error típico de la media                        | 0,04    | 0,06    | 0,06    | 0,15            | 0,07            | 0,08            | 0,07           |    |
| N válido  | 229     | 122     | 107     | 31              | 71              | 55              | 72             |    |
|   | 234     | 125     | 109     | 31              | 73              | 56              | 74             |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Se solicitó a los encuestados una valoración general de los médicos que los han atendido en el área de pediatría, el 18,9% perteneciente al grupo de medicina general manifestó una opinión favorable, aunque casi el 70% de la población no emitió opinión (tabla 178); en el caso del área de pediatría el 90,4% manifestó una opinión favorable (tabla 179); y para aquellos que tuvieron cita con el área enfermería y/o rehabilitación, el 12,% tuvo también una opinión favorable, en este caso el 79% no expresó opinión (tabla 180).

Tabla 178: Opinión sobre el personal de pediatría que lo ha atendido alguna vez en el centro de salud  
(Medicina general y/o especialista)

| Pediatría<br>(medicina general) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC      |
|---------------------------------|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|                                 | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |         |
| Muy Mal                         | 0,47%   | 0,44%   | 0,51%   | 0,89%           | 0,37%           | 0,50%           | 0,37%          |         |
| Mal                             | 1,06%   | 1,10%   | 1,01%   | 0,89%           | 1,12%           | 0,99%           | 1,12%          |         |
| Neutral                         | 1,76%   | 1,76%   | 1,77%   | 1,79%           | 1,49%           | 1,98%           | 1,87%          |         |
| Bien                            | 11,18%  | 11,21%  | 11,14%  | 10,71%          | 11,19%          | 11,39%          | 11,24%         |         |
| Muy bien                        | 7,76%   | 7,69%   | 7,85%   | 8,04%           | 7,84%           | 7,43%           | 7,87%          |         |
| No procede / No aplica          | 69,65%  | 69,67%  | 69,62%  | 69,64%          | 69,78%          | 69,80%          | 69,29%         | 100,00% |
| NS                              | 7,53%   | 7,47%   | 7,59%   | 7,14%           | 7,46%           | 7,43%           | 7,87%          |         |
| NC                              | 0,59%   | 0,66%   | 0,51%   | 0,89%           | 0,75%           | 0,50%           | 0,37%          |         |
|                                 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
| Media (1-5)                     | 4,10    | 4,09    | 4,09    | 4,08            | 4,12            | 4,07            | 4,10           |         |
| Error típico de la media        | 0,07    | 0,09    | 0,10    | 0,20            | 0,12            | 0,13            | 0,11           |         |
| N válido                        | 189     | 101     | 88      | 25              | 59              | 45              | 60             |         |
|                                 | 850     | 455     | 395     | 112             | 268             | 202             | 267            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 179: Opinión sobre el personal de pediatría que lo ha atendido alguna vez en el centro de salud  
(Pediatría)

| Pediatría<br>(pediatría) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC |
|--------------------------|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|                          | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |    |
| Muy Mal                  | 0,64%   | 1,19%   |         |                 | 2,04%           |                 |                |    |
| Mal                      | 1,28%   | 1,19%   | 1,39%   |                 | 2,04%           |                 | 2,04%          |    |
| Neutral                  | 5,13%   | 4,76%   | 5,56%   | 4,76%           | 4,08%           | 5,41%           | 6,12%          |    |
| Bien                     | 45,51%  | 45,24%  | 45,83%  | 47,62%          | 44,905          | 45,95%          | 44,90%         |    |
| Muy bien                 | 44,87%  | 45,24%  | 44,44%  | 42,86%          | 44,90%          | 45,95%          | 44,90%         |    |
| No procede / No aplica   | 2,56%   | 2,38%   | 2,78%   | 4,76%           | 2,04%           | 2,70%           | 2,04%          |    |
| NS                       |         |         |         |                 |                 |                 |                |    |
| NC                       |         |         |         |                 |                 |                 |                |    |
|                          | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| Media (1-5)              | 4,36    | 4,35    | 4,37    | 4,40            | 4,31            | 4,42            | 4,35           |    |
| Error típico de la media | 0,06    | 0,08    | 0,08    | 0,13            | 0,12            | 0,10            | 0,10           |    |
| N válido                 | 152     | 82      | 70      | 20              | 48              | 36              | 48             |    |
|                          | 156     | 84      | 72      | 21              | 49              | 37              | 49             |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011



Tabla 180: Opinión sobre el personal de pediatría que lo ha atendido alguna vez en el centro de salud  
(Enfermería y/o rehabilitación)

| Pediatría<br>(enfermería) | Género  |         |         | Rangos de Edad     |                    |                    |                   |    |
|---------------------------|---------|---------|---------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|----|
|                           | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o<br>menos | De 21 a<br>35 años | De 36 a<br>50 años | Más de<br>50 años | NC |
| Muy Mal                   | 0,43%   | 0,80%   |         |                    |                    |                    | 1,35%             |    |
| Mal                       | 0,43%   | 0,80%   |         |                    | 1,37%              |                    |                   |    |
| Neutral                   | 1,71%   | 1,60%   | 1,83%   | 3,23%              | 1,37%              | 1,79%              | 1,35%             |    |
| Bien                      | 6,41%   | 6,40%   | 6,42%   | 3,23%              | 6,85%              | 7,14%              | 6,75%             |    |
| Muy bien                  | 5,56%   | 5,60%   | 5,50%   | 6,45%              | 5,48%              | 5,36%              | 5,41%             |    |
| No procede / No aplica    | 79,49%  | 79,20%  | 79,82%  | 80,65%             | 79,45%             | 80,36%             | 78,38%            |    |
| NS                        | 5,98%   | 5,60%   | 6,42%   | 6,45%              | 5,48%              | 5,36%              | 6,76%             |    |
| NC                        |         |         |         |                    |                    |                    |                   |    |
|                           | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%            | 100,00%            | 100,00%            | 100,00%           |    |
| Media (1-5)               | 4,12    | 4,00    | 4,27    | 4,25               | 4,08               | 3,88               | 4,30              |    |
| Error típico de la media  | 0,16    | 0,25    | 0,18    | 0,48               | 0,27               | 0,48               | 0,20              |    |
| N válido                  | 34      | 19      | 15      | 4                  | 11                 | 8                  | 11                |    |
|                           | 234     | 125     | 109     | 31                 | 73                 | 56                 | 74                |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Se solicitó a los encuestados una valoración general de las(os) enfermeras(os) que los han atendido en el área de salud, el 80,7% perteneciente al grupo de medicina general manifestó una opinión favorable (tabla 181); en el caso del área de pediatría el 78,9% expresó una opinión favorable (tabla 182); y para aquellos que tuvieron cita con el área enfermería y/o rehabilitación, el 96,6% tuvo también una opinión favorable (tabla 183).

Tabla 181: Opinión sobre el personal de enfermería y/o rehabilitación que lo ha atendido alguna vez en el centro de salud  
(Medicina general y/o especialista)

| Enfermería<br>(medicina general) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC      |
|----------------------------------|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|                                  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |         |
| Muy Mal                          | 0,35%   | 0,44%   | 0,25%   |                 | 0,37%           | 0,50%           | 0,37%          |         |
| Mal                              | 0,94%   | 0,66%   | 1,27%   | 0,89%           | 0,75%           | 0,99%           | 1,12%          |         |
| Neutral                          | 4,35%   | 4,40%   | 4,30%   | 4,46%           | 4,48%           | 3,96%           | 4,49%          |         |
| Bien                             | 55,06%  | 55,16%  | 54,94%  | 55,36%          | 55,22%          | 54,95%          | 54,68%         | 100,00% |
| Muy bien                         | 25,65%  | 25,71%  | 25,57%  | 25,89%          | 25,75%          | 25,74%          | 25,47%         |         |
| No procede / No aplica           | 11,65%  | 11,65%  | 11,65%  | 11,61%          | 11,57%          | 11,88%          | 11,61%         |         |
| NS                               | 2,00%   | 1,98%   | 2,03%   | 1,79%           | 1,87%           | 1,98%           | 2,25%          |         |
| NC                               |         |         |         |                 |                 |                 |                |         |
|                                  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
| Media (1-5)                      | 4,21    | 4,22    | 4,21    | 4,23            | 4,22            | 4,21            | 4,20           | 4,00    |
| Error típico de la media         | 0,02    | 0,03    | 0,03    | 0,06            | 0,04            | 0,05            | 0,04           | --      |
| N válido                         | 734     | 393     | 341     | 97              | 232             | 174             | 230            | 1       |
|                                  | 850     | 455     | 395     | 112             | 268             | 202             | 267            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 182: Opinión sobre el personal de enfermería y/o rehabilitación que lo ha atendido alguna vez en el centro de salud  
(Pediatría)

| Enfermería<br>(pediatría) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC |
|---------------------------|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|                           | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |    |
| Muy Mal                   | 0,64%   | 1,19%   |         |                 |                 | 2,70%           |                |    |
| Mal                       | 1,28%   | 1,19%   | 1,39%   |                 | 2,04%           |                 | 2,04%          |    |
| Neutral                   | 7,69%   | 7,14%   | 8,33%   | 9,52%           | 6,12%           | 8,11%           | 8,16%          |    |
| Bien                      | 56,41%  | 55,95%  | 56,94%  | 57,14%          | 57,14%          | 56,76%          | 55,10%         |    |
| Muy bien                  | 22,44%  | 22,62%  | 22,22%  | 23,81%          | 22,45%          | 21,62%          | 22,45%         |    |
| No procede / No aplica    | 1,28%   | 1,19%   | 1,39%   |                 | 2,04%           |                 | 2,04%          |    |
| NS                        | 0,64%   | 1,19%   |         |                 |                 |                 | 2,04%          |    |
| NC                        |         |         |         |                 |                 |                 |                |    |
|                           | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| Media (1-5)               | 4,13    | 4,11    | 4,13    | 4,16            | 4,14            | 4,06            | 4,12           |    |
| Error típico de la media  | 0,06    | 0,08    | 0,08    | 0,14            | 0,10            | 0,14            | 0,10           |    |
| N válido                  | 138     | 74      | 64      | 19              | 43              | 33              | 43             |    |
|                           | 156     | 84      | 72      | 21              | 49              | 37              | 49             |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 183: Opinión sobre el personal de enfermería y/o rehabilitación que lo ha atendido alguna vez en el centro de salud  
(Enfermería y/o rehabilitación)

| Enfermería<br>(enfermería) | Género  |         |         | Rangos de Edad     |                    |                    |                   |    |
|----------------------------|---------|---------|---------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|----|
|                            | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o<br>menos | De 21 a<br>35 años | De 36 a<br>50 años | Más de<br>50 años | NC |
| Muy Mal                    |         |         |         |                    |                    |                    |                   |    |
| Mal                        | 0,85%   | 1,60%   |         |                    | 1,37%              |                    | 1,35%             |    |
| Neutral                    | 2,56%   | 2,40%   | 2,75%   | 3,23%              | 2,74%              | 1,79%              | 2,70%             |    |
| Bien                       | 55,56%  | 55,20%  | 55,96%  | 54,84%             | 54,79%             | 57,14%             | 55,41%            |    |
| Muy bien                   | 41,03%  | 40,80%  | 41,28%  | 41,94%             | 41,10%             | 41,07%             | 40,54%            |    |
| No procede / No aplica     |         |         |         |                    |                    |                    |                   |    |
| NS                         |         |         |         |                    |                    |                    |                   |    |
| NC                         |         |         |         |                    |                    |                    |                   |    |
|                            | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%            | 100,00%            | 100,00%            | 100,00%           |    |
| Media (1-5)                | 4,37    | 4,35    | 4,39    | 4,39               | 4,36               | 4,39               | 4,35              |    |
| Error típico de la media   | 0,04    | 0,05    | 0,05    | 0,10               | 0,07               | 0,07               | 0,07              |    |
| N válido                   | 234     | 125     | 109     | 31                 | 73                 | 56                 | 74                |    |
|                            | 234     | 125     | 109     | 31                 | 73                 | 56                 | 74                |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Así también se consultó a los encuestados una valoración general del personal general (administrativos, auxiliares, guardas, entre otros) que los han atendido en el establecimiento, el 74,6% perteneciente al grupo de medicina general manifestaron una opinión favorable (tabla 184); en el caso del área de pediatría el 74,4% manifestó una opinión favorable (tabla 185); y para aquellos que tuvieron cita con el área enfermería y/o rehabilitación, el 75,2% tuvo también una opinión favorable (tabla 186).

Tabla 184: Opinión sobre el personal de servicios generales que lo ha atendido alguna vez en el centro de salud (Medicina general y/o especialista)

| Personal Servicios Generales (medicina general) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC      |
|---|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |         |
| Muy Mal   | 1,06%   | 1,10%   | 1,01%   | 0,89%           | 1,12%           | 0,99%           | 1,12%          | 100,00% |
| Mal   | 2,35%   | 2,42%   | 2,28%   | 2,68%           | 2,24%           | 2,48%           | 2,25%          |         |
| Neutral   | 10,24%  | 10,33%  | 10,13%  | 10,71%          | 10,07%          | 10,40%          | 10,11%         |         |
| Bien  | 56,47%  | 56,48%  | 56,46%  | 56,25%          | 56,34%          | 56,44%          | 56,44%         |         |
| Muy bien  | 18,12%  | 18,02%  | 18,23%  | 17,86%          | 18,28%          | 18,32%          | 17,98%         |         |
| No procede / No aplica                          | 10,35%  | 10,33%  | 10,38%  | 10,71%          | 10,45%          | 10,40%          | 10,11%         |         |
| NS  | 1,18%   | 1,10%   | 1,27%   | 0,89%           | 1,12%           | 0,99%           | 1,50%          |         |
| NC  | 0,24%   | 0,22%   | 0,25%   |                 | 0,37%           |                 | 0,37%          |         |
|   | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
| Media (1-5)                                     | 4,00    | 4,00    | 4,01    | 3,99            | 4,00            | 4,00            | 4,00           | 4,00    |
| Error típico de la media                        | 0,03    | 0,04    | 0,04    | 0,07            | 0,05            | 0,05            | 0,05           | --      |
| N válido  | 750     | 402     | 348     | 99              | 236             | 179             | 235            | 1       |
|   | 850     | 455     | 395     | 112             | 268             | 202             | 267            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 185: Opinión sobre el personal de servicios generales que lo ha atendido alguna vez en el centro de salud (Pediatría)

| Personal Servicios Generales (pediatría) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC      |
|--|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |         |
| Muy Mal                                  | 2,56%   | 2,38%   | 2,78%   | 4,76%           | 2,04%           | 2,70%           | 2,04%          | 100,00% |
| Mal                                      | 3,21%   | 3,57%   | 2,78%   | 4,76%           | 2,04%           | 2,70%           | 4,08%          |         |
| Neutral                                  | 15,38%  | 15,48%  | 15,28%  | 9,52%           | 16,33%          | 16,22%          | 16,33%         |         |
| Bien                                     | 57,69%  | 57,14%  | 58,33%  | 57,14%          | 57,14%          | 59,46%          | 57,14%         |         |
| Muy bien                                 | 16,67%  | 16,67%  | 16,67%  | 19,05%          | 16,33%          | 16,22%          | 16,33%         |         |
| No procede / No aplica                   | 1,28%   | 1,19%   | 1,39%   |                 | 2,04%           |                 | 2,04%          |         |
| NS                                       |         |         |         |                 |                 |                 |                |         |
| NC                                       |         |         |         |                 |                 |                 |                |         |
|  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |         |
| Media (1-5)                              | 3,87    | 3,86    | 3,84    | 3,85            | 3,89            | 3,86            | 3,85           |         |
| Error típico de la media                 | 0,07    | 0,09    | 0,10    | 0,22            | 0,12            | 0,14            | 0,12           |         |
| N válido                                 | 149     | 80      | 69      | 20              | 46              | 36              | 47             |         |
|  | 156     | 84      | 72      | 21              | 49              | 37              | 49             |         |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 186: Opinión sobre el personal de servicios generales que lo ha atendido alguna vez en el centro de salud (Enfermería y/o rehabilitación)

| Personal Servicios Generales (enfermería) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC |
|---|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |    |
| Muy Mal                                   | 0,43%   | 0,80%   |         |                 |                 |                 | 1,35%          |    |
| Mal                                       | 1,71%   | 1,60%   | 1,83%   | 3,23%           | 1,37%           | 1,79%           | 1,35%          |    |
| Neutral                                   | 8,12%   | 8,00%   | 8,26%   | 9,68%           | 8,22%           | 8,93%           | 6,76%          |    |
| Bien                                      | 52,99%  | 52,80%  | 53,21%  | 51,61%          | 53,42%          | 53,57%          | 52,70%         |    |
| Muy bien                                  | 22,22%  | 22,40%  | 22,02%  | 22,58%          | 21,92%          | 21,43%          | 22,97%         |    |
| No procede / No aplica                    | 13,68%  | 13,60%  | 13,76%  | 12,90%          | 13,70%          | 14,29%          | 13,51%         |    |
| NS  | 0,85%   | 0,80%   | 0,92%   |                 | 1,37%           |                 | 1,35%          |    |
| NC  |         |         |         |                 |                 |                 |                |    |
|   | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| Media (1-5)                               | 4,11    | 4,10    | 4,12    | 4,07            | 4,13            | 4,10            | 4,11           |    |
| Error típico de la media                  | 0,05    | 0,07    | 0,07    | 0,14            | 0,08            | 0,10            | 0,09           |    |
| N válido                                  | 200     | 107     | 93      | 27              | 62              | 48              | 63             |    |
|   | 234     | 125     | 109     | 31              | 73              | 56              | 74             |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Por último en la parte de la valoración personal, se consultó acerca de la opinión sobre el segmento de trabajadores sociales que les han atendido en el centro de salud, el 16,1% perteneciente al grupo de medicina general manifestó una opinión favorable, aunque el 73,41 no se expresó al respecto (tabla 187); en el caso del área de pediatría el 17,9% manifestó una opinión favorable, en forma similar el 71,8% no dio su opinión (tabla 188); y para aquellos que tuvieron cita con el área enfermería y/o rehabilitación, el 14,9% tuvo también una opinión favorable, y el 76,9% no opinó al respecto (tabla 189).

En los tres casos anteriores la falta de opinión se debe a que los usuarios no tuvieron acercamiento con personal de servicio social y por lo tanto no emitieron un criterio al respecto.

Tabla 187: Opinión sobre los trabajadores sociales que lo han atendido alguna vez en el centro de salud  
(Medicina general y/o especialista)

| Trabajadores Sociales<br>(medicina general) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                |         |
|---|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años | NC      |
| Muy Mal                                     | 0,35%   | 0,44%   | 0,25%   |                 | 0,37%           | 0,50%           | 0,37%          |         |
| Mal   | 0,35%   | 0,44%   | 0,25%   |                 | 0,37%           | 0,50%           | 0,37%          |         |
| Neutral                                     | 1,06%   | 1,10%   | 1,01%   | 0,89%           | 1,12%           | 0,88%           | 1,12%          |         |
| Bien  | 11,65%  | 11,65%  | 11,65%  | 11,61%          | 11,57%          | 11,88%          | 11,61%         |         |
| Muy bien                                    | 4,47%   | 4,40%   | 4,56%   | 4,46%           | 4,48%           | 4,46%           | 4,49%          |         |
| No procede / No aplica                      | 73,41%  | 73,41%  | 73,42%  | 74,11%          | 73,51%          | 72,77%          | 73,41%         | 100,00% |
| NS  | 8,24%   | 8,13%   | 8,35%   | 8,04%           | 8,21%           | 8,42%           | 8,24%          |         |
| NC  | 0,47%   | 0,44%   | 0,51%   | 0,89%           | 0,37%           | 0,50%           | 0,37%          |         |
|   | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
| Media (1-5)                                 | 4,09    | 4,06    | 4,13    | 4,21            | 4,08            | 4,05            | 4,08           | 6,00    |
| Error típico de la media                    | 0,06    | 0,09    | 0,08    | 0,12            | 0,11            | 0,13            | 0,11           | --      |
| N válido                                    | 152     | 82      | 70      | 19              | 48              | 37              | 48             |         |
|   | 850     | 455     | 395     | 112             | 268             | 202             | 267            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 188: Opinión sobre los trabajadores sociales que lo han atendido alguna vez en el centro de salud  
(Pediatría)

| Trabajadores Sociales<br>(pediatría) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                |    |
|--------------------------------------|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|                                      | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años | NC |
| Muy Mal                              | 0,64%   | 1,19%   |         |                 |                 | 2,70%           |                |    |
| Mal                                  | 0,64%   | 1,19%   |         | 4,76%           |                 |                 |                |    |
| Neutral                              | 1,28%   | 1,19%   | 1,39%   |                 | 2,04%           |                 | 2,04%          |    |
| Bien                                 | 13,46%  | 13,10%  | 13,89%  | 14,29%          | 14,29%          | 10,81%          | 14,29%         |    |
| Muy bien                             | 4,49%   | 4,76%   | 4,17%   | 4,76%           | 4,08%           | 5,41%           | 4,08%          |    |
| No procede / No aplica               | 71,79%  | 71,43%  | 72,22%  | 71,43%          | 71,43%          | 70,27%          | 73,47%         |    |
| NS                                   | 7,05%   | 5,95%   | 8,33%   | 4,76%           | 8,16%           | 8,11%           | 6,12%          |    |
| NC                                   | 0,64%   | 1,19%   |         |                 |                 | 2,70%           |                |    |
|                                      | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| Media (1-5)                          | 4,00    | 3,89    | 4,14    | 3,80            | 4,10            | 3,86            | 4,10           |    |
| Error típico de la media             | 0,15    | 0,24    | 0,14    | 0,49            | 0,18            | 0,51            | 0,18           |    |
| N válido                             | 32      | 18      | 14      | 5               | 10              | 7               | 10             |    |
|                                      | 156     | 84      | 72      | 21              | 49              | 37              | 49             |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 189: Opinión sobre los trabajadores sociales que lo han atendido alguna vez en el centro de salud  
(Enfermería y/o rehabilitación)

| Trabajadores Sociales<br>(enfermería) | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                |    |
|---------------------------------------|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|                                       | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años | NC |
| Muy Mal                               |         |         |         |                 |                 |                 |                |    |
| Mal                                   | 0,43%   |         | 0,92%   |                 |                 | 1,79%           |                |    |
| Neutral                               | 0,85%   | 0,80%   | 0,92%   |                 | 1,37%           |                 | 1,35%          |    |
| Bien                                  | 9,40%   | 9,60%   | 9,17%   | 9,68%           | 9,59%           | 8,93%           | 9,46%          |    |
| Muy bien                              | 5,56%   | 5,60%   | 5,50%   | 6,45%           | 5,48%           | 5,36%           | 5,41%          |    |
| No procede / No aplica                | 76,92%  | 76,80%  | 77,06%  | 77,42%          | 76,71%          | 76,79%          | 77,03%         |    |
| NS                                    | 6,84%   | 7,20%   | 6,42%   | 6,45%           | 6,85%           | 7,14%           | 6,76%          |    |
| NC                                    |         |         |         |                 |                 |                 |                |    |
|                                       | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| Media (1-5)                           | 4,24    | 4,30    | 4,17    | 4,40            | 4,25            | 4,11            | 4,25           |    |
| Error típico de la media              | 0,11    | 0,13    | 0,19    | 0,24            | 0,18            | 0,31            | 0,18           |    |
| N válido                              | 38      | 20      | 18      | 5               | 12              | 9               | 12             |    |
|                                       | 234     | 125     | 109     | 31              | 73              | 56              | 74             |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Por otra parte, también se indagó sobre si el mismo enfermero/a es el que le atiende cada vez que asiste a consulta, en este caso el 48,72% se manifestó afirmativamente, mientras que el 44,44% indicó lo contrario (tabla 190).

Tabla 190: Recibe atención por el mismo enfermero/a cada vez que acude a cita

| Atendido por el mismo enfermero/a | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                |    |
|-----------------------------------|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|                                   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años | NC |
| Si                                | 48,72%  | 48,80%  | 48,62%  | 48,39%          | 49,32%          | 48,21%          | 48,65%         |    |
| No, siempre es diferente          | 44,44%  | 44,80%  | 44,04%  | 45,16%          | 43,84%          | 44,64%          | 44,59%         |    |
| NS, es primera vez                | 4,70%   | 4,00%   | 5,50%   | 3,23%           | 4,11%           | 7,14%           | 4,05%          |    |
| NC                                | 2,14%   | 2,40%   | 1,83%   | 3,23%           | 2,74%           |                 | 2,70%          |    |
|                                   | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| N válido                          | 234     | 125     | 109     | 31              | 73              | 56              | 74             |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Al grupo entrevistado se le planteó la interrogante, si es atendido por el mismo médico general y/o especialista, en cada cita médica que acude, en el caso de quienes asistían a medicina general y/o especialización el 85% indicó afirmativamente (tabla 191); para pediatría el 82% también se expresó en forma positiva (tabla 192); y el área de enfermería y/o rehabilitación, el 88% también se expresó afirmativamente (tabla 193).

Tabla 191: Atención por el/la mismo médico habitual  
(Medicina general y/o especialista)

| Atendido por el/la mismo médico habitual | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC      |
|--|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |         |
| Si                                       | 85,06%  | 85,05%  | 85,06%  | 84,82%          | 85,07%          | 85,15%          | 85,39%         |         |
| No, siempre es diferente                 | 14,47%  | 14,29%  | 14,68%  | 15,18%          | 14,55%          | 14,36%          | 14,23%         |         |
| NS, es primera vez                       | 0,35%   | 0,44%   | 0,25%   |                 | 0,37%           | 0,50%           | 0,37%          |         |
| NC                                       | 0,12%   | 0,22%   |         |                 |                 |                 |                | 100,00% |
|  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
| N válido                                 | 850     | 455     | 395     | 112             | 268             | 202             | 267            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 192: Atención por el/la mismo pediatra habitual  
(Pediatría)

| Atendido por el/la mismo pediatra habitual | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC      |
|--|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |         |
| Si   | 82,05%  | 82,14%  | 81,94%  | 80,95%          | 83,67%          | 83,78%          | 79,59%         |         |
| No, siempre es diferente                   | 17,31%  | 17,86%  | 16,67%  | 19,05%          | 16,33%          | 16,22%          | 18,37%         |         |
| NS, es primera vez                         | 0,64%   |         | 1,39%   |                 |                 |                 | 2,04%          |         |
| NC   |         |         |         |                 |                 |                 |                | 100,00% |
|  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |         |
| N válido                                   | 156     | 84      | 72      | 21              | 49              | 37              | 49             |         |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011



Tabla 193: Atención por el/la mismo enfermero/a habitual  
(Enfermería y/o rehabilitación)

| Atendido por el/la mismo enfermero/a habitual | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC |
|---|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |    |
| Si  | 88,46%  | 88,80%  | 88,07%  | 87,10%          | 89,04%          | 89,29%          | 87,84%         |    |
| No, siempre es diferente                      | 6,84%   | 7,20%   | 6,42%   | 6,45%           | 6,85%           | 7,14%           | 6,76%          |    |
| NS, es primera vez                            | 0,43%   |         | 0,92%   | 3,23%           |                 |                 |                |    |
| NC  | 4,27%   | 4,00%   | 4,59%   | 3,23%           | 4,11%           | 3,57%           | 5,41%          |    |
|   | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| N válido                                      | 234     | 125     | 109     | 31              | 73              | 56              | 74             |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Bajo la interrogante anterior, se le consultó al grupo acerca del género del profesional en salud que lo atendió, para el caso de quienes tuvieron cita en medicina general y/o especialidades, el 58,5% indicó género masculino y 41,4% género femenino (tabla 194); para pediatría el 36,5% manifestó que fue atendido por un hombre y el 63,5% por una mujer (tabla 195); y el área de enfermería y/o rehabilitación, el 33,4% expresó haber sido atendido por un hombre y el 65,8% por una mujer (tabla 196).

Tabla 194: Género del profesional en salud que le atendió en la cita  
(Medicina general y/o especialidad)

| Género del médico | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC      |
|-------------------|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|                   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |         |
| Hombre            | 58,47%  | 58,46%  | 58,48%  | 58,04%          | 58,58%          | 58,42%          | 58,43%         |         |
| Mujer             | 41,41%  | 41,32%  | 41,52%  | 41,07%          | 41,42%          | 41,58%          | 41,57%         |         |
| No recuerda       | 0,12%   | 0,22%   |         | 0,89%           |                 |                 |                |         |
| NC                | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
| N válido          | 850     | 455     | 395     | 112             | 268             | 202             | 267            | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 195: Género del profesional en salud que le atendió en la cita  
(Pediatría)

| Género del pediatra | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC |
|---------------------|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|
|                     | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |    |
| Hombre              | 36,54%  | 36,90%  | 36,11%  | 38,10%          | 34,69%          | 37,84%          | 36,73%         |    |
| Mujer               | 63,46%  | 63,10%  | 63,89%  | 61,90%          | 65,31%          | 62,16%          | 63,27%         |    |
| No recuerda         |         |         |         |                 |                 |                 |                |    |
| NC                  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        |    |
| N válido            | 156     | 84      | 72      | 21              | 49              | 37              | 49             |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 196: Género del profesional en salud que le atendió en la cita  
(Enfermería y/o rehabilitación)

| Género del enfermero | Género  |         |         | Rangos de Edad  |                 |                 |                | NC      |
|----------------------|---------|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|
|                      | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o menos | De 21 a 35 años | De 36 a 50 años | Más de 50 años |         |
| Hombre               | 33,76%  | 33,60%  | 33,94%  | 32,26%          | 34,25%          | 33,93%          | 33,78%         |         |
| Mujer                | 65,81%  | 65,60%  | 66,06%  | 64,52%          | 65,75%          | 66,07%          | 66,22%         |         |
| No recuerda          | 0,43%   | 0,80%   |         | 3,23%           |                 |                 |                |         |
| NC                   | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%         | 100,00%        | 100,00% |
| N válido             | 234     | 125     | 109     | 31              | 73              | 56              | 74             |         |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Por último se consultó a los entrevistados, acerca de su estado general de salud, a lo que el grupo de medicina general y/o especialidad manifestó un 61,5% considerar un estado de salud bueno a muy bueno (tabla 197); para pediatría el 81,4% tuvo igual respuesta (tabla 198); y el área de enfermería y/o rehabilitación, el 60,3% expresó similar opinión (tabla 199).

Tabla 197: Estado de salud en la actualidad  
(Medicina general y/o especialista)

| Estado general de salud<br>(medicina general) | Género  |         |         | Rangos de Edad     |                    |                    |                   | NC      |
|---|---------|---------|---------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|---------|
|   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o<br>menos | De 21 a<br>35 años | De 36 a<br>50 años | Más de<br>50 años |         |
| Muy Mal                                       | 0,82%   | 0,88%   | 0,76%   | 0,89%              | 0,75%              | 0,99%              | 0,75%             | 100,00% |
| Mal   | 5,65%   | 5,49%   | 5,82%   | 6,25%              | 5,60%              | 5,45%              | 5,62%             |         |
| Neutral                                       | 31,65%  | 31,65%  | 31,65%  | 31,25%             | 31,72%             | 31,19%             | 32,21%            |         |
| Bien  | 52,35%  | 52,31%  | 52,41%  | 52,68%             | 52,24%             | 52,48%             | 52,06%            |         |
| Muy bien                                      | 9,18%   | 9,23%   | 9,11%   | 8,93%              | 9,33%              | 9,41%              | 8,99%             |         |
| NS  | 0,35%   | 0,44%   | 0,25%   |                    | 0,37%              | 0,50%              | 0,37%             |         |
| NC  |         |         |         |                    |                    |                    |                   |         |
|   | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%            | 100,00%            | 100,00%            | 100,00%           | 100,00% |
| Media (1-5)                                   | 3,64    | 3,64    | 3,63    | 3,63               | 3,64               | 3,64               | 3,63              | 4,00    |
| Error típico de la media                      | 0,03    | 0,04    | 0,04    | 0,07               | 0,05               | 0,05               | 0,05              | --      |
| N válido                                      | 847     | 453     | 394     | 112                | 267                | 201                | 266               | 1       |
|   | 850     | 455     | 395     | 112                | 268                | 202                | 267               | 1       |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 198: Estado de salud en la actualidad  
(Pediatría)

| Estado general de salud<br>(pediatría) | Género  |         |         | Rangos de Edad     |                    |                    |                   | NC      |
|--|---------|---------|---------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|---------|
|  | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o<br>menos | De 21 a<br>35 años | De 36 a<br>50 años | Más de<br>50 años |         |
| Muy Mal                                |         |         |         |                    |                    |                    |                   | 100,00% |
| Mal                                    | 1,28%   | 1,19%   | 1,39%   |                    | 2,04%              |                    | 2,04%             |         |
| Neutral                                | 17,31%  | 16,67%  | 18,06%  | 19,05%             | 16,33%             | 18,92%             | 16,33%            |         |
| Bien                                   | 62,82%  | 63,10%  | 62,50%  | 61,90%             | 63,27%             | 62,16%             | 63,27%            |         |
| Muy bien                               | 18,59%  | 19,05%  | 18,06%  | 19,05%             | 18,37%             | 18,92%             | 18,37%            |         |
| NS                                     |         |         |         |                    |                    |                    |                   |         |
| NC                                     |         |         |         |                    |                    |                    |                   |         |
|  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%            | 100,00%            | 100,00%            | 100,00%           |         |
| Media (1-5)                            | 3,99    | 4,00    | 3,97    | 4,00               | 3,98               | 4,00               | 4,00              |         |
| Error típico de la media               | 0,05    | 0,07    | 0,08    | 0,14               | 0,09               | 0,10               | 0,09              |         |
| N válido                               | 156     | 84      | 72      | 21                 | 49                 | 37                 | 49                |         |
|  | 156     | 84      | 72      | 21                 | 49                 | 37                 | 49                |         |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

Tabla 199: Estado de salud en la actualidad  
(Enfermería y/o rehabilitación)

| Estado general de salud<br>(enfermería) | Género  |         |         | Rangos de Edad     |                    |                    |                   | NC |
|---|---------|---------|---------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|----|
|   | Total   | Hombre  | Mujer   | 20 años o<br>menos | De 21 a<br>35 años | De 36 a<br>50 años | Más de<br>50 años |    |
| Muy Mal                                 | 0,85%   | 0,80%   | 0,92%   |                    | 1,37%              |                    | 1,35%             |    |
| Mal                                     | 5,56%   | 5,60%   | 5,50%   | 6,45%              | 5,48%              | 5,36%              | 5,41%             |    |
| Neutral                                 | 33,33%  | 33,60%  | 33,03%  | 32,26%             | 32,88%             | 33,93%             | 33,78%            |    |
| Bien                                    | 52,14%  | 52,00%  | 52,29%  | 51,61%             | 52,05%             | 51,79%             | 52,70%            |    |
| Muy bien                                | 8,12%   | 8,00%   | 8,26%   | 9,68%              | 8,22%              | 8,93%              | 6,76%             |    |
| NS                                      |         |         |         |                    |                    |                    |                   |    |
| NC                                      |         |         |         |                    |                    |                    |                   |    |
|   | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00%            | 100,00%            | 100,00%            | 100,00%           |    |
| Media (1-5)                             | 3,61    | 3,61    | 3,61    | 3,66               | 3,60               | 3,64               | 3,58              |    |
| Error típico de la media                | 0,05    | 0,07    | 0,07    | 0,13               | 0,09               | 0,10               | 0,09              |    |
| N válido                                | 234     | 125     | 109     | 31                 | 73                 | 56                 | 74                |    |
|   | 234     | 125     | 109     | 31                 | 73                 | 56                 | 74                |    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

### 4.3.3. Análisis de Factores

El análisis de factores consta de cuatro fases características: el cálculo de una matriz capaz de expresar la variabilidad conjunta de todas las variables, la extracción del número óptimo de factores, la rotación de la solución para facilitar su interpretación y la estimación de las puntuaciones de los sujetos en las nuevas dimensiones. Para el análisis de factores se considerarán únicamente aquellos ítems relativos para la variable *género*.

### Estadístico de fiabilidad

Tabla 200: Estadísticos de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados | N de elementos |
|------------------|--|----------------|
| 0,715            | 0,746  | 7              |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

La fiabilidad por medio del Alfa de Cronbach basada en los elementos que corresponden a las variables *género, rango de edad, región, tipo de unidad de salud, percepción y satisfacción del servicio*, son significativos para un valor de 0,715.

## KMO y prueba de Bartlett

Tabla 201: KMO y prueba de Bartlett

|  |                         |          |
|--|-------------------------|----------|
| Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin. |                         | 0,796    |
| Prueba de esfericidad de Bartlett                    | Chi-cuadrado aproximado | 4669,731 |
|  | Gl                      | 21       |
|  | Sig.                    | 0,000    |

Fuente: elaboración propia con base en resultados de encuesta de satisfacción del estudio, 2011

La prueba KMO refleja un valor - para los ítems de las variable *género, rango de edad, región, tipo de unidad de salud, percepción y satisfacción del servicio* - de 0,796 lo cual se consideran aceptables, e indica que los valores tienen alta significancia.

## Comunalidades

La siguiente tabla contiene las *comunalidades* asignadas inicialmente a las variables (*inicial*) y las *comunalidades* reproducidas por la solución factorial (*extracción*). La comunalidad de una variable es la proporción de su varianza que puede ser explicada por el modelo factorial obtenido. Estudiando las comunalidades de la extracción se puede valorar cuáles de los criterios son peor explicados por el modelo. En este caso, la pregunta 1 (¿Qué tan satisfecho se siente con el servicio recibido por el centro de salud?), relacionada con el criterio 1 (Centro de Salud) es el peor explicado: el modelo sólo es capaz de reproducir el 29,9% de su variabilidad original.

Tabla 202: Comunalidades

|          | Inicial | Extracción |
|----------|---------|------------|
| VAR00001 | 1,000   | 0,289      |
| VAR00002 | 1,000   | 0,712      |
| VAR00003 | 1,000   | 0,831      |
| VAR00004 | 1,000   | 0,505      |
| VAR00005 | 1,000   | 0,842      |
| VAR00006 | 1,000   | 0,664      |
| VAR00007 | 1,000   | 0,682      |

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

## Varianza total

En la tabla siguiente se ofrece un listado de los autovalores de la matriz de varianzas-covarianzas y del porcentaje de varianza que representa cada uno de ellos. Los autovalores expresan la cantidad de la varianza total que está explicada por cada factor; y los porcentajes de varianza explicada asociados a cada factor se obtienen dividiendo su correspondiente autovalor por la suma de los autovalores. Por defecto, se extraen tantos factores como autovalores mayores que 1 tiene la matriz analizada. Para el análisis de los resultados de percepción de satisfacción hay dos autovalores mayores que 1, por lo que el procedimiento extrae dos factores que consiguen explicar un 69,915% de la varianza de los datos originales; estos valores corresponden a las variables *género* y *edad* (que actúan como modelo de referencia de una cultura de excelencia).

Tabla 203: Varianza Total Explicada

| Componente | Autovalores iniciales |                  |             | Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción |                  |             | Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación |                  |             |
|------------|-----------------------|------------------|-------------|--|------------------|-------------|---|------------------|-------------|
|            | Total                 | % de la varianza | % acumulado | Total  | % de la varianza | % acumulado | Total   | % de la varianza | % acumulado |
| 1          | 1,868                 | 47,780           | 47,780      | 3,479  | 49,703           | 49,703      | 3,467   | 49,523           | 49,523      |
| 2          | 1,123                 | 28,715           | 76,494      | 1,005  | 14,360           | 64,063      | 1,018   | 14,540           | 64,063      |
| 3          | 0,302                 | 7,735            | 84,230      |  |                  |             |   |                  |             |
| 4          | 0,249                 | 6,371            | 90,600      |  |                  |             |   |                  |             |
| 5          | 0,197                 | 5,029            | 95,629      |  |                  |             |   |                  |             |
| 6          | 0,134                 | 3,431            | 99,061      |  |                  |             |   |                  |             |
| 7          | 0,037                 | 0,939            | 100,000     |  |                  |             |   |                  |             |

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

## Matriz de componentes

La matriz de componentes, la cual toma los mismos de la anterior es decir los componentes 1 y 2 (que corresponden a *género* y *edad*), correspondiendo los principales a las preguntas 3, 5, 7, 8 y 9 que corresponden a: *región geográfica*, *tipo de visita* (medicina general, pediatría, enfermería), *percepción de la atención*.

Tabla 204: Matriz de Componentes <sup>(a)</sup>

|          | Componente |        |
|----------|------------|--------|
|          | 1          | 2      |
| VAR00001 | -0,003     | -0,007 |
| VAR00002 | 0,014      | 0,999  |
| VAR00003 | 0,885      | -0,028 |
| VAR00004 | 0,579      | -0,020 |
| VAR00005 | 0,848      | -0,025 |
| VAR00006 | 0,838      | 0,042  |
| VAR00007 | 0,764      | -0,073 |
| VAR00008 | 0,979      | 0,007  |
| VAR00009 | 0,824      | -0,003 |
| VAR00010 | 0,849      | 0,090  |

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

<sup>(a)</sup> 3 componentes extraídos

## Rotación Varimax

Con la rotación varimax se pretende observar claramente donde se ubican las variables y si se ajustan a los conceptos previamente definidos. La tabla que aparece a continuación muestra dos componentes, se pueden observar que es significativa la agrupación para el componentes uno, teniendo mayores valores en el componente uno lo que indica que el *género* es importante para efectos de la percepción de la calidad de la Institución. La rotación ha convergido con 3 iteraciones, los valores negativos pueden eliminarse.



Tabla 205: Matriz de Componentes rotados <sup>(a)</sup>

|          | Componente |        |
|----------|------------|--------|
|          | 1          | 2      |
| VAR00001 | -0,003     | -0,008 |
| VAR00002 | -0,091     | 0,995  |
| VAR00003 | 0,993      | 0,064  |
| VAR00004 | 0,578      | 0,040  |
| VAR00005 | 0,846      | 0,064  |
| VAR00006 | 0,829      | 0,130  |
| VAR00007 | 0,768      | 0,008  |
| VAR00008 | 0,973      | 0,109  |
| VAR00009 | 0,820      | 0,083  |
| VAR00010 | 0,835      | 0,178  |

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

<sup>(a)</sup> La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

La matriz de transformación de las componentes sirve para observar si los componentes son independientes, si hubiera correlación se debe descartar el análisis de factores.

Tabla 206: Matriz de Transformación de los Componentes

| Componente | 1      | 2     |
|------------|--------|-------|
| 1          | 0,995  | 0,105 |
| 2          | -0,105 | 0,995 |

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Los resultados obtenidos indican que no existe correlación entre los componentes por lo tanto el análisis de factores es procedente. Puesto que los análisis de las encuestas de satisfacción son de tipo perceptivo, se realizaron las pruebas de análisis de factores para comprobar la validez de las respuestas y del modelo que se planteará en la propuesta de la investigación.

## **4.4. El CMI aplicado al Sector Salud**

### **4.4.1. Perspectiva**

El empleo del *Cuadro de Mando Integral* (CMI) en las empresas públicas se ha acrecentado con el paso del tiempo, desde que viera su concepción en los noventa. Esta herramienta procede de la empresa privada, sin embargo el empleo de modelos y técnicas de gestión hacia el sector público es una realidad hoy día, y particularmente en el Sector Salud, se han dado recientemente iniciativas con el propósito de utilizar esta técnica para mejorar su gestión.

En el presente apartado de la investigación, se efectuó una revisión documental de los trabajos publicados sobre este tema. Esos documentos permitirán, en primer lugar, determinar el grado de desarrollo de la herramienta desde el punto de vista teórico, en el ámbito de salud, y en segundo lugar, valorar los componentes utilizados en cada propuesta para formular un modelo óptimo. Es decir esta parte de la investigación tiene dos afluentes: un análisis desde el punto de vista teórico y otro de la implementación de la herramienta, enfocado en el Sector Salud.

### **4.4.2. El Cuadro de Mando Integral en el Sector Salud**

En 1992, en la revista *Harvard Business Review*, el profesor de dicho centro de estudios, Robert S. Kaplan y el consultor empresarial de Boston, David P. Norton, publicaron conjuntamente un artículo denominado *The Balanced Scorecard*, el cual complementaba los estudios previos del profesor Kaplan sobre la medida de rendimiento de las organizaciones (Kaplan; 1992: 71). En principio los cuadros de mando que se utilizaban, reflejaban el nivel alcanzado en la consecución de objetivos, principalmente económico-financiero, este modelo ha prevalecido hasta la actualidad, a pesar, de que las organizaciones han modificado la visión estratégica con el tiempo (Muslera-Canclini; 2004: 38-44).

El Cuadro de Mando Integral, basa su utilidad en el precepto de que no es en la definición de la estrategia empresarial donde se encuentra el mayor número de fracasos empresariales, sino en la deficiente ejecución de la misma, el Cuadro de Mando Integral señala por consiguiente un camino organizado para llevar a cabo lo que ya anticipadamente se sabe anticipadamente debe hacerse para lograr el éxito empresarial (Martínez; 2006: 21).

Para efectos de integrar todas las aristas bajo las que puede contemplarse la gestión de una empresa, el Cuadro de Mando Integral propone, en principio, cuatro aspectos esenciales: a) perspectiva financiera; b) perspectiva del cliente; c) perspectiva del proceso interno, y; d) perspectiva de aprendizaje y crecimiento (Santos y Fidalgo; 2004: 85-116).

Tradicionalmente la perspectiva financiera es la que desarrolla el Cuadro de Mando Integral empleados por las empresas, para efectuar el control de la gestión al nivel más alto. Recientemente se incorporó la perspectiva correspondiente al cliente y al aprendizaje organizacional (Martínez; 2006: 28).

De acuerdo con Urrutia (2003: 333-337), la elección de las perspectivas obedece a una lógica que es: los indicadores de la perspectiva de aprendizaje explican cómo la organización generará valor en el futuro, la de procesos y clientes explican cómo se genera valor en el presente y la financiera explica cómo se generó valor en el pasado. Esta concepción es congruente con muchos trabajos en el mundo empresarial que ponen de manifiesto que los sistemas tradicionales para evaluar el desempeño se centraban sobre todo en medidas financieras, que en una gran cantidad de casos, obstaculizan el crecimiento y éxito de la organización.

Por otra parte, el Cuadro de Mando Integral contiene una serie de indicadores en los que se refleja la estrategia organizacional y que permiten evaluar la estrategia y su ejecución. Con el propósito de dar refuerzo a la herramienta y de pasar de la teoría a la práctica en una forma sencilla, se incorporan algunos conceptos provenientes principalmente del campo de la planificación estratégica, permitiendo seleccionar aquellos indicadores necesarios y suficientes en cada una de las perspectivas con base en un análisis integral de la organización y de las relaciones entre los diferentes procesos involucrados en su actividad cotidiana.

Tabla 207: Perspectivas del Cuadro de Mando Integral

|  |
|--|
| <p>La perspectiva <i>financiera</i>: los indicadores muestran si la estrategia de una empresa, su puesta en práctica y ejecución, están contribuyendo a la obtención de los mejores <i>resultados</i>. Indicadores relacionados: costo por paciente, costo por GRC, facturación a terceros.</p>  |
| <p>La perspectiva del <i>cliente</i>: identifica los segmentos de <i>clientes</i> y <i>sociedad</i>, en los que compite la empresa, así como las medidas de desempeño de ésta en los segmentos seleccionados. Indicadores relacionados: perspectiva de satisfacción del paciente, cantidad de reclamos y/o demandas interpuestas.</p>  |
| <p>La perspectiva del <i>proceso interno</i>: identifica los procesos críticos internos en los que la organización debe ser excelente. Las medidas de los procesos internos se basan en aquellos procesos que tienen mayor impacto en la satisfacción del cliente y en la consecución de los objetivos financieros de la organización. Indicadores relacionados: listas de espera, índice de ocupación, estancia media, tasa de re-ingresos.</p> |
| <p>La perspectiva de <i>aprendizaje y crecimiento</i>: identifica las habilidades, conocimientos y actitudes de las personas, las cuales son la base sobre la que se sustenta cualquier organización empresarial, por tal razón lograr trabajadores motivados y satisfechos es importante al analizar dicha perspectiva. Indicadores relacionados: satisfacción, retención, capacitación, ausentismo, horas de formación por colaborador.</p>    |

Fuente: elaboración propia con base en Martínez (2006).

Las empresas de servicios, particularmente las del Sector Salud, tradicionalmente han desarrollado sus actividades en un entorno estable y no competitivo, por lo general regulado y protegido, con muy poca libertad para acceder nuevos negocios o fijar precios a sus servicios. Hoy día, la tendencia en el Sector Salud es la descentralización y autonomía de gestión, y ello exige tener nuevas habilidades para lograr el éxito en un mercado competitivo. Consecuencia de esto, las organizaciones tienen que ser conscientes de la importancia de sus activos, y reconocer que son los intangibles los que marcan la diferencia en un mercado competitivo (Santos y Fidalgo, 2004).

La realidad contemporánea es que la gestión de los intangibles resulta vital para el éxito de las organizaciones, públicas y privadas, y en pocas empresas se da un uso tan intensivo del conocimiento, como en el Sector Salud. Por tal razón, teniendo presente que el mercado costarricense es regulado en el ámbito sanitario, parece oportuno indagar la situación actual de la investigación en este campo.

### 4.4.3. Metodología

La técnica consistió en localizar todos los trabajos publicados en una temática particular, el Cuadro de Mando Integral en el Sector Salud, escritos en español o por hispanohablantes en lengua inglesa. Para esto se procedió de la siguiente forma:

Se realizó una búsqueda en las bases de datos académicas internacionales de más prestigio y difusión, a saber: GOOGLE SCHOLAR, EBSCO HOST, SCIENCE DIRECT y PUB MED (más orientada al Sector Sanitario). Las palabras claves utilizadas fueron: Cuadro de Mando Integral/ Cuadro de Mando / hospital / salud / sanidad / centros hospitalarios, tanto en español como en inglés (*Balanced Scorecard + hospital / health / healthcare / public health*). Se partió desde el año 1992, fecha en que se publicó la herramienta por parte de Kaplan y Norton, hasta diciembre de 2010, último año completo hasta la actualidad.

Tabla 208: Parámetros de búsqueda

| Parámetros de Búsqueda |   |  |
|------------------------|---|--|
| Bases de datos         | GOOGLE SCHOLAR + SCIENCE DIRECT + EBSCO HOST + PUB MED  |  |
| Palabras Clave         | Español   | Inglés   |
|                        | Cuadro de Mando Integral + hospital / salud / sanidad / centros sanitarios / sector salud / salud publica | <i>Balanced Scorecard + hospital / health / healthcare / public health</i> |
| Período                | Desde 1992 hasta 2010 (19 años)   |  |

Fuente: elaboración propia, 2011

Al efectuar una búsqueda simple da como resultado una cantidad considerable de documentos relacionados (alrededor de 21.000 resultados), por lo tanto se afinó la revisión considerando tres parámetros particulares:

- a) Perspectivas utilizadas. Al utilizar el Cuadro de Mando Integral, es importante revisar cuántas y cuáles perspectivas se incorporarán al modelo. Para el caso del Sector Salud, en la parte de clientes, una perspectiva importante debe ser la salud del paciente, sin duda un indicador prioritario con el que debería configurarse la herramienta, aunque esto no siempre es así.
- b) Indicadores a utilizar. El Sector Salud cuenta ya con una gran cantidad de indicadores, el objetivo de utilizar un Cuadro de Mando Integral es identificar aquellos más críticos que permitan implantar y gestionar la estrategia.
- c) Modelo del Cuadro de Mando Integral. Se tienen hoy día al menos tres diferentes modelos, llamados por los autores *generaciones*.
  - a. La *primera generación* combina indicadores financieros y no-financieros con las cuatro perspectivas clásicas: financiera, cliente, procesos, aprendizaje y crecimiento.
  - b. La *segunda generación* enfatiza la relación causa-efecto (excluida en la primera) entre indicadores y objetivos estratégicos, este modelo por lo general utiliza mapas estratégicos para ilustrar la relación entre indicadores y estrategia (Speckbacher et al; 2003: 364-387).
  - c. La *tercera generación* se caracteriza por la incorporación de sistemas de control estratégicos, que incluyen planes de acción y que están asociados a incentivos por cumplimiento, los autores de esta *generación* explican que el empleo de las relaciones causa-efecto para describir la estrategia no es suficiente para cambiar el comportamiento de la organización y se requiere incluir incentivos para que los planes se cumplan a cabalidad (Speckbacher et al; 2003:364-387).

#### **4.4.4. Resultados**

Con los parámetros señalados anteriormente, se obtuvieron 23 trabajos publicados, en el ámbito de la medicina. A continuación se detallan los trabajos publicados de acuerdo con su fuente de publicación:

Tabla 209: Estudios realizados aplicando el CMI al Sector Salud, 1992-2010

| No | Año  | Título  | Autor   | Fuente  | ISBN      | Base de Datos | Tipo de Organización | Teórico / Práctico | Perspectivas | No indicadores |
|----|------|---|---|---|-----------|---------------|----------------------|--------------------|--------------|----------------|
| 1  | 2002 | Implantación de un Cuadro de Mando para seguimiento de los resultados de calidad pactados por los servicios hospitalarios | Dolores Montserrat, José; Ramón Martínez, Margarita; Alonso Olga Meirás; Ana Franco; Isabel García; Francisco Villanova; Alfredo García | Revista Calidad Asistencial 202; 17(2): 93-8        | 1134-282X | Dialnet       | Público              | Práctico           | -            | -              |
| 2  |      | Cuadro de Mando Integral a nivel hospitalario basado en indicadores del modelo EFQM de excelencia                         | A Oteo Ochoa; G. Pérez Torrijos; D Silva Sánchez  | Gestión Hospitalaria; 13 (1) pp-9-25                | 0214-8919 | Dialnet       | Público              | Teórico            | -            | -              |
| 3  | 2003 | Selección de indicadores en un hospital a través del modelo de Cuadro de Mando Integral                                   | Ignacio Urrutia de Hoyos  | Todo Hospital, No 197, pp 333-337                   | 0212-1972 | Dialnet       | Público              | Teórico            | 4            | -              |
| 4  |      | La gestión por procesos asistenciales integrados  | J.M. Aranzaz; J.J. Mira, J. Beltrán   | Revista Calidad Asistencial 2003: 18 (supl 4) 48-56 |           | Dialnet       | Público              | Teórico            | -            | -              |
| 5  |      | La Cartera de servicios en una organización de salud pública  | Villalbi, JR; Guiz J; Plasencia, A; Armengou JM; Llebaría, X; Torralba, L   | Gaceta Sanitaria, 2003; 17(3) 231-7                 | 0213-9111 | Scielo        | Público              | Teórico            | 2            | 56             |

|    |      |  |   |   |           |          |         |          |   |    |
|----|------|--|---|---|-----------|----------|---------|----------|---|----|
| 6  |      | Cuadros de Mando: breve historia de su "desempeño"   | Elvira Muslera-Canclini; Paloma Fernández-Muñoz; Carmen Natal   | Revista de Calidad Asistencial; 2004 vol 19, No 1                               | 1134-282X | Elsevier | Público | Teórico  | 4 | -  |
| 7  | 2004 | Propuesta de indicadores para cuadros de mando de servicios médicos y quirúrgicos                                    | Astier Peña, MP<br>De Val Pardo, I<br>Gost Garde, J<br>Silvestre Brusto, MC<br>Larrayoz Dutrey, M<br>Chivite Izo, M<br>Galández, A  | Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI, Vol 2 no3 pp 485-508             | 1137-2966 | Elsevier | Público | Teórico  | 2 | -  |
| 8  | 2004 | Un análisis de flexibilidad del Cuadro de Mando Integral (CMI) y su adaptación a la naturaleza de las organizaciones | Santos Cebrián, M<br>Fidalgo, Cerviño   | Revista iberoamericana de contabilidad de gestión, Vol II No 4, Julio-Diciembre | 1696-294X | Dialnet  | Público | Práctico | 4 | -  |
| 9  | 2005 | Cuadro de Mando para la gestión clínica en un servicio de medicina nuclear   | Ortiz-Berrocal, J; Martínez, JR;<br>Alonso, M; Millán, I; Ayuso, B;<br>Sáinz, A   | Revista de Calidad Asistencial, Vol 20, No 5                                    | 1134-282X | Dialnet  | Público | Práctico | 2 | 63 |
| 10 | 2006 | El Cuadro de Mando Integral y la gestión del departamento de mantenimiento de un hospital                            | Antonio Fernández Abásolo; María Amalia Trillo Holgado  | Harvard Deusto Finanzas y Contabilidad, No 70, 2006                             | 1134-0827 | Dialnet  | Público | Teórico  | 2 | -  |
| 11 |      | La aplicación del Cuadro de Mando Integral en organizaciones sanitarias  | D. Ruiz Muñoz   | Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión, No 8, pp 13-22               | 1137-6317 | Dialnet  | Público | Teórico  | 4 | 12 |
| 12 |      | Hacia el Cuadro de Mando Integral por el Cuadro de Mando posible   | Modesto Martínez-Pillado; José Manuel Seco, Alfonso Suárez;<br>Rosario González-Sanjuán; Carmen Vázquez                             | Revista Calidad Asistencial, 2006. 21: 13-9                                     | 1134-282X | Elsevier | Público | Práctico | 2 | 25 |
| 13 | 2007 | El Cuadro de Mando Integral como instrumento de dirección en una organización de salud pública                       | Joan Villalbi, Joan Guix, Conrad Casas, Carme Borrell, Julia Duran, Lucia Artazcoz, Esteve Cmprubi, Meritxell Cusi, Paul Rodriguez- | Gaceta Sanitaria, Vol 21, Issue 1, Enero 2007; 60-65                            | 0213-911  | Dialnet  | Público | Práctico | 4 | -  |



|    |      |  |   |   |            |                        |         |         |   |    |
|----|------|--|---|---|------------|------------------------|---------|---------|---|----|
|    |      |  | Montuquin, Josep Armengol, Buy Jiménez  |   |            |                        |         |         |   |    |
| 14 | 2008 | ¿Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Métodos de priorización y disparidades regionales           | Sánchez Martínez, Fl  | Gaceta Sanitaria, 2008; 22 (supl 1): 126-136                              |            | Scielo                 | Público | Teórico | 4 | 30 |
| 15 |      | Recomendaciones para la elaboración de un cuadro de mando integral en el laboratorio clínico   | A.J. Benítez Estévez; I Caballé Martín; M. Torra Puig   | Revista del Laboratorio Clínico, Vol 1, No 3, Julio-Diciembre, pp 122-132 | 188-4008   | EBSCOHOST              | Privado | Teórico | 4 | -  |
| 16 |      | CMI Aplicado a la gestión del mando intermedio en un Centro de Salud   | Mozos, M  | Todo Hospital, No 249-Septiembre  | 0212-19721 | Elsevier               | Público | Teórico | 4 | -  |
| 17 | 2009 | Cuadro de Mando Integral en el laboratorio clínico: indicadores de perspectiva interna del negocio   | María Salinas La Casta; Emilio Flores Pardo; Joaquín Uris Selles                                | Gaceta Sanitaria, Vol 23, No3 Mayo-Junio 2009                             | 0213-9111  | Scielo                 | Público | Teórico | 2 | 15 |
| 18 |      | Desarrollo del Plan Estratégico Táctico Participativo y Cuadro de Mando Integral para el departamento de farmacia del Área de Salud de Tilarán | José Núñez Palma  | ICAP  |            | EBSCOHOST              | Público | Teórico | 4 | -  |
| 19 | 2010 | Implementación del cuadro de mando integral como herramienta de gestión complementaria al plan estratégico de un hospital                      | Rocío Martínez Malqui Roy Dueñas Carbajal   | Revista Electrónica de Estrategia & Negocios, Vol 2, No2 2009             | 1984-3372  | Dialnet                | Público | Teórico | 4 | 42 |
| 20 |      | Sistemas de Información en Salud e indicadores de Salud: una perspectiva integradora   | Jaume Canela-Soler David Elvira-Martínez María Jesús Labordena-Barceló; Enrique Loyola-Elizondo | Medicina Clínica, volumen 134, Supplement 1, Enero 2010, PP 3-99          |            | ScienceDirect Elsevier | Público | Teórico | 4 | -  |
| 21 |      | El uso del Cuadro de Mando Integral y del presupuesto en la gestión estratégica de los hospitales públicos                                     | David Naranjo Gil   | Gaceta Sanitaria, Vol 24, No3; p 220-224                                  | 0213-911   | Scielo                 | Público | Teórico | 4 | -  |
| 22 |      | El Cuadro de Mando Integral en la ejecución del Plan Estratégico de un hospital general  | Rocío Martínez; Roy Dueñas; Juan Miyahira; Luis Dulanto   | Revista Médica Herediana, Vol 21, No 3, Julio                             | 1018-130X  | Scielo                 | Público | Teórico | 4 | -  |
| 23 |      | El uso del Cuadro de Mando Integral y del presupuesto en la gestión estratégica de los hospitales públicos                                     | David Naranjo Gil   | Gaceta Sanitaria, Vol 24, No3, Mayo-Jun 2010                              | 0213-9111  | Scielo                 | Público | Teórico | 4 | -  |

Fuente: elaboración propia, 2011

En relación con los resultados obtenidos, puede decirse que:

- En Costa Rica, investigaciones relativas al CMI, se empiezan a publicar, 17 años después que en Estados Unidos, exactamente en el año 2009.
- Existen pocos trabajos 2-3 por año, con excepción del año 2010 que fue el más prolífico: 5 trabajos.
- La revista “*Gaceta Sanitaria*” es el medio con más publicaciones (6), seguido de “*Calidad Asistencial*” (5)
- Existe un predominio de los trabajos sobre instituciones públicas en relación con las privadas.
- Se observa una mayoría de trabajos teóricos en comparación con los que analizan la implementación práctica.

## **4.5. Análisis de los principales modelos de calidad enfocados al Sector Salud**

### **4.5.1. Modelo EFQM**

EFQM constituye el acrónimo en inglés de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (*European Foundation for Quality Management*) que es una «*organización sin ánimo de lucro creada en 1988 por 14 importantes empresas europeas*<sup>3</sup>». La razón de ser de esta organización, es ser la «*fuerza de excelencia en las organizaciones europeas de manera sostenida*». Su visión, sería conseguir «*un mundo en que las organizaciones europeas sobresalgan por su excelencia*».

En 1991, con financiación de la Unión Europea, la EFQM creó un modelo de evaluación de la calidad destinado a facilitar la introducción de la Gestión de la Calidad Total en las empresas europeas. Desde 1999 dicho Modelo se conoce como «Modelo EFQM de Excelencia 2000». Es importante señalar que se trata de un modelo de evaluación, más concretamente de autoevaluación, y no de un modelo de acreditación externa.

También hay que señalar que desde 1992 la EFQM convoca, junto con la Comisión Europea y la Organización Europea para la Calidad (EOQ), el Premio Europeo a la Calidad, que sí implica una auditoría externa. Desde 1996 al Premio pueden presentarse organizaciones del sector público, y desde 1997 las Pequeñas y Medianas empresas.

La idea central del modelo EFQM se sintetiza de la siguiente manera: «*La satisfacción de los clientes y empleados, se consiguen mediante un liderazgo que impulse la política y estrategia de la organización a través de una adecuada utilización de los recursos humanos, y el resto de los recursos con una perfecta gestión de los procesos más importantes de la organización con objeto de conseguir unos resultados excelentes*» (EFQM; 2011).

---

<sup>3</sup> Las compañías originales fueron: Bosch, BT, Bull, Ciba-Geigy, Dassault, Electrolux, Fiat, KLM, Nestlé, Olivetti, Philips, Renault, Sulzer y Volkswagen.

El modelo se aplica principalmente en empresas e industrias. En los últimos años ha comenzado a utilizarse en el sector salud (Mira et al; 1998: 92-97). Es por lo tanto, un modelo importado al sector sanitario, a diferencia del modelo de la JCAHO, que nació en el propio medio de salud.

El modelo consta de nueve criterios de evaluación: cinco criterios «*agentes facilitadores*» y cuatro criterios de «*resultados*». Cada criterio consta a su vez de varios subcriterios, hasta sumar un total de 32 criterios. Los «*agentes facilitadores*» tratan de medir en qué grado una organización se orienta según los principios de Calidad Total. Los criterios «*resultados*» miden cómo dicha orientación repercute en lo que la organización logra.

El modelo entrelaza todos los criterios bajo la premisa que «*los Resultados excelentes con respecto al Rendimiento de la Organización, a los Clientes, las Personas y la Sociedad se logran mediante el Liderazgo que dirija e impulse la Política y Estrategia, las Personas de la Organización, las Alianzas, los Recursos y los Procesos*». (EFQM; 2011).

El proceso de autoevaluación de la organización permite identificar los puntos fuertes que deben potenciarse y las áreas de mejora. Cada uno de los criterios y subcriterios tiene un peso específico dentro de un sistema de puntuación, cuyo máximo alcanzable es 1.000 puntos, 500 para el conjunto de los criterios agentes, y otros 500 para los criterios de resultados. La asignación de puntos dentro del proceso de autoevaluación se hace siguiendo el esquema o Matriz de Puntuación REDER, que analiza sucesivamente en cada criterio y subcriterio, los Resultados, el Enfoque, el Despliegue y la Evaluación y Revisión.

En el año 2000 se hizo pública una adaptación del Modelo EFQM de Excelencia para la evaluación de Centros Sanitarios, que se presenta en la ilustración 44, a continuación se explicará la adaptación efectuada para cada uno de los criterios que conforman el modelo de calidad.

## Ilustración 44: Modelo EFQM adaptado a la Salud Pública



Fuente: *European Foundation for Quality Management*, 2011

- El criterio *Liderazgo* se define como:

*«Es responsabilidad de los líderes excelentes desarrollar la misión, la visión, y los valores de la Organización. Asimismo, también debe promover la sistemática que proporcione un éxito sostenido, siendo un ejemplo por sus acciones y comportamientos. En períodos de cambio actúan con coherencia, manteniéndose fieles al propósito de la Organización y, cuando resulta necesario, son capaces de reorientarla arrastrando tras ellos al resto de las personas»* (Ferrando, 2005: 34).

En esta variable se incluirá la misión, visión, valores, encontrados en cada uno de los centros hospitalarios y a las expectativas tanto de usuarios internos y externos, a la existencia de planes, claridad en la población meta, información relevante, al conocimiento, revisión y actualización de los procesos críticos o esenciales.

Esta variable ha de reflejar cómo todos los que tienen alguna responsabilidad en la Institución estimulan, apoyan y fomentan la gestión de calidad como proceso fundamental de la Institución para la mejora continua.

- El criterio *Política y estrategia* se define como:

*«La misión y visión de las organizaciones excelentes se llevan a la práctica mediante el desarrollo de una estrategia basada en todos sus grupos de interés y que se hace realidad a través de políticas, planes, objetivos y procesos» (Ferrando, 2005: 44).*

Incluirá la adecuación de las políticas a la realidad de los Hospitales y Áreas de Salud Públicas de Costa Rica y a las expectativas tanto de usuarios internos y externos, a la existencia de planes, claridad en la población meta, información relevante, al conocimiento, revisión y actualización de los procesos críticos o esenciales.

Esta variable ha de reflejar cómo la planificación y la estrategia de la Institución asumen el concepto de gestión de calidad y cómo los principios de la gestión de calidad se utilizan en la formulación, revisión y mejora de la estrategia y la planificación.

- El criterio *Personas* se define como:

*«La Organización gestiona, desarrolla y aprovecha el conocimiento y todo el potencial de las personas que la componen, tanto a escala individual, como de equipos o de la Unidad en su conjunto; y cómo planifica estas actividades en apoyo de su estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos» (Ferrando, 2005: 48).*

En esta variable incluye la planificación, desarrollo, preservación de los recursos humanos gestionados localmente, con énfasis en el desarrollo de equipos de trabajo, a través del compromiso, la comunicación, la retribución y el reconocimiento. Enfatiza el rol de los usuarios externo como árbitro final de la calidad de los servicios, incluye la experiencia y lealtad de los usuarios.

El diagnóstico deberá mostrar cómo se actúa para mejorar las condiciones del personal y cómo se realiza su gestión para la mejora continua de la Institución. Estos principios habrán de orientar su funcionamiento, aunque exista un ordenamiento jurídico en materia de personal que atribuya la competencia de su gestión a diferentes unidades de la Administración Pública.

- El criterio *Recursos y Alianzas* se define como:

*«La Organización planifica y gestiona sus alianzas externas y sus recursos internos en apoyo de su estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos» (Ferrando, 2005: 58).*

Incluye el desarrollo y gestión de alianzas con organizaciones civiles, gubernamentales, públicas y privadas; y la gestión de los recursos económicos y financieros, de edificios y materiales; y de la tecnología, la información y el conocimiento, en concordancia con las políticas, estrategias y objetivos planteados en la Institución.

El diagnóstico deberá mostrar cómo actúa la Institución para mejorar de manera continua la gestión de los recursos. Asimismo, estos principios habrán de orientar el funcionamiento de la Institución, aun cuando en la Administración Pública exista una normativa que regule la utilización de los medios y fondos públicos, sin que los hospitales posean una autonomía completa en su gestión.

- El criterio *Procesos* se define como:

*«La Organización diseña, gestiona y mejora sus procesos para apoyar su política y estrategia y para satisfacer plenamente, generando cada vez mayor valor, a sus clientes y otros grupos de interés» (Ferrando, 2005: 65).*

Incluye el diseño y gestión sistemática de los procesos críticos para el éxito de la Institución; si se analizan los procesos de producción, entrega y asistencia de los

servicios, ya sea pre-motivos, preventivos, curativos y de rehabilitación, de manera que generen valor agregado. Tomando en cuenta la gestión y mejora de las relaciones con los usuarios, es decir, la gestión de procesos desde la perspectiva del usuario.

En un hospital habrá una serie de procesos que necesitan ser redirigidos y mejorados. De entre todos los procesos algunos resultarán críticos para el éxito del hospital. Por eso, se hace imprescindible identificarlos y dedicar a ellos una atención singular.

- El criterio *Resultados en los Clientes* se define como:

*«Las organizaciones excelentes logran resultados sobresalientes en sus clientes» (Ferrando, 2005: 78).*

Incluye el conocimiento sobre la percepción y experiencia de los usuarios sobre los servicios que la Institución brinda, incluye la accesibilidad, la comunicación, la capacidad de respuesta, la gestión de reclamos, el tiempo de respuesta, el costo, la innovación, entre otros. También incluye los indicadores de rendimiento relacionados con la satisfacción de los usuarios, como por ejemplo la tasa de uso, la fiabilidad, tasa de reclamos, tasa de ausentismo a consultas y/o convocatorias, participación. E igualmente la lealtad del usuario medido por concentración de consulta.

El cliente es todo aquel que se beneficia directamente de las actividades de la Institución. Son clientes directos los pacientes, familia y allegados. También son clientes las instituciones y las empresas en las que van a integrarse estos pacientes, así como la comunidad de la que forman parte.

La satisfacción de los clientes (pacientes, familia y allegados) de un hospital se puede medir directa e indirectamente. Las medidas directas se identifican con las percepciones de los clientes (¿Está usted de satisfecho con...?) y, en cuanto tales, tienen un carácter subjetivo; las indirectas se basan en aspectos complementarios (¿Cuántas quejas se han recibido en un periodo?) y siempre aportan medidas objetivas de la realidad.



- Variable *Recursos del Personal* se define como:

*«Las organizaciones excelentes logran resultados sobresalientes en las personas que forman parte de ellas» (Ferrando, 2005: 82).*

Incluye las medidas de percepción obtenidas a través de métodos cualitativos; y los indicadores de rendimiento relacionado con la satisfacción de las necesidades y expectativas del personal. En esta variable se analizan aspectos como quejas, tasas de ausentismo, tasa de rotación, reconocimientos a individuos y equipos, niveles de formación y desarrollo.

El Personal se define como cualquier persona, sea cual fuere su responsabilidad y su especialidad, que presta sus servicios en la Institución.

La satisfacción del personal de un hospital se puede medir directa e indirectamente. Las medidas directas se identifican con las percepciones de los empleados (p. ej.: ¿Está Ud. de satisfecho con...?) y, como tales, tienen un carácter subjetivo; las indirectas se basan en aspectos complementarios (p. ej.: ¿Cuál ha sido el ausentismo durante el periodo?) y siempre son medidas objetivas de la realidad.

- El criterio *Impacto en la Sociedad* se define como:

*«Las organizaciones excelentes logran resultados sobresalientes en la sociedad» (Ferrando, 2005: 86).*

Incluye medidas de percepción sobre la satisfacción de las necesidades y expectativas de la comunidad obtenidas a través de métodos cualitativos; por ejemplo, la incidencia en la economía local, la participación en el desarrollo comunitario, mejoras en el ambiente, disminución de la contaminación; y medidas de rendimiento como por ejemplo, la reducción de desechos sólidos, conservación de la energía, motivación con premios recibidos.

Este criterio medirá el impacto de la Institución en la sociedad en aquellos asuntos que no están relacionados ni con sus responsabilidades primarias, ni con sus

obligaciones estatutarias. Los resultados de estas actividades se presentarán en los criterios satisfacción del cliente y resultados de la Institución.

El impacto social del hospital se puede medir directa e indirectamente. Las medidas directas se identifican con las percepciones de la sociedad en su conjunto (¿Está usted de satisfecho con...?) y, como tales, tienen un carácter subjetivo; las indirectas se basan en aspectos complementarios y siempre son medidas objetivas de la realidad.

- El criterio *Resultados Claves* se define como:

*«Describe lo que la organización está logrando en relación al desempeño planeado y la existencia de indicadores internos que monitorean el progreso hacia el logro de los resultados» (Ferrando, 2005: 94).*

Incluye los resultados e indicadores claves que miden lo que la Institución está obteniendo en relación con los objetivos planteados. En esta variable se analizan, por ejemplo las medidas financieras como el cumplimiento del presupuesto, relación del presupuesto, entre el primero y segundo nivel, e indicadores de rendimiento como la cobertura, de calidad, de costos, niveles de ocupación, entre otros.

Son resultados de la Institución, de gestión o social, a corto, medio y largo plazo, que contribuya al éxito de la misma, que sea medible de forma directa o indirecta y que se derive con certeza de la ejecución de la planificación y de la estrategia de la Institución (variable 2), así como de los procesos críticos (variable 5).

Los resultados del hospital constituyen, en primer término, medidas de la eficiencia y la efectividad en la salud del paciente y en el resto de los servicios prestados. En su valoración se tendrán en cuenta las circunstancias particulares que concurren en cada caso.

## 4.5.2. Modelo de la JCIA/JCAHO

La *Joint Commission International Accreditation* (JCIA) fue creada en 1994 por la JCAHO y la *Quality Healthcare Resources Inc*, una empresa filial de la JCAHO cuyo nombre en la actualidad es *Joint Commission Resources Inc*.

La JCAHO y la JCIA son organizaciones independientes, no gubernamentales y sin fines de lucro. Al año 2010, la JCAHO acreditaba a más de 20.000 organizaciones, centros o servicios sanitarios estadounidenses del campo hospitalario, atención, primaria, salud mental, atención domiciliaria, centros de larga estancia, redes de asistencia sanitaria.

En el informe de 2011, la JCIA cita tres hospitales costarricenses acreditados con esta metodología:

Tabla 210: Hospitales de Costa Rica Acreditados por la JCIA, 2011

|  |
|--|
| Hospital CIMA<br>Programa: Hospital<br>Primera acreditación: 1 de mayo de 2008<br>Reacreditacion: 1 de julio de 2011                     |
| Hospital Clínica Bíblica<br>Programa: Hospital<br>Primera acreditación: 13 de octubre de 2007<br>Reacreditacion: 19 de noviembre de 2010 |
| Hospital La Católica<br>Programa: Hospital<br>Primera acreditación: 24 de junio de 2009  |

Fuente: *Joint Commission International*, 2011

En el año 2000 la JCIA hizo públicos los primeros Estándares Internacionales de Acreditación de Hospitales, que son la base para la acreditación de centros fuera de los Estados Unidos de Norteamérica.

En junio de 2011, la JCIA recibió una acreditación por cuatro años por parte de la Sociedad Internacional para la Calidad en Atención de la Salud (ISQua). La acreditación

ISQua garantiza que los estándares, la capacitación y los procesos utilizados por JCI en la evaluación del desempeño de las organizaciones de atención de la salud cumplen con los más altos parámetros internacionales vinculados a la acreditación de entidades.

Los parámetros internacionales fueron desarrollados por un equipo de 16 miembros procedentes de varios países, con la colaboración de la ISQua. Los parámetros se organizan en torno a funciones importantes de la organización agrupadas en dos grandes bloques: funciones centradas en el paciente, y funciones orientadas a facilitar una organización, segura, eficaz y bien gestionada.

Cada parámetro define las estructuras y los procesos que ha de tener desarrollados una institución para poder ofrecer una buena calidad asistencial. El enunciado de cada parámetro va acompañado de una explicación amplia del propósito del mismo que permite su comprensión y de los elementos de medición de su cumplimiento.

El proceso de acreditación se inicia cuando una organización lo solicita formalmente. Para ser elegible para la evaluación tiene que cumplir tres requisitos:

- a) Prestar asistencia sanitaria en el país de forma autorizada,
- b) Asumir la responsabilidad de la mejora de la calidad,
- c) Poseer servicios sanitarios evaluables mediante los estándares JCIA.

Una vez que se acepta la solicitud, se establece el calendario de visitas de los evaluadores de la JCAHO/JCIA, que valoran in situ el grado de cumplimiento de los estándares mediante la observación, entrevistas y análisis de documentación. Se trata, de una evaluación totalmente externa. Los evaluadores elaboran un informe que valora el Comité de Acreditación de JCIA/JCAHO, que es quien decide si se otorga la acreditación. El certificado de acreditación tiene una duración de 3 años. Todo el proceso cuesta una tarifa económica que se fija, en función de diversos factores, antes de comenzar la evaluación.

La JCAHO tiene una política de confidencialidad que prohíbe revelar cualquier información de la organización recogida durante el proceso de acreditación. La única

información que se hace pública es si la organización está o no acreditada. La organización acreditada puede entregar más información a quien desee. Si distribuye información inexacta, la JCAHO se reserva el derecho de clarificar públicamente una información que, en situaciones normales, sería confidencial.

Tabla 211: Estructura del manual de estándares de acreditación de hospitales de la JCIA

|   |
|---|
| <b>Estándares centrados en los pacientes</b>              |
| Accesibilidad y continuidad de la atención                |
| Derechos del paciente y su familia                        |
| Evaluación del paciente                                   |
| Atención al paciente                                      |
| Educación del paciente y su familia                       |
| <b>Estándares de gestión de la Organización Sanitaria</b> |
| Gestión y mejora de la calidad                            |
| Prevención y Control de la infección                      |
| Órganos de gobierno, Liderazgo y Dirección                |
| Gestión y Seguridad de las Instalaciones                  |
| Formación y cualificaciones del personal                  |
| Gestión de la información                                 |

Fuente: *Joint Commission International*, 2011

### 4.5.3. Modelo de Acreditación/Certificación mediante la Norma ISO 9001:2008

La Organización Internacional de Normalización (ISO) es el mayor desarrollador mundial y editor de Normas Internacionales. ISO es una red de los institutos de 162 países, un miembro por país, con una Secretaría Central en Ginebra, Suiza, que coordina el sistema (ISO; 2011).

ISO es una organización no gubernamental que forma un puente entre los sectores público y privado. Por un lado, muchos de los institutos miembros son parte de la estructura gubernamental de sus países, o están obligados por su gobierno. Por otro lado, otros

miembros tienen sus raíces únicamente en el sector privado, habiendo sido creada por las asociaciones nacionales de las asociaciones de la industria.

Por lo tanto, ISO permite un consenso para llegar a soluciones que satisfagan tanto las necesidades de negocio y las necesidades más amplias de la sociedad. La misión es «*promover el desarrollo de la normalización en todo el mundo, con el objeto de facilitar el intercambio internacional de bienes y servicios, y el desarrollo de la cooperación entre los países en los ámbitos científico, tecnológico, intelectual y económico*» (ISO; 2011).

En este país, el Instituto de Normas Técnicas de Costa Rica (INTECO), es una asociación privada, sin fines de lucro, creada en 1987, y reconocida en 1995 por decreto ejecutivo, como el Ente Nacional de Normalización. Ese reconocimiento se consolida con la emisión de Ley del Sistema Nacional para la Calidad, No 8279, publicada el 21 de mayo de 2002.

Las normas del amplio catálogo ISO suelen ser específicas para productos industriales muy concretos. Sin embargo hay dos familias o series de normas, las ISO 9001 y las ISO 14000, que tienen un carácter más general y que pueden aplicarse a entornos muy variados, como por ejemplo empresas de servicios. Ambas evalúan sistemas de gestión, no productos. Las normas ISO 9001 se refieren a la gestión de la calidad, y las ISO 14000 a la gestión medioambiental. Para el Sector Salud, las que mejor aplican son las normas ISO 9001.

El precursor inmediato de la serie ISO 9000 fue la norma BS 5750 sobre Sistemas de Aseguramiento de la Calidad, promulgada en 1979 bajo los auspicios del Gobierno Thatcher por el *British Standard Institute*, que ISO asumió y transcribió casi literalmente. A su vez, la norma británica se basaba en una serie de normas del Departamento británico de Defensa (DEF 0521, 24 y 299). El Comité de Normalización de ISO promulgó la serie ISO 9001 como normas internacionales en 1987, y desde entonces han sufrido tres revisiones, 1994, 2000 y 2008 respectivamente.

La versión actual de ISO 9001 (la cuarta) data de noviembre de 2008, y por ello se expresa como ISO 9001:2008. Las versiones hasta la fecha que se tienen son:

- Cuarta versión: ISO 9001:2008 (15 de noviembre 2008)
- Tercera versión: ISO 9001:2000 (15 de diciembre 2000)
- Segunda versión: ISO 9001:94 – ISO 9002:94 – ISO 9003:94 (1ro de Julio 1994)
- Primera versión: ISO 9001:87 – ISO 9002:87 – ISO 9003:87 (15 de marzo 1987)

La aplicación de la serie ISO 9001 en el sector sanitario de nuestro país comenzó recientemente. Se efectuó fundamentalmente en procesos altamente sistematizados y donde la tecnología tenía un papel importante, lo que les hacía muy apropiados para ser evaluadas mediante estas normas industriales. El ejemplo más reciente es el Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE) que recibió la certificación en la norma ISO 9001:2008 el pasado 11 de mayo de 2010 por parte de INTECO (CCSS; 2010).

La norma ISO 9001:2008 está estructurada en ocho capítulos, refiriéndose los tres primeros a declaraciones de principios, estructura y descripción de la empresa, requisitos generales, entre otros; es decir, son de carácter introductorio. Los capítulos número cuatro al ocho están orientados a procesos y en ellos se agrupan los requisitos para la implantación del sistema de calidad. A continuación se presenta la estructura general de dicha norma.

Tabla 212: Estructura de la Norma ISO 9001:2008

|  |
|--|
| 1- Guías y descripciones generales <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Generalidades</li> <li>b. Reducción en el alcance</li> </ul>  |
| 2- Normativas de referencia  |
| 3- Términos y definiciones   |
| 4- Sistema de gestión <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Requisitos generales</li> <li>b. Requisitos de documentación</li> </ul>  |
| 5- Responsabilidades de la dirección <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Requisitos generales</li> <li>b. Requisitos del cliente</li> <li>c. Política de calidad</li> <li>d. Planeación</li> <li>e. Responsabilidad, autoridad y comunicación</li> <li>f. Revisión gerencial</li> </ul>  |
| 6- Gestión de los recursos <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Requisitos generales</li> <li>b. Recursos humanos</li> <li>c. Infraestructura</li> <li>d. Ambiente de trabajo</li> </ul>  |
| 7- Realización del producto <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Planeación de la realización del producto y/o servicio</li> <li>b. Procesos relacionados con el cliente</li> <li>c. Diseño y desarrollo</li> <li>d. Compras</li> <li>e. Operaciones de producción y servicio</li> <li>f. Control de equipos de medición, inspección y monitoreo</li> </ul> |
| 8- Medición, análisis y mejora <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Requisitos generales</li> <li>b. Seguimiento y medición</li> <li>c. Control de producto no conforme</li> <li>d. Análisis de los datos para mejorar el desempeño</li> <li>e. Mejora</li> </ul>   |

Fuente: *International Organization for Standardization, 2011*



#### **4.5.4. Modelo de Acreditación de *Accreditation Canadian International* (ACI)**

Canadá es un país importante históricamente, en muchos campos del saber, pero especialmente en el mundo sanitario y también en el de la bioética. Canadá ha encabezado el Índice de Desarrollo Humano (IDH) de Naciones Unidas durante seis años (1994-1999) – actualmente ocupa el lugar número ocho. Posee un sistema sanitario mayoritariamente público, con cobertura universal (OMS; 2010).

Canadá ha estado vinculado al desarrollo de los sistemas de acreditación sanitaria desde sus mismos inicios a principios de siglo pasado. Cuando en 1917-1918 el *American College of Surgeons* pone en marcha el primer manual de acreditación muchos médicos cirujanos canadienses ya pertenecían por entonces a dicha organización norteamericana. Por ello no es casualidad que, cuando en 1952 se creó la JCAHO, una de las cinco organizaciones que la fundaron, fuera canadiense: la *Canadian Medical Association*. Sin embargo, ya desde 1953, cuatro organizaciones sanitarias canadienses (*Canadian Hospital Association, Canadian Medical Association, Royal College of Physicians and Surgeons*, y la *Association des médecins de langue française du Canada*) iniciaron la búsqueda de un sistema de acreditación propio e independiente del norteamericano. Dicho sistema llegó en 1958 con la creación del *Canadian Council on Hospital Accreditation* –actualmente *Accreditation Canada*<sup>4</sup> –, como una organización bilingüe, no gubernamental y sin ánimo de lucro, responsable de la acreditación voluntaria de los hospitales canadienses. Desde entonces y hasta la actualidad, el CCHSA ha ido ampliando su actividad acreditadora a todas las áreas importantes de la asistencia sanitaria –Atención Primaria, Salud Mental, Rehabilitación, Atención domiciliaria, por mencionar algunas áreas –, dejando de ser un programa de acreditación exclusivamente hospitalario. También ha desarrollado programas de acreditación de los servicios sanitarios de las poblaciones indígenas («*First Nations*» e Inuit). Además, otras organizaciones sanitarias relevantes, como el *College of Family Physicians of Canada*, o el *Canadian College of Health Service Executives*, han ido

---

<sup>4</sup> La *Accreditation Canada* tiene una oficina denominada *Accreditation Canada International*, la cual se encarga de los procesos de acreditación fuera de Canadá.

entrando progresivamente a formar parte de su Comité Director, aumentando con ello la representatividad y el prestigio de esta organización acreditadora en el mundo sanitario canadiense (*Accreditation Canada*; 2011).

El modelo de acreditación sufrió cambios muy importantes durante la década de los noventa. En 1991 se organizó en torno al análisis de la estructura y el proceso, y comenzó a incluir el análisis de resultados. En 1995 se incorporó la mejora continua de la calidad y comenzó el desarrollo de indicadores. Y entre 1997 y 2001 se acometió un proceso de revisión general del modelo de acreditación. Se trata del Proyecto AIM (*Achieving Improved Measurement*), que ha procurado volver más preciso y fiable todo el programa de acreditación (*Accreditation Canada*; 2011).

En 2001 se inauguró la división internacional del CCHSA, y finalmente en 2002 el CCHSA y su Programa AIM de Acreditación fueron evaluados a su vez con los estándares de la ISQua obteniendo la acreditación en ese mismo año. Para el año 2007 seleccionó varias organizaciones para colaborar en forma internacional – entre ellas la Caja Costarricense de Seguro Social – con el propósito de brindar asesoría en los programas de acreditación sanitarios gubernamentales. En el año 2009, 1.011 organizaciones participaron en los programas de la *Accreditation Canada*.

El Programa *Accreditation Canada* parte de 4 principios básicos de Mejora Continua de la Calidad que ya estaban en su anterior programa de acreditación:

- La organización tiene que identificar claramente la población a la que presta servicio y sus necesidades de salud.
- La organización tiene que evaluar sus procesos y sus resultados.
- La evaluación de la organización tiene que efectuarse mediante equipos de trabajo de todos los niveles de la organización.
- Se necesita un liderazgo fuerte que promueva la mejora continua de la calidad. Mediante una determinada visión de la misma y una planificación adecuada.

Pero ahora, además, el Programa introduce otras tres líneas de trabajo:

- Las cuatro dimensiones de la calidad como eje del programa,
- La orientación de los servicios hacia la perspectiva poblacional y la salud pública, y no sólo hacia la perspectiva individual,
- El desarrollo de indicadores fiables.

De estos tres conceptos el que resulta sin duda más atractivo y novedoso es el segundo: el requerimiento de que los servicios y centros sanitarios que deseen la acreditación deben orientar su actividad no sólo en perspectiva individual, sino también en perspectiva poblacional y de mejora de los determinantes de la salud, y por tanto, en perspectiva preventiva y socio-sanitaria. Esto obliga a las organizaciones que deseen la acreditación a buscar, necesariamente, la colaboración y coordinación con el resto de las organizaciones sanitarias, sociales y políticas que trabajen con y para la misma población, en orden a mejorar la salud comunitaria de manera continua y continuada.

El Programa *Accreditation Canada* es voluntario y exige un desembolso económico. Se realiza en varias fases, la primera fase es preparatoria e implica la recolección de datos y el conocimiento del procedimiento de acreditación. A continuación se realiza la segunda fase, que consiste en una autoevaluación de la organización mediante grupos de trabajo con participación de usuarios y miembros de la comunidad. En la tercera fase, un auditor acreditado por *Accreditation Canada* evalúa la organización y redacta un informe. *Accreditation Canada* decide si se otorga la acreditación y entrega un informe de recomendaciones. En la cuarta fase la organización utiliza el informe para iniciar ciclos de mejora continua de la calidad y mantener su acreditación. Cada ciclo evaluativo de acreditación y reacreditación dura 3 años (*Accreditation Canada*; 2011).

Tabla 213: Estructura del modelo *Accreditation Canada*

| Secciones Obligatorias  | Cantidad de Estándares |
|---|------------------------|
| Liderazgo y alianzas o asociados                                    | 14                     |
| Medio ambiente  | 8                      |
| Recursos Humanos  | 11                     |
| Gestión de la Información   | 9                      |
|   |                        |
| Secciones Específicas (según sea el caso)                           | Cantidad de Estándares |
| Atención sanitaria institucionalizada en procesos agudos            | 17                     |
| Daño cerebral   | 17                     |
| Atención ambulatoria  | 17                     |
| Servicios Oncológicos   | 17                     |
| Servicios de Salud Comunitaria                                      | 19                     |
| Cuidados Intensivos   | 17                     |
| Servicios de Atención a las Adicciones de las Comunidades indígenas | 16                     |
| Servicios de Salud Comunitaria de las comunidades indígenas         | 19                     |
| Atención sanitaria institucionalizada en procesos de larga duración | 17                     |
| Atención Materno Infantil   | 17                     |
| Salud Mental  | 17                     |
| Rehabilitación  | 17                     |

Fuente: *Accreditation Canada International*, 2011

#### 4.5.5. Modelo de *Health Quality Service*

*King's Funds* fue creada en 1897 como una fundación cuyo fin era sustentar económicamente a los hospitales de beneficencia de Londres (*The King's Fund*; 2011). Hasta 1948, fecha en la que se crea el servicio público de salud británico (NIH, *National Institute of Health*), la fundación se dedicó al desarrollo equitativo de los servicios de salud en el área de Londres, o la creación de servicios de emergencia en la ciudad. Entre 1948 y finales de los noventa experimentó una expansión espectacular, tanto por la ampliación de su radio de acción a todo el Reino Unido, como por la amplitud de los temas de los que se ocupó: impulso de la buena práctica clínica, desarrollo de la calidad, auditoría de hospitales y desarrollo de sistemas de acreditación, investigación sobre gestión y economía de la salud, etc. A partir de 1997 *King's Fund* procedió a independizar las secciones con

proyección más exterior, con el objeto de reorientar su actividad de nuevo hacia el área metropolitana londinense, y volver, a sus orígenes.

Una de las organizaciones que se independizó en el 2000 fue el *Health Quality Service* (HQS), que hasta 1998 se conocía como *King's Fund Organisational Audit* (KFOA), y había sido establecida en 1990 para desarrollar el programa de acreditación hospitalaria de *King's Fund*. Poco antes de su independencia de *King's Fund*, el HQS había recibido de la Administración británica la autorización para realizar certificación ISO, de tal forma que actualmente es una entidad que puede acreditar simultáneamente por una doble vía: mediante certificación ISO y mediante su propio programa. En el mismo 2000, el HQS fue acreditado por la ISQua.

El manual de acreditación, tiene una estructura compleja. Consta de 52 normas, agrupadas en cuatro áreas: Gobierno corporativo y clínico, Gestión operativa, Recorrido del paciente y sus derechos; y, Normas específicas de servicios. Cada norma se divide a su vez en una serie de criterios y subcriterios. Los criterios se clasifican en A y B. Los criterios A son de cumplimiento obligatorio porque se relacionan con requerimientos legales y de seguridad. Los criterios B se refieren a las buenas prácticas o de excelencia. Señalan, además, aquellos criterios que responden a exigencias ISO.

El proceso de acreditación puede realizarse para servicios hospitalarios, centros de atención primaria, de salud mental, hospitales completos, entre otros. Además el proceso puede implicar grados diferentes: desde la simple asesoría hasta el proceso completo de obtención de la acreditación HQS o, además, la certificación ISO.

El proceso de acreditación comienza con una solicitud al HQS que se acompaña de un cuestionario estandarizado de autoevaluación. Basándose en ese cuestionario, el HQS prepara una propuesta que será la base de un contrato de trabajo, que obviamente exige un desembolso económico.

El centro sanitario debe nombrar entonces un responsable del proyecto y un equipo de proyecto, que son adecuadamente formados. El HQS por su parte nombra un supervisor o responsable dentro de su organización para monitorizar todo el proceso. Se realiza un proceso de autoevaluación en profundidad según los estándares del manual de acreditación.

A continuación se redacta un programa de acción para la mejora continua. Cuando la organización cree que ha cumplido todos los requisitos del manual y ha ejecutado el programa de mejora, un equipo evaluador de profesionales sanitarios, formado y acreditado por el HQS, visita el centro y realiza una auditoría. A partir del informe de dicho equipo auditor, el HQS otorga o no la acreditación. El proceso completa dura aproximadamente una media de 12 meses. Posteriormente a la acreditación se realiza una monitorización continua por el HQS.

Tabla 214: Estructura del modelo *HQS*

|   |
|---|
| <b>Sección 1: Gobierno Clínico y Corporativo</b>                            |
| <b>Norma 1: Liderazgo organizacional y de servicios</b>                     |
| <b>Norma 2: Gobierno corporativo</b>  |
| <b>Norma 3: Gobierno clínico</b>  |
| <b>Norma 4: Utilización de servicios por médicos especialistas externos</b> |
| <b>Norma 5: Mejora de la calidad</b>  |
| <b>Norma 6: Gestión del riesgo</b>  |
| <b>Norma 7: Recursos humanos</b>  |
| <b>Norma 8: Salud laboral</b>   |
| <b>Norma 9: Experiencia de los profesionales</b>                            |
| <b>Norma 10: Marketing y comunicaciones</b>                                 |
| <b>Norma 11: Gestión financiera</b>   |
| <b>Norma 12: Gestión de compras y servicios</b>                             |
| <b>Norma 13: Gestión de la información y la tecnología</b>                  |
| <b>Norma 14: Gestión de instalaciones y edificios</b>                       |
| <b>Sección 2: Gestión Operativa</b>   |
| <b>Norma 15: Objetivos y planificación por servicio</b>                     |
| <b>Norma 16: Gestión y dotación de personal</b>                             |
| <b>Norma 17: Desarrollo y formación del personal</b>                        |
| <b>Norma 18: Desarrollo de servicios clínicos</b>                           |
| <b>Norma 19: Entorno medioambiental del servicio</b>                        |
| <b>Norma 20: Mejora de la calidad de servicios</b>                          |
| <b>Sección 3a: La experiencia del paciente</b>                              |
| <b>Norma 21: los derechos del paciente</b>                                  |
| <b>Norma 22: las necesidades individuales del paciente</b>                  |
| <b>Norma 23: Asociación o alianzas con los pacientes</b>                    |
| <b>Sección 3b: El recorrido del paciente</b>                                |
| <b>Norma 24: Derivaciones, acceso e ingreso</b>                             |
| <b>Norma 25: Tratamiento y cuidados</b>                                     |
| <b>Norma 26: Alta y fin de asistencia al servicio</b>                       |
| <b>Norma 27: Contenido de la historia clínica</b>                           |
| <b>Sección 4: Norma específicas de servicios</b>                            |
| <b>Norma 28: Servicio de urgencias y accidentes</b>                         |
| <b>Norma 29: Atención ambulatoria de agudos</b>                             |

|   |
|---|
| <b>Norma 30: Servicio de comidas/alimentación (catering)</b>      |
| <b>Norma 31: Servicio de pediatría</b>                            |
| <b>Norma 32: Servicio de diagnóstico por la imagen</b>            |
| <b>Norma 33: Servicio de archivo de historias clínicas</b>        |
| <b>Norma 34: Servicio de vigilancia</b>                           |
| <b>Norma 35: Servicio de lavandería</b>                           |
| <b>Norma 36: Servicio de trastornos del aprendizaje</b>           |
| <b>Norma 37: Servicios de maternidad</b>                          |
| <b>Norma 38: Servicio de física médica e ingeniería biomédica</b> |
| <b>Norma 39: Servicio médico</b>                                  |
| <b>Norma 40: Servicio de enfermería</b>                           |
| <b>Norma 41: Servicio de quirófanos y anestesia</b>               |
| <b>Norma 42: Servicios ambulatorios</b>                           |
| <b>Norma 43: Servicio de patología</b>                            |
| <b>Norma 44: Servicio de farmacia</b>                             |
| <b>Norma 45: Servicio de transporte</b>                           |
| <b>Norma 46: Servicio de radioterapia</b>                         |
| <b>Norma 47: Servicio de cuidados especiales</b>                  |
| <b>Norma 48: Cuidados paliativos</b>                              |
| <b>Norma 49: Departamento de esterilización</b>                   |
| <b>Norma 50: Servicio de voluntariado</b>                         |
| <b>Norma 51: Servicios de salud mental</b>                        |
| <b>Apéndice 1: “Checklist” corporativa</b>                        |
| <b>Apéndice 2: Referencias</b>                                    |
| <b>Apéndice 3: Glosario</b>                                       |

Fuente: *The King’s Fund*, 2011

#### **4.5.6. Modelo de Acreditación Costarricense**

En este país, dadas las características y organización de la medicina socializada, el carácter independiente y liberal de la medicina privada, y la injerencia política directa del gobierno en los temas de salud, ha sido complejo establecer un mecanismo apropiado para garantizar y controlar la calidad de los servicios sanitarios en los diferentes niveles de atención. Las Comisiones de Seguridad e Higiene establecidas por Ley y que tan buenos resultados comenzaron a dar en los hospitales de las antiguas Juntas de Protección Social desaparecieron al traspasarse los hospitales a la CCSS, y los Consejos Técnicos Hospitalarios fueron prácticamente eliminados y sustituidos por Juntas de Seguridad Social con poca participación real de la comunidad y del cuerpo médico profesional.

Desde 1978, la Asociación Costarricense de Hospitales, entidad asesora y adscrita al Ministerio de Salud, según decreto-Ley No 431 del 19 de julio de 1962, se empeñó en estudiar y concretar un sistema de Acreditación Nacional Hospitalaria, de carácter obligatorio. Luego de múltiples reuniones internaciones con la Federación Internacional de Hospitales y la OMS, su Junta directiva aprobó un proyecto de reglamento para que, vía decreto, se estableciera el Consejo Nacional de Acreditación de Establecimientos de Salud (CAESA) que velaría por el cumplimiento de los artículos 1, 2, 90 y 70 de la Ley General de Salud y que fuera publicado en la Revista de Hospitales de Costa Rica en diciembre de 1994. El Consejo estaría constituido por ocho representantes e igual número de suplentes del Colegio de Médicos y Cirujanos, Ministerio de Salud, Colegio de Enfermeras, otros Colegios del Sector Salud, CCSS, Defensoría de los Habitantes, Asociación Costarricense de Hospitales y Organización Panamericana de la Salud (con voz pero sin voto). El Consejo crearía comisiones profesionales y técnicas de acreditación, con asesoría y financiamiento estatal, que se encargarían de elaborar los protocolos de trabajo, efectuar su evaluación y presentarlos al Consejo para su aprobación. Esta iniciativa no contó con el suficiente apoyo del Gobierno ni de las instituciones de salud (Vargas; 2008).

En mayo de 2007, Acreditación Canadá (AC), antes conocida como Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud (CCHSA), firmó un contrato con la CCSS para proporcionarle al Ministerio de Salud la asesoría técnica necesaria para implementar el proceso de acreditación de hospitales. Con un préstamo del Banco Mundial en diciembre de 2007 se inició un plan piloto de 24 meses, en tres fases, en cuatro hospitales representativos del país.

Como resultado del piloto, se generaron las Normas de Costa Rica para la Acreditación de Establecimientos Sanitarios, su divulgación y actualización lo lleva a cabo la Unidad de Acreditación de la CCSS y se encuentra disponible en su página WEB para descarga de los interesados.



Tabla 215: Estructura del modelo de acreditación de la CCSS-Costa Rica

|  |
|--|
| <b>Estándar 1: Liderazgo y Conducción</b>            |
| <b>Desarrollo de la Cultura Organizacional</b>       |
| <b>Dirección y Administración</b>                    |
| <b>Planificación</b>                                 |
| <b>Gestión de recursos financieros</b>               |
| <b>Coordinaciones Interorganizacionales</b>          |
| <b>Investigación</b>                                 |
| <b>Estándar 2: Ambiente</b>                          |
| <b>Gestión de recurso físico</b>                     |
| <b>Gestión segura del espacio físico</b>             |
| <b>Educación</b>                                     |
| <b>Anticipación y prevención de eventos adversos</b> |
| <b>Prevención y control de infecciones</b>           |
| <b>Preparación para desastres y emergencias</b>      |
| <b>Gestión de riesgo</b>                             |
| <b>Estándar 3: Recursos Humanos</b>                  |
| <b>Calificación y número de personal</b>             |
| <b>Roles y responsabilidades</b>                     |
| <b>Evaluación del desempeño</b>                      |
| <b>Expedientes confidenciales</b>                    |
| <b>Estándar 4: Gestión de la Información</b>         |
| <b>Recolección de la información</b>                 |
| <b>Manejo de expedientes</b>                         |
| <b>Estándar 5: Atención en Salud</b>                 |
| <b>Mejoramiento continuo de los servicios</b>        |
| <b>Información a familiar o encargado</b>            |
| <b>Derechos del residente y usuario</b>              |
| <b>Capacitación a residente, usuario y familia</b>   |
| <b>Plan de atención Integrado</b>                    |
| <b>Prevención y atención a la Violencia</b>          |
| <b>Uso de medicamentos</b>                           |
| <b>Educación a residente usuario y familia</b>       |
| <b>Monitoreo del plan</b>                            |

Fuente: Dirección de Servicios de Salud, Ministerio de Salud, 2011

## **5. Discusión**

### **5.1. Perfil del sector salud costarricense**

La situación económica de Costa Rica se ha mantenido relativamente estable durante los últimos años. El país ha logrado mantener tasas de crecimiento del Producto Interno Bruto que rondan el 4% o 5% al año. A finales de los noventas se tenía un PIB per cápita de US \$3.371 y para el año 2010 se registró de US\$ 6.521. La Población económicamente activa ha presentado tasas de crecimiento positivas a lo largo del mismo período, lo que denota que la economía ha mantenido un crecimiento moderado pero constante.

La tasa de inflación, sin embargo, es la más elevada de la región centroamericana. Ello se relaciona con la existencia de un déficit público persistente y con las pérdidas del Banco Central, originadas en el servicio de la deuda que emite desde 1980, cuando asumió una serie de pérdidas cambiarias de los bancos públicos que constituyen una deuda no documentada del Ministerio de Hacienda.

Costa Rica es uno de los países a nivel de Latinoamérica con mejores indicadores de desarrollo humano. Ello guarda relación con sus inversiones en salud y educación. Un 19,4% del gasto público es destinado al sector salud, lo cual se refleja en los niveles de cobertura y calidad que posee el sistema de salud en este país.

La proporción de la población que vive debajo de la línea de pobreza se mantiene ligeramente por debajo del 20% en los últimos diez años, y la proporción de la población que no puede satisfacer sus necesidades básicas entre un 6 y un 8%, aunque ambas con una ligera tendencia a la disminución. Se trata de magnitudes muy bajas para los niveles de la región latinoamericana, pero que no se justifican dada la cantidad de recursos que Costa Rica destina a la lucha contra la pobreza.

Costa Rica tiene una tasa de crecimiento poblacional anual cercana al 2%, esta ha venido en disminución en los últimos años, para el año 2010 se registran un poco más de 4.5 millones de habitantes de los cuales el 51% son hombres.

En relación con la esperanza de vida, Costa Rica, registra uno de los lugares más elevados en América Latina, para el año 2010 alcanzó los 79,3 años, lo cual representa un crecimiento de casi 3 años en relación con la reportada a mediados de los noventa. Esta mejora en la esperanza de vida se debe principalmente a una sensible disminución de la mortalidad infantil, que se redujo en más de un tercio durante ese período en parte como resultado de la extensión de la cobertura en la atención primaria producida con la reforma del sector salud. La diferencia de esperanza de vida al nacer entre hombres y mujeres se mantiene constante en cinco años desde los noventa hasta el año 2010.

La estructura etaria de la población de Costa Rica es privilegiada en la actualidad, pues se encuentra disfrutando del llamado «*bono demográfico*»: casi un 45% de la población está constituida por personas entre 25 y 59 años. Sin embargo, la disminución de la tasa de mortalidad y de la tasa de natalidad, sumada al aumento sostenido de la esperanza de vida, da como resultado un proceso de envejecimiento de la población. Esta situación tiene efectos sobre los costos del sistema de salud. En efecto, los mayores costos de la atención en salud se concentran en los primeros y en los últimos años de vida, con un peso extraordinariamente mayor de estos últimos. El hecho de que el grueso de la población se encuentra en las edades media implica que el sistema de salud está disfrutando del llamado bono demográfico. Esta situación, empezará a revertirse en los próximos años, Costa Rica ha concentrado el desarrollo de su red de servicios de atención primaria, como corresponde en la fase actual de su evolución demográfica, deberá prepararse para hacer frente a una demanda creciente por servicios de segundo y tercer niveles de atención, y relanzar su programa de inversiones en esos niveles de atención, mucho más onerosos, en este sentido un sistema de gestión de calidad adecuado será indispensable para controlar la entrega eficiente y eficaz de los servicios a la población beneficiaria.

Las principales causas de muerte en Costa Rica en los últimos diez años han sido patologías propias de los países modernos: en primer lugar, las enfermedades circulatorias, particularmente las cardiovasculares; luego los tumores; en tercer lugar muertes violentas

(accidentes, suicidios y homicidios), que han presentado un fuerte crecimiento, particularmente las de accidentes de tránsito; y finalmente las enfermedades del aparato digestivo. Es importante señalar que debido a los esfuerzos de extensión de la red primaria de atención, las enfermedades de carácter infeccioso han venido en disminución con el paso del tiempo, algunas de las cuales se han erradicado.

Un reflejo del proceso de modernización del país, es que se están produciendo crisis familiares. Una de las manifestaciones de estas crisis de familia es que la tasa de nupcialidad pasó de mediados de los noventa de 7,4 a sólo 5,1 en el 2010, mientras que durante el mismo período la razón de divorcios por matrimonio se ha casi triplicado. Por otra parte, los nacimientos fuera del matrimonio y de madres solteras constituyeron en el año 2010 casi el 70% del total de nacimientos reportados. Aunque los nacimientos con paternidad no reconocida han disminuido a partir del año 2001, a partir de la aprobación de la Ley de Paternidad Responsable, la cual brinda un mecanismo expedito a la madre para inscribir al padre de su hijo y obliga al presunto padre a realizarse un examen de ADN en caso de presentar objeción a dicho registro.

El esfuerzo realizado los últimos años por extender el acceso a la atención primaria en salud, se ha traducido en un alto control de las enfermedades contagiosas, por ejemplo se ha logrado eliminar o reducir sustancialmente el número de casos de enfermedades tales como el sarampión, tuberculosis y malaria. Esta última enfermedad es especialmente llamativa, ya que el país logró controlar la enfermedad y los casos reportados pasaron de 5.512 en 1996 a solo 262 en el 2009. El sarampión ha logrado ser casi erradicado en el país en los últimos cinco años solamente se ha reportado un caso. La tuberculosis sigue siendo una enfermedad que tiene alguna presencia, aunque muy limitada.

Otro grupo importante de enfermedades son las de transmisión sexual. Al igual que las enfermedades contagiosas, las enfermedades de transmisión sexual presentan una tendencia a la baja; sin embargo, el número de personas contagiadas con gonorrea continua siendo alto (837 casos reportados en el 2010), aunque el número de personas contagiadas anualmente de sífilis se ha reducido en un 65% entre 1996 y 2010.

La enfermedad de transmisión sexual que más preocupa a las autoridades de salud es el SIDA, principalmente debido al alto costo que requiere su tratamiento.

El sistema de salud de Costa Rica está controlado en una alta proporción por el Estado. Se encuentra conformado por cinco instituciones públicas. De ellas, la Caja Costarricense de Seguro Social juega el rol más relevante, a cargo del aseguramiento de la población y de la provisión de la mayor parte de los servicios de salud brindados en el país. Con la reforma la CCSS se hizo cargo no solo del segundo y tercer nivel de atención de la población asegurada, sino también de la atención primaria, la cual anteriormente estaba a cargo del Ministerio de Salud. Para brindar los servicios de salud se apoya en su propia red de hospitales, clínicas, áreas de salud y equipos básicos de atención integral en salud (EBAIS), aunque también tiene programas en los que participa el sector privado: a) compra de servicios a terceros; b) programa de médico de empresa, consistente en el apoyo con medicamentos y procedimientos de diagnóstico a médicos contratados directamente por las empresas para la atención de sus trabajadores.

La CCSS cuenta con cinco gerencias centrales, siete regiones sanitarias y 103 áreas de salud. La prestación de servicios se encuentra organizada por medio de tres niveles de atención, conformados de la siguiente manera: a) el primer nivel de atención se organiza a través de las 103 áreas de salud, las cuales cuentan con personal médico más especializado que brinda su apoyo a los equipos de atención integral de salud (EBAIS) de su área de influencia. Generalmente el área de salud coincide con la clínica de la región, que coordina la labor de todos los EBAIS de la zona. En todos los casos la atención se brinda a través de los equipos de atención integral de salud o EBAIS, que atienden en promedio a 4.500 habitantes cada uno. Actualmente cuenta con 1.141 a lo largo del país. Por lo general, hay más de un EBAIS en cada clínica y uno en cada centro comunal de salud. Además de las clínicas y los Centros de Salud, existen cerca de 1.800 consultorios de visita periódica, para zonas muy alejadas y poco pobladas en las que no ha sido posible o no se ha considerado necesario establecer un centro de salud; b) en el segundo nivel de atención la CCSS cuenta con 10 clínicas, 13 hospitales periféricos y 7 hospitales regionales; c) en el tercer nivel de atención se cuenta con 6 hospitales especializados y 3 hospitales generales de concentración nacional y alta especialización. Cada uno de estos tres hospitales generales

es responsable de atender a la población de un área del país, y a todos los establecimientos de salud de esa área les remiten los pacientes para operaciones complejas. En total, se tienen 29 hospitales, 10 clínicas y 103 áreas de salud y 1.141 EBAIS. En el segundo y tercer nivel de atención existen un poco más de 58 mil camas.

La otra entidad relevante es el Ministerio de Salud, que dejó de proveer servicios de atención primaria a partir de la reforma y desde entonces se concentra en la función rectora y regulación sanitaria del mercado de salud, la vigilancia y seguimiento epidemiológico, la investigación y desarrollo tecnológico en salud y la promoción de salud. El Ministerio de Salud, con el propósito de cumplir su rol rector, está formado por un despacho ministerial, una Dirección General, seis direcciones centrales, nueve regiones sanitarias y 80 áreas de salud distribuidas en el territorio costarricense.

Existen otras tres instituciones: El Instituto Nacional de Seguros: a cargo de la gestión de los seguros comerciales, seguros obligatorios y riesgos de trabajo. Provee además, algunos servicios de rehabilitación. El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados: se encarga en conjunto de las municipalidades de la provisión del servicio de agua potable y de alcantarillado sanitario. La Universidad de Costa Rica: encargada de la docencia y la formación de profesionales en el campo de la Salud, así como de la provisión de algunos servicios de atención primaria por cuenta de la CCSS.

El número de profesionales de la salud por cada 10.000 habitantes se ha mantenido relativamente constante, salvo el de médicos, éste último ha oscilado a lo largo del periodo analizado con una ligera tendencia a aumentar.

La atención hospitalaria que se brinda en el país es de buena calidad, lo cual se ve probado por el hecho de que los servicios hospitalarios de internamiento son altamente utilizados por personas de todos los deciles de ingreso, a diferencia de lo que ocurre con la consulta externa. Este es uno de los mayores logros de la seguridad social costarricense: las personas de todos los deciles de ingreso utilizan los hospitales públicos. Lo cual indica que los hospitales públicos, a pesar de sus diversas dificultades, tienen un nivel de calidad lo suficientemente alto como para ser usados por las clases medias, al mismo tiempo que se garantiza a las clases de menores ingresos su acceso a ellos, sin diferenciación alguna.

Sin embargo, existen problemas de gestión que han limitado los avances en materia de eficiencia y de oportunidad de atención, lo cual se manifiesta en la existencia de «colas» – listas de espera para el internamiento – que a veces toman varios meses, y en algunos casos extremos años. Estas listas han creado condiciones para mecanismos poco transparentes de asignación de espacio: médicos que reciben a sus pacientes en su consultorio privado y realizan las gestiones necesarias para que se les asigne una cama al margen de las colas existentes, lo cual puede incluir en casos extremos el cobro de comisiones por el servicio (llamadas «biombos»); de esta manera, los pacientes de ingresos altos que están dispuestos a incurrir en esta práctica (la cual es sancionada por la ley) consiguen disminuir el tiempo de espera y adelantarse a otros pacientes con menores recursos o mayores escrúpulos.

No deja de ser preocupante el deterioro en algunos indicadores durante el lapso mencionado. Entre los noventa y el 2010 la tasa de mortalidad hospitalaria por cada 100 egresos ha pasado de 1,8 a 2,3 y la tasa de mortalidad post-operatoria de 0,35 a 0,79. Esto podría estar relacionado con la mayor complejidad de los casos que están siendo atendidos en la red o una simple mejora en los registros estadísticos, pero en todo caso es una señal de atención que no debe pasarse por alto.

En cuanto a las prestaciones económicas por incapacidad de enfermedad y licencia de maternidad constituyen un costo de cierta relevancia para el seguro de salud. Estas prestaciones se dan únicamente a los asegurados directos, no así a los asegurados voluntarios, que tienen una tasa de cotización inferior a la de los trabajadores.

En cuanto al gasto público en salud, de las instituciones mencionadas anteriormente, solamente la CCSS concentra alrededor del 80% del presupuesto. Este ha venido en incremento en los últimos años. Del presupuesto aproximadamente un cuarto del mismo se destina al primer nivel de atención.

No obstante los logros que ha tenido el sector salud, hay algunas áreas en las cuales el país se encuentra estancado o claramente en retroceso, y que representan serias amenazas al Sistema de Salud. En primer lugar, se observa un retroceso en la cobertura contributiva, que debe ser revertido no sólo mediante instrumentos represivos, sino también a partir de

una redefinición de los incentivos al aseguramiento y de una agresiva política de integración de la población inmigrante. En segundo lugar, existen problemas de equidad que deben ser mitigados. Las clases medias, en especial durante la edad productiva, tienen un gran peso en el financiamiento del sistema y prácticamente no lo utilizan; deben buscarse medios para que no se erosione la adhesión de esos grupos al sistema público de salud. En tercer lugar, hay una gran presión al aumento de los gastos, especialmente en el segundo y tercer nivel de atención. La Seguridad Social no está en capacidad material de responder de manera ilimitada por todos los riesgos de salud y de hacerlo a cualquier persona recientemente asegurada. Deben tomarse decisiones en torno al paquete de servicios otorgados, lo cual implica una discusión muy compleja, por sus implicaciones éticas y políticas, que no puede restringirse a médicos, economistas y jueces, como ha sucedido hasta el momento. En cuarto lugar, debe buscarse una solución sostenible y consistente en el tiempo al problema del financiamiento, máxime porque es de prever que, independientemente de los esfuerzos de contención de gasto que se hagan, a corto plazo se sentirá el efecto sobre los costos de la transición demográfica.

## **5.2. Auto-diagnóstico Sector Salud**

El método de auto-diagnóstico empleado, utilizando como referencia el modelo de excelencia de la EFQM, contempla un conjunto de estándares e indicadores sanitarios que hacen posible su aplicación tanto en hospitales como en centro de atención primaria y secundaria, Donald Berwick – considerado uno de los autores más respetados en el campo de la salud sanitaria -, publicó «*el modelo EFQM constituye una potente herramienta para la mejora*» (Arcelay et al; 2000:184-191).

El análisis del auto-diagnóstico se centró en el criterio: *liderazgo*, puesto que el mismo es considerado un factor clave para establecer el concepto de Calidad Total en una organización. La Calidad Total no puede desarrollarse sin el compromiso de la dirección y demás líderes. Al efectuar el análisis de este criterio se pretendió revisar la implicación de



los líderes de la institución en el desarrollo de la misión y la visión, es decir objetivos y estrategias.

El auto-diagnóstico entrelazó todos los criterios afirmando – de acuerdo con el modelo de excelencia EFQM - que *«los resultados excelentes con respecto al rendimiento de la organización, a los clientes, las personas y la sociedad se logran mediante el liderazgo que dirija e impulse la política y estrategia, las personas de la organización, las alianzas, los recursos y los procesos»*.

El auto-diagnóstico permitió efectuar una distribución de puntos fuertes y áreas de mejora, de acuerdo con el tipo de centro de salud (hospital o área de salud), empleando para ello la escala de calificación REDER<sup>5</sup>. Para efectuar la distribución de los puntos fuertes y débiles, se baso en la definición de ejes transversales que se consideran esenciales para el Sistema Nacional de Salud, a saber: comunicación, responsabilidad social, creatividad y/o innovación, clientes, gestión de la institución, conocimiento, entorno de la prestación de los servicios sanitarios, personas, procesos, alianzas/colaboradores, sostenibilidad.

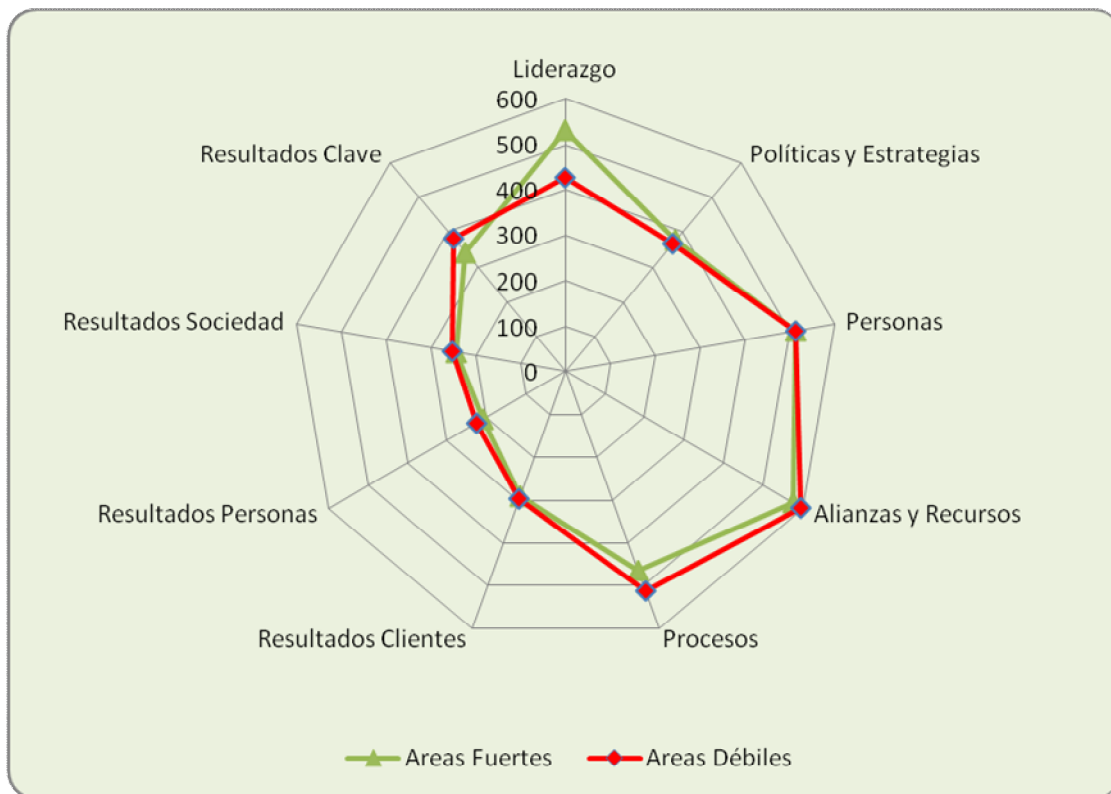
La definición de los ejes transversales se ha efectuado de común acuerdo con la OMS y las normas estándares de la calidad de cuidados a los pacientes (OMS; 2002).

---

<sup>5</sup> REDER, es la matriz de puntuación que emplea el modelo de evaluación europeo, su nombre es un acrónimo de: Resultados, Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión (Nota del Autor):

- Resultados se ocupa de los logros alcanzados por una organización considerada excelente, y mostrará tendencias positivas y/o un buen rendimiento sostenido, los objetivos serán adecuados y se alcanzaran, y el rendimiento será bueno comparado con el de otras organizaciones y será consecuencia de los enfoques.
- Enfoque abarca lo que una organización ha planificado hacer y las razones para ello. En una organización excelente, el enfoque estará, sólidamente fundamentado, es decir, tendrá una lógica clara, procesos bien definidos y desarrollados y una clara orientación hacia las necesidades de todos los grupos de interés; y, por otra, estará integrado, es decir, apoyará la política y estrategia y, cuando así convenga, estará vinculado a otros enfoques.
- Despliegue, se ocupa de lo que hace una organización para desplegar el enfoque. En una organización considerada excelente, el enfoque se implantara en las áreas relevantes y de un modo sistemático.
- Evaluación y Revisión, aborda lo que hace una organización para evaluar y revisar el enfoque y el despliegue de dicho enfoque. En una organización considerada excelente, el enfoque y su despliegue estarán sujetos a mediciones regulares y se realizarán actividades de aprendizaje, empleándose el resultado de ello en identificar, establecer prioridades, planificar e implantar la mejora.

Ilustración 45: Autodiagnóstico (Puntos Fuertes y Débiles)



Fuente: encuesta de auto-diagnóstico, 2011

Para el auto-diagnóstico se validaron 9 criterios de evaluación: 5 «*agentes facilitadores*» y 4 criterios de «*resultados*». Cada uno de los 9 criterios mencionados consta de varios sub-criterios, hasta sumar un total de 32 sub-criterios. Las principales conclusiones del auto-diagnóstico – conforme las hipótesis que se plantearon en esa sección-, se presentan en seguida:

**El Liderazgo se relaciona en forma positiva y significativa con el nivel de calidad que tenga una Organización.**

El *liderazgo* se muestra como una de las variables importantes del auto-diagnóstico. A través de la medición de los cinco sub-criterios y una ponderación del 10% sobre la puntuación total del modelo, el *liderazgo* ejerce su decisivo impacto tanto sobre las variables *Resultados* como sobre el resto de *Agentes Facilitadores*.

De acuerdo con los resultados obtenidos el *Liderazgo* presenta coeficientes superiores a 0,700 de correlación tanto las variables de *Resultados* como para las de *Agentes Facilitadores*. En este sentido se infiere que el *Liderazgo* tiene una relación positiva y significativa con el nivel de calidad de una Organización.

**El *Liderazgo* predice en forma significativa en las variables *Facilitadoras*, actuando como *Agente Facilitador*; el *Liderazgo* da un fuerte impulso al desarrollo y despliegue de políticas, planes, objetivos y procesos para hacer realidad la estrategia (*Política y Estrategia*), a la gestión y el desarrollo de todas las personas que integran la institución (*Personas*), a la planificación y la gestión de las alianzas externas, sus proveedores y los recursos internos de su política y estrategia (*Alianzas y Recursos*) y a la gestión y mejora de sus procesos que satisfagan plenamente a sus clientes y otros grupos de interés (*Personas*).**

El *liderazgo* se muestra como una de las variables importantes del auto-diagnóstico. A través de la medición de los cinco sub-criterios y una ponderación del 10% sobre la puntuación total del modelo, el *liderazgo* ejerce su decisivo impacto tanto sobre las variables *Resultados* como sobre el resto de *Agentes Facilitadores*.

Las variables predictoras del *Liderazgo* en este caso se establecieron con el modelo 4 son: *Resultados* clave del rendimiento en la organización (criterio 9a); Gestión de los recursos económicos y financieros (criterio 4b); Medidas de rendimiento en los resultados en las personas (criterio 7b), y; Diseño y gestión sistemática de los procesos (criterio 5a). Los coeficientes calculados (Beta) corresponden en su orden: 0,240; 0,229; 0,292; 0,234.

Conforme estos resultados se infiere los resultados clave del rendimiento en la organización; la gestión de los recursos económicos y financieros; las medidas de

rendimiento en los resultados de las personas, el diseño y gestión sistemática de los procesos inciden directamente en el *Liderazgo* de la Organización.

**El Liderazgo será diferente y significativo de acuerdo con el género, grado académico y tipo de unidad prestadora de servicios en salud.**

Los resultados que se obtuvieron por el análisis multivariado GLM, para el caso de la variable dependiente *Liderazgo*, se infiere que no existe diferencia significativa en cuanto al género, grado académico y tipo de unidad.

Para el caso del Sector Salud, por ser un ente público, el papel del líder de la organización debe ser diferenciado del rol de los líderes políticos. La clave de este criterio en el sector público está en conseguir un equilibrio entre los meros objetivos de carácter político y el grado en el que se involucran los líderes en establecer y apoyar los objetivos orientados al cliente (beneficiarios). Los líderes de las instituciones públicas deben mostrar un conocimiento claro de los clientes y sus necesidades específicas, mostrando capacidad de equilibrarlos con las exigencias políticas.

Una gestión basada en la calidad total se alcanza en un tiempo límite cuando la calidad se convierte en una parte esencial de la política corporativa. Así, la política y estrategia, recogen la manera de implantar la misión y visión de la organización a través de una estrategia orientada a todos los grupos de interés y sustentada por políticas, planes, objetivos, metas y procesos relevantes. Para el caso del Sector Salud – por tratarse de una entidad pública – las políticas y estrategias podrían estar influenciadas por las estrategias políticas de sus líderes de turno. La política y estrategia deberá considerar la cultura interna de la organización, su estructura y operaciones a corto y largo plazo tomando en cuenta las prioridades y necesidades de clientes, comunidad y políticos, así como la adecuación coherente de los procesos, planes, objetivos y metas.

Es necesario tener claro que el modelo a proponer no debe evaluar la «*calidad*» de las medidas políticas tomadas, sino el nivel de la excelencia de la gestión que se lleva a cabo en la Institución.

Conforme los resultados obtenidos, se resume que la misión del Sistema de Salud es proporcionar a la población, una atención sanitaria especializada, centrada en sus necesidades de salud y basada en criterios de mejora continua de calidad, ofreciendo a sus beneficiarios un trato personal en un entorno de seguridad y confianza. El Sistema de Salud pretende favorecer el desarrollo profesional y personal de sus clientes internos a través de la implicación y participación de todos sus profesionales, fomentando la responsabilidad y eficacia mediante el trabajo en equipo e impulsando la gestión del cambio.

### **5.3. Encuesta de percepción de la satisfacción**

Dentro de las medidas de evaluación de la calidad se encuentran las evaluaciones del usuario y del desempeño. La satisfacción del usuario constituye una de las variables más importantes en dicha evaluación, al llevar a cabo la encuesta de satisfacción a los usuarios del sistema de salud pública, se pretendió evaluar la satisfacción del usuario de los servicios institucionales del sector salud, a través de su opinión.

Un resumen general de satisfacción asociado a las características socio-demográficas de la población en estudio se presenta en seguida:

Tabla 216: Resumen de variables socio-demográficas

| Variable        |                  | Satisfechos(as) |               | Insatisfechos(as) |              |
|-----------------|------------------|-----------------|---------------|-------------------|--------------|
|                 |                  | N               | %             | N                 | %            |
|                 |                  | <b>1.138</b>    | <b>91,92%</b> | <b>100</b>        | <b>8,08%</b> |
| Género          | Masculino        | 610             | 92,01%        | 53                | 7,99%        |
|                 | Femenino         | 528             | 91,82%        | 47                | 8,17%        |
| Rango de Edad   | Menos de 20 años | 150             | 91,46%        | 14                | 8,54%        |
|                 | De 21 a 35 años  | 358             | 92,03%        | 31                | 7,97%        |
|                 | De 36 a 50 años  | 271             | 91,86%        | 24                | 8,14%        |
|                 | Más de 50 años   | 358             | 92,03%        | 31                | 7,97%        |
| Centro de Salud | Hospital         | 395             | 80,28%        | 97                | 19,72%       |
|                 | Área de Salud    | 743             | 99,60%        | 3                 | 0,40%        |

Fuente: encuesta de satisfacción, 2011

La relación profesional de salud – paciente es un elemento básico de la asistencia en salud. El hecho de que una de las partes de esa relación, el profesional en salud (médico general/especialista, pediatra, enfermero/a), disponga de la totalidad de los conocimientos, habilidades y recursos comporta la existencia de una asimetría de información y que el paciente se vea obligado a aceptar una relación de agencia por parte del profesional en salud que, en la práctica, implica una relación de poder. Esta situación ha contribuido a la aparición de un movimiento a favor de los derechos de los pacientes, como concreción en el terreno sanitario de la Declaración de los Derechos Humanos de 1948. Para el año de 1973 nace la primera declaración explícita de derechos de los pacientes formulada por la Asociación Americana de Hospitales denominada «*Ira Carta de Derechos del Paciente*» (AHS; 1973).

En relación con los resultados de la encuesta de satisfacción percibida por el beneficiario con el objeto de conocer la opinión de la sociedad civil sobre los servicios de salud, a través de la calidad de la consulta externa y su relación con la satisfacción, es importante mencionar que en la evaluación correspondiente a la percepción general no se consideró el «*Resultado del Tratamiento*», ya que no hubo seguimiento alguno. Otro aspecto innegable es que la recolección de la información se llevó a cabo a través de entrevistas a la salida de la consulta, práctica que algunas veces es cuestionada por el

posible sesgo de información, por las experiencias recientes, dado en función de las respuestas de los pacientes que pueden oscilar entre la exageración o la negación. Por lo que a fin de garantizar la validez interna – y siguiendo a Parasuraman (1994: 111-124) - se empleó personal encuestador no trabajador de las instituciones donde se realizaban las entrevistas, para evitar sesgos de medición y así prevenir sugerencias en las respuestas al momento de la encuesta. Por otra lado se seleccionó de manera aleatoria al participante, tanto si era primera vez o visitante regular, y se estandarizó al personal encuestador. De esa manera se evitaron los sesgos de medición. Por otra parte, se considera que la respuesta no afectó a los resultados mostrados en la presente investigación, ya que al analizar las variables socio-demográficas como edad y género de las personas cuyas encuestas fueron excluidas, se encontró que los participantes no fueron diferentes a los que no respondieron. Las encuestas que no se incluyeron fueron porque se encontraban con ítems sin completar (producido por el hecho de que los usuarios no quisieron terminar la encuesta).

Los métodos de medición más difundidos utilizan encuestas como medio para explicitar el grado de satisfacción. En Costa Rica se tienen algunas referencias al respecto – la CCSS y el Ministerio de Salud han efectuado sendas evaluaciones de satisfacción al menos 2 en cada institución en los últimos cinco años. Algunos autores refieren que la satisfacción con los servicios es considerada como una percepción subjetiva que el paciente construye a partir de la suma no algebraica de las satisfacciones parciales con cada uno de los componentes y de su relación con sus expectativas (Parasuraman; 1994: 58).

Parasuraman desarrolló un instrumento que mide la satisfacción en relación con la calidad del servicio por dimensión, reconocido por su carácter holístico, en el que se incluyen las dimensiones de fiabilidad, interés, garantía y empatía (Parasuraman; 1988: 64). Sin embargo la técnica SERVQUAL cuenta con problemas de tipo técnico del instrumento, como la definición del momento en el que deben medirse las expectativas del usuario (antes o después del servicio), y la definición adecuada del proceso de formación de las expectativas, por tal motivo se decidió sólo utilizar tres del total de sus dimensiones, ya que no se traslapan con la metodología de Donabedian. Se consideró la satisfacción del paciente como un concepto procedente de la calidad percibida del servicio, indicando la

«*adecuación de sus expectativas con la percepción final del servicio en salud*» (Kurata et al; 1992: 176-179).

Las expectativas, consideradas como ideas que el cliente tiene sobre el servicio que va a recibir, constituyen elementos sustantivos en la identificación de la satisfacción que no deben ser pasados por alto (Thompson; 1995: 127-141). Estas ideas tienen varios orígenes: desde su propia experiencia previa, informaciones obtenidas de otros usuarios o de los medios de comunicación. Las expectativas son el resultado de un proceso de elaboración que parte de una amalgama de informaciones y que son integradas en una idea, por lo tanto abstracta, previa al consumo del servicio (Ross; 1995:392-406). El usuario está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas (Thompson; 1995: 7). Por lo tanto, las expectativas son un requisito previo para la satisfacción del cliente (Kurata; 1995: 35). En los resultados del presente estudio se encontró un 91,92% de usuarios que refirieron tener mejores expectativas sobre la atención recibida, aunque el 8,08% se asoció con insatisfacción.

La presente investigación sólo evaluó la satisfacción general, sin particularizar sobre componentes específicos, por lo que el resultado final de la satisfacción corresponde a todos los elementos con los que el beneficiario tuvo contacto al recibir la atención sanitaria. Aun cuando algunos autores refieren que la satisfacción con los servicios es una percepción subjetiva del usuario sobre algunos elementos específicos, de los cuales tiene ciertas expectativas (Aguirre; 1990: 32), los resultados aquí presentados intentan identificar los factores relacionados con la satisfacción de las expectativas que los beneficiarios tienen de la atención.

Una de las principales expectativas manejadas por los usuarios es la relacionada con el restablecimiento de la salud, proporcionándole al médico un mayor peso específico sobre esta recuperación, por lo que el trato otorgado por el médico constituye un elemento esencial en la satisfacción de sus expectativas, y si los pacientes no perciben un trato amable las expectativas de satisfacción se ven afectadas negativamente (Salinas; 1994: 22-24).



## 5.4. Empleo del Cuadro de Mando Integral en el Sector Salud

De acuerdo con el análisis de la evidencia encontrada, la evolución y las características en el Cuadro de Mando Integral en el Sector Salud a través del análisis de las publicaciones científicas, esta revisión refleja las siguientes conclusiones:

- a) En relación con el primer parámetro planteado – perspectivas utilizadas – la respuesta es que se estudian las 4 perspectivas clásicas en la mayor parte de los trabajos, puesto que se traslada el modelo desarrollado en otros ámbitos al sector salud. Se observa una falta para una mejor adecuación de esta herramienta de gestión a las especificaciones propias del sector salud.
- b) En cuanto al segundo parámetro – indicadores utilizados – la respuesta es que básicamente se recogen los utilizados previamente en los centros de salud y no se hace mención a la estrategia ni a la identificación de los factores clave sobre los que hay que trabajar. No considera la perspectiva «*paciente*» y tampoco merece especial atención la perspectiva «*aprendizaje y crecimiento*», que se puede considerar importante en el sector salud, por la utilización intensiva del conocimiento.
- c) En cuanto al tercer parámetro – acerca de la generación del Cuadro de Mando Integral utilizado – la mayor parte de los trabajos revisados corresponden a una concepción que podría denominarse de la *primera generación*, es decir, se considera al Cuadro de Mando Integral como una herramienta de control, dejando de lado la posibilidad de ser considerada como una herramienta para implementar la estrategia o incluso como herramienta de gestión.

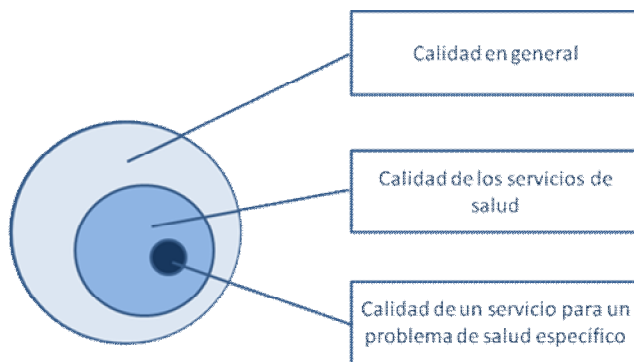
## 5.5. Modelo propuesto: *Health Quality Score Card*<sup>6</sup>

No cabe duda, que existe un interés creciente por la calidad, que finalmente se está asentando como un componente imprescindible del funcionamiento de los servicios de salud a todos los niveles. En general – administradores, sociedades científicas, foros profesionales – hablan de la gestión de la calidad y se interesan por ella. Sin embargo, este interés creciente se ha venido acompañando de una confusión también creciente de términos y conceptos.

Dos de las confusiones más frecuentes, y preocupantes, se relacionan con la definición de responsabilidades para la mejora continua de la calidad en los diversos niveles del sistema, y la proliferación de «modelos» que se ofrecen como solución global para la implementación efectiva de sistemas de gestión de la calidad. Ambas cuestiones, están, en cierto modo, relacionadas entre sí.

Para evitar confusiones y asegurarse de que se tendrá el mismo lenguaje, se resume en primer lugar lo que se entiende por calidad. Existen tres niveles en la conceptualización de la calidad, representados por la ilustración 46.

Ilustración 46: Niveles de la Calidad



Fuente: elaboración propia, 2011

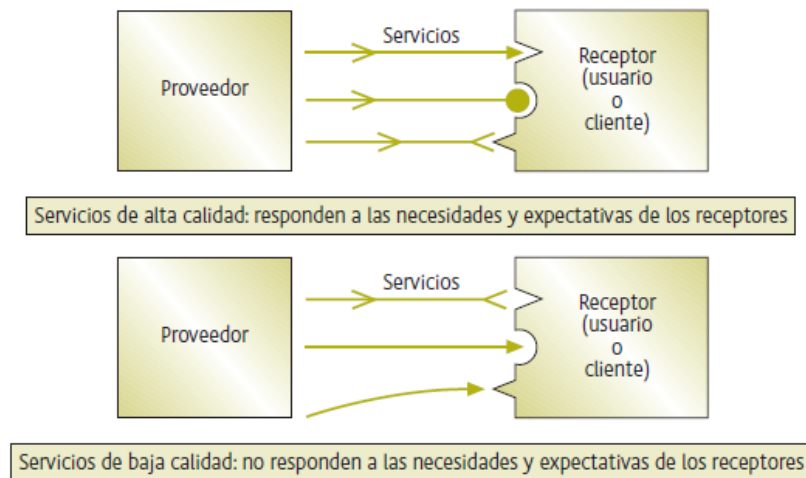
<sup>6</sup> Denominación de la herramienta para la medición de la calidad en el sector salud, propuesto por el investigador.

El nivel más general (nivel 1) es el concepto de calidad en general, que puede ser aplicado a todo tipo de productos y servicios y que puede resumirse como «*la satisfacción de las necesidades y expectativas de aquellos a quienes van dirigidos los bienes y servicios*». Este concepto general, necesario y filosófico, pero demasiado genérico para la medición está representado por la ilustración 47.

La principal implicación es que, para que un bien o servicio sea de calidad, es preciso y necesario que quien lo provea:

- Conozca cuáles son las necesidades y expectativas de sus «*clientes*».
- Sea capaz de diseñar ese bien y servicio de acuerdo con esas necesidades y expectativas

Ilustración 47: Concepto de Calidad en General



Fuente: elaboración propia, 2011

En el siguiente nivel (nivel 2) se encuentran los conceptos genéricos de calidad que se aplican a sectores específicos (como el sector salud). Este nivel se define generalmente por medio de «*dimensiones*» de las que existen y se discuten diversos esquemas. Los esquemas representan la interpretación que se hace de lo que significa «*satisfacer las*

*necesidades y expectativas»* de los beneficiarios de los servicios de salud, y sirve de enlace con el siguiente nivel conceptual.

El tercer nivel, la calidad de procesos de atención o servicios específicos, relacionados con problemas de salud o situaciones particulares, la calidad se define por medio de requisitos que se hacen medibles a través de criterios o indicadores:

- Cada proceso o servicio concreto tiene su propia definición de calidad en términos operativos y medibles
- Los términos operativos y medibles deben ser consistentes con las definiciones genéricas de calidad que se hayan adoptado.
- El Sector Salud, es difícil que exista ningún conjunto de indicadores que mida de forma específica y completa la calidad. Cualquier «*modelo*» basado en un conjunto concreto de criterios, estándares o indicadores va a ser necesariamente parcial.

Por otra parte, el concepto de «*calidad total*», que a veces se presenta como equivalente a «*calidad de todos los servicios*» o de todas las «*dimensiones de la calidad*», a lo que hace referencia en realidad es a la aplicación de la gestión de la calidad a todos los ámbitos de la organización; no únicamente a los productos o servicios que ofrezca, sino también a los diversos componentes de la organización en sí misma (gerencia, clima organizacional, satisfacción del personal, por mencionar algunos), y a sus relaciones con el exterior (proveedores y sociedad).

Por otra parte aplicando el concepto general de «*sistema*» al caso de la gestión de la calidad, se puede definir un sistema de gestión de la calidad como «*un conjunto de elementos estructurales y de actividades que tienen como propósito específico la mejora continua de la calidad*».

Las características particulares de un sistema de gestión de la calidad concreto pueden ser descritas en función de:

- a) Marco filosófico
- b) Estructura y organización que se pone al servicio de la gestión de la calidad
- c) Actividades que se realizan para la mejora continua

Todo ello, pero básicamente enfocado en la orientación de las actividades que se llevan a cabo, puede configurar también un determinado «*modelo*» para la gestión de la calidad. Un tipo de «*modelo*» diferente de lo que serían los modelos basados en conjuntos de criterios, indicadores o estándares para la medición. Este modelo se complementa con la caracterización del enfoque, externo o interno, con que se llevan a cabo las actividades. El enfoque externo implica que las decisiones sobre qué y cómo medir se toman desde fuera de la Institución, mientras que en el interno todo ello se decide dentro de la Institución a evaluar; traduciendo así el compromiso con la calidad del propio personal que ofrece los servicios que se evalúan.

Un análisis de las diferentes propuestas y modelos que se plantearon, los de mayor aceptación y uso en los servicios de salud, revela que no son diferentes en relación con el marco filosófico sobre la calidad, o el enfoque estructural y organizativo que promueven. Las diferencias residen en:

- Los esquemas de requisitos, estándares, criterios o indicadores que proponen para evaluar
- La finalidad y consecuencias de la evaluación
- La metodología con la que se realizan las evaluaciones, básicamente en relación con el balance de los enfoques externo e interno.

En forma comparativa, puede decirse que:

- Existen pocas diferencias filosóficas entre los diferentes modelos. Todos tienen al cliente como centro de la organización y de la calidad, aunque en el modelo EFQM es más obvio el enfoque en el concepto de calidad total.
- Todos los modelos estudiados presentan para su aplicación práctica un esquema de monitorización. Hay que comparar la realidad con normas (ISO), estándares (JCAHO, ACI, HQS, Acreditación CCSS) o criterios (EFQM) preestablecidos, para identificar en qué hay que mejorar, dentro de los aspectos que se evalúan en los respectivos «modelos».
- Aunque los modelos JCAHO, ACI, HQS y Acreditación CCSS son específicamente para servicios de salud, los otros dos, de origen genérico e industrial, han intentado, y posiblemente seguirán intentando, producir adaptaciones específicas para servicios de salud.
- Con excepción del modelo EFQM que es para autoevaluar, los otros están pensados como programas externos que llevan a un reconocimiento (certificación o acreditación), sin embargo, el primero también requiere de una auditoría externa si es que se desea recibir reconocimiento.
- Todos los modelos estudiados, pueden ser dinamizadores del compromiso con la calidad. Aunque ninguno garantiza la inexistencia de problemas de calidad una vez aplicados, probablemente, entre otras cosas, por el alcance necesariamente parcial de todos ellos. El ejemplo en este sentido lo brinda el programa de acreditación en Estados Unidos, donde más del 90% de las camas hospitalarias están acreditadas, sin que ello se asocie a una ausencia comparable de problemas de calidad en la asistencia hospitalaria en ese país.

Es precisamente, la complejidad y divergencias descritas en los modelos estudiados la que lleva al planteamiento de una herramienta, que si bien conserva la estructura de criterios, se confecciona sobre la base de *sesenta indicadores de calidad hospitalaria*. Estos indicadores que componen el modelo de calidad propuesto, fueron construidos utilizando una adaptación propia del formato estructurado que para la construcción de indicadores ha

desarrollado *Accreditation Canada*. Esta organización, explica que la elaboración de los indicadores clínicos, es uno de los aspectos fundamentales para que las mediciones se realicen con validez y fiabilidad. Sólo si se emplea un formato sistémico se tendrá garantía de que el indicador queda construido de manera correcta y que éste, valora convenientemente el evento que monitoriza. De acuerdo con estas recomendaciones y tal como se explica en el apartado de método, se construyeron los indicadores de calidad atendiendo la siguiente estructura: código del indicador, enunciado del indicador, criterio al que se asocia, definición y significado del indicador, cálculo y ecuación, fuentes y evidencias, estándar y naturaleza.

En este punto de la discusión, vale preguntar, *¿por qué estos sesenta indicadores y no otros?*

En primer lugar, se realizó una revisión bibliográfica relacionada con las recomendaciones e indicadores publicados sobre los aspectos que deben ser monitorizados en los centros sanitarios y por otro lado, también se revisaron los programas de calidad basados en conjuntos de indicadores de calidad hospitalaria.

Destaca, el aporte realizado por Saturno (1998: 437-443), quien pone de manifiesto que los requisitos para la selección de indicadores deben ser que *«éstos hagan referencia a procesos clínicos y/o resultados de salud, medidos en áreas relevantes, definidos con precisión y referidos a sucesos claramente identificables, con procedimientos de ajustes para facilitar la comparación, que pongan de manifiesto aspectos relacionados con el funcionamiento de las instituciones y que se cuente con la participación de profesionales y pacientes»*. Cabe mencionar, que la herramienta, con los sesenta indicadores propuestos, cumple la totalidad de las recomendaciones anteriormente citada.

Por su parte, la ISQua<sup>7</sup> publica el proceso a seguir para la construcción e indicadores confiables. Haciendo énfasis en la valoración de la evidencia científica que justifique la importancia de un indicador, facilidad de medición y frecuencia, establecer estándares y diseñar un formato para la medición, pilotar los indicadores y simular su

---

<sup>7</sup> The International Society for Quality in Health Care – ISQua, <http://isqua.org>

aplicación en los centros de salud. Estas recomendaciones también fueron atendidas para la construcción del modelo que se presenta.

De acuerdo con Saturno (1998: 437-443), los indicadores de calidad deben tener los siguientes atributos:

- a) Orientados a la mejora de la salud
- b) Definidos y especificados con precisión
- c) Fiables, válidos, interpretables, ajustados o estratificados
- d) Evaluar los recursos y los esfuerzos necesarios para la recolección de datos
- e) Ser útiles en el proceso de acreditación
- f) Poder controlarlos por parte del proveedor
- g) Disponibilidad pública de los datos para su uso

Existen consideraciones de tipo técnico que deben tenerse presentes para trabajar con indicadores, puesto que afectan su consistencia y claridad. *Accreditation Canada* ha publicado y hace referencia a que el enunciado del indicador debe ser plural, que los indicadores son sucesos y que por lo tanto su enunciado no debe reflejar la palabra porcentaje, tasa, entre otros; los términos que se definen deben hacerse en el mismo orden enunciado, el numerador y el denominador deben expresarse en consonancia con el enunciado, la expresión del numerador debe extraerse directamente del mismo mientras que el denominador puede diferir y que el fundamento o significado debe ir dirigido a explicar lo que el indicador debe valorar.

Explicada y justificadas las consideraciones técnicas para trabajar con este tipo de herramienta, se intentará responder a la pregunta antes mencionada ¿por qué incluir estos indicadores y no otros?

Se han efectuado revisión de los indicadores de seguimiento definidos por algunos sistemas hospitalarios internacionales como son los del *International Quality Indicator Project*<sup>8</sup> (empleado en 17 países y más de 350 organizaciones – ver Ilustración 48); el

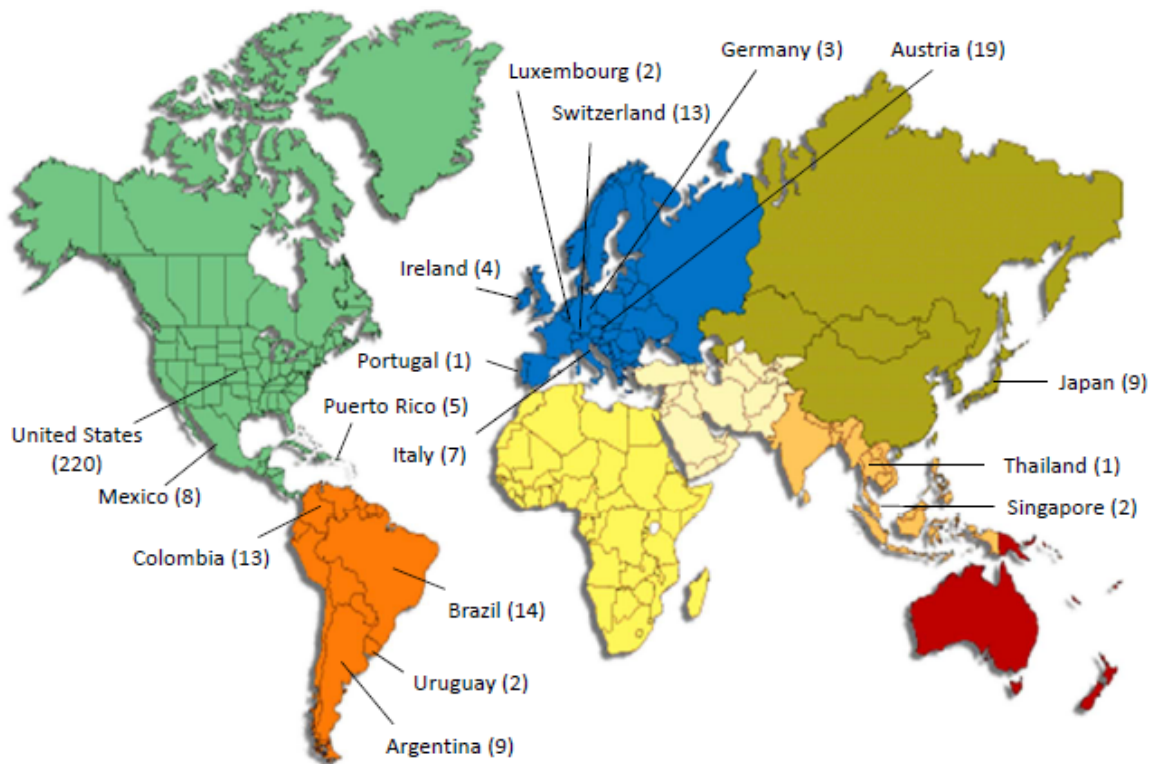
---

<sup>8</sup> <http://www.internationalqip.com>, accedido en Noviembre 07 de 2011.



*Australian Council on Healthcare Standards*<sup>9</sup> (empleado en 13 regiones de Oceanía y Asia) y los de la *Michigan Health & Hospital Association*<sup>10</sup>.

Ilustración 48: Número de organizaciones que utilizan el IQIP, 2011



Fuente: The International Quality Indicator Project, 2011.

Se observa, en relación con el IQIP, de acuerdo con Kazandjian (2006: 265-276), se observa que los indicadores utilizados para hospitales norteamericanos, Asia y Europa hacen referencia a la mortalidad intrahospitalaria total, mortalidad perioperatoria, mortalidad infantil, reingresos no programados, retornos no programados a la unidad de cuidados intensivos, re-intervenciones quirúrgicas y reingresos no programados. A

<sup>9</sup> <http://www.achs.org.au>, accedido en Noviembre 07 de 2011.

<sup>10</sup> <http://www.mha.org>, accedido en Noviembre 07 de 2011.

excepción de los retornos de unidades generales a unidades de cuidado intensivo, la concordancia entre el modelo propuesto en el IQIP y el presentado es total.

De acuerdo con el *Australian Council on Healthcare Standard* y el de *Michigan Health & Hospital Association*, la propuesta de indicadores hace referencia a: tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad perinatal, por infarto agudo de miocardio, mortalidad global, estancia media, infecciones respiratorias, reacciones adversas, frecuencia de cateterización con complicaciones. A grandes rasgos, se puede observar que la concordancia del modelo propuesto con estos es elevada, aunque si bien es cierto que existen indicadores específicos que no se contemplan, como lo son el caso de frecuencia de complicaciones hemorrágicas tras intervenciones, laceración accidental durante intervención quirúrgica y frecuencia de dehiscencia en sutura<sup>11</sup>.

En el año 2000, *Accreditation Canada International*, hizo públicos los primeros Estándares Internacionales de Acreditación de Hospitales, que son la base para la acreditación de centros fuera de los Estados Unidos; y que ha empleado la CCSS para sus *Normas de Acreditación de Establecimientos de Salud*, al igual que en los casos anteriores, la mayor parte de los indicadores que hacen referencia a la salud pública son coincidentes con la propuesta.

Los estudios relacionados con el Cuadro de Mando Integral, ponen de manifiesto que indicadores de calidad de las historias clínicas, calidad de la información, estancias medias, mortalidad y morbilidad, gastos, por mencionar algunos, constituyen un instrumento útil para la mejora de la calidad sanitaria.

La concordancia con las propuestas revisadas y citadas en esta discusión con el modelo de indicadores para medir la calidad – *Health Quality Score Card (HQSC)* – hace pensar que se presenta una herramienta válida, factible y operativa. Además, la inclusión de indicadores de liderazgo, planeación estratégica, procesos, satisfacción de cliente interno e impacto en la sociedad presenta una propuesta novedosa que aporta nuevos enfoques hacia la mejora continua de la calidad en el sector salud.

---

<sup>11</sup> Esta situación puede ocurrir por una incorrecta aproximación de bordes, por la retirada precoz de los puntos o por el uso de un material inadecuado (sutura demasiado fina, entre otros). Puede llegar a requerir una intervención quirúrgica (Coifman, 2004).

En todo caso se tiene conciencia de las limitaciones de este tipo de herramientas. Los indicadores no están exentos de dificultades. Detectan errores, pero éstos no necesariamente indican que los mismos sean debido a una mala calidad. Por otra parte, si no se construyen con precisión, cuentan con importantes limitaciones metodológicas que los hacen, en algunos casos, difíciles de interpretar y en otros de malinterpretar.

En las palabras de Peiró *«no se trata de desmontar los indicadores de funcionamiento, ya que estos son un instrumento importante. Pero necesitamos una apuesta más radical por la calidad de la atención sanitaria. Los indicadores deben bajar a las trincheras. Su sitio está donde se presta la atención sanitaria, donde se produce el contacto del paciente con el sistema de atención, donde se realizan los procesos y donde se producen los resultados de salud»* (Peiró; 2004: 361-362).

Una vez que se ha aclarado acerca de la validez, factibilidad, y utilidad del modelo propuesto para evaluar la calidad de los servicios prestados en los Centros de Salud, se pasará a la presentación del modelo. Es importante mencionar que todos los indicadores que se han incluido, por tratarse de Instituciones públicas – Ministerio de Salud y CCSS – son de carácter público, por lo tanto no se han presentado problemas de aplicabilidad de la herramienta. Los indicadores propuestos son de fácil aplicación y los resultados de los mismos pueden obtenerse sin dificultades.

## **HQSC - Indicadores de Liderazgo**

Existen consideraciones importantes para la inclusión de los indicadores relativos al *liderazgo*: a) la evaluación debe centrarse en el rol de los directivos y mandos medios<sup>12</sup>, en el marco definido por las directrices de la Administración Pública. El modelo no busca la evaluación de la calidad de las orientaciones políticas, sino evaluar la eficiencia y eficacia en la gestión de la Institución; b) un factor clave de éxito es el compromiso visible de los líderes en la definición y apoyo de metas orientadas al beneficiario, alineadas con los

---

<sup>12</sup> Se considera como directivo y mando medio a todo aquel que tiene a su cargo personal o un puesto de responsabilidad dentro de la Institución.

objetivos de la Administración. Es necesario que los líderes demuestren un claro entendimiento de quiénes son sus diferentes clientes, cuáles son sus necesidades, a veces son divergentes, y cómo éstos deben ser agrupados demostrando un claro compromiso tanto con los colaboradores, con los clientes y con la Administración Pública.

Un hecho a destacar es que el indicador LI-01 relativo al conocimiento de los profesionales acerca de los objetivos del Centro de Salud en el cual desempeñan su labor, no se cumple en niveles adecuados en ninguno de los centros en que se realizó el auto-diagnóstico. Una porción importante de profesionales manifestó no conocer cuáles son los objetivos de trabajo que deben cumplir y por tanto, difícilmente, pueden estar orientados acerca de lo que la organización espera de ellos. En palabras de Ayuso *«el líder debe crear un ambiente positivo donde el grupo conozca la misión y los objetivos y tenga depositada la confianza en el logro de las metas, ya que las características propias del líder puede generar un ambiente de competitividad en donde no exista comunicación y se genere desconfianza»* (2006: 104). Siguiendo a Conger *«el líder debe ser persuasivo, para lograr que las personas a su cargo colaboren en los objetivos propuestos»* (1998: 84).

El indicador LI-02 referido a la capacidad de trabajo, preparación y rendimiento de sus líderes, es el indicador que tiene mejor puntaje. Según Ayuso, *«el líder debe poseer buenos conocimientos en su disciplina, la capacidad para motivar, la confianza, la comunicación, el entusiasmo, la visión global de las situaciones, el valor y la capacidad para tomar decisiones que incluyen riesgos»* (2006: 104).

El indicador LI-03 que se refiere a cómo los profesionales perciben el reconocimiento del líder a su trabajo.

Para finalizar la discusión con los indicadores de *liderazgo*, y haciendo referencia al modelo original de la EFQM, *«las organizaciones excelentes deben contar con líderes que establecen y comunican una dirección clara, motivando y estimulando de manera continua a sus colaboradores y servir de modelo de referencia para los demás en cuanto a comportamiento y reconocimiento»*.

## Resumen de Indicadores de Liderazgo

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <a href="#">LI-01</a> | Conocimiento por parte de los profesionales de los objetivos del centro de salud donde laboran |
| <a href="#">LI-02</a> | Opinión acerca del grado de involucramiento de los líderes                                     |
| <a href="#">LI-03</a> | Reconocer la labor de los profesionales por parte de los líderes del centro de salud           |

Fuente: elaboración propia, 2011

## HQSC - Indicadores de Planificación Estratégica

Existen elementos clave considerados para el sector salud: a) la estrategia debe considerar la cultura interna, la estructura y las actividades a corto y largo plazo, considerando las prioridades, el rumbo que sigue la Institución y las necesidades de todos los grupos de interés, incluyendo aquí las directrices establecidas por la Administración Pública; b) la estrategia debe reflejar los principios de gestión de calidad total de la Institución y el modo de alcanzar sus objetivos a través de estos. La Institución debe definir su estrategia, incluidos sus planes y procesos, mostrando como éstos se adecuan, como un todo, desde las directrices que establecen los planes de salud y los planes estratégicos de los organismos a los que pertenecen a sus circunstancias particulares.

El indicador PE-01 relacionado con el conocimiento de los profesionales acerca de la planificación estratégica de la Institución, estará en sintonía con el indicador LI-01 en forma directamente proporcional; el desconocimiento por parte de los profesionales de los objetivos de trabajo no radica en que no exista planificación estratégica, sino que esta no es conocida por los profesionales que llevan a cabo la ejecución de los planes de trabajo.

La planificación estratégica de acuerdo con Finkler et al (2007: 5) es esencial para el proceso de gestión de la organización. Con este proceso lo que se pretende es la anticipación a futuros problemas, planteando alternativas de solución. Para Errasti (1997: 311), se trata de un proceso continuo y dinámico en el que se suelen plantear las siguientes preguntas: ¿Qué hacer?, ¿Cómo hacer?, y ¿Cómo medir o evaluar? Analizando los factores tanto positivos como negativos, internos y del entorno donde se desarrollan las actividades, para conocer lo que es posible conseguir.

En concordancia con el planteamiento de Errasti, al hablar de planificación estratégica se hace referencia al estudio de la viabilidad y solvencia de la Institución, eficiencia de los servicios, calidad del servicio, análisis del mercado potencial y estrategias de marketing que incluye no solamente la publicidad de la Institución sobre sus objetivos, cartera de servicio, personal con el que cuenta, entre otros.

En el análisis del perfil del sistema de salud de Costa Rica, se pone de manifiesto las principales líneas de acción para el período 2010-2014 se ponen de manifiesto y el Ministerio de Salud las contempla para la planificación estratégica de todos los centros de salud del país. Éstas hacen referencia, entre otras, al cambio del enfoque tradicional centrado en la respuesta reactiva de atención a la enfermedad física y ambiental, para avanzar hacia la promoción de la salud, mediante la definición e implementación de políticas, planes, programas y proyectos orientados a potenciar los factores protectores de la salud individual y colectiva, así como la protección del hábitat humano. De este planteamiento se establece el indicador PE-02 relacionado con la evaluación y revisión de la planificación estratégica.

El indicador PE-03 está enlazado con la existencia de la memoria anual de la Institución, esto supone una práctica habitual, en la cual los líderes presentan el balance de logros obtenidos gracias al esfuerzo de la tarea diaria y, también, de los retos a futuro.

### Resumen de Indicadores de Planificación Estratégica

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <a href="#">PE-01</a> | Planificación estratégica                             |
| <a href="#">PE-02</a> | Revisión y evaluación de la planificación estratégica |
| <a href="#">PE-03</a> | Memoria anual de actividades                          |

Fuente: elaboración propia, 2011

## HQSC - Indicadores de Personas

De acuerdo con los modelos que se revisaron, *«las organizaciones gestionan, desarrollan y hace que surja el potencial de las personas que las integran, tanto en forma individual como grupo, o de la organización como un todo»*. Una organización debe preocuparse por comunicar, recompensar y dar reconocimiento a las personas que la integran, para de este modo, motivarlas e incrementar su compromiso con la organización logrando que utilicen sus capacidades y conocimientos en beneficio de la misma.

El hecho de que muchos centros de salud pertenecientes al Sector Público cuenten con restricciones que provienen de la Administración Pública, en la gestión del recurso humano, conlleva que estas organizaciones puedan únicamente operar dentro de límites predefinidos. Cuando sea apropiado, deben mostrar cómo tratan de lograr la ampliación de sus atribuciones en beneficio de la Institución y de sus colaboradores.

Para esta sección se han definido los siguientes indicadores:

- a) Calificación de los profesionales para el puesto de trabajo que desempeñan (P-01)
- b) Disposición de métodos para promoción, traslados y movilidad del personal (P-02)
- c) Profesionales que realizan petición de cambios de servicios (P-03)
- d) Profesionales que disponen de programas de formación continuada (P-04)
- e) Evaluación del desempeño (P-05)

Todos estos indicadores facilitan el conocimiento de la calificación y la formación de los profesionales para el desempeño de sus puestos de trabajo. De acuerdo con los estudios de la Organización Panamericana de la Salud, la participación de los profesionales de Salud de Costa Rica en actividades de formación es elevada (2002: 376). Es importante mencionar que se han abierto varias escuelas privadas de Medicina, algunas de las cuales no tienen buenos controles de calidad; ni existen procesos de evaluación y acreditación, con

el consiguiente peligro de deteriorar la calidad de la profesión y poner incluso en peligro la vida de las personas enfermas (Jaramillo; 2005: 156).

De cualquier manera es innegable que todos los centros de salud disponen de programas de formación continuada en un porcentaje elevado, pero tal como lo expone Sanz (1998: 496-498) no existen estudios definitivos que pongan de manifiesto las necesidades reales de formación y su efectividad.

### Resumen de Indicadores de Personas

|                      |  |
|----------------------|--|
| <a href="#">P-01</a> | Adecuación del personal al puesto de trabajo |
| <a href="#">P-02</a> | Planificación del personal                   |
| <a href="#">P-03</a> | Movilidad del personal                       |
| <a href="#">P-04</a> | Formación continuada                         |
| <a href="#">P-05</a> | Evaluación del desempeño profesional         |

Fuente: elaboración propia, 2011

## HQSC - Indicadores de Alianzas y Recursos

Las Instituciones suelen estar sujetas a mayores restricciones y legislación que las organizaciones del sector privado, a las que deben apearse para gestionar sus recursos. Es necesario tener presente que la capacidad de las instituciones para generar recursos adicionales puede estar limitada como puede estarlo también su libertad para asignar o reasignar fondos a aquellos servicios que desea proporcionar. Dentro del grado de autonomía de decisión de cada organización, debe evaluarse cómo se gestionan los recursos para servir de apoyo a la estrategia de la misma.

Durante el proceso de planificación, al tiempo que se gestionan las alianzas y recursos, se establece un equilibrio entre las necesidades actuales y futuras de la Institución, la comunidad y el medio ambiente.

Se definieron los indicadores AR-01 y AR-02 relacionados con la existencia de inventarios de materiales y productos, y; gestión de desechos hospitalarios; estos



indicadores hoy día son bastante comunes y de uso cotidiano en los Centros de Salud, sin embargo el indicador AR-03 relacionado con la práctica de estudios de coste-efectividad no es algo que esté en uso hoy día, la razón por la cual se incluye este indicador es que de acuerdo con el estudio que realizaron Martín-Zurro y Cano (2005: 21) destacan la importancia de disponer de una gestión de coste-efectiva en los servicios sanitarios ya que esto implica que los recursos económicos de los que dispone el Sistema Nacional de Salud, además de ser finitos, sean utilizados para producir el máximo resultado posible en términos de salud.

### Resumen de Indicadores de Alianzas y Recursos

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <a href="#">AR-01</a> | Existencia de inventarios de materiales y productos hospitalarios |
| <a href="#">AR-02</a> | Gestión de deshechos hospitalarios                                |
| <a href="#">AR-03</a> | Coste-efectividad   |

Fuente: elaboración propia, 2011

## HQSC - Indicadores de Procesos

La gestión de procesos es uno de los elementos esenciales de la estrategia de gestión de la Calidad Total (Gimeno et al; 2006: 246-256), constituye un instrumento para la visualización, análisis y mejora de los flujos de trabajo en las organizaciones. En el Sector Salud, el término proceso puede constituirse como el «conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del paciente y/o población al que va dirigido» (Arcelay et al; 1999). De acuerdo con Arcelay, se trata de la gestión eficiente de los flujos de trabajo para satisfacer las necesidades fundamentales y las expectativas de los beneficiarios; este escenario constituye una exigencia profesional, social e incluso ética.

Un proceso se visualiza, por lo general, en forma de diagrama o esquema, el cual describe gráficamente la forma de realizar una tarea o acción. Estos diagramas pueden aplicarse a cualquier secuencia de actividades que se repita y que pueda medirse,

independientemente de su duración y/o complejidad, aunque para que el proceso sea útil debe permitir cierta sencillez y flexibilidad.

Tabla 217: Características de los Procesos

|             |   |
|-------------|---|
| Comprendido | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Propósito, a través de la definición de la misión</li> <li>- Fronteras del proceso, mediante las entradas y salidas</li> <li>- Quiénes son los clientes y proveedores</li> <li>- Quién es el propietario del proceso</li> <li>- Qué rendimiento está generando</li> </ul>  |
| Documentado | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagrama de flujo</li> <li>- Nombre del propietario</li> <li>- Medidas de rendimiento de los diferentes subprocesos y fases del proceso</li> </ul>   |
| Medido      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- El proceso debe medirse de forma tal que se conozca su nivel de rendimiento, respecto de las expectativas de los clientes, de manera que se pueda actuar para mejorarlo.</li> <li>- Debe ser un indicador claro que monitorice la calidad del proceso.</li> <li>- Las medidas del proceso deben clasificarse en «<i>internas del proceso</i>», que estarán relacionadas con la eficiencia, y medidas «<i>externas del proceso</i>», que estarán relacionadas con la eficacia del proceso.</li> </ul> |

Fuente: Elaboración propia en base a Pérez (2010).

El propósito de la asistencia sanitaria, es incrementar el nivel de salud de los ciudadanos, integrar funcional y administrativamente los servicios sanitarios públicos, descentralizar la gestión y racionalizar la administración de recursos; y, elevar la calidad de los servicios de salud y el grado de satisfacción de los usuarios y los profesionales sanitarios (Cañestro; 2008: 42). Sin embargo, la práctica clínica implica la toma de decisiones y realización de prácticas no exentas de variabilidad. Con el fin de reducir esta variabilidad innecesaria, los clínicos se han preocupado por una mejor gestión de los procesos asistenciales lo que ha dado lugar a la denominada Medicina Basada en la Evidencia (MBE).

Se definieron tres indicadores de procesos relacionados con la existencia de una planificación estratégica coherente con la misión, visión y objetivos (PR-01); diseño y puesta en marcha de los procesos asistenciales (PR-02); y, diseño y puesta en marcha de los procesos de apoyo (PR-03).

Para considerar que realmente se trabaja en gestión por proceso, de acuerdo con Pérez (2010: 49-81), cuando todas las personas involucradas en él conozcan lo siguiente:

### Resumen de Indicadores de Procesos

|                       |                                      |
|-----------------------|--------------------------------------|
| <a href="#">PR-01</a> | Proceso de planificación estratégica |
| <a href="#">PR-02</a> | Procesos asistenciales clave         |
| <a href="#">PR-03</a> | Procesos de apoyo                    |

Fuente: elaboración propia, 2011

## HQSC - Indicadores de Satisfacción de los Pacientes

Sea cual fuere el modelo de gestión que se adopte en las empresas de salud, es indudable que una de sus características principales será la orientación hacia el cliente, este es un elemento común en todos los modelos de calidad total hoy día (Benavides y Quintana; 2003: 154-156).

Los modelos estudiados, son similares en el abordaje de la satisfacción del cliente. Todos hacen referencia a la importancia de satisfacer las expectativas y las necesidades de los clientes y todos destacan que el trato, comodidad, información y respeto son dimensiones básicas para lograr la satisfacción.

De los modelos analizados se obtiene el primero de los indicadores de esta sección el mismo está relacionado a cómo perciben los pacientes y familiares el trato que reciben (SP-01).

Los estudios de Hall y Dornan pusieron de manifiesto que las experiencias positivas de los pacientes relacionadas con la humanidad en la asistencia, trato y empatía, son de los

aspectos más valorados por pacientes y familiares y consecuentemente representan un predictor de satisfacción importante (Martín-Zurro y Cano; 2005: 417-426).

En relación con el indicador a cómo los pacientes y/o familiares perciben la información sobre su proceso (SP-02), hace algunos años el profesor Alan Williams (1991) presentaba la siguiente reflexión: *«el médico está para dar al paciente toda la información que el paciente considere necesaria, para que el paciente pueda tomar una decisión, y el médico debe ponerla en práctica una vez que el paciente ha tomado la decisión»*, aunque después el profesor Williams proponía sustituir la palabra médico por la de paciente y viceversa, de modo que la reflexión quedaba enunciada así: *«el paciente está para dar al médico toda la información que el médico considere necesaria, para que el médico pueda tomar una decisión, y el paciente debe ponerla en práctica una vez que el médico ha tomado la decisión»* (Pinto; 2004:1). La razón del indicador mencionado estriba en la naturaleza inusual de las disyuntivas a las que el paciente debe enfrentarse cuando ha de elegir entre tratamientos médicos. Perera condujo recientemente un estudio en el cual se destaca que los pacientes desean una participación más activa en la toma de decisiones sobre su salud, y para ello, requieren mayor información (2011: 128-131).

Otra cuestión que influye decididamente en la calidad son los estilos de práctica de los profesionales. Dentro de estos estilos, se sabe que aquel que es más participativo, que anima al paciente a preguntar, para manifestar dudas o temores, capacitará mejor al paciente para afrontar su proceso y conocer mejor su enfermedad. La información que suministran los indicadores del trato y de información es de suma importancia, ya que en estos, está muy relacionado, un mejor cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas por parte de los mismos (Pinto; 2011: 63-65).

Otros indicadores seleccionados fueron: relativo a como los pacientes y familiares perciben la comodidad y la calidad hostelera (SP-03), el cual se encuentra muy relacionado con la infraestructura, accesibilidad, e instalaciones acordes con las características y volumen de los usuarios atendidos.

Se ha incluido el indicador SP-04 relacionado con las quejas presentadas, debido a que esta fuente de información puede considerarse como un *«tesoro escondido»*. Es un

hecho conocido, que las quejas siguen la regla descrita gráficamente como «*fenómeno iceberg*» en el que la parte visible no representa más que una pequeña porción del total (Varo; 1994 :510-512).

En la encuesta de satisfacción, en relación con los principales motivos de quejas pone de manifiesto que la lista de espera, cumplimiento de horarios, son los más frecuentes.

Por último en esta sección se ha incluido el indicador SP-05 relacionado a como los pacientes perciben el respeto a sus derechos. Existe un vasto cuerpo filosófico conceptual respecto a este tema, que podría analizarse:

- a) La Constitución Política de la República de Costa Rica, establece en el título V; “Derechos y Garantías Sociales”, capítulo único, artículo 73, que: *«se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez y muerte y demás contingencias que la ley determine. La administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma denominada Caja Costarricense de Seguro Social».*
- b) La Ley General de Salud del Ministerio de Salud Costa Rica, en su artículo 3 expresa: *«Todo habitante tiene derecho a las prestaciones de salud, en la forma que las leyes y reglamentos especiales determinen y el deber de proveer a la conservación de su salud y de concurrir al mantenimiento de la de su familia y de la comunidad».*
- c) La Declaración Universal de los Derechos del Hombre, en el artículo 25 señala: *«Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad».*

- d) La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, en el capítulo primero, artículo XI, refiere: *«Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondiente al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad»*.
- e) La Asociación Norteamericana de Hospitales, en su carta de los Derechos de los Pacientes dice: *«El paciente tiene derecho a suponer que el hospital dará una respuesta razonable a su solicitud de servicios»*.

Este articulado de las leyes citadas anteriormente se regulan que los pacientes tienen derechos al respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad, a la confidencialidad, a ser advertidos si van a ser incluidos en proyectos de investigación, a la información en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, a que se le asigne un médico, a que se le extienda certificado acreditativo de su salud, a negarse al tratamiento en ciertos supuestos, a participar en las actividades sanitarias, a que quede constancia por escrito de su proceso y recibir una epicrisis, a utilizar las vías de reclamaciones y sugerencias.

El Ministerio de Salud viene desarrollando desde hace algunos años encuestas de salud, enfocadas en principalmente en dos áreas, a saber: Salud Reproductiva y Nutrición, los resultados de dichas encuestas se encuentran disponibles al público en el sitio WEB del Ministerio de Salud, en el caso de la primera incluyen bloques específicos para prácticas sexuales responsables, planificación familiar, fecundidad, educación sexual, enfermedades de transmisión sexual, violencia sexual, servicios de salud reproductiva (Ministerio de Salud, 2010).

De acuerdo con los resultados obtenidos para el último año anterior, las principales conclusiones son que la temprana edad de inicio de las relaciones sexuales genitales impone una clara necesidad de establecer programas y servicios de educación sexual

integral que inicie en edades previas a la adolescencia. Se observan patrones que, claramente, han venido cambiando entre las generaciones: edad de inicio de relaciones sexuales, tipo de relación en la que se inscribe esa primera relación sexual coital, preferencias en cuanto al número ideal de hijos/as, fuentes de información sobre temas sexuales, uso del condón, fuentes de información en materia de sexualidad, entre lo más relevantes. Por último, los indicadores de acceso al control prenatal y de embarazo con atención profesional siguen revelando la amplia capacidad y cobertura del sistema de salud costarricense. El reto que se plantea es reducir las brechas que impiden la equidad e influir en los determinantes que podrían afectar a poblaciones específicas y en condiciones de exclusión.

### Resumen de Indicadores de Satisfacción de los Pacientes

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <a href="#">SP-01</a> | Empatía y trato con los pacientes y familiares                        |
| <a href="#">SP-02</a> | Información a los pacientes y familiares sobre el proceso asistencial |
| <a href="#">SP-03</a> | Comodidad y calidad hostelera   |
| <a href="#">SP-04</a> | Reclamos y quejas de los pacientes y/o familiares                     |
| <a href="#">SP-05</a> | Conocimiento y cumplimiento de los derechos de los pacientes          |

Fuente: elaboración propia, 2011

### HQSC - Indicadores de Satisfacción de Cliente Interno

El *Cliente Interno* se refiere a todos los colaboradores y las demás personas que ofrecen directa o indirectamente, un servicio a los clientes. Entre estas personas se incluyen a todos los grupos de colaboradores y voluntarios entre los cuales algunos pueden necesitar alguna ayuda particular para que pueda alcanzar su pleno potencial en la realización de sus tareas. Los indicadores de satisfacción del cliente interno miden el grado en el que el trabajo del personal del centro de salud cumple sus expectativas y le aporta experiencias positivas.

En Costa Rica, el ausentismo injustificado o inexplicado de los profesionales en salud es elevado (OPS; 2006). El ausentismo se define como la ausencia al trabajo durante una jornada laboral completa del trabajador que se suponía asistiría, independientemente de la causa por la que se produzca.

El ausentismo laboral es reconocido como uno de los factores que más negativamente influyen en el proceso de producción. Durante años los gobiernos y las empresas se han preocupado de esta situación dictando una serie de normas y leyes orientadas a mejorarla. Por esta razón se ha incluido el indicador tasa de absentismo (SCI-01).

Por otra parte, se ha incluido el indicador porcentaje de accidentes declarados (SCI-02); el *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH) reporta que los profesionales de la salud enfrentan una gama de peligros laborales, incluyendo lesiones por pinchazos, lesiones en la espalda, alergia al látex, violencia y estrés; el grupo de profesionales en enfermería es el más afectado (NIOSH; 2011).

El «*clima laboral*» es el medio ambiente humano y físico en el que se desarrolla el trabajo cotidiano. Influye en la satisfacción y por lo tanto en la productividad. Está relacionado con el «*saber hacer*» del líder, con los comportamientos de las personas, con su manera de trabajar y de relacionarse, con su interacción con la empresa, con las máquinas que se utilizan y con la propia actividad de cada uno. Son los líderes, con su cultura y con sus sistemas de gestión, los que proporcionan -o no- el terreno adecuado para un buen clima laboral, y forma parte de las políticas de personal y de recursos humanos la mejora de ese ambiente con el uso de técnicas precisas.

Mientras que un «*buen clima*» se orienta hacia los objetivos generales, un «*mal clima*» destruye el ambiente de trabajo ocasionando situaciones de conflicto y de bajo rendimiento. Para medir el «*clima laboral*» lo normal es utilizar «*escalas de evaluación*». Es por ello que se ha incluido el indicador SCI-03 la satisfacción de los profesionales, ya que el mismo es clave para el éxito de la Institución, porque condiciona las actitudes y comportamiento de sus colaboradores.



## Resumen de Indicadores de Satisfacción del Cliente Interno

|                        |   |
|------------------------|---|
| <a href="#">SCI-01</a> | Absentismo de los profesionales de salud                |
| <a href="#">SCI-02</a> | Accidentes laborales de los profesionales de salud      |
| <a href="#">SCI-03</a> | Profesionales de salud satisfechos en su centro laboral |

Fuente: elaboración propia, 2011

## HQSC - Indicadores de Responsabilidad Social

Las instituciones del Sector Salud tienen un impacto sobre la sociedad por la propia naturaleza de sus responsabilidades primarias. Los indicadores seleccionados para esta sección pretenden medir el impacto de la Institución en la sociedad en aquellos temas que no están relacionados ni con sus responsabilidades, ni con sus obligaciones normativas. Las que suelen conocerse como actividades de Responsabilidad Social Empresarial.

La Responsabilidad Social Empresarial, más que un asunto de moda, factor económico o política en tiempos de bonanza es una herramienta para competir y retribuir con la comunidad y los colaboradores los réditos de una organización. Tradicionalmente se ha asociado el concepto de Responsabilidad Social al sector privado, sin embargo, recientemente se han sumado empresas públicas a este movimiento. El Estado por definición tiene un rol social dentro de la sociedad, por tanto, es de esperar que la gestión de las Instituciones Públicas, por ser parte de la estructura estatal, cumpla los parámetros y estándares de responsabilidad social.

Se incluyen dos indicadores para esta sección, el primero en el que se mide la cantidad de profesionales que participan de manera sistemática en actos sociales y educativos, y que los ciudadanos en una proporción importante se encuentren satisfechos con la imagen de la Institución.

## Resumen de Indicadores de Responsabilidad Social

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <a href="#">RS-01</a> | Profesionales de salud participantes en actos sociales, educativos y asociativos |
| <a href="#">RS-02</a> | Ciudadanos satisfechos con la imagen de la Institución                           |

Fuente: elaboración propia, 2011

### HQSC - Indicadores de Resultados

Los resultados en estos indicadores están relacionados con aquello que la Institución ha determinado como logros esenciales y que pueden medirse para su éxito tanto a corto plazo como para lograr su estrategia a largo plazo. Los *resultados* de la Institución son medidas de eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios y la obtención de metas y objetivos, incluyendo los que son señalados desde la Administración Pública.

Las métricas son tanto financieras como no financieras (resultados de salud), muchas de ellas estarán directamente relacionadas con la estrategia y con los procesos clave. Para el modelo que se propone se han seleccionado indicadores relativos con: a) Recursos, accesibilidad y cobertura; b) Morbilidad; c) Mortalidad; d) Cuidados de enfermería; e) Gestión hospitalaria, y; f) Gestión económica.

### Recursos, accesibilidad y cobertura (9 indicadores)

Un componente crítico del monitoreo y el fortalecimiento del desempeño del Sistema Nacional de la Salud es la identificación de una serie de indicadores – y la capacidad de medirlos – para así poder monitorear la fuerza de trabajo en salud. Diferentes enfoques se han empleado para medir la capacidad de los Recursos Humanos de la Salud (RHS) en alcanzar los objetivos de los sistemas de salud.

Una estrategia comúnmente utilizada para medir la disponibilidad del RHS es el método de «*relación fuerza de trabajo-población*» (OMS; 2006). La relación trabajadores-población calcula la densidad o la cantidad de personal de salud con respecto a la

población, por ejemplo médicos por cada 1.000 habitantes o profesionales de la salud por cada 1.000 habitantes. Esta relación puede entonces ser comparada con una densidad mínima o umbral determinada, que se supone deberá corresponder con la capacidad del sistema de salud para proporcionar servicios esenciales de salud.

El indicador R-01 recurso humano por habitante, se ha tomado en consideración el estándar de la OMS -no oficial-, que sugiere al menos 2,28 profesionales de salud por cada 1.000 habitantes. Si bien no existe una regla de oro que permita evaluar la cantidad suficiente de personal sanitario, la OMS estima que los países con menos de 23 profesionales de atención de salud (incluidos únicamente médicos, enfermeras y odontólogos) por cada 10.000 habitantes, probablemente no alcancen las tasas de cobertura adecuadas para las intervenciones clave de atención primaria de salud que son prioritarias en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (OMS: 2010).

Se incluye el indicador R-02 relativo a los egresos hospitalarios, entendiendo por «egreso» la salida del establecimiento de un paciente internado, clasificándose en: a) «egreso del paciente vivo» definido como la finalización de internación por cura, mejoría, o inalteración de su estado. Se incluye alta médica, traslado a otro establecimiento, retiro voluntario, otra situación que no sea defunción; b) «egreso de paciente fallecido» definido como la finalización del período de internación por el fallecimiento del paciente. No se considera egreso de paciente fallecido cuando la defunción ocurre en el trayecto al establecimiento, en el consultorio externo, o de guardia (salvo que tenga internación y haya ocupado una cama). Tampoco se incluyen como egresos de pacientes fallecidos a las defunciones fetales.

El indicador R-03 relativo a las camas hospitalarias por habitante, este permite medir la utilización de la disponibilidad de servicios hospitalarios. De la ausencia de un claro concepto y definición de lo que se entiende por «cama», derivan diferentes errores en su recuento. Se entiende por «cama de hospital» aquella instalada las 24 horas del día para uso regular de pacientes hospitalizados. De esta definición se desprende que no incluye aquellos elementos que en algún momento determinado albergan pacientes, aún por períodos superiores a un día, como camillas, catres de campaña, colchonetas, carros de movilización interna. Por iguales razones, no se deben contabilizar los acompañantes de

enfermos hospitalizados. Un factor de distorsión lo constituyen las camas de maternidad en la que se encuentran recién nacidos sanos; ellas tampoco cuentan como camas de hospital, pero sí, las destinadas a recién nacidos enfermos. El total de las camas definidas de acuerdo con los criterios anteriores de inclusión y exclusión constituye la dotación llamada también «*camas disponibles*».

El indicador R-04 relativo al porcentaje de ocupación de camas, que es el número promedio de camas que estuvieron ocupadas diariamente durante un período, este indicador relaciona datos de servicios producidos (pacientes día) con la capacidad potencial de producción (días camas disponibles). Es importante anotar que no existe relación entre la disponibilidad de camas y el porcentaje de ocupación de ellas. La escasa dotación de algunas zonas del país no es paralela a un alto índice ocupacional, lo que revela que con frecuencia se ha construido hospitales poco accesibles por la población o con estimaciones abultadas del crecimiento de necesidades futuras. De lo anterior se desprende la necesidad de una planificación muy cuidadosa de estas costosas instalaciones en cuanto a tamaño y ubicación.

El indicador R-05 relativo al giro de cama, representa una medida del número de egresos que en promedio comprometieron el uso de cada cama disponible. En otras palabras, es la rotación media de las camas y expresa cuantos pacientes pasan en un período dado, en promedio por cama disponible.

El indicador R-06 relacionado con la permanencia promedio de los pacientes en el hospital, es un indicador de eficiencia de la prestación de servicios, así como el uso del recurso cama. Puede indicar aplicación inadecuada de la capacidad resolutive cuando los días de estancia son demasiado cortos o demasiado largos, lo que hace especialmente útil a este indicador cuando se analiza por afección principal. Por ejemplo, una estancia muy corta en ciertos procedimientos (como las cesáreas) aumenta el riesgo de reingresos debido a complicaciones.

El indicador R-07 referente al promedio de consultas por consultorio permite medir la utilización y productividad de los servicios, aproximándose de manera indirecta a una idea de calidad de la atención. Generalmente se considera que un consultorio debe producir

entre tres o cuatro consultas por hora, por lo que en ocho horas de labores se pueden otorgar entre 24 y 32 consultas.

La salud materna es un indicador importante del estado de salud y bienestar de las mujeres y de las comunidades. Un elemento clave de la atención de salud materna es la atención prenatal (R-08a), así como la asistencia del parto por personal o personas calificadas (R-08b). Estos servicios deben ser otorgados con calidad y calidez. La atención prenatal es una intervención sanitaria eficaz para la prevención de la morbi-mortalidad materna y neonatal, especialmente en aquellos lugares donde el estado de la salud de las mujeres es deficiente. Es un predictor de la salud materna y perinatal, y por tanto, es un componente esencial del cuidado de las madres y de los niños junto con la planificación familiar, el parto limpio y seguro y las funciones obstétricas esenciales (OMS; 2010). Otra de sus funciones es promover la salud durante el embarazo, mediante consejería y actividades de índole educativa.

Desde el descubrimiento de las vacunas y su utilización masiva en Salud Pública, ha sido y sigue siendo una preocupación permanente por parte de las autoridades sanitarias el disponer de datos estimativos confiables sobre la proporción de individuos vacunados, identificando los grupos o sectores poblacionales más vulnerables a enfermedades prevenibles por vacunas. Esto con la finalidad de retroalimentar las acciones de los programas de vacunación y mejorar su eficacia, reforzar la provisión de dosis en determinadas áreas, favorecer la captación de individuos no vacunados, implementar campañas específicas destinadas a minimizar los riesgos de una eventual expansión de las enfermedades por una mayor circulación de virus, bacterias, entre otros.

El indicador R-09 relativo al porcentaje de inmunizaciones en menores de 1 año se divide en 4 sub-indicadores:

- R-09a porcentaje cobertura de inmunizaciones DPT3 niños menores de 1 año
- R-09b porcentaje cobertura de inmunizaciones VOP3 niños menores de 1 año
- R-09c porcentaje cobertura de inmunizaciones BCG niños menores de 1 año
- R-09d porcentaje cobertura de inmunizaciones SRP niños menores de 1 año y 3 meses

## Resumen de Indicadores de Resultados (Recursos, Accesibilidad y Cobertura)

|                      |   |
|----------------------|---|
| <a href="#">R-01</a> | Tasa de profesionales en salud por habitante                                    |
| <a href="#">R-02</a> | Cantidad de egresos hospitalarios   |
| <a href="#">R-03</a> | Razón de camas de hospital  |
| <a href="#">R-04</a> | Porcentaje de ocupación de camas de hospital                                    |
| <a href="#">R-05</a> | Promedio de ocupación de camas de hospital                                      |
| <a href="#">R-06</a> | Estancia promedio   |
| <a href="#">R-07</a> | Promedio de consultas externas  |
| R-08                 | R-08a- <a href="#">Porcentaje de atención prenatal por personal capacitado</a>  |
|                      | R-08b- <a href="#">Porcentaje de atención de partos por personal capacitado</a> |
| R-09                 | R-09a- <a href="#">Porcentaje de cobertura por inmunizaciones DPT3</a>          |
|                      | R-09b- <a href="#">Porcentaje de cobertura por inmunizaciones VOP3</a>          |
|                      | R-09c- <a href="#">Porcentaje de cobertura por inmunizaciones BCG</a>           |
|                      | R-09d- <a href="#">Porcentaje de cobertura por inmunizaciones SRP</a>           |

Fuente: elaboración propia, 2011

## Morbilidad (10 indicadores)

Morbilidad es la cantidad de personas o individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinados. La morbilidad, es entonces, un dato estadístico de altísima importancia para poder comprender la evolución y avance o retroceso de alguna enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.

De acuerdo con López et al, los análisis de carga de morbilidad son útiles para fundamentar las políticas de salud por lo menos de cinco maneras importantes (2002: 4-6):

- a) La evaluación del desempeño. La carga de morbilidad proporciona un indicador que se puede usar para juzgar el proceso a lo largo del tiempo dentro de un país o una región o para comparar el desempeño entre países o regiones. Al emplearse de esta manera, la carga de morbilidad se puede considerar análoga a las cuentas nacionales de ingresos y productos.

- b) La creación de foros para el debate fundamentado de los valores y las prioridades. En la práctica, determinar la carga de morbilidad exige la participación de una amplia gama de especialistas en enfermedades, epidemiólogos y, a menudo, formuladores de políticas. Analizar las relaciones entre las enfermedades y sus factores de riesgo a la luz de las condiciones locales afina la consideración de las prioridades y de los programas para abordarlas.
- c) La determinación de las prioridades nacionales para el control de enfermedades. Hoy día, muchos países elaboran una lista relativamente corta de intervenciones cuya aplicación precisa se convierte en una prioridad explícita a la que se debe prestar una atención política y administrativa de alcance nacional. Como ejemplos se mencionan las intervenciones para controlar la tuberculosis, la poliomielitis, la infección por el VIH/sida, el tabaquismo y las carencias de nutrientes específicos. Debido a que la atención política y la capacidad administrativa de alto nivel son relativamente fijas y escasas, los beneficios que se obtengan del uso de estos recursos serán óptimos si se dirigen a intervenciones que son costo-efectivas y al mismo tiempo se dirigen a combatir problemas que se acompañan de una elevada carga de morbilidad.
- d) La generación de conocimientos. Las universidades que tienen en su oferta la carrera de medicina ofrecen un número fijo de horas de instrucción, y los programas de capacitación del personal sanitario de otros niveles y tipos tienen limitaciones similares. Un instrumento importante para implantar las prioridades en materia de política sanitaria consiste en asignar bien estos recursos de tiempo, lo que implica asignar tiempo para capacitar al personal en las intervenciones allí donde la carga de morbilidad es elevada y existen intervenciones costo-efectivas.
- e) La asignación de recursos a las distintas intervenciones sanitarias. Una tarea esencial del análisis de la fijación de prioridades en materia de salud es crear la base de datos científicos para estimular la reasignación de recursos a las intervenciones que, en el margen, generarán la máxima disminución de la pérdida de salud.

Fundamentado en lo anterior, se establecieron, los siguientes indicadores de Morbilidad, los cuales a consideración del Ministerio de Salud han contribuido considerablemente en la reducción de las tasas de mortalidad y han permitido un control de aquellas enfermedades inmunoprevenibles, lo cual a largo plazo aliviará la presión sobre el Sistema Nacional de Salud Pública.

Los indicadores R-10 y R-11 relacionados con defunciones registradas y casos confirmados de sarampión, respectivamente; esta es una enfermedad infecciosa de las más contagiosas, por lo que se hace necesaria una inmunidad colectiva de más del 94% para interrumpir el ciclo de transmisión en la comunidad (Ministerio de Salud; 2001). Si la cobertura de vacunación no es la adecuada, el sarampión es causa considerable de enfermedad, muerte e incapacidad. La OPS desde el año 1998 viene prestando apoyo a las autoridades en salud para lograr la erradicación definitiva de esta enfermedad.

Otra enfermedad infecciosa es la tuberculosis, es una de las enfermedades más antiguas de la historia de la humanidad. Aunque se han realizado importantes avances en cuanto a tratamientos para abordarla, hoy día, sigue sin estar erradicada. En la región Caribe-Centro América, Costa Rica tiene la menor tasa de prevalencia de tuberculosis, 8,8 por cada 100.000 habitantes registrado para el año 2009 (Ministerio de Salud; 2010), sin embargo aun se encuentra por debajo de la meta propuesta por la OMS, por ello se ha incluido el indicador R-12 relativo a la tasa de incidencia de dicha enfermedad.

El cólera es una infección intestinal aguda causada por la ingestión de *Vibrio cholerae*, una bacteria presente en aguas y alimentos contaminados por heces. El cólera está relacionado principalmente con un acceso insuficiente al agua salubre y a un saneamiento adecuado, y su impacto puede ser aún mayor en zonas donde las infraestructuras medioambientales básicas se encuentran dañadas o han sido destruidas; de ahí que cuando se dan emergencias complejas (terremotos, inundaciones) la vulnerabilidad a un brote de cólera es alta. Es por lo anterior la importancia de incluir el indicador R-13 relativo a los casos reportados de cólera.



La malaria o paludismo, es la enfermedad parasitaria más importante del mundo por su morbi-mortalidad, ya que causa un número de muertes superior a la de cualquier otra enfermedad transmisible. Además, tiene un enorme impacto socioeconómico, puede reducir el producto interno bruto hasta un 1,3% en países con altos niveles de transmisión. En aquellos países con altas prevalencias de esta enfermedad, la carga de morbilidad puede representar hasta un 40% del gasto sanitario público; de un 30% a 50% de los ingresos en los hospitales; y, hasta un 60% de las consultas ambulatorias. La OMS tiene el Programa Mundial sobre la Malaria, el que se encarga de la formulación de políticas y estrategias basadas en pruebas, de la asistencia técnica y la creación de capacidades, de la vigilancia, monitorización y evaluación de la malaria, y de la coordinación de los esfuerzos de lucha contra esta enfermedad (OMS; 2010). Por lo anterior se han incluido dos indicadores para este tema de morbilidad: R-14 relacionado a población en riesgo de malaria; R-15 relativo al índice parasitario anual (IPA) malárico; los cuales permiten medir la eficiencia de los esfuerzos por controlar esta enfermedad en Costa Rica.

Desde finales del siglo XIX, el mundo ha enfrentado el resurgimiento y surgimiento de muchas enfermedades infecciosas, siendo el dengue una de las de mayor importancia en términos de morbilidad y mortalidad, esta enfermedad es causada por cualquiera de los cuatro serotipos del complejo dengue, que se transmite al hombre a través de la picada de un mosquito del género *Aedes Aegypti*, dando lugar a la infección. El espectro de la enfermedad varía desde una infección inaparente, una enfermedad ligera hasta la forma severa y a menudo fatal, la FHD/SCD. La mayor parte de los programas nacionales de salud para controlar esta enfermedad eran de tipo vertical, es decir, empleando métodos para eliminar o controlar los criaderos de vectores aplicando insecticidas contra el vector adulto. Estos programas son efectivos, pero implican una voluntad política sostenida y un compromiso económico – usualmente elevado – para mantener el control de la enfermedad. En los últimos años se han intensificado las campañas de tipo educativo enfocadas en la eliminación de aguas residuales, la gestión de residuos sólidos, eliminación de llantas y neumáticos usados y servicios de salud y educación de la comunidad. Por la índole epidémica que caracteriza esta enfermedad, la OPS solicita notificaciones semanales de casos de esta enfermedad, por ello se consideró incluir un indicador relativo a la cantidad de casos de dengue que se reportan (R-16).

La epidemia del VIH/sida se expande rápidamente incrementando su presencia en cada una de las regiones geográficas del mundo, sin que se tenga una idea clara y precisa aún de cómo actúan sus determinantes económicos, sociales y culturales. El VIH/sida sigue generando sufrimiento a numerosas familias, impactando la economía y presionando los servicios de salud del país. El tratamiento de esta enfermedad es uno de los más caros que existen hoy día, de ahí la importancia en llevar un control de la incidencia de dicha enfermedad, para revisar si las medidas de mitigación están siendo efectivas o es necesario un replanteamiento de las mismas, para ello se han definido dos indicadores R-17 y R-18 relativos a la tasa de incidencia anual de sida por cada 100.000 habitantes y la razón hombre/mujer en los casos de VIH/sida en el país.

Por otro lado, según la OMS, el bajo peso al nacer se da cuando un niño pesa menos de 2.500 gr al nacer, esta medición debe realizarse al momento de nacer o dentro de las primeras horas de vida, antes de que la significativa pérdida postnatal haya ocurrido. Para los neonatos con esta situación el riesgo de fallecer es más elevado en sus primeros meses de vida. Los sobrevivientes tienen mayores riesgos de sufrir desnutrición crónica o baja talla para la edad en la primera infancia, en la etapa escolar su rendimiento se verá afectado por fallas en sus habilidades cognitivas; luego en la etapa adulta sus probabilidades de sufrir diabetes y males cardíacos son más elevados, incrementando la presión económica al Sistema de Salud Nacional, por esta razón se ha incluido el indicador R-19 relativo a este tema particular.

### Resumen de Indicadores de Resultados (Morbilidad)

|                      |  |
|----------------------|--|
| <a href="#">R-10</a> | Número de defunciones por sarampión      |
| <a href="#">R-11</a> | Número de casos confirmados de sarampión |
| <a href="#">R-12</a> | Incidencia de tuberculosis               |
| <a href="#">R-13</a> | Incidencia de cólera                     |
| <a href="#">R-14</a> | Población en riesgo de malaria           |
| <a href="#">R-15</a> | IPA Malárico                             |
| <a href="#">R-16</a> | Número de casos de dengue                |
| <a href="#">R-17</a> | Incidencia de VIH/sida                   |
| <a href="#">R-18</a> | Razón hombre:mujer de casos de VIH/sida  |
| <a href="#">R-19</a> | Porcentaje de bajo peso al nacer         |

Fuente: elaboración propia, 2011

## **Mortalidad (4 indicadores)**

La fecundidad y la mortalidad son los principales determinantes del cambio demográfico en una población. Los nacimientos y las defunciones son los principales agentes de la dinámica de una población y delimita su campo de acción. El estudio de la mortalidad se basa en la observación de las defunciones que ocurren en una población durante un tiempo determinado y su evolución. La mortalidad es diferencial por género y edades, en los primeros años de vida el riesgo de mortalidad es muy alto; baja considerablemente entre los 6 y los 15 años, y luego inicia un progresivo aumento que se intensifica a partir de los 60 años. El Sistema Nacional de Salud está en capacidad de prevenir la mortalidad de tipo exógena, ya que la misma se puede mitigar con los avances en medicina, así como mediante el acceso a servicios básicos: salud, educación y alimentación.

Para el modelo que se propone, se define el indicador R-20 relativo a la mortalidad general (total, hombres y mujeres) y aquellas identificadas como las principales en nuestro país: enfermedades transmisibles, neoplasias, sistema circulatorio, causas externas y otras enfermedades.

El indicador R-21 relativo a la mortalidad materna, el cual es considerado por la CCSS un problema de salud pública, mide el riesgo obstétrico una vez que la mujer queda embarazada. La mortalidad materna es un problema que afecta no únicamente a la familia en particular, sino que trasciende a la comunidad; es por ello que las acciones para mitigar este problema es uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Se ha incluido el indicador R-22 relativo a la mortalidad infantil, este indicador es muy sensible puesto que permite medir el grado de desarrollo de un país. En el ámbito latinoamericano, Costa Rica ocupa una posición privilegiada en este campo, la OPS afirma que las causas del descenso de la mortalidad infantil son el resultado de una mejora en las condiciones de vida, avances en materia de nutrición, servicios de agua potable, además de un mayor control prenatal. La mortalidad infantil también es uno de los ODM, cuyo avance se observa midiendo tres indicadores: la mortalidad infantil (hasta un año de vida); la

mortalidad de menores de cinco años; y, la cobertura de vacunación; todos estos considerados en el modelo propuesto.

Por último en esta sección, se ha incluido el indicador R-23 relativo a los años potenciales de vida perdidos (APVP), este concepto fue propuesto en los setenta como indicador del estado de salud de una población. El objetivo es cuantificar las muertes prematuras y puede ser utilizado para determinar las prioridades en salud pública.

### Resumen de Indicadores de Resultados (Mortalidad)

|  |   |
|--|---|
| R-20   | R-20a- <a href="#">Tasa de mortalidad general</a>   |
|  | R-20a1- <a href="#">Tasa de mortalidad general de hombres</a>   |
|  | R-20a2- <a href="#">Tasa de mortalidad general de mujeres</a>   |
|  | R-20b- <a href="#">Tasa de mortalidad general por enfermedades transmisibles</a>                      |
|  | R-20c- <a href="#">Tasa de mortalidad general por neoplasias malignas</a>                             |
|  | R-20d- <a href="#">Tasa de mortalidad general por enfermedades del sistema circulatorio</a>           |
|  | R-20e- <a href="#">Tasa de mortalidad general por causas externas</a>                                 |
| R-20f- <a href="#">Tasa de mortalidad general por otras enfermedades</a> |   |
| <a href="#">R-21</a>   | Tasa de mortalidad materna  |
| R-22   | R-22a- <a href="#">Tasa de mortalidad infantil</a>  |
|  | R-22b- <a href="#">Tasa de mortalidad infantil en período perinatal</a>                               |
|  | R-22c- <a href="#">Tasa de mortalidad infantil debido a malformaciones congénitas</a>                 |
|  | R-22d- <a href="#">Tasa de mortalidad infantil debido a enfermedades transmisibles</a>                |
|  | R-22e- <a href="#">Tasa de mortalidad infantil debido a enfermedades del sistema circulatorio</a>     |
|  | R-22f- <a href="#">Tasa de mortalidad infantil debido a neoplasias malignas</a>                       |
|  | R-22g- <a href="#">Tasa de mortalidad infantil debido a causas externas</a>                           |
|  | R-22h- <a href="#">Tasa de mortalidad infantil debido a otras causas</a>                              |
| R-23   | R-23a- <a href="#">Años de vida potencialmente perdidos por enfermedades transmisibles</a>            |
|  | R-23b- <a href="#">Años de vida potencialmente perdidos por neoplasias malignas</a>                   |
|  | R-23c- <a href="#">Años de vida potencialmente perdidos por enfermedades del sistema circulatorio</a> |
|  | R-23d- <a href="#">Años de vida potencialmente perdidos por causas externas</a>                       |

Fuente: elaboración propia, 2011

## **Cuidados de Enfermería (4 indicadores)**

El indicador R-24, relativo a los pacientes que desarrollan lesiones por presión de acuerdo con las experiencias recopiladas, se da con mayor probabilidad en áreas quirúrgicas, medicina interna y cuidados intensivos. Al revisar la literatura científica, se pone de manifiesto que las lesiones por presión representan un problema importante en todos los sistemas sanitarios ya que ocasiona graves consecuencias socioeconómicas, se incrementan las estancias hospitalarias, ocasionando mayor consumo de recurso y fundamentalmente, da una imagen de mala calidad de las instituciones que presentan altos índices.

El indicador R-25 hace referencia a los pacientes que desarrollan flebitis postcateterización. La terapia intravenosa en la actualidad es uno de los procedimientos más comunes para administrar diferentes tratamientos en los pacientes, sobre todo en los hospitales. Los problemas derivados de la inserción y mantenimiento de un catéter endovenoso son múltiples, siendo la flebitis aguda post-punción en principal riesgo de la terapia intravenosa. Diferentes estudios afirman que las técnicas asépticas de inserción, la valoración continua de la vía canalizada y la unificación de criterios profesionales resultan muy positivas en la prevención y tratamiento de la flebitis (Martínez; 2004: 89-93).

El *National Coordinating Council on Medication Error Reporting and Prevention* (NCC MERP), define el error de medicación como «*un acontecimiento que puede evitarse y que es causado por una utilización inadecuada de un medicamento produciendo lesión a un paciente, mientras la medicación está bajo control de personal sanitario, paciente o consumidor*» (NCC MERP; 2011).

Uno de los principales problemas internos en los Centros de Salud, es la administración errónea de medicamentos, *Accreditation Canada* reporta que los errores de medicación son el segundo grupo en importancia de los registros «*centinela*» que les fueron comunicados el último año. Un problema causado a los pacientes por accidente con medicamentos disminuye la calidad de vida, haciendo necesario un incremento en la asistencia médica o el ingreso hospitalario, prolongando la estancia de los pacientes en los

hospitales y a veces este error de medicamentos puede conducir a la muerte, de ahí la importancia de incluir un indicador relativo a este tema particular (R-26).

Por otra parte, la monitorización farmacológica radica *«en el conjunto de acciones necesarias para alcanzar en los pacientes de forma individualizada, una respuesta fármaco-terapéutica eficaz y segura»* (OMS; 2004: 7-9). La monitorización de fármacos tiene como finalidad individualizar el tratamiento farmacológico adaptándolo a la necesidad de cada paciente, para ello se pueden utilizar criterios clínicos (aumentando la dosis hasta conseguir eficacia deseada o aparecer toxicidad), monitorizando parámetros vitales (tensión arterial) o parámetros bioquímicos como la glucemia en pacientes diabéticos. Cuando no es fácil medir ni la respuesta terapéutica ni el efecto farmacológico, se puede recurrir a la determinación de la concentración plasmática para monitorizar el tratamiento.

El efecto de un fármaco depende de la concentración del mismo en su lugar de acción. Como no es posible medir esta concentración se utiliza la determinación de la concentración de fármaco en sangre, que, en estado de equilibrio, es proporcional a la que existe en el lugar de acción. El efecto farmacológico depende de la concentración que alcanza el fármaco en su lugar de acción y esta a su vez guarda mejor relación con las concentraciones plasmáticas que con la dosis del mismo, por la variabilidad en las características fármaco-cinéticas. La monitorización de los niveles plasmáticos de fármacos se hace en casos en que hay una relación probada entre el efecto farmacológico y el rango terapéutico (intervalo de niveles en plasma).

El análisis de los errores de medicación puede ayudar a los profesionales de la salud y a los gestores a identificar los medicamentos o categorías de medicamentos con los que resulta fácil cometer errores, y a introducir mejoras para impedir que ocurran o para hacer que su número disminuya, de ahí la importancia de inclusión de un indicador relativo esta problemática particular (R-27).

## Resumen de Indicadores de Resultados (Cuidados de Enfermería)

|                      |                             |
|----------------------|-----------------------------|
| <a href="#">R-24</a> | Úlceras por presión         |
| <a href="#">R-25</a> | Flebitis postcateterización |
| <a href="#">R-26</a> | Errores en la medicación    |
| <a href="#">R-27</a> | Supervisión de medicamentos |

Fuente: elaboración propia, 2011

### Gestión hospitalaria (3 indicadores)

El consentimiento informado es un requisito ético-jurídico esencial para que un paciente participe en una investigación científica. El Acuerdo Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966, expresa: *«Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En especial, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos, o será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos»*. En todo caso este indicador debe ir más allá del procedimiento rutinario de entrega de un documento, que contiene información sobre la intervención, y el cual es firmado por el paciente.

El Consentimiento informado debe entenderse como un proceso gradual y verbal en el seno de la relación profesional de la salud-paciente, en virtud de la cual, el paciente acepta o no, someterse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico después de que el profesional en salud le haya informado sobre la naturaleza, los riesgos y beneficios que conlleva, así como de sus posibles alternativas. En las palabras de Sainz *«el Consentimiento informado no es más que el soporte documental de este proceso y trata de garantizar que la información más relevante ha sido, ofrecida por el profesional y asimilada y recibida por el paciente»* (1994: 68-71).

El segundo indicador que se definió en esta sección es el relativo a la calidad de la historia clínica del paciente, el ejercicio de la medicina y de las profesiones sanitarias, tanto en la medicina pública como en la privada, está basada en la relación de los profesionales con los pacientes, de la que se derivan derechos y deberes recíprocos. El profesional de la

salud para prestar una buena y adecuada asistencia tiene que respetar los derechos del paciente o cumplir con todos sus deberes, lo cual resulta muchas veces difícil dada nuestra realidad asistencial.

Dentro del contexto médico legal y deontológico del ejercicio de las profesiones sanitarias, la historia clínica adquiere su máxima dimensión en el mundo jurídico, porque es el documento donde se refleja no sólo la práctica médica o acto médico, sino también el cumplimiento de algunos de los principales deberes del personal sanitario respecto al paciente: deber de asistencia, deber de informar, entre otros; convirtiéndose en la prueba documental que evalúa el nivel de la calidad asistencial en circunstancias de reclamaciones de responsabilidad a los profesionales sanitarios y/o a las instituciones públicas.

Todo lo anteriormente expuesto indica la gran importancia de la historia clínica desde varios puntos de vista: asistencial, ético, médico legal. Todos los aspectos que rodean y afectan a la historia clínica no pueden ser obviados por el profesional sanitario. Puede considerarse que la historia clínica es el instrumento básico del buen ejercicio sanitario, porque sin ella es imposible que el médico pueda tener con el paso del tiempo una visión completa y global del paciente para prestar asistencia.

El tercer indicador de esta sección está relacionado con el re-ingreso hospitalario, al revisar la información estadística disponible, se encuentra que existen más de 300 causas por las cuales un paciente re-ingresa al hospital, destacando la importancia de este indicador como instrumento para la mejora de la calidad asistencial.

#### Resumen de Indicadores de Resultados (Gestión Hospitalaria)

|                      |  |
|----------------------|--|
| <a href="#">R-28</a> | Consentimiento informado   |
| <a href="#">R-29</a> | Calidad de la historia clínica del paciente                            |
| <a href="#">R-30</a> | Pacientes que reingresan urgentes por la misma categoría diagnosticada |

Fuente: elaboración propia, 2011



### Gestión económica (3 indicadores)

Los indicadores de desviación del presupuesto del Centro de Salud (RE-31), la desviación del presupuesto del Centro de Salud por Centro de Costos (RE-32) y los costos medios por paciente en el Centro de Salud (RE-33), guardan una alta correlación positiva entre los indicadores de satisfacción de profesionales y los conocimientos de estos con la planificación estratégica. Al igual, que la imagen del usuario sobre el Centro de Salud está relacionada con la información que aquel y sus familiares reciben, estas correlaciones se basan en los estudios de Robles et al (2005: 127-134) acerca de los indicadores citados al inicio de este párrafo. Por otra parte, existe una correlación negativa significativa entre los derechos de los pacientes y la planificación estratégica, entre la satisfacción profesional y las reclamaciones y entre los pacientes que refieren dolor y comodidad y la calidad hostelera (Robles; 2005: 145-147).

#### Resumen de Indicadores de Resultados (Gestión Hospitalaria)

|                      |   |
|----------------------|---|
| <a href="#">R-31</a> | Desviación del presupuesto económico del centro de salud                                    |
| <a href="#">R-32</a> | Desviación del presupuesto económico del centro de salud de acuerdo con el centro de costos |
| <a href="#">R-33</a> | Costo por unidad de producción hospitalaria   |

Fuente: elaboración propia, 2011

## 6. Conclusiones

La Salud en cuanto a calidad de vida es entendida como un derecho universal de las personas así como, el acceso y la calidad de acciones y servicios de salud.

El Sistema de Salud Pública de una nación es el primer punto de control para proteger a los habitantes de la misma. Este control se logra de una mejor manera si los conceptos de salud y mejora continua en calidad son comprendidos y aceptados en todos los niveles del sistema de salud pública.

La definición de la gestión de la calidad de los servicios de salud es difícil y ha sido objeto de muchos acercamientos, puesto que se parte del implícito que se inician en una cultura de calidad.

Desde el punto de vista de los gestores o administradores de la atención médica, la calidad con que se brinda un servicio de salud no puede separarse de la eficiencia puesto que si no se tienen en cuenta el ahorro necesario de los recursos disponibles, el alcance de los servicios será menor que el supuestamente posible.

La medición de la calidad y la eficiencia de un servicio de salud es una tarea de complejidad intrínseca ya que a la medición de conceptos abstractos se añade la variedad de intereses que pueden influir en las evaluaciones subsecuentes. Calidad y eficiencia son nociones abstractas, la necesidad de medirlas es obvia pero es siempre un desafío debido en parte a que los indicadores han de separar la parte de ellos que se debe a las características de los pacientes, de la que se relaciona con la atención prestada.

La atención hospitalaria juega un papel preponderante en la atención sanitaria; tiene un alto significado social, pues los hospitales albergan a las personas con los problemas de salud más serios y son los centros más costosos del sistema de salud por la atención especializada y tecnológicamente avanzada que deben brindar, además del servicio hotelero que lógicamente ofrecen.

Es necesario reconocer que los servicios públicos contienen una amplia variedad de tipos de servicios, sin embargo, el modelo aquí formulado se centra en el servicio sanitario por considerarlo uno de los más representativos en la sociedad.

La salud pública es el servicio que más preocupación ha provocado, por los problemas y beneficios que se derivan de su gestión y esto ha llevado recientemente a superar trabas muy importantes como, por ejemplo, la necesidad de explicar y justificar continuamente el propio concepto de gestión, o la incomunicación tradicional entre los profesionales clínicos y los de gestión.

Costa Rica ha logrado índices de salud propios de un país desarrollado, a pesar de tener recursos de país pobre, esto es gracias a que en los últimos sesenta años, los diferentes gobiernos y las Autoridades del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense de Seguro Social han creado un sistema preventivo-curativo y de rehabilitación que da servicios a cerca del 95% de la población del país. Debido a los avances en este campo, no se tienen parámetros comparativos en salud con países en vías de desarrollo, puesto que se está mucho más avanzados que ellos, y si al compararse con los países ricos, el problema es que no se tienen los recursos económicos de ellos para enfrentar los nuevos retos en este campo.

Una síntesis de la capacidad actual del Sistema Nacional de Salud Pública de Costa Rica es la siguiente: sistema hospitalario nacional conformado por 29 hospitales, 105 áreas de salud con 250 respectivas clínicas integradas para la atención de enfermos y un sistema de atención primaria generalizado a todo el país, basado en 1.141 EBAIS que incluyen en sus servicios: educación para la salud, prevención y atención del enfermo en su comunidad con un promedio de 4 mil habitantes como zona de atracción de cada EBAIS; Centros de Atención de Nutrición, Educación Integral y Cuidados de la Salud del niño pequeño de hogares muy pobres (más de 40 mil) y la madre pobre embarazada que trabaja (más de 16 mil) conformado por 560 CEN-CINAI, del Ministerio de Salud, distribuidos en todo el país. El Sistema de Salud abarca a todos por igual (asalariados directos e indirectos, indigentes y/o personas sin trabajo). El año 2010, se dieron más de 10 millones de consultas, además se contaba con 5.546 camas hospitalarias, para una estancia media promedio de 6,12 días (muy buen parámetro) y con una ocupación de 83,3 (muy alto), se

despacharon más de 70 millones de recetas de medicamentos, lo que equivaldría a dar 15 medicinas a cada costarricense al año.

La gestión de la calidad de la salud pública, está basada en dos elementos: a) la Habilitación y Acreditación de los Establecimientos de Salud; y, b) la publicación de una lista de indicadores desagregados a nivel cantonal sobre el estado de salud de la población, efectuada por el Ministerio de Salud desde el año 2002. Predomina el monitoreo de 66 enfermedades de declaración obligatoria, 11 de las cuales se someten a un control más estricto debido a su importancia y transmisibilidad. También desarrolla estrategias para motivar a la población y empresas privadas a participar en el combate contra la malaria en la región Atlántica y contra el dengue a nivel nacional.

El Ministerio de Salud y la CCSS conjuntamente evalúan las actividades desarrolladas en el sector salud. Algunos programas se autoevalúan anualmente, como los compromisos de gestión. Otros son monitoreados con menor frecuencia, como la satisfacción al usuario. Ambas instituciones contratan organizaciones públicas y privadas, incluyendo agencias internacionales como la Organización Panamericana de la Salud, para realizar análisis de contexto y evaluaciones de resultados e impacto. Además, diversas instituciones académicas, como las universidades nacionales, la CEPAL, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo implementan estudios de evaluación independientes.

El Ministerio de Salud cuenta con un área específica de evaluación con el fin de fundamentar el diseño de políticas de salud en evidencias científicas.

El Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN) es la instancia gubernamental encargada de formular, coordinar, dar seguimiento y evaluar las estrategias y prioridades en cada período gubernamental. Elabora un Plan Nacional de Desarrollo en donde se traducen las estrategias y metas del cuatrienio. Todas las acciones que ahí se detallan son evaluadas en su nivel de cumplimiento de objetivos del sector. Sin embargo, la CCSS ha alegado que su autonomía constitucional impide que MIDEPLAN emita calificaciones sobre su desempeño.

La Contraloría General de la República (CGR) fiscaliza el uso de los fondos públicos para mejorar la gestión de la hacienda pública. Tiene competencia sobre todas las instituciones públicas. La CGR es el órgano encargado de la regulación / evaluación financiera de la CCSS y del Sector Salud en general y realiza informes de evaluación financieros.

La satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos se mide a través de encuestas de opinión o informes de fiscalización de otras instituciones.

En 1997 se realizó un estudio de los servicios de salud de la CCSS por región del país. En una escala numérica del 1 al 10, los servicios obtuvieron una calificación promedio de 8,2. El mejor calificado fue el servicio de hospitalización, con 8,6. El segundo lugar lo ocuparon los EBAIS, con un promedio de 8,4 tanto el personal médico como el paramédico fueron bien calificados.

En el año 2007, la Universidad de Costa Rica realizó otra encuesta con la misma escala numérica. La consulta externa en los EBAIS, las clínicas y los hospitales obtuvieron calificaciones promedio de seis. Los largos tiempos de espera fueron el principal problema identificado por los usuarios.

La encuesta realizada por el Instituto de Estudios Sociales en Población en 2009 mostró que 60% de los entrevistados prefirieron los servicios privados porque ofrecen *“mejor atención, calidad y rapidez de los servicios”*.

Las principales quejas que llegan a la Defensoría de los Habitantes, las principales están relacionadas con el suministro de medicamentos, la negación o tardanza en la prestación de los servicios de salud y los incumplimientos de los derechos de las y los pacientes en cuanto a atención en salud.

En la encuesta de opinión que se llevó a cabo para la presente investigación, a pesar de que la mayor parte de los usuarios se mostró satisfecha con la infraestructura, atención de los profesionales de la salud, infraestructura y otros aspectos generales, muchos expresaron su insatisfacción por el manejo de las listas de espera y los horarios limitados de las consultas médicas.

Es de destacar la importancia que tiene la consideración de las evaluaciones que realizan los usuarios sobre la atención recibida y su nivel de satisfacción con dicha atención, ya que a la luz de estos datos puede darse cuenta que los usuarios tienen la capacidad de distinguir una atención integral y de calidad e integral a pesar de presentar una situación sociocultural muy diversa.

La opinión de los usuarios es fundamental a la hora de efectuar modificaciones en los diversos programas, ya que nadie sabe mejor que ellos cuáles son las características de la atención que los mantiene en el sistema y que a su vez permite aumentar la probabilidad de mejorar su estado de salud; así como también son ellos quienes saben cuáles son aquellos factores que los distancian del sistema público, disminuyendo su motivación y adherencia a diversos tratamientos, aumentando su nivel de riesgo.

La evaluación continua de la calidad y la eficiencia de la atención hospitalaria con sus implicaciones sociales y económicas es un imperativo para el sector de la salud.

Para formular un modelo de gestión de calidad aplicado al Sector Salud, es necesario considerar tres elementos esenciales: los procesos, los estándares específicos del ambiente sanitario y la excelencia operativa; los resultados que provee este triple enfoque son: certificación, acreditación y reconocimiento, respectivamente.

En este sentido el modelo propuesto utiliza una estructura de nueve áreas, basadas en el modelo de excelencia EFQM, el cual es un marco de trabajo oportuno y válido para abordar estrategias de calidad en el Sector Salud, ya que sobre estas áreas se pueden agrupar todos los elementos de calidad de una Institución. La priorización de diferentes indicadores de calidad en base a las nueve áreas del modelo representa una forma válida y simple de abordar las principales áreas a considerar para mejorar la calidad en el Sector Salud.

La confección del modelo propuesto, basado en las mejores prácticas, normativas y metodologías actuales, es una excelente forma de identificar elementos clave en la calidad del Sector Salud y sirve para implicar a los profesionales en esta temática particular.

El uso de un formato estructurado para la elaboración de los indicadores que conforman el modelo es uno de los aspectos fundamentales para garantizar la validez y confiabilidad de las mediciones. Todos los indicadores propuestos están orientados a la mejora, son fácilmente interpretables, y pueden ser medidos sin utilizar gran cantidad de recursos, y no requieren un esfuerzo excesivo para la recolección de la información.

La propuesta de indicadores de resultados, concuerdan con la propuesta de indicadores de calidad que para los hospitales realizan las organizaciones de calidad más prestigiosas a nivel mundial.

Los indicadores de calidad del modelo, particularmente los relativos a recursos, accesibilidad y cobertura, morbilidad, mortalidad, cuidados de enfermería, gestión hospitalaria y gestión económica, transmiten a los servicios y gestores la información que requieren para la gestión clínica y deben utilizarse como un instrumento para la mejora de la calidad asistencial.

La inclusión de indicadores de liderazgo, planificación estratégica, procesos, satisfacción del cliente interno y externo, responsabilidad social, presentan una propuesta novedosa que aporta enfoques nuevos relativos a la gestión de la mejora continua en el Sector Salud.

A pesar de que la gestión de la calidad, se aplica en forma voluntaria, una gran cantidad de hospitales, áreas de salud y clínicas solicitan un modelo de acreditación, en virtud de que la idoneidad y el prestigio que se obtienen son ya indispensables y exigidos por la opinión pública y la sociedad en general, en este sentido el modelo viene a resolver en el corto y mediano plazo esta necesidad, puesto que se han formulado indicadores no «*de moda*», sino de mejora continua en la calidad asistencial, así como los de gestión administrativa, tan importantes para mantener la excelencia operativa y estratégica del Sector Salud.

El modelo aporta el compromiso claro de la Institución de mejorar la calidad asistencial, garantizar un entorno seguro y trabajar sistemáticamente en la reducción de riesgos para los pacientes y el personal sanitario. Permite gestionar una serie de estándares relativos a la calidad hospitalaria y a la gestión propia de la Institución.

A nivel general, puede afirmarse, que no se tendrán problemas al momento de aplicar la herramienta, ya que los indicadores propuestos son de fácil utilización y los resultados pueden obtenerse sin grandes dificultades. Es de resaltar que una gran parte de los indicadores no se contemplan en el modelo de acreditación costarricense.

El modelo propuesto trae grandes beneficios directos, para el Sector Salud, ya que favorece el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios, y por tanto, se asegura la calidad de servicios/atención que reciben los/las usuarios/as donde obviamente, participa en forma continua el personal sanitario. El modelo es una ayuda para iniciar la efectividad de los procesos de atender e implementar un nuevo modelo de gestión de la calidad en los servicios de salud pública ofrecido a las personas. Puede visualizarse como una herramienta para los equipos de salud, que constantemente buscan mejorar su calidad.

La salud es fundamental para la acumulación de capital humano porque es la única fuente que puede determinar la cantidad de tiempo que un individuo podrá dedicar a producir bienes o servicios durante su vida. A diferencia de otras fuentes de capital humano como la educación, en las cuales las personas invierten recursos por un número determinado de años, las inversiones en salud representan una tarea permanente para los individuos.

Por lo señalado, la inversión en un modelo de referencia para la calidad en salud pública, como fuente de capital humano, es más productivo. Si se ha sido capaz de amalgamar lo ya avanzado en las experiencias anteriores – puesto que no todo lo que actualmente se tiene, es incorrecto -, no se está lejos de contar con un instrumento que especialistas en salud y ciudadanos requieren para poder ser objetivos y, por tanto, mejorar los niveles de calidad de nuestro sistema y organizaciones de salud pública.

Se tiene la herramienta, resta aplicar la idea, el método y la estructura mencionada y, en especial, implementar el planteamiento del modelo HQSC a nuestro contexto concreto. Pero, ¿Quién debería hacerlo?



## Referencias Bibliográficas

- ACCREDITATION CANADA (2011); *History*. Información disponible en el WEB Site de la *Accreditation Canada International* en el siguiente URL <http://www.internationalaccreditation.ca/aboutus/history.aspx> accedido en Octubre 11.
- AGUIRRE GAS, HECTOR (1990); Evaluación de la atención médica. Expectativas de pacientes y trabajadores. Revista de Salud Pública, México.
- ARIAS, D. (2008); Intoxicación y muerte por plaguicidas. Costa Rica, marzo.
- AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION (1973); A Patient's Bill of Rights. Washington: AHM.
- ARCELAY SALAZAR, ANDONI; SANCHEZ GONZÁLEZ, ELENA (1999); Guía para la gestión de procesos. Dirección de Asistencia Sanitaria. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Eusko Jaularitz-Gobierno Vasco. Vitoria.
- ARCELAY SALAZAR, ANDONI; LORENZO, SUSANA; BACIGALUPE, MAYTE; MIRA, JOSE; PALACIO, FERNANDO; IGNACIO, EMILIO; VITAILIER, JULIAN; VELASCO, VICTORIA (2000); Adaptación de un Modelo de Gestión de Calidad Total al Sector Sanitario; Revista Calidad Asistencial 2000, Vol 15.
- ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA (1962); Ley 431. Reconocimiento oficial del Poder Ejecutivo a la Asociación Costarricense de Hospitales. julio 19.
- (1973); Ley General de Salud. 30 de octubre de 1973. San José, Costa Rica.
- (1988); Ley No 5395 - Ley General de Salud. Publicada en La Gaceta No 222 del 24 de noviembre de 1973, documento completo disponible en URL <http://costarica.eregulations.org/media/1-5395.pdf> accedido en noviembre 08 de 2011.
- (1998); Código de la Niñez y la Adolescencia. San José, Costa Rica: Asamblea Legislativa.
- (1998). Ley 7852. Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica: Asamblea Legislativa.
- (2005); Ley de Migración y Extranjería. San José, Costa Rica: Asamblea Legislativa.

(2006); Reglamento del Seguro de Salud. San José, Costa Rica: Asamblea Legislativa.

(2008); Decreto Ejecutivo 34728-S. Reglamento General para el Otorgamiento de Permisos de Funcionamiento del Ministerio de Salud. San José Costa Rica, mayo. Publicado en el Diario Oficial "La Gaceta" No 174 del 9 de septiembre de 2008.

ASOCIACION AMERICANA DE HOSPITALES (1973); Declaración de los Derechos del Paciente. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana No 108, mayo-junio

AYUSO, DIEGO; GRANDE SELLERA, RODOLFO (2006); La gestión de Enfermería y los Servicios Generales en las Organizaciones Sanitarias. Ediciones Díaz de Santos, España.

BARRAZA, D. (2009); Plaguicidas y niños: Exposición y percepción. Tesis presentada para optar al grado de Magíster Scientiae en Salud Ocupacional con énfasis en Higiene Ambiental. Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad Nacional. Heredia, Costa Rica.

BENAVIDES VELASCO, CARLOS A.; QUINTANA GARCIA, CRISTINA (2003); Gestión del Conocimiento y Calidad Total. Ediciones Díaz de Santos, Madrid, España.

BLAISE, CRONIN (1992); ¿Qué es lo social en relación con la inteligencia social? Social Intelligence Vol. I, No 2, 1991. Traducción de Ana de Sánchez. Fundación Escuela de Gerencia Social, Serie de Lecturas No 4, Venezuela.

BLANCO RESTREPO, JORGE; MAYA MEJÍA, JOSÉ (2005); Fundamentos de Salud pública. Tomo I Salud pública. 2da Edición. Corporación para Investigaciones Biológicas, Medellín, Colombia.

BLAS, ERIK; KURUP, SIVASANKARA. (2010); Equity, Social determinants and public health programmes. World Health Organization. Switzerland.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL (1995); Seguro de Salud. Estadísticas Actuariales 1995. San José, Costa Rica. En [http://portal.css.sa.cr/portal/page/portal/Direccion\\_Actuarial/Anuario/Tab](http://portal.css.sa.cr/portal/page/portal/Direccion_Actuarial/Anuario/Tab), accedido en septiembre 2011.

(2000); Reglamento para la Contratación de Servicios Médicos Especializados por medio de Terceros. Junta Directiva. San José, Costa Rica. marzo 9.

(2000); Seguro de Salud. Estadísticas Actuariales 2000. San José, Costa Rica. En [http://portal.css.sa.cr/portal/page/portal/Direccion\\_Actuarial/Anuario/Tab](http://portal.css.sa.cr/portal/page/portal/Direccion_Actuarial/Anuario/Tab), accedido en septiembre 2011.

(2001); Seguro de Salud. Estadísticas Actuariales 2001. San José, Costa Rica. En [http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Direccion\\_Actuarial/Anuario/Tab](http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Direccion_Actuarial/Anuario/Tab), accedido en septiembre 2011.

(2002); Seguro de Salud. Estadísticas Actuariales 2002. San José, Costa Rica. En [http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Direccion\\_Actuarial/Anuario/Tab](http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Direccion_Actuarial/Anuario/Tab), accedido en septiembre 2011.

(2003); Seguro de Salud. Estadísticas Actuariales 2003. San José, Costa Rica. En [http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Direccion\\_Actuarial/Anuario/Tab](http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Direccion_Actuarial/Anuario/Tab), accedido en septiembre 2011.

(2004); Normas que regulan las relaciones laborales, Científicas, Académicas, Profesionales Sesión No 7861. mayo 2004. Publicación en la Gaceta No 129 de 2 de julio del 2004.

(2004); Seguro de Salud. Estadísticas Actuariales 2004. San José, Costa Rica. En [http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Direccion\\_Actuarial/Anuario/Tab](http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Direccion_Actuarial/Anuario/Tab), accedido en septiembre 2011.

(2005); Seguro de Salud. Estadísticas Actuariales 2005. San José, Costa Rica. En [http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Direccion\\_Actuarial/Anuario/Tab](http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Direccion_Actuarial/Anuario/Tab), accedido en septiembre 2011.

(2006); Seguro de Salud. Estadísticas Actuariales 2006. San José, Costa Rica. En [http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Direccion\\_Actuarial/Anuario/Tab](http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Direccion_Actuarial/Anuario/Tab), accedido en septiembre 2011.

(2007); Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente. San José, Costa Rica.

(2007); Reglamento de Capacitación y Formación de la Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica. junio 21.

(2007); Seguro de Salud. Estadísticas Actuariales 2007. San José, Costa Rica. En [http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Direccion\\_Actuarial/Anuario/Tab](http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Direccion_Actuarial/Anuario/Tab), accedido en septiembre 2011.

(2007); Una CCSS Renovada hacia el 2025. Políticas Institucionales 2007-2012. Planeamiento Estratégico Institucional y Programación de Inversiones. San José, Costa Rica.

(2008); Seguro de Salud. Estadísticas Actuariales 2008. San José, Costa Rica. En [http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Direccion\\_Actuarial/Anuario/Tab](http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Direccion_Actuarial/Anuario/Tab), accedido en septiembre 2011.

(2009); Guía para la Organización de la Atención y Manejo de los Pacientes con Dengue Clásico y Dengue Hemorrágico. San José, Costa Rica.

(2009); Seguro de Salud. Estadísticas Actuariales 2009. San José, Costa Rica. En [http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Direccion\\_Actuarial/Anuario/Tab](http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Direccion_Actuarial/Anuario/Tab), accedido en septiembre 2011.

(2010); Calidad en los Servicios. Accedida en febrero 2011, disponible en <http://www.ccss.sa.cr/html/organizacion/servicios/calidad.html>

(2010); Informe de Evaluación de los Compromisos de Gestión 2008-2009. Gerencia Administrativa. Dirección de Compra de Servicios de Salud. San José, Costa Rica, junio.

(2010); Seguro de Salud. Estadísticas Actuariales 2010. San José, Costa Rica. En [http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Direccion\\_Actuarial/Anuario/Tab](http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Direccion_Actuarial/Anuario/Tab), accedido en septiembre 2011.

(2011); Compromiso de Gestión Hospital Desconcentrado año 2010-2011. Gerencia Administrativa. Dirección de Compra de Servicios de Salud. Disponible en [http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia\\_Administrativa/DireccionComprasServiciosdeSalud/NegociacionCompromisoGestion2010-2011/Tab:Tab](http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia_Administrativa/DireccionComprasServiciosdeSalud/NegociacionCompromisoGestion2010-2011/Tab:Tab)

(2011); Informe sobre el Estado de Situación Financiera del Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social. Situación Reciente y Proyecciones. Versión Preliminar. 12 de julio de 2011.

(2011); Normas de Costa Rica para la Acreditación de Establecimientos Sanitarios. Dirección Servicios de Salud. Unidad de Acreditación. Ministerio de Salud, Costa Rica.

(2011); Publicaciones 2009. Gerencia Médica. Dirección Proyección de Servicios de Salud. Área de Estadística en Salud. San José, Costa Rica. Disponible en [http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia\\_Medica/Proyeccion\\_Servicios\\_Salud/Estadistica\\_en\\_Salud/Publicaciones](http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia_Medica/Proyeccion_Servicios_Salud/Estadistica_en_Salud/Publicaciones)

CAMISON, CESAR; CRUZ, SONIA; GONZALEZ, TOMAS (2007); Gestión de la Calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas. Pearson Educación S.A., Madrid, España.

CAÑESTRO MÁRQUEZ, FRANCISCO JOSÉ; RAMIREZ PLAZA, SANTIAGO; MARTIN PAEZ, ANTONIO; DIAZ CASADO DE AMEZÚA, MARIA DEL CARMEN; MARTINEZ LOPEZ, JOSÉ FELIX; LORENZO TAPIA, FRANCISCO; ROJAS GUZMAN, SANDRA, BENAVENTE RAMOS, JOSE MARIA (2008); Gestión de la documentación sanitaria. Publicaciones Vértice S.L. Málaga, España.

- CARRASCO PRIETO, ANGEL; ZURRO HERNÁNDEZ, JAVIER (1999); Manual de Acreditación de Hospitales. Universidad de Valladolid.
- CASTELLANOS, (1990). Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. Organización Panamericana de la Salud.
- CASTILLA ALVAREZ, MARIA DEL CARMEN (2006); ATS/DUE del Servicio Gallego de Salud. Temario Específico. Volumen i. Editorial MAD S.L. Primera edición, Sevilla, España.
- CCP & INEC (2008). Costa Rica: Estimaciones y Proyecciones de Población por sexo y edad (cifras actualizadas) 1950-2100. San José, Costa Rica: publicaciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).
- CHILES, T.H. y CHOI, T.Y. (2000); Theorizing TOM: An Austrian and Evolutionary Economics Interpretation. *Journal of Management Studies*, 37(2).
- COIFMAN, FELIPE (2004); Principios generales de suturas en urgencias. Guía para manejo de urgencias. Santa Fe de Bogotá, Colombia
- COMEX (2011); Otras estadísticas e indicadores. Disponible en <http://www.comex.go.cr/estadisticas/Otras%20estadisticas/Otras%20Estadisticas%20para%20Web%20per%20capita.pdf> accedido en septiembre de 2011.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL) (2009); Panorama Social de América Latina 2008.
- COMISION INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (1948); Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Texto de la novena Conferencia Internacional Americana, Bogotá, Colombia.
- CONGER, JAY (1998); The Necessary Art of Persuasion. Harvard Business Review, May-June.
- CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA - CGR, (2009). Informe sobre los resultados del estudio relacionados con la efectividad en la gestión de consulta externa en los hospitales nacionales: Hospital México. San José, Costa Rica.
- CORMA, F. (2005); Aplicaciones prácticas del modelo EFQM de Excelencia. Editorial Díaz de Santos, Madrid.
- DEMING, W. JURAN, J Y CROSBY (1995) Manual de Gerencia de La Calidad en Servicios de Salud”, Gestión de la Calidad Tota. Serie UNI/PALTEX No 9.
- DOBLES, ROBERTO DR. (2011). Consecuencias de la contaminación del aire y de la atmósfera del sector energético y tendencias de las emisiones contaminantes. San José, Costa Rica.

- DONABEDIAN, AVEDIS (1990); Garantía y monitoreo de la calidad de la atención médica. Revista del Instituto de Salud Pública “Perspectivas” Primera Edición, México.
- ENVIRONMENTAL PERFORMANCE INDEX - EPI (2010). Country Scores. Disponible en el siguiente URL <http://epi.yale.edu/Countries> accedido en septiembre de 2011.
- ERRASTI, FRANCISCO (1997); Principios de Gestión Sanitaria. Ediciones Díaz de Santos, Madrid.
- ESTADO DE LA NACION (2010); Estadísticas Sociales, disponible en el siguiente URL <http://www.estadonacion.or.cr/index.php/estadisticas/costa-rica/compendio-estadistico/estadisticas-sociales> accedido en septiembre de 2011.
- (2010). Hacia una conciencia ambiental del sector agrícola. Disponible en [http://www.estadonacion.or.cr/images/stories/informes/016/Armonia/oliver\\_Bach.pdf](http://www.estadonacion.or.cr/images/stories/informes/016/Armonia/oliver_Bach.pdf) accedido en septiembre de 2011.
- EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT (2011); Fundamental Concepts.The EFQM Excellence Model. Información disponible en sitio WEB <http://www.efqm.org/en/> accedido en octubre 15 de 2011.
- EVANS, JAMES R. (2008); Quality Performance Excellence: Management, Organization and Strategy. Thomson/South Western, Mason, OH, 5a ed.
- FEDERACION IBEROAMERICANA DEL OMBUDSMAN (2011); Costa Rica: Defensoría pidió a CCSS atender listas de espera. Artículo en línea disponible en <http://www.portalfio.org> de fecha enero 24, accedido el 7 de octubre de 2011.
- FERRANDO SANCHEZ, MIGUEL (2005); Calidad Total: Modelo EFQM de Excelencia; Fundación Confemetal, Príncipe de Vergara; Madrid.
- FINKLER, STEVEN; WARD, DAVID; BAKER, JUDITH (2007); Essentials of cost accounting for health care organizations. Third Edition. Jones & Bartlett Learning.
- FORO ECONOMICO MUNDIAL (2011); The Travel & Tourism Competitiveness Report 2011. Beyond the Downturn. Génova, Suiza.
- FUENTES, M.M (2002); La gestión de la calidad total; análisis del impacto del entorno en su implantación y resultados. Editorial Universidad de Granada, Granada.
- GIMENO, JUAN; REPULLO, JOSE; RUBIO, SANTIAGO (2006); Gestión Clínica: Gobierno Clínico. Ediciones Díaz de Santos, Madrid, España.

- GÓMEZ GÓMEZ, ELSA (2002); Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Revista Panamericana de Salud pública*, Vol. 11 No 5-6 Washington mayo/junio. Disponible en [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892002000500008&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500008&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
- GOMEZ VEGA, OMAR (2003); Salud pública y Políticas Nacionales de salud en Costa Rica. Editorial Universidad Estatal a Distancia, San José, Costa Rica.
- GONZALEZ CABALLO, ANTONIO (1994); Heródoto: Historias Libros I – IV. Editoriales Akal, S.A. Madrid, España.
- GUTIERREZ, BLANCA (2009); El Estado de bienestar costarricense: Retos para el nuevo gobierno. Universidad Nacional. Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO). Heredia. noviembre.
- GUTIERREZ PULIDO, HUMBERTO (2005); Calidad total y productividad. Segunda Edición. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V., México.
- HERNANDEZ SAMPIERI, ROBERTO; FERNANDEZ, CARLOS Y BAPTISTA, PILAR (2006); Metodología de la Investigación; Editorial Mc Graw-Hill, Bogotá, Colombia.
- HERNANDEZ VILLAFUERTE, KARLA; SAENZ VEGA, INES (2006); Primera Encuesta Nacional de Salud (ENSA2006). Informe Técnico y Primeros Resultados. Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica, San José.
- INSTITUTO MESOAMERICANO DE SALUD PUBLICA (2009); Análisis situacional de instituciones relacionadas con la salud pública en Mesoamérica. República Dominicana, 2009.
- INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION (2011); El Sistema ISO. Normas Internacionales de Negocios, Gobierno y Sociedad. Información disponible en la página WEB en el URL <http://www.iso.org> accedido en octubre 15 de 2011.
- JARAMILLO ANTILLON, JUAN (2005); Historia y filosofía de la medicina. Editorial de la Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (2011); Acreditación y Certificación de Joint Commission International. Información disponible en la página WEB en el URL <http://es.jointcommissioninternational.org> accedido en octubre 15 de 2011.
- KAPLAN, ROBERT; NORTON, PETER (1992); The Balance Scorecard-Measures That Driver Performance. *Harvard Business Review*, 70.
- KURATA JH, NOGAWA AN, PHILLIPS DM, HOFFMAN S; WEBLUM MN (1992); Patient and provider satisfaction with medical care. *J Farm Pract*.

- LA NACION (2011); Cambio de mano en la Caja. Editorial. San José, Costa Rica. Octubre 5, artículo disponible en <http://www.nacion.com/2011-10-05/Opinion/cambio-de-mando-en-la-caja-.aspx>, accedido en octubre 5 de 2011.
- LAMATA, FERNANDO (1998); Manual de Administración y Gestión Sanitaria. Ediciones Díaz de Santos, S.A. Madrid, España.
- LOHR, KN; DONALDSON, MS; HARRIS-WEHLING, J (1991); Medicare: a strategy for quality assurance, I: A recapitulation of the study and a definition of quality of care. *QRB Quality Review Bulletin*. Volume: 17, Issue: 1, Pages: 6-9.
- LOPEZ, ALAN (1997); Investigación y conocimiento. Colección Vive Sucre. Publicación Centro Educativo Diocesano. Caracas. Venezuela.
- LOPEZ, ALAN; MATHERS, COLIN; EZZATI, MAJID; JAMISON, DEAN; MURRAY, CHRISTOPHER (2002); Global Burden of Disease and Risk Factors.
- MARMOT, MICHAEL (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. World Health Organization. *Commission on Social Determinants of Health*. Geneva.
- MARTIN ZURRO, ARMANDO; CANO PEREZ, JOSE (2005); Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Editorial Elsevier, Madrid, España.
- MARTINEZ, JOSE (2004); Cánulas intravenosas: complicaciones derivadas de su utilización y análisis de factores predisponentes. Revista Medicina Clínica No 103.
- MARTINEZ, M. (2004); Ciencia y Arte en la Metodología Cualitativa. Editorial Trillas. México.
- MARTINEZ PILLADO, MANUEL; MANUEL SECO, JOSE; SUAREZ, ALFONSO; GONZÁLEZ-SANJUÁN, ROSARIO; VÁZQUEZ, CARMEN (2006); Hacia el Cuadro de Mando Integral por el Cuadro de Mando Posible. Revista Calidad Asistencial Vol. 21 No 1. enero/febrero, 2006.
- MESA-LARGO, CARMELO (1987); Atención de Salud en Costa Rica: Auge y Crisis. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 102.
- MINISTERIO DE SALUD DE COSTA RICA (1990); Memoria Institucional 1990. San José, Costa Rica.
- (1994); El Proyecto de Reforma del Sector Salud. San José, Costa Rica
- (2010). Indicadores Básicos. San José, Costa Rica.
- (2011). Informe de Evaluación Anual-Ejercicio Económico 2010. San José, Costa Rica.



- (2010); Informe de resultados: Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Costa Rica, 2010. Ministerio de Salud, San José, Costa Rica.
- (2011). Marco Estratégico del Ministerio de Salud. Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. 3ra edición. San José, Costa Rica, Julio 20.
- (1997); Memoria Institucional 1997. San José Costa Rica.
- (2010); Memoria Institucional 2009. San José, Costa Rica.
- (2010); Memoria Institucional 2010. San José, Costa Rica.
- (2001); Programa ampliado de inmunizaciones. Unidad 1: Enfermedades prevenibles por vacunación. San José, Costa Rica.
- (2008). Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud. La Gaceta No 105 del lunes 2 de junio del 2008. Reglamento completo disponible en línea en [http://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre\\_ministerio/reglaorganicoMS2008.pdf](http://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/reglaorganicoMS2008.pdf) accedido en septiembre de 2011.
- MIRA, JOSÉ JOAQUÍN; LORENZO, SUSANA; RODRÍGUEZ-MARÍN, JESÚS; ARANAZ, JESÚS; SITGES, ESTHER (1998); La aplicación del modelo europeo de Gestión de la Calidad Total al Sector Sanitario: Ventajas y Limitaciones. Revista Calidad Asistencial No 13. No1.
- MURRAY, CHRISTOPHER J.L.; FRENK, JULIO (2000); Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 78, n.6, pp. 717-731, Disponible en línea en [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862000000600004&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862000000600004&script=sci_abstract&tlng=es)
- MUSGROVE, PHILIP (1996); Public and Private Roles in Health. Theory and Financing Patterns, *World Bank Discussion Paper No. 339, August*, Artículo completo disponible en línea en el siguiente URL <http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/1996/08/01/0000092653961219094216/Rendered/PDF/multi0page.pdf>
- NACIONES UNIDAS (1948); Declaración Universal de Derechos Humanos. Documento disponible en línea en el URL <http://www.un.org/es/documents/udhr/> accedido en noviembre 08 de 2011.
- NATIONAL COORDINATING COUNCIL ON MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION (2011); Disponible en URL <http://www.nccmerp.org/> accedido en noviembre 10 de 2011.

NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH (2011); Workplace Safety and Health Topics. Center for Disease Control and Prevention. Información complete disponible en el URL <http://www.cdc.gov/niosh/> accedido en noviembre 09 de 2011.

NICHOLS, ERIC; (1993); Diferenciales de Mortalidad en las enfermedades no transmisibles según el nivel socioeconómico: El caso de América Latina. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Organización Panamericana de la Salud. septiembre.

NOJI, ERIC; (2010); Impacto de los Desastres en la Salud Pública. Organización Panamericana de la Salud. Colombia.

NOVICK, MARTA; (2006); Desafíos en la Gestión de los Recursos Humanos en Salud: 2005-2015. Organización Panamericana de la salud, Washington, D.C.

ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS (1979); La Salud como parte integrante del desarrollo. Resoluciones aprobadas sobre la base de los informes de la Segunda Comisión, Resolución 34/58, 82ª sesión plenaria, 29 de noviembre.

ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Administración de la Seguridad Social. Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra, 1991. Disponible en línea en <http://books.google.co.cr/books?id=-GAWbeY6wqwC&printsec=frontcover#v=onepage&q=&f=false>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2004); Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo. Pruebas para la acción.

(2000); Boletín de junio.

(2005); Estadísticas Sanitarias Mundiales 2005. Departamento de Estadística e Informática Sanitarias.

(2006); Estadísticas Sanitarias Mundiales 2006. Departamento de Estadística e Informática Sanitarias.

(2007); Estadísticas Sanitarias Mundiales 2007. Departamento de Estadística e Informática Sanitarias.

(2008); Estadísticas Sanitarias Mundiales 2008. Departamento de Estadística e Informática Sanitarias.

(2009); Estadísticas Sanitarias Mundiales 2009. Departamento de Estadística e Informática Sanitarias.

(2010); Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010. Departamento de Estadística e Informática Sanitarias.

(2000); Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra, 2000. Documento completo disponible en línea en <http://www.who.int/whr/2003/chapter7/es/index.html>

(2010); Paludismo. Centro de Prensa. Nota descriptiva No 94. Actualizada en abril.

(2002); Quality of care: patient safety. Fifty-fifth World Health Assembly. Agenda ítem 13.9. Ginebra, mayo 18.

(2006); Tools and guidelines for human resources for health planning. Sitio WEB de la OMS.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (2004); Glosario de Indicadores. Unidad de Análisis de Salud y Estadísticas. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud. Washington DC.

(2006); Impacto de las reformas sobre el ausentismo laboral en los hospitales de Costa Rica. Revista Panamericana Salud Publica Vol 19, No 4, Washington, abril.

(2002); La Salud en las Américas. Volumen I.

(2007); Nociones de los servicios de salud de Costa Rica.

(2001); Recolección y Uso de Datos Básicos en Salud. Washington, DC, OPS; septiembre. Documento CD40.R10.

ORTEGA VARGAS, CAROLINA (2009); Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería; estrategias para su aplicación. Editorial Médica Panamericana, UNAM, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Cardiología, Ignacio Chávez, pp 5-12.

PARASURAMAN A. ZEITHAML, V.A. Y BERRY (1988); A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Qualitative. *Journal of Retailing*.

(1994); Reassessment of expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: Implications for Further Research. *Journal of Marketing*.

PERERA MERINO, RICARDO (2011); Entre médicos te veas. Editorial Palibrio, México.

PEIRO, SALVADOR (2004); Los indicadores deben bajar a las trincheras. Revista Calidad Asistencial No 19.

PERENTINI, MARÍA RIOSA (2002); Historia de la Enfermería. Aspectos relevantes desde sus orígenes hasta el siglo XX. Ediciones Trilce, Montevideo, Uruguay.

- PÉREZ FERNÁNDEZ DE VELASCO, JOSÉ ANTONIO (2010); Gestión por Procesos. 4ta edición. ESIC Editorial, Madrid, España.
- PINTO PRADES, JOSÉ LUIS (2004); Incorporación de las preferencias de los pacientes en la toma de decisiones clínicas. Colección Economía de la salud y la gestión sanitaria, México.
- PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO - PNUD (2010); Informe sobre Desarrollo Humano 2010. Edición del Vigésimo Aniversario. La verdadera riqueza de las naciones: Caminos al desarrollo humano. Ediciones Mundi-Prensa. Nueva York.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (2001); Diccionario de la Lengua Española. Vigésima Segunda Edición. Editorial Espasa, Medellín, Colombia.
- ROBLES GARCÍA, MONICA; DIERSSEN SOTOS, TRINIDAD; MARTÍNEZ OCHOA, EVA; HERRERA CARRAL, PEDRO, DIAZ MENDI, ANA; LLORGA DIAZ, JAVIER (2005); Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal en hospitales. Revista Gaceta Sanitaria Vol. 19, No 2, Barcelona, marzo-abril.
- ROSETO-BIXBY, L (2009); Uso de las estadísticas vitales de mortalidad para evaluar el impacto de la reforma del sector de la salud en las localidades de Costa Rica.
- ROSS, STEWARD; SINACORE, J (1995); A comparative study of seven measures of patient satisfaction. Medical Care.
- SAENS, MARIA DEL ROCÍO; ACOSTA, MÓNICA; BERMÚDEZ, JUAN LUIS (2010); Universal Coverage in a Middle Income Country: Costa Rica. World Health Organization. Background Paper, No 11.
- SAINZ ROJO, ANA; QUINTANA TRIAS, O., SANCHEZ CARO, J. (1994); La información médica: El Consentimiento informado. Fundamentos éticos y legales. Revista Calidad Asistencial No 2.
- SALAZAR, L (1996); El Laboratorio Clínico del Hospital Calderón Guardia: Diagnóstico Administrativo y Recomendaciones para su Gestión con Enfoque Empresarial. Tesis de Licenciatura en Administración de Negocios, Universidad Latina.
- SALINAS, C; LAGUNA, J; ROSARIO, M (1994); La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica. Revista de Salud Pública, México.
- SANTOS CEBRIAN, MÓNICA; FIDALGO CERVINO, ESTHER (2004); Un Análisis de la Flexibilidad del Cuadro de Mando Integral (CMI) en su adaptación a la naturaleza de las organizaciones. Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión, Vol. II No 4, julio-diciembre.

- SANZ, J (1998); Formación continuada: encrucijada difícil. Revista de Medicina Clínica No 11.
- SATURNO, PEDRO (1998); Qué, cómo y cuándo monitorizar: marco conceptual y guía metodológica. Revista Calidad Asistencial Vol 13.
- SENLE, ANDRÉS; GUTIÉRREZ, NILSA (2005); Calidad en los Servicios. Ediciones Díaz de Santos. Madrid, España.
- SPECKBACHER, GERHARD; BISCHOF, JUERGEN; PFEIFFER, THOMAS (2003); A descriptive analysis on the implementation of Balanced Scorecards. *Management Accounting Research*, vol 14 No 4, november.
- SILVA, JOAO DO REIS (1995); Calidad Total: Ideología administrativa e imposibilidades teóricas. Educación & Realidad.
- SOJO, ANA (1998); Los compromisos de gestión en salud de Costa Rica con una perspectiva comparativa. Revista de la CEPAL, número 66, diciembre 1998. Santiago de Chile.
- STARFIELD, BARBARA; SEVILLA, FRANCISCO; AUBE, DENISE, BERGERON, PIERRE, DE MAESENEER, JAN; HJORTDAHL, PER; LUMPKIN, JOHN, MARTÍNEZ OLMOS, JOSÉ; SARRIA-SANTAMERA, ANTONIO (2004); Atención primaria y responsabilidades de Salud pública en seis países de Europa y América del Norte: un estudio piloto. Revista Española Salud pública volumen 78, No 1. febrero, Madrid, España. Artículo completo disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272004000100003&script=sci\\_arttext&tlng=e](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272004000100003&script=sci_arttext&tlng=e)
- TERRAZA, HORACIO (2009); Manejo de Residuos Sólidos. Lineamientos para un Servicio Integral, Sustentable e Inclusivo. Banco Inter-Americano de Desarrollo. Departamento de Infraestructura y Medio Ambiente. Nota Técnica No IDB-TN-101. Nueva York.
- THE JOINT COMMISSION (2010); The Goal Seal of Approval<sup>TM</sup>. White paper, available on <http://www.jointcommission.org/goldsealofapproval/>
- THE KING'S FUNDS (2011); Our History. Información disponible en la página WEB en el siguiente URL [http://www.kingsfund.org.uk/about\\_us/our\\_history.html](http://www.kingsfund.org.uk/about_us/our_history.html) accedido en octubre 16 de 2011.
- TINOCO, ZAHIRA (2007); Selección de medicamentos en la CCSS, Comité Central de Farmacoterapia. Comité Central de Farmacoterapia, CCSS, San José, Costa Rica.
- THOMPSON A, SUÑOL R (1995); Expectations as determinants of patients satisfaction: Concepts, theory and evidence. International Journal for Quality in Health Care.

- TRIOLA, MARIO (2009); Estadística. Décima Edición; Pearson Educación, México.
- URRUTIA DE HOYOS, IGNACIO (2003); Selección de Indicadores en un hospital a través del modelo de cuadro de mando integral. Revista Todo Hospital, No 197.
- VALVERDE, JOSÉ MANUEL; TREJOS, MARÍA EUGENIA; MORA, MINOR (1993). Integración o Disolución Socio-Cultural: El Nuevo Rostro de la Política Social. Editorial Porvenir. 1era edición. San José, Costa Rica.
- VARGAS BALDARES, MINOR (2008); El Consejo Nacional de Acreditación Hospitalaria. ¿Una realidad? Revista Medicina Vida y Salud. Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. Año VII, Volumen 11, noviembre.
- VARGAS BENAVIDES, ADRIÁN (2009); El derecho a la salud en la Constitución Política de 1949. Artículo incluido en la obra colectiva “Constitución y Justicia Constitucional” producida por el Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica, la Escuela Judicial y la Sala Constitucional.
- VARO, JAIME (1994); Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Ediciones Díaz de Santos, Madrid, España.
- VILLALOBOS SOLANO, LUIS BERNARDO; PIEDRA GONZALEZ, MARIO (1998); Reforma en Salud en Costa Rica: implicaciones en la gestión municipal. Investigación en Salud. Publicación Científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal. Rosario, Argentina.
- ZEITHAML, V.A.; PARASURAMAN, A., BERRY, L. (1993); Calidad Total en la Gestión de Servicios. Editorial Díaz de Santos, Madrid.

## **Anexos**

# **Anexo 1 – Organizaciones costarricenses relacionadas con la gestión de la Calidad Total.**

Fuente: Elaboración propia

## **Cámara de Industrias de Costa Rica (CICR)**

Dirección: 350 metros sur de la Fuente de la Hispanidad carretera a Zapote.

Teléfono: (506) 2202-5600.

Fax: (506) 2234-6163.

Descripción: Nuestra misión es promover los intereses y atender las necesidades de sus asociados, fomentar su competitividad y contribuir proactivamente al desarrollo sostenible del sector industrial.

<http://www.cicr.com>

## **Cámara de Consultores en Arquitectura e Ingeniería**

Teléfono: (506) 2283-7698.

Fax: (506) 2280-7092.

Descripción: La CCAI es una asociación privada sin fines de lucro cuyo objeto primordial es el contribuir con el mejoramiento de la calidad de los servicios de consultoría en beneficio de las profesiones y de la sociedad, así como luchar porque el ejercicio profesional se fortalezca en libertad, lealtad a los principios éticos, legales y en sana competencia.

<http://www.ccaicr.com>

## **Centro de Formación de Formadores y Personal Técnico para el Desarrollo Industrial de Centroamérica (CEFOF)**

Teléfono: (506) 2430-4050.

Fax: (506) 2443-2721.

Descripción: La Cooperación del Gobierno del Japón con el Proyecto CEFOF se inició en el año 1991, donde los expertos japoneses transfirieron sus conocimientos de productividad a los profesionales costarricenses del Centro.

<http://www.cefof.ac.cr>



### **Centro de Investigación y Capacitación en Administración Pública (CICAP)**

Dirección: De la fuente de la Hispanidad, 100 metros este, 100 metros norte y 100 metros este San Pedro de Montes de Oca, San José, Costa Rica.

Teléfono: (506) 2511-5552 / 2253-5385.

Fax: (506) 2225-7023.

Descripción: El CICAP es una unidad de investigación y capacitación que investiga, asesora y capacita, con carácter multidisciplinario, las organizaciones de la Administración Pública en el ámbito nacional e internacional y organizaciones de la economía social, adscrito a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica, de conformidad con lo establecido en el artículo 124 del Estatuto Orgánico.

<http://www.cicap.ucr.ac.cr>

### **Centro de Investigación y Perfeccionamiento para la Educación Técnica**

Teléfono: (506) 2436-5500.

Descripción: Nuestra misión es ejercer el liderazgo permanente en los procesos de formación, capacitación y actualización del recurso humano docente del Sistema de Educación Técnica y Formación Profesional, para enfrentar los retos de los nuevos procesos de desarrollo social y económico del país y de la región Centroamericana sustentada en la investigación educativa, nuevas metodologías, técnicas pedagógicas y demandas del mercado laboral.

<http://www.cipet.ac.cr>

### **Colegio Federado de Ingenieros y Arquitectos (CFIA)**

Dirección: Contiguo al Indoor Club de Curridabat, San José, Costa Rica.

Teléfono: (506) 2202-3900.

Descripción: Nuestra misión es Asegurar la excelencia del ejercicio profesional de la ingeniería y la arquitectura y brindar a sus miembros la posibilidad de un desarrollo integral, con una formación sólida en valores éticos y aspectos del conocimiento técnico necesarios, para el beneficio de la sociedad costarricense, convirtiéndose en un ente de opinión pública en temas de interés nacional.

<http://www.cfia.or.cr>

### **Fundación para la Información de Sostenibilidad (FIS)**

Dirección: Santa Cecilia de Heredia, urbanización Monte Rosa, casa 63E.

Teléfono: (506) 2237-6511.

Fax: (506) 2260-5896.

Descripción: El propósito fundamental de FIS es promover actividades que faciliten la transmisión de conocimientos e información sobre desarrollo sostenible en la producción y los servicios, así como brindar apoyo a organizaciones sociales y empresas de la economía social, del Estado y privadas, en cuanto a planificación, diseño, desarrollo y operación de proyectos sostenible.

<http://www.fiscostarica.org>

### **Instituto Nacional de Aprendizaje (INA)**

Dirección: Localizado en La Uruca, frente al Parque de Diversiones.

Teléfono: (506) 2210-6000 / 2210-6300.

Fax: (506) 2232-1796.

Descripción: El Instituto Nacional de Aprendizaje es un ente público que prepara el trabajo productivo y propicia la generación de empresas con calidad y competitividad.

<http://www.ina.ac.cr>

### **Laboratorio Costarricense de Metrología (LACOMET)**

Dirección: Localizado en San Pedro de Montes de Oca, San José.

Teléfono: (506) 2253-2048.

Fax: (506) 2283-5133.

Descripción: LACOMET tiene como objetivo garantizar trazabilidad de las mediciones que se ejecutan en el país hasta la realización de ellas acorde con lo establecido por el Sistema Internacional de Unidades (SI); difundir y fundamentar la metrología nacional, custodiar los patrones nacionales y fungir como laboratorio nacional de referencia en metrología.

<http://www.lacomet.go.cr>

### **Ministerio de Economía, Industria y Comercio (MEIC)**

Descripción: Nuestra misión es propiciar y apoyar el desarrollo económico y social del país a través del diseño de políticas públicas que faciliten un adecuado funcionamiento del mercado, la protección de los consumidores, la remoción de obstáculos a la actividad productiva, el fomento de la competitividad, y el impulso de la actividad empresarial (principalmente de la pequeña y la mediana empresa).

<http://www.meic.go.cr>

### **Unión Costarricense de Cámaras y Asociaciones de la Empresa Privada (UCCAEP)**

Dirección: 400 M. sur, 100 M este y 15 M sur de la Mc Donald's, en Sabana Sur, San José.

Teléfono: (506) 2290-5594 / 2290-5595.

Fax: (506) 2290-5596.

Descripción: Promover la competitividad sistémica del país y mejorar la proyección de la empresa privada, por medio de la concertación de esfuerzos del sector productivo y la interacción con otros actores sociales y políticos, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de los costarricenses.

<http://www.uccaep.or.cr>

## **Anexo 2 – Listado de Hospitales y Áreas de Salud Públicas, de acuerdo con la Región**

### **Región Chorotega**

---

#### **Hospitales**

**Hospital Enrique Baltodano Briceño**  
**Hospital La Anexión**  
**Hospital de Upala**

#### **Áreas de Salud Públicas**

**Área de Salud Abangares**  
**Área de Salud Bagaces**  
**Área de Salud Carrillo**  
**Área de Salud Colorado**  
**Área de Salud Hojancha**  
**Área de Salud La Cruz**  
**Área de Salud Liberia**  
**Área de Salud Nandayure**  
**Área de Salud Nicoya**  
**Área de Salud Santa Cruz**  
**Área de Salud Tilarán**  
**Área de Salud Upala**

Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social. Departamento de Información Estadística de los Servicios de Salud.

## **Región Huetar Norte**

---

### **Hospitales**

**Hospital Los Chiles**  
**Hospital San Carlos**

### **Áreas de Salud Públicas**

**Área de Salud Aguas Zarcas**  
**Área de Salud Ciudad Quesada**  
**Área de Salud Florencia**  
**Área de Salud Guatuso**  
**Área de Salud La Fortuna**  
**Área de Salud Los Chiles**  
**Área de Salud Pital**  
**Área de Salud Santa Rosa**

Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social. Departamento de Información Estadística de los Servicios de Salud.

## **Región Huetar Atlántica**

---

### **Hospitales**

**Hospital de Guápiles**  
**Hospital Tony Facio**

### **Áreas de Salud Públicas**

**Área de Salud Cariari**  
**Área de Salud Guácimo**  
**Área de Salud Guápiles**  
**Área de Salud Limón**  
**Área de Salud Matina**  
**Área de Salud Siquirres**  
**Área de Salud Talamanca**  
**Área de Salud Valle de la Estrella**

Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social. Departamento de Información Estadística de los Servicios de Salud.

## Región Central Norte

---

### Hospitales

Hospital San Francisco de Asís, Grecia  
Hospital San Rafael, Alajuela  
Hospital San Vicente de Paul, Heredia  
Hospital Carlos Luis Valverde Vega, San Ramón

### Áreas de Salud Públicas

Área de Salud Alajuela Norte  
Área de Salud Alajuela Oeste  
Área de Salud Alajuela Sur  
Área de Salud Alfaro Ruíz  
Área de Salud Atenas  
Área de Salud Barva  
Área de Salud Belén  
Área de Salud Coronado  
Área de Salud Goicochea 1  
Área de Salud Goicochea 2  
Área de Salud Grecia  
Área de Salud Heredia – Cobujuquí  
Área de Salud Heredia – Virilla  
Área de Salud Horquetas  
Área de Salud León XIII  
Área de Salud Moravia  
Área de Salud Naranjo  
Área de Salud Palmares  
Área de Salud Poás  
Área de Salud Puerto Viejo  
Área de Salud San Isidro de Heredia  
Área de Salud San Pablo  
Área de Salud San Rafael de Heredia  
Área de Salud San Pablo  
Área de Salud San Rafael de Heredia  
Área de Salud San Ramón  
Área de Salud Santa Bárbara  
Área de Salud Santo Domingo  
Área de Salud Tibás  
Área de Salud Tibás – Uruca – Merced  
Área de Salud Valverde Vega

Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social. Departamento de Información Estadística de los Servicios de Salud.

## Región Central Sur

---

### Hospitales

Hospital Maximiliano Peralta, Cartago  
Hospital William Allen Riglioni, Turrialba

### Áreas de Salud Públicas

Área de Salud Acosta  
Área de Salud Alajuelita  
Área de Salud Aserri  
Área de Salud Cartago  
Área de Salud Catedral Noreste  
Área de Salud Corralillo  
Área de Salud Curridabat  
Área de Salud Desamparados 1  
Área de Salud Desamparados 3  
Área de Salud Escazú  
Área de Salud El Guarco  
Área de Salud Hatillo  
Área de Salud La Unión  
Área de Salud Los Santos  
Área de Salud Mata Redonda  
Área de Salud Montes de Oca  
Área de Salud Mora  
Área de Salud Oreamuno  
Área de Salud Paraíso  
Área de Salud Pavas  
Área de Salud Puriscal  
Área de Salud San Diego - San Juan – Concepción de Tres Ríos  
Área de Salud San Francisco de Dos Ríos – San Antonio  
Área de Salud San Rafael Arriba – San Rafael Abajo – San Miguel  
Área de Salud San Sebastián – Paso Ancho  
Área de Salud Santa Ana  
Área de Salud Turrialba  
Área de Salud Zapote - Catedral

Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social. Departamento de Información Estadística de los Servicios de Salud.

## **Región Pacífico Central**

---

### **Hospitales**

**Hospital Max Terán Valls**  
**Hospital Monseñor Sanabria**

### **Áreas de Salud Públicas**

**Área de Salud Aguirre**  
**Área de Salud Barranca**  
**Área de Salud Chacarita**  
**Área de Salud Esparza**  
**Área de Salud Garabito**  
**Área de Salud Montes de Oro**  
**Área de Salud Orotina**  
**Área de Salud Parrita**  
**Área de Salud Peninsular**  
**Área de Salud Puntarenas Centro**

Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social. Departamento de Información Estadística de los Servicios de Salud.

## **Región Brunca**

---

### **Hospitales**

**Hospital de Ciudad Neily**  
**Hospital Fernando Escalante Pradilla, Pérez Seledón**  
**Hospital de Golfito**  
**Hospital de San Vito**  
**Hospital Tomás Casas Casajús, Ciudad Cortés**

### **Áreas de Salud Públicas**

**Área de Salud Buenos Aires**  
**Área de Salud Corredores**  
**Área de Salud Coto Brus**  
**Área de Salud Golfito**  
**Área de Salud Osa**  
**Área de Salud Pérez Zeledón**

Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social. Departamento de Información Estadística de los Servicios de Salud.

## Anexo 3 – Instrumento metodológico No 1

|       |
|-------|
| Autor |
|       |

Apellido, Nombre

|                    |
|--------------------|
| Título y subtítulo |
|                    |

Edición / Año

|  |
|--|
|  |
|--|

(A partir de la 2da)

|                  |
|------------------|
| Lugar de Edición |
|                  |

|           |
|-----------|
| Editorial |
|           |

Año de Edición

|  |
|--|
|  |
|--|

Páginas

|  |
|--|
|  |
|--|

Serie o colección y Número

|  |
|--|
|  |
|--|

Disponible en dirección electrónica

|             |
|-------------|
| URL: http// |
|-------------|



## **Anexo 4 – Instrumento metodológico No 2**

### **Información General**

La presente investigación está a cargo del MBA Marco Sanabria Aguilar; El propósito de este estudio es con fines académicos. El estudio tiene por finalidad realizar un auto-diagnóstico de los Hospitales y Áreas de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social con el objetivo de elaborar un modelo de referencia para la Gestión de la Calidad. El cuestionario está basado en el modelo de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM), modelo que ha sido utilizado desde 1992 para evaluar la excelencia de una organización ya sea privada o pública. El contenido del mismo ha sido especialmente diseñado para los Hospitales y Áreas de Salud Públicas, por lo que se ha tenido en cuenta la especificidad de este tipo de organización.

El cuestionario se compone de 150 preguntas. Aunque se pueda pensar que este número de preguntas no es suficiente para dar un diagnóstico completo de los resultados de una organización y de su potencial, sin embargo, constituye una base muy útil y un elemento orientador fundamental para posibles desarrollos futuros.

### **Privacidad de la Información**

Su participación y la información personal que usted suministre para los fines de esta investigación serán tratadas confidencialmente, los resultados de los cuestionarios tienen únicamente un propósito académico y de ser éstos publicados se hará de forma anónima y no se mencionará nunca su nombre.

# 1. Información General

*Los líderes desarrollan y facilitan la consecución de la misión y la visión, desarrollan los valores necesarios para alcanzar el éxito a largo plazo e implantan todo ello en la organización mediante las acciones y los comportamientos adecuados, estando implicados personalmente en asegurar que el sistema de gestión de la organización se desarrolla e implanta.*

Por favor lea cada pregunta cuidadosamente. Marque con una equis (X) su respuesta. Utilice lapicero de cualquier color.

## 1- Género

Masculino

Femenino

## 2- Edad

Menos de 20

Entre 20 y 29

Entre 30 y 39

Entre 40 y 49

Entre 50 y 59

Entre 60 y 69

Entre 70 y 79

Más de 79

## 3- Grado Académico

Auxiliar / Técnico

Bachiller Universitario

Licenciatura / Doctor Medicina General

Posgrado / Especialidad Medica

PhD

Post Doctorado

## 4- Grupo Ocupacional

Jefatura

Técnico / Auxiliar

Profesionales

Oficinista / Secretaria

Procesamiento de datos

Contabilidad

Asistente técnico

Estadística

Inspección

## 5- Tipo de Unidad

Hospital

Área de Salud

6- Región en la que se encuentra ubicado su lugar de trabajo:

- |  |                          |                         |                          |
|--|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Oficinas Centrales                     | <input type="checkbox"/> | Región Central Norte    | <input type="checkbox"/> |
| Región Central Administrativa          | <input type="checkbox"/> | Región Central Sur      | <input type="checkbox"/> |
| Región Huetar Norte Administrativa     | <input type="checkbox"/> | Región Huetar Norte     | <input type="checkbox"/> |
| Región Chorotega Administrativa        | <input type="checkbox"/> | Región Chorotega        | <input type="checkbox"/> |
| Región Huetar Atlántica Administrativa | <input type="checkbox"/> | Región Pacífico Central | <input type="checkbox"/> |
| Región Brunca Administrativa           | <input type="checkbox"/> | Región Huetar Atlántica | <input type="checkbox"/> |
| Hospitales Nacionales                  | <input type="checkbox"/> | Región Brunca           | <input type="checkbox"/> |

A continuación se presenta la correspondencia entre las “categorías” de la escala presentada en este cuestionario y las “evidencias”, según la terminología utilizada en el modelo EFQM.

|            |                  |
|------------|------------------|
| Nada       | Sin evidencia    |
| Poco       | Alguna Evidencia |
| Bastante   | Evidencia        |
| Mucho      | Evidencia clara  |
| Totalmente | Evidencia total  |

## 2. Liderazgo

*Los líderes desarrollan y facilitan la consecución de la misión y la visión, desarrollan los valores necesarios para alcanzar el éxito a largo plazo e implantan todo ello en la organización mediante las acciones y los comportamientos adecuados, estando implicados personalmente en asegurar que el sistema de gestión de la organización se desarrolla e implanta.*

Ejemplos

MISION

Hospital

Las actividades de la Unidad estarán orientadas al usuario y dirigidas a potenciar la salud, en sus facetas curativas, rehabilitadoras y preventivas. Aspiramos a trabajar en términos de eficiencia, potenciando la calidad en sus vertientes asistencial, organizativa, de gestión económica, equidad y legitimidad. Todo ello constituirá la base que permita a la Unidad una presencia relevante en la investigación clínica.

Para cumplir la misión *asumimos*:

- A los ciudadanos como centro y objetivo de nuestra actividad
- Crear un sistema de gestión eficiente, participativo, interactivo, orientado a la mejora continua, descentralizado y autónomo
- Considerar la figura del profesional de atención primaria como un consultor/guía en la resolución de los episodios de enfermedad a través del sistema de salud.

VISION

La Unidad de Atención Primaria como proveedora de servicios, quiere ser el referente elegido por sus excelentes resultados en salud.

- Ser un *proveedor de servicios* implica:  
Contribuir a resolver los episodios de enfermedad de los ciudadanos, convirtiéndolos en el eje de la actividad a través del sistema sanitario.  
Orientarnos al ciudadano con una mayor información y oferta de servicios
- Ser el *referente elegido* supone:  
Ser depositarios de la confianza de los ciudadanos por el trato personalizado, la accesibilidad y cercanía de los servicios prestados.

Ofrecer posibilidades de desarrollo profesional y personal que colmen las expectativas de la persona que trabajan en la Unidad  
 Ser una Unidad primaria reconocida en los foros sociales relacionados con la salud por su proactividad y Génerosidad (disponibilidad de los profesionales).

- Obtener *excelentes resultados* conlleva:  
 Ser efectivos en el cumplimiento de los compromisos adquiridos con la dirección de la Región y plasmados en el contrato de gestión clínica.  
 La mejora del soporte informático para una gestión eficiente del episodio de enfermedad ágil e interactivo con todos los niveles asistenciales.

#### VALORES

Asumiendo como principios los VALORES que propugna el Ministerio de Salud de: Igualdad, Universalidad, Equidad y Solidaridad.

La Unidad interioriza los siguientes:

#### ORIENTACION AL CIUDADANO

El ciudadano es el centro de nuestra actividad asistencial. Garantizamos el respeto a su personalidad e intimidad, y le ofrecemos un trato cercano, personalizado y resolutivo.

#### PROFESIONALIDAD

Incrementar la competencia técnica y de gestión de las personas, así como su responsabilidad y los comportamientos proactivos para la resolución de los problemas

#### TRABAJO EN EQUIPO

Basamos el trabajo en equipo en un estilo de dirección asentado en la confianza y respeto a las personas y en el consenso como base de la toma de decisiones.

#### EFICIENCIA

Optimizar la utilización de los recursos para el cumplimiento de los objetivos y realizar una comunicación transparente de los resultados.

|  | Nada | Poco | Bastante | Mucho | Totalmente | ns / nc |
|--|------|------|----------|-------|------------|---------|
| Preguntas  | 1    | 2    | 3        | 4     | 5          | 9       |
| 1. ¿La Unidad ha reflexionado sobre el liderazgo e identificado qué personas de la misma son los líderes?  |      |      |          |       |            |         |
| 2. ¿Los líderes de la Unidad, han recibido formación en Gestión de la Calidad (por ejemplo EFQM, Sistemas de Gestión de Calidad ISO 9000, Gestión por Procesos, ...)?            |      |      |          |       |            |         |
| 3. ¿La Unidad ha definido, desarrolla y difunde su Misión?   |      |      |          |       |            |         |
| 4. ¿La Unidad ha definido, desarrolla y difunde su Visión?   |      |      |          |       |            |         |
| 5. ¿La Unidad ha definido, desarrolla y difunde sus Valores?   |      |      |          |       |            |         |
| 6. ¿Los líderes de la Unidad muestran un comportamiento coherente con la Misión, Visión y Valores, actuando como modelo de referencia?   |      |      |          |       |            |         |
| 7. ¿Los líderes participan en las actividades de mejora con clientes y proveedores?  |      |      |          |       |            |         |
| 8. ¿Los líderes animan a iniciar cambios y acciones de mejora?   |      |      |          |       |            |         |
| 9. ¿Los líderes participan en las actividades o proyectos de mejora, que se llevan a cabo en la Unidad (por ejemplo: grupos de mejora, comisiones, desarrollo de protocolos...)? |      |      |          |       |            |         |

| Preguntas  | Nada | Poco | Bastante | Mucho | Totalmente | ns / nc |
|--|------|------|----------|-------|------------|---------|
|  | 1    | 2    | 3        | 4     | 5          | 9       |
| 10. ¿Los líderes animan al resto de trabajadores de la Unidad a asumir responsabilidades y a ser creativos e innovadores?                              |      |      |          |       |            |         |
| 11. ¿Los líderes son accesibles y escuchan al personal?  |      |      |          |       |            |         |
| 12. ¿Los líderes promueven la formación e implantación de sistemas de calidad en la Unidad?  |      |      |          |       |            |         |
| 13. ¿Los líderes reconocen oportuna y adecuadamente los esfuerzos y logros de las personas de la Unidad?   |      |      |          |       |            |         |
| 14. ¿Los líderes participan en actividades de difusión de la calidad fuera de la Unidad y/o fuera de la Organización (foros, congresos, jornadas ...)? |      |      |          |       |            |         |
| 15. ¿Los líderes han planificado y/o utilizan algún sistema para evaluar/revisar el liderazgo?   |      |      |          |       |            |         |
| 16. ¿Los líderes disponen de (y utilizan) indicadores para evaluar la efectividad de su liderazgo?   |      |      |          |       |            |         |
| 17. ¿Los líderes identifican y priorizan las posibles oportunidades de mejora del liderazgo mediante la medición y el aprendizaje?                     |      |      |          |       |            |         |
| 18. ¿Los líderes han planificado o llevado a cabo acciones de mejora respecto al liderazgo?  |      |      |          |       |            |         |

### 3. Políticas y Estrategias

*Implanta la organización su misión y visión mediante una estrategia claramente centrada en todos los grupos de interés y apoyada por políticas, planes, objetivos, metas y procesos relevantes.*

Ejemplos

PROCESOS CLAVE:

De una Unidad de Atención Primaria:

- Citación
- Asistencia en consulta
- Asistencia a domicilio
- Pruebas complementarias

De una Unidad de Análisis Clínicos:

- Recepción de la muestra y el volante
- Validación de resultados
- Emisión y envío de informes
- Recursos y materiales (proceso de apoyo)

Objetivo desplegado en varios procesos:

OBJETIVO: *Mejorar la accesibilidad en Atención Primaria*

| PROCESOS                    | OBJETIVOS   |
|-----------------------------|---|
| CITACION                    | Citar a todos los pacientes en menos de 24 horas de la fecha solicitada                       |
| ASISTENCIA CONSULTAS AGUDAS | Atender a todos los pacientes programados y no programados en la fecha solicitada de consulta |
| PRUEBAS COMPLEMENTARIAS     | Citar las exploraciones complementarias en menos de 7 días.                                   |

| Preguntas  | Nada | Poco | Bastante | Mucho | Totalmente | ns / nc |
|--|------|------|----------|-------|------------|---------|
|  | 1    | 2    | 3        | 4     | 5          | 9       |
| 1. ¿La Unidad ha identificado y diferenciado a sus grupos de interés?  |      |      |          |       |            |         |
| 2. ¿La Unidad ha identificado y utiliza medios para obtener información sistemáticamente de sus grupos de interés (encuestas, indicadores...)?                   |      |      |          |       |            |         |
| 3. ¿Para la definición de los objetivos de la Unidad se analizan las necesidades y expectativas de los grupos de interés?  |      |      |          |       |            |         |
| 4. ¿La Unidad ha identificado otras fuentes de información relevante acerca de competidores, nuevas tecnologías, entre otros?                                    |      |      |          |       |            |         |
| 5. ¿La Unidad ha definido algún sistema para analizar y distribuir esta información?   |      |      |          |       |            |         |
| 6. ¿Los procesos clave de la Unidad están identificados (y definidos)?   |      |      |          |       |            |         |
| 7. ¿Los objetivos de la Unidad se establecen a través de un proceso de reflexión definido, estructurado y consensuado con la Dirección del Centro?               |      |      |          |       |            |         |
| 8. ¿La Unidad dispone de algún tipo de documento que recoge los objetivos que debe conseguir y una planificación de actividades para garantizar que se alcancen? |      |      |          |       |            |         |
| 9. ¿La Unidad ha desplegado sus objetivos en los procesos?   |      |      |          |       |            |         |
| 10. ¿Los objetivos de la Unidad son comunicados a sus trabajadores y se verifica de algún modo que las personas los conocen?                                     |      |      |          |       |            |         |
| 11. ¿La Unidad ha planificado y/o utiliza algún sistema para evaluar/revisar periódicamente la estrategia, los planes y los objetivos?                           |      |      |          |       |            |         |
| 12. ¿La Unidad dispone de y utiliza indicadores para evaluar la importancia y la efectividad de la estrategia, los planes y los objetivos?                       |      |      |          |       |            |         |
| 13. ¿La Unidad identifica y prioriza las posibles oportunidades de mejora de la estrategia, planes y objetivos mediante la medición y el aprendizaje?            |      |      |          |       |            |         |
| 14. ¿La Unidad ha planificado o llevado a cabo acciones de mejora respecto a su estrategia, planes y objetivos?  |      |      |          |       |            |         |

## 4. Personas

*Gestiona, desarrolla y aprovecha la organización el conocimiento y todo el potencial de las personas que la componen, tanto a nivel individual, como de equipos o de la organización en su conjunto; y cómo planifica estas actividades en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos.*

Las **personas** son todos los trabajadores de la Unidad que ofrecen, directa o indirectamente, un servicio a los clientes. La Unidad debe conseguir que todos ellos puedan alcanzar su pleno potencial en la realización de sus tareas.

Los **objetivos individuales** son los objetivos de las personas, relacionados con sus expectativas, en coherencia con los objetivos y características de la Unidad.

| Preguntas  | Nada | Poco | Bastante | Mucho | Totalmente | ns / nc |
|--|------|------|----------|-------|------------|---------|
|  | 1    | 2    | 3        | 4     | 5          | 9       |
| 1. ¿Los responsables de la Unidad planifican la plantilla necesaria para el funcionamiento de la misma, teniendo en cuenta sus índices de actividad (personas, carteleras...), el presupuesto asignado y los objetivos de la Unidad?               |      |      |          |       |            |         |
| 2. ¿La incorporación del personal se realiza de manera que se intenta garantizar la adecuación al puesto de trabajo (por ejemplo a través de perfiles profesionales, características de los puestos...)?   |      |      |          |       |            |         |
| 3. ¿La incorporación del personal al puesto designado se realiza de forma sistemática mediante la aplicación de planes de acogida u otros sistemas?  |      |      |          |       |            |         |
| 4. ¿La Unidad dispone de planes de formación para sus trabajadores u otros sistemas para favorecer el desarrollo de sus competencias y capacidades (asistencia a congresos, participación en investigación, presentación de ponencias...)?         |      |      |          |       |            |         |
| 5. ¿Se ayuda a las personas a conseguir los objetivos individuales que tienen establecidos, a mejorar su desempeño y evaluar sus logros (rendimiento)?   |      |      |          |       |            |         |
| 6. ¿La Unidad se estructura en equipos de personas para mejorar la forma de trabajar y garantizar una atención más eficaz y ágil a los clientes y grupos de interés?   |      |      |          |       |            |         |
| 7. ¿La Unidad fomenta y apoya la participación de sus personas en actividades de mejora (por ejemplo: grupos de trabajo, comisiones, elaboración de protocolos, entre otros...)?   |      |      |          |       |            |         |
| 8. ¿La Unidad ha desarrollado y/o utiliza canales de comunicación interna (vertical y horizontal) como contactos informales, reuniones periódicas, comisiones, sesiones clínicas, grupos de trabajo, boletines internos, intranet, entre otros...? |      |      |          |       |            |         |

| Preguntas  | Nada | Poco | Bastante | Mucho | Totalmente | ns / nc |
|--|------|------|----------|-------|------------|---------|
|  | 1    | 2    | 3        | 4     | 5          | 9       |
| 9. ¿La Unidad utiliza algún sistema de reconocimiento a sus personas mediante el cual se felicita a gratifica (recompensa, valora, premia) a quienes destacan por su implicación en la consecución de los objetivos, por los esfuerzos realizados o los logros obtenidos...? |      |      |          |       |            |         |
| 10. ¿La Unidad toma medidas para garantizar la seguridad y salud laborales?  |      |      |          |       |            |         |
| 11. ¿La Unidad ha planificado y/o utiliza algún sistema para evaluar la efectividad de su gestión de las personas?   |      |      |          |       |            |         |
| 12. ¿La Unidad dispone de (y utiliza) indicadores para evaluar la efectividad de su gestión de las personas?   |      |      |          |       |            |         |
| 13. ¿La Unidad identifica y prioriza las posibles oportunidades de mejora de su gestión de las personas mediante la medición y el aprendizaje?   |      |      |          |       |            |         |
| 14. ¿La Unidad ha planificado o llevado a cabo acciones de mejora respecto a la gestión de sus personas?   |      |      |          |       |            |         |

## 5. Recursos y alianzas

*Planifica y gestiona la organización sus alianzas externas y sus recursos internos en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos. Todos los niveles del sector, actores relacionados con otros sectores, gremios, sindicatos y comunidad.*

Pueden ser considerados como **aliados clave** los siguientes: hospitales de media y larga estancia, Atención Primaria, otras unidades de gestión, servicios clínicos, socios, universidad, colaboradores en docencia, investigación y formación, proveedores, suministradores de servicios, clientes, entre otros ....

Cuando hablamos de **tecnología** nos referimos a cualquier método técnico o forma de trabajo orientado a obtener un resultado sanitario. De manera, que son tecnologías los procedimientos diagnósticos (por ej. Diagnóstico por imagen, test funcionales...), procedimientos terapéuticos (por ej. Tratamiento farmacológico, radioterapia...) o sistemas de organización de la actividad asistencial y actividad laboral en general (por ej. Informática, psicoterapia, hospitalización a domicilio...).

Se puede definir el **conocimiento** como la síntesis de información que llega a la Unidad a través de las diferentes fuentes (trabajadores, estructura, clientes...), incluidas las experiencias acumulables. Es la información que posee valor para la Unidad. Hay que señalar que, hoy en día, el capital intelectual de una empresa comienza a considerarse como parte del capital de la misma.



| Preguntas   | Nada | Poco | Bastante | Mucho | Totalmente | ns / nc |
|---|------|------|----------|-------|------------|---------|
|   | 1    | 2    | 3        | 4     | 5          | 9       |
| 1. ¿La Unidad ha identificado a los aliados clave y establece alianzas en línea con su estrategia y planes?   |      |      |          |       |            |         |
| 2. ¿La Unidad desarrolla relaciones estructuradas con sus aliados (reuniones periódicas, objetos compartidos...) para mejorar sus procesos y ofrecer mayor satisfacción a sus clientes? |      |      |          |       |            |         |
| 3. ¿La Unidad gestiona su presupuesto de manera que apoya el cumplimiento de sus objetivos tanto económicos como asistenciales?   |      |      |          |       |            |         |
| 4. ¿La Unidad valora y prioriza sus necesidades presupuestarias de inversión en función de su efectividad (cumplimiento de objetivos y resultados favorables)?                          |      |      |          |       |            |         |
| 5. ¿La Unidad utiliza indicadores económico-financieros para su gestión?  |      |      |          |       |            |         |
| 6. ¿La Unidad planifica el uso de edificios, equipos y materiales en función de un mejor aprovechamiento y desarrollo de las actividades diarias?                                       |      |      |          |       |            |         |
| 7. ¿La Unidad evalúa los productos y servicios de sus proveedores?  |      |      |          |       |            |         |
| 8. ¿La Unidad optimiza los inventarios y la rotación de materiales?   |      |      |          |       |            |         |
| 9. ¿La Unidad intenta minimizar los desperdicios y reciclar los recursos no renovables?   |      |      |          |       |            |         |
| 10. ¿La Unidad identifica y evalúa nuevas tecnologías antes de su posible incorporación e implantación?   |      |      |          |       |            |         |
| 11. ¿La Unidad introduce las nuevas tecnologías en función de su estrategia y del impacto en sus clientes?  |      |      |          |       |            |         |
| 12. ¿La Unidad recoge, analiza y distribuye la información necesaria para que las personas puedan desarrollar su trabajo y puedan tomar decisiones?                                     |      |      |          |       |            |         |
| 13. ¿La Unidad garantiza la precisión y seguridad de la información?  |      |      |          |       |            |         |
| 14. ¿La Unidad gestiona el conocimiento de las personas que la componen, es decir, se transmiten y utilizan los conocimientos dentro de la Unidad?                                      |      |      |          |       |            |         |
| 15. ¿La Unidad ha planificado y/o utiliza algún sistema para evaluar/revisar periódicamente la gestión de sus alianzas externas y de sus recursos internos?                             |      |      |          |       |            |         |
| 16. ¿La Unidad dispone de (y utiliza) indicadores para evaluar la efectividad de la gestión de sus alianzas externas y de sus recursos internos?  |      |      |          |       |            |         |
| 17. ¿La Unidad identifica y prioriza las posibles oportunidades de mejora de la gestión de sus alianzas externas y de sus recursos internos mediante la medición y el aprendizaje?      |      |      |          |       |            |         |

| Preguntas  | Nada | Poco | Bastante | Mucho | Totalmente | ns / nc |
|--|------|------|----------|-------|------------|---------|
|  | 1    | 2    | 3        | 4     | 5          | 9       |
| 18. ¿La Unidad ha planificado o llevado a cabo acciones de mejora respecto a la gestión de sus alianzas externas y de sus recursos internos? |      |      |          |       |            |         |

A continuación se presenta la correspondencia entre las “categorías” de la escala presentada en este cuestionario y las “evidencias”, según la terminología utilizada en el modelo EFQM.

|            |   |
|------------|---|
| Nada       | Sin resultados  |
| Poco       | Algunos resultados favorables en algunas áreas  |
| Bastante   | Bastantes resultados favorables en bastantes áreas al menos en los 3 últimos años                     |
| Mucho      | La mayoría de los resultados son favorables en la mayoría de las áreas al menos en los 3 últimos años |
| Totalmente | Resultados excelentes en el total de las áreas al menos en los 5 últimos años.                        |

## 6. Procesos

*Diseña, gestiona y mejora la organización sus procesos para apoyar su política y estrategia y para satisfacer plenamente, generando cada vez mayor valor, a sus clientes y otros grupos de interés.*

Se denomina **proceso** a una secuencia de actividades en las que intervienen personas, materiales, energía y equipamiento, organizadas de una forma lógica que van añadiendo valor, para producir un resultado planificado y deseado por la Unidad. Un proceso debe tener entradas (inputs) y salidas (outputs) medibles y debe ser adaptable al cambio.

Se encuentran tres tipos de procesos:

- *Procesos de gestión (Estratégicos)*: Procesos orientados a las actividades organizativas o estratégicas de la Unidad. Son necesarios para el mantenimiento y progreso de la misma.
- *Procesos Operativos*: Aquellos procesos que están en relación directa con el cliente, por lo que tienen un gran impacto sobre la satisfacción de éste.
- *Procesos de Apoyo*: Apoyan a los procesos operativos, para que cumplan su misión.

Ejemplos

Listado de Procesos del Área de Salud

- A. Procesos estratégicos
  - a. Desarrollo estratégico
  - b. Mejora continua
  - c. Planificación y gestión del centro
- B. Procesos operativos
  - a. Recepción de la muestra y volante
  - b. Acondicionamiento de la muestra
  - c. Realización automatizada del análisis
  - d. Realización manual del análisis
  - e. Validación de resultados
  - f. Emisión y envío de informes
  - g. Actividad asistencial: (recepción de la información, citación, atención en emergencias, asistencia en consulta, asistencia a domicilio, pruebas complementarias)
  - h. Atención social
  - i. Gestión de prestación y trámites administrativos
  - j. Intervención comunitaria

- C. Procesos de apoyo
  - a. Apoyo clínico
  - b. Gestión de personas
  - c. Gestión de la información
  - d. Recursos materiales
  - e. Gestión económica
  - f. Alojamiento

Listado de Procesos de la Unidad Hospitalaria

- 1- Procesos estratégicos
  - a. Planificación y gestión del centro
- 2- Procesos operativos
  - a. Actividad asistencial: (recepción de la información, citación, atención en emergencias, asistencia en consulta, asistencia a domicilio, pruebas complementarias)
  - b. Atención social
  - c. Gestión de prestación y trámites administrativos
  - d. Intervención comunitaria
- 3- Procesos de apoyo
  - a. Gestión de almacén
  - b. Gestión de documentación de historias clínicas
  - c. Gestión biblioteca
  - d. Esterilización
  - e. Gestión de incidencias
  - f. Gestión de residuos

| Preguntas   | Nada | Poco | Bastante | Mucho | Totalmente | ns / nc |
|---|------|------|----------|-------|------------|---------|
|   | 1    | 2    | 3        | 4     | 5          | 9       |
| 1. ¿La Unidad ha identificado y diseñado sus procesos y subprocesos por medio de una metodología definida (mapa de procesos, Norma ISO...)?   |      |      |          |       |            |         |
| 2. ¿Los procesos de la Unidad se encuentran definidos y documentados: disponen de un coordinador o gestor, misión, descripción de sus clientes, entradas, salidas, diagrama de flujo...?  |      |      |          |       |            |         |
| 3. ¿Los procesos de la Unidad disponen de objetivos e indicadores, a través de los cuales se gestionan y se mide su eficacia?   |      |      |          |       |            |         |
| 4. ¿La Unidad introduce cambios y mejoras en sus procesos, los comunica a sus grupos de interés y evalúa sus resultados?  |      |      |          |       |            |         |
| 5. ¿La Unidad se implica de manera proactiva con sus clientes para debatir y abordar sus necesidades, expectativas y preocupaciones (grupos de opinión con pacientes y familiares, reuniones con asociaciones de pacientes...)? |      |      |          |       |            |         |
| 6. ¿La Unidad diseña y mejora sus servicios en función de las necesidades y expectativas de sus clientes?   |      |      |          |       |            |         |

|   |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|
| 7. ¿La Unidad utiliza los datos de las encuestas, así como cualquier otra información de su nivel de satisfacción (quejas, felicitaciones, opiniones y sugerencias recogidas a través del contacto habitual con pacientes y familiares) para definir objetivos de mejora e implantar mejoras? |  |  |  |  |  |  |
| 8. ¿La Unidad atiende (y gestiona) las quejas y reclamaciones de sus clientes?  |  |  |  |  |  |  |
| 9. ¿La Unidad ha planificado y utiliza algún sistema para evaluar/revisar periódicamente la gestión de sus procesos y la orientación al cliente?  |  |  |  |  |  |  |
| 10. ¿La Unidad dispone de (y utiliza) indicadores para evaluar la efectividad de la gestión de sus procesos y la orientación al cliente?  |  |  |  |  |  |  |
| 11. ¿La Unidad identifica y prioriza las posibles oportunidades de mejora de la gestión de sus procesos mediante la medición y el aprendizaje y la orientación al cliente?  |  |  |  |  |  |  |
| 12. ¿La Unidad ha planificado o llevado a cabo acciones de mejora respecto a la gestión de sus procesos y la orientación al cliente?  |  |  |  |  |  |  |

## 7. Resultados en los clientes

*Los logros que está alcanzando la organización en relación con sus clientes externos y suministrantes*

La Unidad debe medir la percepción del cliente externo de manera directa e indirecta. Asimismo, esta medición debe estar basada en áreas identificadas como importantes por los clientes, teniendo en cuenta aquellos aspectos que la Unidad puede mejorar dentro de su cometido específico.

- A. Medición Directa de la Percepción del Cliente Externo  
La Unidad debe medir la percepción de los diferentes colectivos de clientes a través de la información recogida directa de ellos, mediante las encuestas de satisfacción instauradas con carácter corporativo en todos los centros de salud, grupos focales, equipos de trabajo conjuntos, entre otros.
- B. Medición Indirecta de la Percepción del Cliente Externo  
La Unidad debe completar la información anterior con medidas indirectas de rendimiento interno, relacionadas con la percepción del cliente externo, para supervisar, entender, predecir y mejorar su rendimiento en relación con él.

| Preguntas  | Nada | Poco | Bastante | Mucho | Totalmente | ns / nc |
|--|------|------|----------|-------|------------|---------|
|  | 1    | 2    | 3        | 4     | 5          | 9       |
| 1. ¿La Unidad ha identificado a todos sus clientes? (los diferentes tipos de clientes)   |      |      |          |       |            |         |
| 2. ¿La Unidad ha identificado cuáles son los aspectos significativos acerca de la satisfacción de sus clientes y su importancia relativa para lograr esta? |      |      |          |       |            |         |

| Preguntas  | Nada | Poco | Bastante | Mucho | Totalmente | ns / nc |
|--|------|------|----------|-------|------------|---------|
|  | 1    | 2    | 3        | 4     | 5          | 9       |
| 3. ¿La Unidad ha establecido los indicadores directos relacionados con la percepción de los clientes, referente al servicio y atención que se les ofrece?  |      |      |          |       |            |         |
| 4. ¿La Unidad recoge estos indicadores directos de forma periódica y estructurada; es decir, pregunta periódicamente acerca del grado de satisfacción de sus clientes mediante encuestas, grupos de trabajo conjunto y/o grupos focales? |      |      |          |       |            |         |
| 5. ¿La Unidad analiza los resultados de los indicadores directos de satisfacción de los clientes, existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años?  |      |      |          |       |            |         |
| 6. ¿La Unidad ha establecido objetivos para los indicadores directos de satisfacción de los clientes y éstos se alcanzan en los últimos años?  |      |      |          |       |            |         |
| 7. ¿La Unidad tiene datos de otras unidades similares con las que establece comparaciones de los indicadores directos de satisfacción de los clientes y éstas son favorables en los últimos años?  |      |      |          |       |            |         |
| 8. ¿La Unidad ha establecido y establece planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados de los indicadores directos de satisfacción de los clientes obtenidos?  |      |      |          |       |            |         |
| 9. ¿La Unidad dispone de indicadores directos de satisfacción de los clientes para todas las áreas relevantes de la percepción de la satisfacción de sus clientes?   |      |      |          |       |            |         |
| 10. ¿La Unidad realiza comparaciones con otras unidades más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados directos de satisfacción de clientes y aprende de ellas?   |      |      |          |       |            |         |
| 11. ¿La Unidad ha identificado indicadores indirectos (de rendimiento interno) que le dan información que complementa la obtenida de la percepción?  |      |      |          |       |            |         |
| 12. ¿La Unidad recoge los indicadores indirectos de satisfacción de clientes de forma periódica y estructurada?  |      |      |          |       |            |         |
| 13. ¿La Unidad analiza los resultados de los indicadores indirectos de satisfacción de los clientes, existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años?   |      |      |          |       |            |         |
| 14. ¿La Unidad ha establecido objetivos para los indicadores indirectos de satisfacción de los clientes y éstos se alcanzan en los últimos años?   |      |      |          |       |            |         |
| 15. ¿La Unidad tiene datos de otras unidades similares de los indicadores indirectos de satisfacción de los clientes con las que establece comparaciones y éstas son favorables en los últimos años?                                     |      |      |          |       |            |         |

| Preguntas  | Nada | Poco | Bastante | Mucho | Totalmente | ns / nc |
|--|------|------|----------|-------|------------|---------|
|  | 1    | 2    | 3        | 4     | 5          | 9       |
| 16. ¿La Unidad ha establecido y establece planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados obtenidos de los indicadores indirectos de satisfacción de los clientes? |      |      |          |       |            |         |
| 17. ¿La Unidad dispone de indicadores indirectos para todas las áreas relevantes de la medición de la satisfacción de sus clientes?  |      |      |          |       |            |         |
| 18. ¿La Unidad realiza comparación con otras unidades más avanzadas o consideradas como las mejoras y aprende de ellas en resultados indirecto de satisfacción de los clientes?                    |      |      |          |       |            |         |

## 8. Resultados en el personal

*Los logros que está alcanzando la organización en relación con las personas que la integran.*

La Unidad debe medir la percepción de sus personas de manera directa e indirecta. Asimismo, esta medición se debe realizar sobre aquellos aspectos considerados como importantes por las personas, teniendo en cuenta las restricciones externas existentes para el sector público en cuanto a la gestión del personal.

- A. Medición directa de la percepción de las personas  
La Unidad debe medir la percepción de las personas que la integran, a través de la información recogida directamente de ellas.
- B. Medición indirecta de la percepción de las personas  
La Unidad debe completar la información anterior con otras medidas indirectas internas, relacionadas con la percepción de las personas, para supervisar, entender, predecir y mejorar su rendimiento, así como anticipar sus percepciones.

| Preguntas  | Nada | Poco | Bastante | Mucho | Totalmente | ns / nc |
|--|------|------|----------|-------|------------|---------|
|  | 1    | 2    | 3        | 4     | 5          | 9       |
| 1. ¿La Unidad ha identificado cuáles son los aspectos significativos acerca de la satisfacción de las personas y su importancia relativa para lograr éstas?  |      |      |          |       |            |         |
| 2. ¿La Unidad ha establecido los indicadores directos relacionados con la percepción de las personas, referentes a la satisfacción de éstas?   |      |      |          |       |            |         |
| 3. ¿La Unidad recoge estos indicadores directos de forma periódica y estructurada, es decir, pregunta periódicamente acerca del grado de satisfacción de sus personas mediante encuestas, grupos de trabajo conjunto y/o grupos focales? |      |      |          |       |            |         |

| Preguntas  | Nada | Poco | Bastante | Mucho | Totalmente | ns / nc |
|--|------|------|----------|-------|------------|---------|
|  | 1    | 2    | 3        | 4     | 5          | 9       |
| 4. ¿La Unidad analiza los resultados de los indicadores directos de satisfacción de las personas , existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años?                                 |      |      |          |       |            |         |
| 5. ¿La Unidad ha establecido objetivos para los indicadores directos de satisfacción de personas y éstos se alcanzan en los últimos años?  |      |      |          |       |            |         |
| 6. ¿La Unidad tiene datos de indicadores directos de satisfacción de personas de otras unidades similares con las que establece comparaciones y éstas son favorables en los últimos años?        |      |      |          |       |            |         |
| 7. ¿La Unidad ha establecido y establece planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados obtenidos en los indicadores directos de satisfacción de personas?      |      |      |          |       |            |         |
| 8. ¿La Unidad dispone de indicadores directos de satisfacción de personas para todas las áreas relevantes de la percepción de la satisfacción de sus clientes?                                   |      |      |          |       |            |         |
| 9. ¿La Unidad realiza comparaciones con otras unidades más avanzadas o consideradas como las mejores y aprende de ellas?   |      |      |          |       |            |         |
| 10. ¿La Unidad ha identificado indicadores indirectos (de rendimiento interno) que le dan información que complementa la obtenida de la percepción?  |      |      |          |       |            |         |
| 11. ¿La Unidad recoge los indicadores indirectos de forma periódica y estructurada?  |      |      |          |       |            |         |
| 12. ¿La Unidad analiza los resultados de los indicadores indirectos de satisfacción de personas, existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años?                                   |      |      |          |       |            |         |
| 13. ¿La Unidad ha establecido objetivos para los indicadores indirectos de satisfacción de personas, existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años?                               |      |      |          |       |            |         |
| 14. ¿La Unidad tiene datos de los indicadores indirectos de satisfacción de personas de otras unidades similares con las que establece comparaciones y éstas son favorables en los últimos años? |      |      |          |       |            |         |
| 15. ¿La Unidad ha establecido y establece planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados obtenidos en los indicadores indirectos de satisfacción de personas?   |      |      |          |       |            |         |
| 16. ¿La Unidad dispone de indicadores indirectos de satisfacción de personas para todas las áreas relevantes de la medición indirecta de la satisfacción de sus clientes?                        |      |      |          |       |            |         |
| 17. ¿La Unidad realiza comparaciones de los indicadores indirectos de satisfacción de personas con otras unidades más avanzadas como las mejores y aprende de ellas?                             |      |      |          |       |            |         |

## 9. Resultados en la sociedad

Los logros que está alcanzando la organización en la sociedad, a nivel local, nacional e internacional (según resulte pertinente).

La Unidad tiene un impacto en la sociedad por la propia naturaleza de sus responsabilidades primarias. Pero este criterio mide el impacto de la Unidad en la sociedad en aquellos temas que no están relacionados ni con sus responsabilidades, ni con sus obligaciones normativas. La Unidad debe medir la percepción que tiene la sociedad de ella, de manera directa e indirecta.

- A. Medición directa de la percepción de la Sociedad  
La Unidad debe medir la percepción de la sociedad, a través de información recogida directamente de ella, mediante encuestas, informes, reuniones públicas, representantes sociales y autoridades gubernativas, entre otros.
- B. Medición indirecta de la percepción de la Sociedad  
La Unidad debe completar la información anterior con otras medidas indirectas internas, relacionadas con la percepción de la sociedad, para supervisar, entender, predecir y mejorar su rendimiento, así como anticipar sus percepciones.

| Preguntas  | Nada | Poco | Bastante | Mucho | Totalmente | ns / nc |
|--|------|------|----------|-------|------------|---------|
|  | 1    | 2    | 3        | 4     | 5          | 9       |
| 1. ¿La Unidad ha identificado cuáles son las necesidades y expectativas de su comunidad o sociedad en su relación con ella (impacto ecológico, reducción de residuos, embalajes, ruidos y contaminación, patrocinio de obras sociales y otros aspectos relativos al impacto social, excluidos los inherentes a su Misión)? |      |      |          |       |            |         |
| 2. ¿La Unidad ha establecido una estrategia y planes al respecto?  |      |      |          |       |            |         |
| 3. ¿La Unidad utiliza indicadores directos (medidas de percepción) de su entorno social?   |      |      |          |       |            |         |
| 4. ¿La Unidad recoge los indicadores directos, de forma periódica y estructurada; es decir, pregunta periódicamente acerca del grado de satisfacción de su entorno social mediante encuestas, informes, reuniones con representantes sociales, autoridades gubernamentales, entre otros?                                   |      |      |          |       |            |         |
| 5. ¿La Unidad analiza los resultados de los indicadores directos de satisfacción en la sociedad, existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años?   |      |      |          |       |            |         |
| 6. ¿La Unidad ha establecido objetivos para los indicadores directos de satisfacción en la sociedad y éstos se alcanzan en los últimos años?   |      |      |          |       |            |         |
| 7. ¿La Unidad tiene datos de indicadores directos de satisfacción en la sociedad de otras unidades similares con las que establece comparaciones y éstas son favorables en los últimos años?   |      |      |          |       |            |         |
| 8. ¿La Unidad ha establecido y establece planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados obtenidos de los indicadores directos de satisfacción en la sociedad?   |      |      |          |       |            |         |



| Preguntas   | Nada | Poco | Bastante | Mucho | Totalmente | ns / nc |
|---|------|------|----------|-------|------------|---------|
|   | 1    | 2    | 3        | 4     | 5          | 9       |
| 9. ¿La Unidad dispone de indicadores directos para todas las áreas relevantes de la percepción de la satisfacción de la sociedad?   |      |      |          |       |            |         |
| 10. ¿La Unidad ha identificado indicadores directos (de rendimiento interno) de satisfacción en la sociedad que le dan información que complementa la obtenida de la percepción?                |      |      |          |       |            |         |
| 11. ¿La Unidad ha identificado indicadores indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción en la sociedad que le dan información que complementa la obtenida de la percepción?              |      |      |          |       |            |         |
| 12. ¿La Unidad recoge los indicadores indirectos de satisfacción en la sociedad de forma periódica y estructurada?  |      |      |          |       |            |         |
| 13. ¿La Unidad analiza los resultados de los indicadores indirectos de satisfacción en la sociedad y éstos se alcanzan en los últimos años?   |      |      |          |       |            |         |
| 14. ¿La Unidad ha establecido objetivos para los indicadores indirectos de satisfacción en la sociedad y éstos se alcanzan en los últimos años?   |      |      |          |       |            |         |
| 15. ¿La Unidad tiene datos de indicadores indirectos de satisfacción en la sociedad de otras unidades similares con las que establece comparaciones y éstas son favorables en los últimos años? |      |      |          |       |            |         |
| 16. ¿La Unidad ha establecido y establece planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados obtenidos de indicadores indirectos de satisfacción en la sociedad?   |      |      |          |       |            |         |
| 17. ¿La Unidad dispone de indicadores indirectos para todas las áreas relevantes de la medición indirecta de la satisfacción de la sociedad?  |      |      |          |       |            |         |
| 18. ¿La Unidad realiza comparaciones de indicadores indirectos de satisfacción en la sociedad con otras unidades más avanzadas o consideradas como las mejores y aprende de ellas?              |      |      |          |       |            |         |

## 10. Resultados de la Organización

*Los logros que está alcanzando la organización en relación con el rendimiento planificado integración de la red, cobertura, control de epidemias, morbimortalidad.*

Según el objeto y los objetivos de la Unidad, algunas de las medidas contenidas en las directrices para los Resultados Clave del Rendimiento de la Unidad pueden aplicarse a los Indicadores Clave del Rendimiento de la Unidad y viceversa.

- A. Resultados Clave del Rendimiento de la Unidad  
Estas medidas son los resultados clave planificados por la Unidad que hacen referencia a los procesos clave.
- B. Indicadores Clave del Rendimiento de la Unidad  
Son las medidas operativas que utiliza la Unidad para supervisar, entender, predecir y mejorar los resultados clave del rendimiento de la misma.

| Preguntas   | Nada | Poco | Bastante | Mucho | Totalmente | ns / nc |
|---|------|------|----------|-------|------------|---------|
|   | 1    | 2    | 3        | 4     | 5          | 9       |
| 1. ¿La Unidad ha definido cuáles son sus resultados clave, en línea con su estrategia, planes y procesos?   |      |      |          |       |            |         |
| 2. ¿Los resultados clave están consensuados, al menos a nivel del equipo responsable de la Unidad (líder de la Unidad junto con otros responsables)?          |      |      |          |       |            |         |
| 3. ¿La Unidad analiza los resultados clave, existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años?   |      |      |          |       |            |         |
| 4. ¿La Unidad ha establecido objetivos para los resultados clave y éstos se alcanzan en los últimos años?   |      |      |          |       |            |         |
| 5. ¿La Unidad tiene datos de los resultados clave de otras unidades similares con las que establece comparaciones y éstas son favorables en los últimos años? |      |      |          |       |            |         |
| 6. ¿La Unidad ha establecido y establece planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados clave obtenidos?                     |      |      |          |       |            |         |
| 7. ¿La Unidad dispone de información para todas las áreas relevantes de la gestión de resultados clave?   |      |      |          |       |            |         |
| 8. ¿La Unidad realiza comparaciones de los resultados clave con otras unidades más avanzadas o consideradas como las mejores y aprende de ellas?              |      |      |          |       |            |         |
| 9. ¿La Unidad ha definido cuáles son sus indicadores clave?   |      |      |          |       |            |         |
| 10. ¿Los indicadores clave están consensuados, al menos a nivel del equipo responsable de la Unidad (líder de la Unidad junto con otros responsables)?        |      |      |          |       |            |         |
| 11. ¿La Unidad analiza los resultados de los indicadores clave, existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años?                                 |      |      |          |       |            |         |
| 12. ¿La Unidad ha establecido objetivos para los indicadores clave y éstos se alcanzan en los últimos años?   |      |      |          |       |            |         |

| Preguntas  | Nada | Poco | Bastante | Mucho | Totalmente | ns / nc |
|--|------|------|----------|-------|------------|---------|
|  | 1    | 2    | 3        | 4     | 5          | 9       |
| 13. ¿La Unidad tiene datos de los resultados clave de otras unidades similares con las que establece comparaciones y éstas son favorables en los últimos años? |      |      |          |       |            |         |
| 14. ¿La Unidad ha establecido y establece planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados clave obtenidos?                     |      |      |          |       |            |         |
| 15. ¿La Unidad dispone de indicadores clave de todas las áreas relevantes de los resultados clave?   |      |      |          |       |            |         |
| 16. ¿La Unidad realiza comparaciones de los indicadores clave con otras unidades más avanzadas o consideradas como las mejores y aprende de ellas?             |      |      |          |       |            |         |

## Glosario

|                              |  |
|------------------------------|--|
| Aliados Clave                | Declaración explícita que describe el tipo de Unidad deseada con vistas al futuro. Pueden ser considerados como aliados clave los siguientes: hospitales de media y larga estancia. Atención Primaria, otras unidades de gestión, servicios clínicos, universidad, colaboradores de docencia, investigación y formación, proveedores, suministradores de servicios, clientes, entre otros. |
| Clientes o Grupos de Interés | Personas físicas o jurídicas internas (empleados, directivos, entre otros) o externas (paciente/familia, financiadores, proveedores, asociaciones científicas, asociaciones de consumidores y usuarios, entre otros) a la Unidad y que pueden influir en la misma de una u otra manera, dependiendo de sus expectativas.   |
| Clientes Externos            | Son los receptores o beneficiarios de la actividad y/o servicio que ofrece la Unidad. Estos incluyen los pacientes, familiares y allegados.  |
| Competidores                 | Son unidades similares de otras organizaciones sanitarias o las consideradas como las mejores.   |
| Conocimiento                 | Se puede definir como la síntesis de información que llega a la Unidad a través de diferentes fuentes (trabajadores, estructura, clientes ...), incluidas las experiencias acumulables. Es la información que posee valor para la Unidad. Hay que señalar que, hoy en día, el capital intelectual de una empresa comienza a considerarse como parte del capital de la misma.               |
| Efectividad                  | Se refiere al cumplimiento de objetivos previamente determinados y desplegados en la ejecución de distintas actividades de la Unidad. Es medible a través de indicadores directos e indirectos de forma sistematizada.   |
| Empowerment                  | Cómo se faculta al personal, para asumir responsabilidades y tomar decisiones en su área, ofreciéndoles la formación necesaria en su caso.   |

|                        |   |
|------------------------|---|
| Gestión por procesos   | Es una metodología que permite visualizar, analizar y mejorar los flujos de trabajo de la Unidad. Aporta las herramientas necesarias para diseñar cada proceso de acuerdo con el entorno y los recursos disponibles, normalizando la actuación y la transferencia de información de todo el equipo que participa en el mismo (facultativos, enfermería, personal no asistencial, entre otros), garantizando eficiencia, efectividad y calidad del servicio. |
| Líder                  | Todo aquel que tiene a su cargo personas de la Unidad (equipo directivo, jefe de servicio, supervisora, responsables de procesos o subprocesos, entre otros). El papel del líder puede resumirse en tres funciones: Impulsor (el proceso de cambio de una unidad empieza por el equipo directivo), Comprometido (demostrar un comportamiento adecuado con el ejemplo personal) y Facilitador (el líder debe dotar de medios y reducir las barreras).        |
| Liderazgo              | Es aquello que estimula e incita a individuos y equipos a dar lo mejor de ellos mismos.   |
| Mapa de procesos       | Es la representación gráfica de las actividades en forma de procesos que se desarrollan en la Unidad y de las interrelaciones entre éstos y con el exterior, en función de la misión, objetivos, entradas (input) y salidas (output) de la Unidad.  |
| Misión                 | Declaración explícita de la finalidad o razón de ser la Unidad. No es tanto ¿cuál es nuestra actividad o función?, sino ¿Por qué existe nuestra actividad o función?, ¿Qué propósito justifica la existencia continuada de nuestra unidad?, ¿Cómo se van a conseguir en general los objetivos?  |
| Objetivos individuales | Son los objetivos de las personas, relacionados con sus expectativas, descripciones que están en coherencia con los objetivos y características de la Unidad.   |
| Percepción             | Opinión de un individuo o grupo de personas en relación a la Unidad (clientes externos, personas de la Unidad, sociedad, ...)   |

|                    |  |
|--------------------|--|
| Proceso            | Es una secuencia de actividades en las que intervienen personas, materiales, energía y equipamiento, organizadas de una forma lógica que van añadiendo valor, para producir un resultado planificado y deseado por la Unidad. Un proceso debe tener entradas (inputs) y salidas (outputs) medibles y debe ser adaptable al cambio.   |
| Proceso clave      | Son aquellos que son críticos o claves para el éxito estratégico de la Unidad, el impacto sobre la satisfacción de sus clientes y la obtención de sus resultados.  |
| Rendimiento        | Medida de lo alcanzado por la Unidad en relación con sus clientes externos, personas, sociedad y grupos de interés en general.   |
| Sistema de Gestión | Esquema general de procesos y procedimientos que se emplea para garantizar que la Unidad realiza todas las tareas necesarias para alcanzar sus objetivos.  |
| Tecnología         | Cualquier método técnico o forma de trabajo orientado a obtener un resultado sanitario. De manera, que son tecnologías los procedimientos de diagnósticos (por ejemplo diagnóstico por imagen, test funcionales ...), procedimientos terapéuticos (por ejemplo tratamiento farmacológico, radioterapia ...) o sistemas de organización de la actividad asistencial y actividad laboral en general (por ejemplo informática, psicoterapia, hospitalización a domicilio ...) |
| Valores            | Aquellos elementos que conforman la conducta básica de las personas de la Unidad y lo que se espera de ellas. Son, por tanto, las bases de toda la gestión de la Unidad. Por ejemplo: confianza, sinceridad, respeto mutuo, trabajo en equipo, sentido de pertenencia, compromiso, profesionalidad, comunicación abierta, innovación tecnológica, liderazgo, orientación al cliente, rentabilidad, entre otros.  |
| Visión             | Declaración explícita que describe el tipo de Unidad deseada con vistas al futuro.   |

## Anexo 5 – Instrumento metodológico No 3

Buen(a) día/tarde:

La presente encuesta es una investigación que se está llevando a cabo para un estudio académico sobre la percepción de calidad que tienen los usuarios del sector salud. Para ello se están realizando entrevistas a personas seleccionadas al azar, que hayan ido a visitar un centro de salud de la CCSS. La entrevista es completamente anónima. No existen respuestas buenas o malas. Nos interesa sobre todo conocer su opinión. Le agradecemos anticipadamente su colaboración.

### Datos Socio-Demográficos

| <u>Género</u> |     |     | <u>Rango de Edad</u> |     |     |
|---------------|-----|-----|----------------------|-----|-----|
| Hombre        | ( ) | (1) | Menor a 20 años      | ( ) | (1) |
| Mujer         | ( ) | (2) | De 21 a 35 años      | ( ) | (2) |
|               |     |     | De 36 a 50 años      | ( ) | (3) |
|               |     |     | Mayor de 50 años     | ( ) | (4) |
|               |     |     | NR/NC                | ( ) | (5) |

| <u>Nivel Educativo</u> |     |     |                            |     |  |
|------------------------|-----|-----|----------------------------|-----|--|
| Ninguno                | ( ) | (1) | Universitario              | ( ) |  |
| Bachiller Colegio      | ( ) | (2) | Especialidad Universitaria | ( ) |  |
| Técnico                | ( ) | (3) |                            |     |  |

| <u>Provincia</u> |     |     | <u>Centro de Salud</u>     |     |  |
|------------------|-----|-----|----------------------------|-----|--|
| San José         | ( ) | (1) | Código del Centro de Salud | ( ) |  |
| Alajuela         | ( ) | (2) |                            |     |  |
| Cartago          | ( ) | (3) |                            |     |  |

|     |  |
|-----|--|
| 001 | Hospital Dr. Carlos Sáenz (Niños)          |
| 002 | Hospital De las Mujeres (Adolfo Carit)     |
| 003 | Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE) |
| 004 | Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia |
| 005 | A. Concepción-San Diego-San Juan           |
| 006 | A. Catedral Noreste                        |
| 007 | A. Montes de Oca                           |
| 008 | A. Curridabat                              |
| 009 | A. Moravia                                 |
| 010 | A. Coronado                                |
| 011 | A. Zapote-Catedral (Carlos Durán)          |
| 012 | A. San Francisco-San Antonio               |
| 013 | A. San Sebastián-Paso Ancho                |
| 014 | Hospital Max Peralta                       |
| 015 | A. Cartago                                 |
| 016 | A. La Unión                                |
| 017 | A. Paraíso                                 |
| 018 | Hospital San Juan de Dios                  |
| 019 | A. Desamparados 1 (Marcial Fallas)         |
| 020 | A. Hatillo (Solón Núñez)                   |
| 021 | A. Mata Redonda-Hospital (Moreno Cañas)    |
| 022 | A. Alajuelita                              |
| 023 | Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla   |
| 024 | A. Pérez Zeledón                           |
| 025 | Hospital México                            |
| 026 | A. Tibás-Uruca-Merced (clorito Picado)     |
| 027 | A. La Carpio León XIII                     |
| 028 | A. Tibás (Rodrigo Fournier)                |
| 029 | H. San Rafael de Alajuela                  |
| 030 | A. Alajuela Norte (Marcial Rodríguez)      |
| 031 | A. Alajuela Central                        |
| 032 | A. Alajuela Oeste                          |
| 033 | A. Alajuela Sur                            |



## Información General

1- En este momento viene usted de visita de:

|                               |     |     |
|-------------------------------|-----|-----|
| Médico General / Especialista | ( ) | (1) |
| Pediatra                      | ( ) | (2) |
| Enfermería / rehabilitación   | ( ) | (3) |

2- Podría decirme en general, ¿Cómo se encuentra usted de satisfecho/a con el servicio que ha recibido en este centro de salud?

|                                     |     |     |
|-------------------------------------|-----|-----|
| Muy insatisfecho/a                  | ( ) | (1) |
| Insatisfecho/a                      | ( ) | (2) |
| Ni satisfecho/a - Ni insatisfecho/a | ( ) | (3) |
| Satisfecho                          | ( ) | (4) |
| Muy satisfecho                      | ( ) | (5) |
| NS                                  | ( ) | (8) |
| NR                                  | ( ) | (9) |

3- En relación con lo que usted esperaba, la atención de hoy ¿Cómo ha sido?

|                    |     |     |
|--------------------|-----|-----|
| Muy mala           | ( ) | (1) |
| Mala               | ( ) | (2) |
| Ni mala - Ni buena | ( ) | (3) |
| Buena              | ( ) | (4) |
| Muy buena          | ( ) | (5) |
| NS                 | ( ) | (8) |
| NR                 | ( ) | (9) |

Conversemos acerca de su Centro de Salud de manera general

4- ¿Qué tan fácil le resulta resolver los temas administrativos (trámite de documentos) en este centro?

|                       |     |     |
|-----------------------|-----|-----|
| Muy difícil           | ( ) | (1) |
| Difícil               | ( ) | (2) |
| Ni difícil - Ni fácil | ( ) | (3) |
| Fácil                 | ( ) | (4) |
| Muy fácil             | ( ) | (5) |
| NS                    | ( ) | (8) |
| NR                    | ( ) | (9) |

5- En general, ¿Cómo valora usted los siguientes aspectos de este centro?

|                                 | <b>Muy mal</b> | <b>Mal</b> | <b>Neutral</b> | <b>Bien</b> | <b>Muy Bien</b> | <b>NS</b> | <b>NC</b> |
|---------------------------------|----------------|------------|----------------|-------------|-----------------|-----------|-----------|
|                                 | (1)            | (2)        | (3)            | (4)         | (5)             | (8)       | (9)       |
| <b>Espacio físico</b>           | ( )            | ( )        | ( )            | ( )         | ( )             | ( )       | ( )       |
| <b>Limpieza</b>                 | ( )            | ( )        | ( )            | ( )         | ( )             | ( )       | ( )       |
| <b>Ventilación</b>              | ( )            | ( )        | ( )            | ( )         | ( )             | ( )       | ( )       |
| <b>Comodidad instalaciones</b>  | ( )            | ( )        | ( )            | ( )         | ( )             | ( )       | ( )       |
| <b>Instalaciones en general</b> | ( )            | ( )        | ( )            | ( )         | ( )             | ( )       | ( )       |

6- ¿En qué medida cree Usted que las personas que trabajan en este centro están identificadas correctamente (gafetes, uniformes, batas, entre otros) para saber qué tipo de profesionales son?

|                    |     |     |
|--------------------|-----|-----|
| Muy mal            | ( ) | (1) |
| Mal                | ( ) | (2) |
| Ni mala - Ni buena | ( ) | (3) |
| Buena              | ( ) | (4) |
| Muy buena          | ( ) | (5) |
| NS                 | ( ) | (8) |
| NR                 | ( ) | (9) |

7- Los datos clínicos de cada paciente son confidenciales, ¿Cómo cree que se respeta este derecho en este centro de salud?

|                    |     |     |
|--------------------|-----|-----|
| Muy mal            | ( ) | (1) |
| Mal                | ( ) | (2) |
| Ni mala - Ni buena | ( ) | (3) |
| Buena              | ( ) | (4) |
| Muy buena          | ( ) | (5) |
| NS                 | ( ) | (8) |
| NR                 | ( ) | (9) |

8- ¿Cómo considera usted que es la organización de este centro de salud en general?

|                    |     |     |
|--------------------|-----|-----|
| Muy mal            | ( ) | (1) |
| Mal                | ( ) | (2) |
| Ni mala - Ni buena | ( ) | (3) |
| Buena              | ( ) | (4) |
| Muy buena          | ( ) | (5) |
| NS                 | ( ) | (8) |
| NR                 | ( ) | (9) |

Hablemos a continuación sobre el procedimiento que usted utiliza para obtener una CITA en este centro de salud.

9- Habitualmente, ¿Qué medio utiliza Usted para solicitar cita en este centro de salud?

- |                          |     |     |                      |
|--------------------------|-----|-----|----------------------|
| Por Internet             | ( ) | (1) |                      |
| Por teléfono             | ( ) | (2) |                      |
| Acude personalmente      | ( ) | (3) | Pasar a pregunta 9.1 |
| Cita de control          | ( ) | (4) |                      |
| Por medio de un familiar | ( ) | (5) |                      |
| NS                       | ( ) | (8) |                      |
| NC                       | ( ) | (9) |                      |

9.1 ¿Por qué acude habitualmente al centro a pedir cita?

Razón: \_\_\_\_\_

|    |     |     |
|----|-----|-----|
| NS | ( ) | (8) |
| NR | ( ) | (9) |

10- Para la presente consulta en concreto, ¿cómo obtuvo la cita?

- |                                 |     |     |                    |
|---------------------------------|-----|-----|--------------------|
| Tenía cita previamente          | ( ) | (1) | Pasa a pregunta 11 |
| Hizo fila para obtener una CITA | ( ) | (2) | Pasa a pregunta 16 |
| Le atendieron sin CITA          | ( ) | (3) | Pasa a pregunta 19 |
| NC                              | ( ) | (9) | Pasa a pregunta 19 |

Solo para los que tenían CITA previamente programada

11- Para esta cita en concreto, obtuvo la misma

|                          |     |     |                    |
|--------------------------|-----|-----|--------------------|
| Por Internet             | ( ) | (1) | Pasa a pregunta 13 |
| Por Teléfono             | ( ) | (2) | Pasa a pregunta 12 |
| Acudiendo personalmente  | ( ) | (3) | Pasa a pregunta 13 |
| Cita de control          | ( ) | (4) | Pasa a pregunta 13 |
| Por medio de un familiar | ( ) | (5) | Pasa a pregunta 13 |
| NS                       | ( ) | (8) | Pasa a pregunta 13 |
| NC                       | ( ) | (9) | Pasa a pregunta 13 |

12- ¿Qué tan fácil le ha resultado a Usted obtener la cita por teléfono?

|                       |     |     |
|-----------------------|-----|-----|
| Muy difícil           | ( ) | (1) |
| Difícil               | ( ) | (2) |
| Ni difícil - Ni fácil | ( ) | (3) |
| Fácil                 | ( ) | (4) |
| Muy fácil             | ( ) | (5) |
| NS                    | ( ) | (8) |
| NR                    | ( ) | (9) |

13- ¿Le dieron cita para la fecha que usted quería?

|    |     |     |
|----|-----|-----|
| Sí | ( ) | (1) |
| No | ( ) | (2) |
| NC | ( ) | (9) |

14- ¿Qué opinión tiene usted sobre el tiempo que ha tenido que esperar desde la hora en que le citaron hasta que ingresó a la consulta? Considera que fue ...

|                  |     |     |
|------------------|-----|-----|
| Mucho            | ( ) | (1) |
| Bastante         | ( ) | (2) |
| Ni mucho ni poco | ( ) | (3) |
| Poco             | ( ) | (4) |
| Muy poco         | ( ) | (5) |
| NS               | ( ) | (8) |
| NR               | ( ) | (9) |

15- ¿Cuánto tiempo aproximadamente ha tenido que esperar desde la hora de su cita hasta que entró a la consulta?

|               |     |     |
|---------------|-----|-----|
| Minutos _____ |     |     |
| NS            | ( ) | (8) |
| NR            | ( ) | (9) |

Pasar a pregunta 19

Solamente para los que hicieron FILA para obtener una cita

16- Cuando hizo fila, ¿Le dieron la cita para el día que usted quería?

|    |     |     |
|----|-----|-----|
| Si | ( ) | (1) |
| No | ( ) | (2) |
| NC | ( ) | (9) |

17- ¿Qué opinión tiene usted sobre el tiempo que ha tenido que esperar desde que llegó hasta que fue atendido en la consulta? Considera que fue ...

|                  |     |     |
|------------------|-----|-----|
| Mucho            | ( ) | (1) |
| Bastante         | ( ) | (2) |
| Ni mucho ni poco | ( ) | (3) |
| Poco             | ( ) | (4) |
| Muy poco         | ( ) | (5) |
| NS               | ( ) | (8) |
| NR               | ( ) | (9) |

18- Aproximadamente, ¿Cuánto tiempo ha tenido que esperar desde que usted llegó para que le atendieran hasta que entró en la consulta?

|               |     |     |
|---------------|-----|-----|
| Minutos _____ |     |     |
| NS            | ( ) | (8) |
| NR            | ( ) | (9) |

Pasar a pregunta 19

19- ¿Qué grado de confianza tiene usted en la asistencia que le proporcionan en este centro de salud?

|                  |     |     |
|------------------|-----|-----|
| Mucha            | ( ) | (1) |
| Bastante         | ( ) | (2) |
| Ni mucha ni poca | ( ) | (3) |
| Poca             | ( ) | (4) |
| Ninguna          | ( ) | (5) |
| NS               | ( ) | (8) |
| NR               | ( ) | (9) |

20- ¿Qué aspectos mejoraría usted de este centro de salud? (mencione los 3 más importantes)

|                              |     |      |
|------------------------------|-----|------|
| Nada                         | ( ) | (1)  |
| Todo                         | ( ) | (2)  |
| Sistema de citas             | ( ) | (3)  |
| Ampliar horarios de atención | ( ) | (4)  |
| Reducir el tiempo de espera  | ( ) | (5)  |
| Mobiliario                   | ( ) | (6)  |
| Mas personal                 | ( ) | (7)  |
| Emergencias 24 horas         | ( ) | (8)  |
| Otro                         | ( ) | (9)  |
| NS                           | ( ) | (98) |
| NR                           | ( ) | (99) |

21- Cambiando de tema, en el último año, aproximadamente, ¿Cuántas veces ha visitado este centro de salud?

|       |       |     |
|-------|-------|-----|
| _____ | Veces |     |
| NS/NR | ( )   | (8) |
| NC    | ( )   | (9) |

22- En este último año, ¿Ha cambiado usted alguna vez de profesional en salud (médico, especialista, pediatra, enfermero) en este centro?

|    |     |     |                    |
|----|-----|-----|--------------------|
| Sí | ( ) | (1) | Pasa a pregunta 23 |
| No | ( ) | (2) | Pasa a pregunta 26 |
| NC | ( ) | (9) | Pasa a pregunta 26 |



23- ¿Por qué motivo cambió Usted de profesional en salud?

|  |     |     |                    |
|--|-----|-----|--------------------|
| No estaba satisfecho/a con el anterior | ( ) | (1) | Pasa a pregunta 24 |
| Cambio interno del centro de salud     | ( ) | (2) | Pasa a pregunta 25 |
| Por cambio de domicilio                | ( ) | (3) | Pasa a pregunta 24 |
| Otro _____                             | ( ) | (4) | Pasa a pregunta 25 |
| NS                                     | ( ) | (8) | Pasa a pregunta 25 |
| NC                                     | ( ) | (9) | Pasa a pregunta 25 |

24- ¿Qué tan fácil le resultó realizar los trámites administrativos para cambiar de profesional en salud?

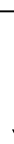
|                       |     |     |
|-----------------------|-----|-----|
| Muy difícil           | ( ) | (1) |
| Difícil               | ( ) | (2) |
| Ni difícil - Ni fácil | ( ) | (3) |
| Fácil                 | ( ) | (4) |
| Muy fácil             | ( ) | (5) |
| NS                    | ( ) | (8) |
| NR                    | ( ) | (9) |

25- Finalmente, ¿Cómo se encuentra de satisfecho/a con el cambio de profesional en salud?

|                                     |     |     |
|-------------------------------------|-----|-----|
| Muy insatisfecho/a                  | ( ) | (1) |
| Insatisfecho/a                      | ( ) | (2) |
| Ni satisfecho/a - Ni insatisfecho/a | ( ) | (3) |
| Satisfecho                          | ( ) | (4) |
| Muy satisfecho                      | ( ) | (5) |
| NS                                  | ( ) | (8) |
| NR                                  | ( ) | (9) |

26- ¿Ha requerido alguna vez ir a un especialista (siempre dentro de la CCSS no privado)?

|       |     |     |                    |
|-------|-----|-----|--------------------|
| Sí    | ( ) | (1) | Pasa a pregunta 27 |
| No    | ( ) | (2) | Pasa a pregunta 29 |
| NS/NC | ( ) | (9) | Pasa a pregunta 29 |



27- Habitualmente, cuando su médico le remite a consulta con el especialista por primera vez, ¿le consiguen o gestionan la cita desde el mismo centro de salud?

|    |     |     |
|----|-----|-----|
| Sí | ( ) | (1) |
| No | ( ) | (2) |
| NS | ( ) | (8) |
| NC | ( ) | (9) |

28- ¿Le han informado en su centro de salud, que usted puede elegir su médico/a especialista?

|    |     |     |
|----|-----|-----|
| Sí | ( ) | (1) |
| No | ( ) | (2) |
| NS | ( ) | (8) |
| NC | ( ) | (9) |

29- Cambiando de tema, en su opinión, ¿La asistencia pública en materia de salud en el país está mucho mejor, mejor, igual, peor o mucho peor que hace tres años?

|             |     |     |
|-------------|-----|-----|
| Mucho mejor | ( ) | (1) |
| Mejor       | ( ) | (2) |
| Igual       | ( ) | (3) |
| Peor        | ( ) | (4) |
| Mucho peor  | ( ) | (5) |
| NS          | ( ) | (8) |
| NR          | ( ) | (9) |

30- En un futuro, dentro de tres años, ¿Considera que la asistencia pública en materia de salud, estará...?

|             |     |     |
|-------------|-----|-----|
| Mucho mejor | ( ) | (1) |
| Mejor       | ( ) | (2) |
| Igual       | ( ) | (3) |
| Peor        | ( ) | (4) |
| Mucho peor  | ( ) | (5) |
| NS          | ( ) | (8) |
| NR          | ( ) | (9) |

Conversemos acerca de la cita que recién tuvo

31- Me dijo que venía de visitar al

|                               |     |     |
|-------------------------------|-----|-----|
| Médico General / Especialista | ( ) | (1) |
| Pediatra                      | ( ) | (2) |
| Enfermería / rehabilitación   | ( ) | (3) |

**ENCUESTADOR (respuesta debe coincidir con la pregunta 1)**



## Bloque A: consulta del médico general y/o especialista

A-1- En general, ¿Cómo valora usted los horarios de consulta de su médico general y/o especialista? (NO CONSIDERE EL HORARIO DE URGENCIAS)

|                |     |     |                 |
|----------------|-----|-----|-----------------|
| Muy bien       | ( ) | (1) | Pasa A-3        |
| Bien           | ( ) | (2) | Pasa A-3        |
| Ni bien ni mal | ( ) | (3) | <b>Pasa A-2</b> |
| Mal            | ( ) | (4) | <b>Pasa A-2</b> |
| Muy mal        | ( ) | (5) | <b>Pasa A-2</b> |
| NS             | ( ) | (8) | Pasa A-3        |
| NR             | ( ) | (9) | Pasa A-3        |



A-2- ¿Qué cambiaría usted en los horarios de la consulta de su médico general y/o especialista para que fueran más adecuados?

---

|    |     |     |
|----|-----|-----|
| NS | ( ) | (8) |
| NC | ( ) | (9) |

A-3- ¿Cómo valora usted el respeto con el que le ha tratado su médico general y/o especialista en esta consulta?

|                |     |     |
|----------------|-----|-----|
| Muy bien       | ( ) | (1) |
| Bien           | ( ) | (2) |
| Ni bien ni mal | ( ) | (3) |
| Mal            | ( ) | (4) |
| Muy mal        | ( ) | (5) |
| NS             | ( ) | (8) |
| NR             | ( ) | (9) |

A-4- Por favor, dígame su grado de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones sobre la atención del médico y/o especialista en la consulta de la que acaba de salir.

|  | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Neutral | De acuerdo | Totalmente de acuerdo | NS  | NC  |
|--|--------------------------|---------------|---------|------------|-----------------------|-----|-----|
|  | (1)                      | (2)           | (3)     | (4)        | (5)                   | (8) | (9) |
| ¿Ha sido amable?   |                          |               |         |            |                       |     |     |
| ¿Ha sido eficaz y ha atendido bien sus problemas de salud?               |                          |               |         |            |                       |     |     |
| ¿Lo ha dejado hablar y ha escuchado todo lo que usted tiene que decirle? |                          |               |         |            |                       |     |     |
| ¿La información que le ha dado se entiende muy bien?                     |                          |               |         |            |                       |     |     |

A-5- Por otra parte, ¿Cómo está usted de satisfecho/a con el tiempo que le ha dedicado su médico y/o especialista en esta consulta?

- Muy insatisfecho/a ( ) (1)  
 Insatisfecho/a ( ) (2)  
 Ni satisfecho/a - Ni insatisfecho/a ( ) (3)  
 Satisfecho ( ) (4)  
 Muy satisfecho ( ) (5)  
 NS ( ) (8)  
 NR ( ) (9)

A-6- Aproximadamente, ¿Cuánto tiempo ha estado usted en la consulta (desde que ingresó hasta que salió de ella?)

- \_\_\_\_\_ Minutos
- NS ( ) (8)  
 NC ( ) (9)

A-7- ¿Con qué grado de intimidad cree usted que se ha desarrollado la consulta con su médico y/o especialista? (se refiere a la privacidad que ha existido mientras estaba en consulta)

- Muy bien ( ) (1)  
 Bien ( ) (2)  
 Ni bien ni mal ( ) (3)  
 Mal ( ) (4)  
 Muy mal ( ) (5)  
 NS ( ) (8)  
 NR ( ) (9)

A-8- En general, cuando su médico y/o especialista le da un tratamiento, ¿Cómo valora las explicaciones que le da sobre como tomar o seguir correctamente ese tratamiento?

- Muy bien ( ) (1)
- Bien ( ) (2)
- Ni bien ni mal ( ) (3)
- Mal ( ) (4)
- Muy mal ( ) (5)
- NP (hasta hoy recibe tratamiento) ( ) (6) Pasa A-10
- NS ( ) (8)
- NR ( ) (9)

A-9- ¿Hasta qué punto le permite su médico y/o especialista dar su opinión sobre los tratamientos que le envía?

- Mucha ( ) (1)
- Bastante ( ) (2)
- Ni mucha ni poca ( ) (3)
- Poca ( ) (4)
- Ninguna ( ) (5)
- NS ( ) (8)
- NR ( ) (9)

A-10- A continuación, nos gustaría que nos diese su opinión sobre el personal que le ha atendido ALGUNA VEZ en este centro de salud. Por favor, díganos cómo valora usted en general a los siguientes profesionales de este centro.

|                         | Muy bien | Bien | Neutral | Mal | Muy mal | NP/NA | NS  | NC  |
|-------------------------|----------|------|---------|-----|---------|-------|-----|-----|
|                         | (1)      | (2)  | (3)     | (4) | (5)     | (6)   | (8) | (9) |
| Médico y/o especialista |          |      |         |     |         |       |     |     |
| Pediatra                |          |      |         |     |         |       |     |     |
| Enfermero/a             |          |      |         |     |         |       |     |     |
| Servicios generales     |          |      |         |     |         |       |     |     |
| Trabajador social       |          |      |         |     |         |       |     |     |

A-11- Cambiando de tema, en esta última consulta, ¿Lo ha atendido su médico y/o especialista de siempre?

- Sí ( ) (1)
- No, un suplente ( ) (2)
- NS, es primer vez ( ) (8)
- NC ( ) (9)

A-12- Independiente de lo anterior, el médico que le ha atendido ¿Era un hombre o una mujer?

|             |     |     |
|-------------|-----|-----|
| Hombre      | ( ) | (1) |
| Mujer       | ( ) | (2) |
| No recuerda | ( ) | (8) |
| NC          | ( ) | (9) |

A-13- Para finalizar, le importaría decirnos en general, ¿Cómo describiría usted su estado de salud en la actualidad?

|                  |     |     |
|------------------|-----|-----|
| Muy bueno        | ( ) | (1) |
| Bueno            | ( ) | (2) |
| Ni bueno ni malo | ( ) | (3) |
| Malo             | ( ) | (4) |
| Muy malo         | ( ) | (5) |
| NS               | ( ) | (8) |
| NR               | ( ) | (9) |

## Bloque B: consulta del pediatra

B-1- En general, ¿Cómo valora usted los horarios de consulta de su médico general y/o especialista? (NO CONSIDERE EL HORARIO DE URGENCIAS)

|                |     |     |                 |
|----------------|-----|-----|-----------------|
| Muy bien       | ( ) | (1) | Pasa A-3        |
| Bien           | ( ) | (2) | Pasa A-3        |
| Ni bien ni mal | ( ) | (3) | <b>Pasa A-2</b> |
| Mal            | ( ) | (4) | <b>Pasa A-2</b> |
| Muy mal        | ( ) | (5) | <b>Pasa A-2</b> |
| NS             | ( ) | (8) | Pasa A-3        |
| NR             | ( ) | (9) | Pasa A-3        |



B-2- ¿Qué cambiaría usted en los horarios de la consulta de su médico general y/o especialista para que fueran más adecuados?

|    |     |     |
|----|-----|-----|
| NS | ( ) | (8) |
| NC | ( ) | (9) |

B-3- ¿Cómo valora usted el respeto con el que lo ha tratado su médico general y/o especialista en esta consulta?

|                |     |     |
|----------------|-----|-----|
| Muy bien       | ( ) | (1) |
| Bien           | ( ) | (2) |
| Ni bien ni mal | ( ) | (3) |
| Mal            | ( ) | (4) |
| Muy mal        | ( ) | (5) |
| NS             | ( ) | (8) |
| NR             | ( ) | (9) |

B-4- Por favor, dígame su grado de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones sobre la atención del médico y/o especialista en la consulta de la que acaba de salir.

|  | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Neutral | De acuerdo | Totalmente de acuerdo | NS  | NC  |
|--|--------------------------|---------------|---------|------------|-----------------------|-----|-----|
|  | (1)                      | (2)           | (3)     | (4)        | (5)                   | (8) | (9) |
| ¿Ha sido amable?   |                          |               |         |            |                       |     |     |
| ¿Ha sido eficaz y ha atendido bien sus problemas de salud?               |                          |               |         |            |                       |     |     |
| ¿Lo ha dejado hablar y ha escuchado todo lo que usted tiene que decirle? |                          |               |         |            |                       |     |     |
| ¿La información que le ha dado se entiende muy bien?                     |                          |               |         |            |                       |     |     |

B-5- Por otra parte, ¿Qué tan satisfecho/a está Usted con el tiempo que le ha dedicado su médico y/o especialista en esta consulta?

|                                     |     |     |
|-------------------------------------|-----|-----|
| Muy insatisfecho/a                  | ( ) | (1) |
| Insatisfecho/a                      | ( ) | (2) |
| Ni satisfecho/a - Ni insatisfecho/a | ( ) | (3) |
| Satisfecho                          | ( ) | (4) |
| Muy satisfecho                      | ( ) | (5) |
| NS                                  | ( ) | (8) |
| NR                                  | ( ) | (9) |

B-6- Aproximadamente, ¿Cuánto tiempo ha estado usted en la consulta (desde que ingresó hasta que salió de ella?)

|       |         |     |
|-------|---------|-----|
| _____ | Minutos |     |
| NS    | ( )     | (8) |
| NC    | ( )     | (9) |

B-7- ¿Con qué grado de intimidad cree usted que se ha desarrollado la consulta con su médico y/o especialista? (se refiere a la privacidad que ha existido mientras estaba en consulta)

|                |     |     |
|----------------|-----|-----|
| Muy bien       | ( ) | (1) |
| Bien           | ( ) | (2) |
| Ni bien ni mal | ( ) | (3) |
| Mal            | ( ) | (4) |
| Muy mal        | ( ) | (5) |
| NS             | ( ) | (8) |
| NR             | ( ) | (9) |

B-8- En general, cuando su médico y/o especialista le da un tratamiento, ¿Cómo valora las explicaciones que le da sobre como tomar o seguir correctamente ese tratamiento?

|                                   |     |     |           |
|-----------------------------------|-----|-----|-----------|
| Muy bien                          | ( ) | (1) |           |
| Bien                              | ( ) | (2) |           |
| Ni bien ni mal                    | ( ) | (3) |           |
| Mal                               | ( ) | (4) |           |
| Muy mal                           | ( ) | (5) |           |
| NP (hasta hoy recibe tratamiento) | ( ) | (6) | Pasa A-10 |
| NS                                | ( ) | (8) |           |
| NR                                | ( ) | (9) |           |

B-9- ¿Hasta qué punto le permite su médico y/o especialista dar su opinión sobre los tratamientos que le envía?

- Mucha ( ) (1)
- Bastante ( ) (2)
- Ni mucha ni poca ( ) (3)
- Poca ( ) (4)
- Ninguna ( ) (5)
- NS ( ) (8)
- NR ( ) (9)

B-10- A continuación, nos gustaría que nos diese su opinión sobre el personal que le ha atendido ALGUNA VEZ en este centro de salud. Por favor, díganos cómo valora usted en general a los siguientes profesionales de este centro.

|                         | Muy bien | Bien | Neutral | Mal | Muy mal | NP/NA | NS  | NC  |
|-------------------------|----------|------|---------|-----|---------|-------|-----|-----|
|                         | (1)      | (2)  | (3)     | (4) | (5)     | (6)   | (8) | (9) |
| Médico y/o especialista |          |      |         |     |         |       |     |     |
| Pediatra                |          |      |         |     |         |       |     |     |
| Enfermero/a             |          |      |         |     |         |       |     |     |
| Servicios generales     |          |      |         |     |         |       |     |     |
| Trabajador social       |          |      |         |     |         |       |     |     |

B-11- Cambiando de tema, en esta última consulta, ¿Lo ha atendido su médico y/o especialista de siempre?

- Sí ( ) (1)
- No, un suplente ( ) (2)
- NS, es primer vez ( ) (8)
- NC ( ) (9)

B-12- Independiente de lo anterior, el médico que le ha atendido ¿Era un hombre o una mujer?

- Hombre ( ) (1)
- Mujer ( ) (2)
- No recuerda ( ) (8)
- NC ( ) (9)

B-13- Para finalizar, le importaría decirnos en general, ¿Cómo describiría usted su estado de salud en la actualidad?

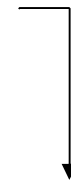
|                  |     |     |
|------------------|-----|-----|
| Muy bueno        | ( ) | (1) |
| Bueno            | ( ) | (2) |
| Ni bueno ni malo | ( ) | (3) |
| Malo             | ( ) | (4) |
| Muy malo         | ( ) | (5) |
| NS               | ( ) | (8) |
| NR               | ( ) | (9) |



## Bloque C: consulta de enfermería

C-1- En general, ¿Cómo valora usted los horarios de consulta de su médico general y/o especialista? (NO CONSIDERE EL HORARIO DE URGENCIAS)

|                |     |     |                 |
|----------------|-----|-----|-----------------|
| Muy bien       | ( ) | (1) | Pasa A-3        |
| Bien           | ( ) | (2) | Pasa A-3        |
| Ni bien ni mal | ( ) | (3) | <b>Pasa A-2</b> |
| Mal            | ( ) | (4) | <b>Pasa A-2</b> |
| Muy mal        | ( ) | (5) | <b>Pasa A-2</b> |
| NS             | ( ) | (8) | Pasa A-3        |
| NR             | ( ) | (9) | Pasa A-3        |



C-2- ¿Qué cambiaría usted en los horarios de la consulta de su médico general y/o especialista para que fueran más adecuados?

|    |     |     |
|----|-----|-----|
| NS | ( ) | (8) |
| NC | ( ) | (9) |

C-3- ¿Cómo valora usted el respeto con el que le ha tratado su médico general y/o especialista en esta consulta?

|                |     |     |
|----------------|-----|-----|
| Muy bien       | ( ) | (1) |
| Bien           | ( ) | (2) |
| Ni bien ni mal | ( ) | (3) |
| Mal            | ( ) | (4) |
| Muy mal        | ( ) | (5) |
| NS             | ( ) | (8) |
| NR             | ( ) | (9) |

C-4- Por favor, dígame su grado de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones sobre la atención del médico y/o especialista en la consulta de la que acaba de salir.

|  | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Neutral | De acuerdo | Totalmente de acuerdo | NS  | NC  |
|--|--------------------------|---------------|---------|------------|-----------------------|-----|-----|
|  | (1)                      | (2)           | (3)     | (4)        | (5)                   | (8) | (9) |
| ¿Ha sido amable?   |                          |               |         |            |                       |     |     |
| ¿Ha sido eficaz y ha atendido bien sus problemas de salud?               |                          |               |         |            |                       |     |     |
| ¿Le ha dejado hablar y ha escuchado todo lo que usted tiene que decirle? |                          |               |         |            |                       |     |     |
| ¿La información que le ha dado se entiende muy bien?                     |                          |               |         |            |                       |     |     |

C-5- Por otra parte, ¿Cómo está usted de satisfecho/a con el tiempo que le ha dedicado su médico y/o especialista en esta consulta?

|                                     |     |     |
|-------------------------------------|-----|-----|
| Muy insatisfecho/a                  | ( ) | (1) |
| Insatisfecho/a                      | ( ) | (2) |
| Ni satisfecho/a - Ni insatisfecho/a | ( ) | (3) |
| Satisfecho                          | ( ) | (4) |
| Muy satisfecho                      | ( ) | (5) |
| NS                                  | ( ) | (8) |
| NR                                  | ( ) | (9) |

C-6- Aproximadamente, ¿Cuánto tiempo ha estado usted en la consulta (desde que ingresó hasta que salió de ella?)

|       |         |     |
|-------|---------|-----|
| _____ | Minutos |     |
| NS    | ( )     | (8) |
| NC    | ( )     | (9) |

C-7- ¿Con qué grado de intimidad cree usted que se ha desarrollado la consulta con su médico y/o especialista? (se refiere a la privacidad que ha disfrutado mientras estaba en consulta)

|                |     |     |
|----------------|-----|-----|
| Muy bien       | ( ) | (1) |
| Bien           | ( ) | (2) |
| Ni bien ni mal | ( ) | (3) |
| Mal            | ( ) | (4) |
| Muy mal        | ( ) | (5) |
| NS             | ( ) | (8) |
| NR             | ( ) | (9) |

C-8- En general, cuando su médico y/o especialista le da un tratamiento, ¿Cómo valora las explicaciones que le da sobre como tomar o seguir correctamente ese tratamiento?

|                                   |     |     |           |
|-----------------------------------|-----|-----|-----------|
| Muy bien                          | ( ) | (1) |           |
| Bien                              | ( ) | (2) |           |
| Ni bien ni mal                    | ( ) | (3) |           |
| Mal                               | ( ) | (4) |           |
| Muy mal                           | ( ) | (5) |           |
| NP (hasta hoy recibe tratamiento) | ( ) | (6) | Pasa A-10 |
| NS                                | ( ) | (8) |           |
| NR                                | ( ) | (9) |           |

C-9- ¿Hasta qué punto le permite su médico y/o especialista dar su opinión sobre los tratamientos que le envía?

- Mucha ( ) (1)
- Bastante ( ) (2)
- Ni mucha ni poca ( ) (3)
- Poca ( ) (4)
- Ninguna ( ) (5)
- NS ( ) (8)
- NR ( ) (9)

C-10- A continuación, nos gustaría que nos diese su opinión sobre el personal que le ha atendido ALGUNA VEZ en este centro de salud. Por favor, díganos cómo valora usted en general a los siguientes profesionales de este centro.

|                         | Muy bien | Bien | Neutral | Mal | Muy mal | NP/NA | NS  | NC  |
|-------------------------|----------|------|---------|-----|---------|-------|-----|-----|
|                         | (1)      | (2)  | (3)     | (4) | (5)     | (6)   | (8) | (9) |
| Médico y/o especialista |          |      |         |     |         |       |     |     |
| Pediatra                |          |      |         |     |         |       |     |     |
| Enfermero/a             |          |      |         |     |         |       |     |     |
| Servicios generales     |          |      |         |     |         |       |     |     |
| Trabajador social       |          |      |         |     |         |       |     |     |

C-11- Cambiando de tema, en esta última consulta, ¿Lo ha atendido su médico y/o especialista de siempre?

- Sí ( ) (1)
- No, un suplente ( ) (2)
- NS, es primer vez ( ) (8)
- NC ( ) (9)

C-12- Independiente de lo anterior, el médico que le ha atendido ¿Era un hombre o una mujer?

- Hombre ( ) (1)
- Mujer ( ) (2)
- No recuerda ( ) (8)
- NC ( ) (9)

C-13- Para finalizar, le importaría decirnos en general, ¿Cómo describiría usted su estado de salud en la actualidad?

- |                  |     |     |
|------------------|-----|-----|
| Muy bueno        | ( ) | (1) |
| Bueno            | ( ) | (2) |
| Ni bueno ni malo | ( ) | (3) |
| Malo             | ( ) | (4) |
| Muy malo         | ( ) | (5) |
| NS               | ( ) | (8) |
| NR               | ( ) | (9) |

## Anexo 6 – Cuadro Sinóptico

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>TEMA:</b>             | Gestión de Calidad en la Salud Pública de Costa Rica  |
| <b>TITULO:</b>           | Modelo de calidad referente óptimo orientado a la excelencia para la gestión de la salud pública costarricense  |
| <b>PROBLEMA:</b>         | ¿Cuáles son las características de la gestión de la calidad en la salud pública de Costa Rica y elementos a considerar para proponer un modelo de calidad referente óptimo orientado a la excelencia? |
| <b>OBJETIVO GENERAL:</b> | Elaborar un modelo óptimo de referencia para medir la gestión de la calidad de la salud pública costarricense   |

| <b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>  |  |   |  |
|---|--|---|--|
| Revisar las definiciones y modelos que se han empleado para conceptualizar la gestión de la calidad en la salud pública de Costa Rica | Analizar las variables que se han propuesto por parte del Gobierno para la gestión de la calidad de la salud pública | Determinar las expectativas que tienen los beneficiarios del sistema de salud pública por cuanto a la atención y servicio que perciben del mismo. | Proponer una estructura para un modelo óptimo de referencia para la gestión de la calidad en la salud pública costarricense. |

| <b>VARIABLES</b>                                      |  |   |   |
|---|--|---|---|
| Definiciones y modelos de calidad de la salud pública | Variables propuestas por el gobierno para la gestión de la calidad | Expectativas de los usuarios del sistema de salud pública | Elementos de gestión del modelo de referencia óptimo de calidad |

| <b>INDICADORES</b>  |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepto de calidad en la salud pública costarricense</li> <li>• Dimensiones de la salud pública</li> <li>• Indicadores de calidad de la salud pública</li> <li>• Modelos de gestión de calidad sectoriales</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compromiso de desarrollo de las personas</li> <li>• Uso de recursos financieros y materiales</li> <li>• Calidad de la prestación de servicios sanitarios</li> <li>• Información, comunicación y análisis</li> <li>• Satisfacción general sobre el sistema de salud pública</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspectos personales</li> <li>• Disponibilidad</li> <li>• Accesibilidad</li> <li>• Amabilidad</li> <li>• Cortesía</li> <li>• Agilidad</li> <li>• Confianza</li> <li>• Satisfacción general sobre el sistema de salud pública</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dimensiones de la salud pública</li> <li>• Uso de recursos financieros y materiales</li> <li>• Calidad de la prestación de servicios sanitarios</li> <li>• Información, comunicación y análisis</li> <li>• Satisfacción general sobre el sistema de salud pública</li> </ul> |

## **Anexo 7 – Catálogo de Indicadores – Modelo Propuesto**

# UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA

Vicerrectoría Académica  
Sistema de Estudios de Posgrado  
Programa de Doctorado en Ciencias de la Administración



*Formulación de un Modelo Óptimo de Referencia Orientado a la  
Excelencia para la Gestión de la Calidad de la Salud Pública  
Costarricense*

*Modelo “Health Quality Score Card”  
Catálogo de Indicadores*

Por:

Marco Sanabria Aguilar

San José, Costa Rica

2012

| Catálogo de Indicadores |   |                         |
|-------------------------|---|-------------------------|
| Código del Indicador    | LI-01   | <a href="#">T1-HQSC</a> |
| Descripción             | <b>(LI-01) Conocimiento por parte de los profesionales de los objetivos del centro de salud donde laboran</b>   |                         |
| Asociado a              | <b>Liderazgo</b><br>Actividades que desarrollan los líderes encaminadas a facilitar y potenciar el trabajo de los profesionales, con el propósito de cumplir los objetivos de la Institución y mejorar sus resultados.                |                         |
| Definición              | Da información acerca del nivel de conocimiento que tienen los profesionales acerca de las metas del centro de salud y los objetivos específicos del mismo.   |                         |
| Forma de cálculo        | $LI-01 = 100 * \frac{N_1}{N_T}$ <p><math>N_1</math> = Número de profesionales que conocen los objetivos del Centro de Salud y los específicos</p> <p><math>N_T</math> = número total de profesionales entrevistados o encuestados</p> |                         |
| Fuente                  | - Respuestas de una muestra de la población de profesionales  |                         |
| Estándar                | 70%   |                         |
| Tipo                    | Proporción  |                         |
| Unidad                  | Por ciento  |                         |



| Catálogo de Indicadores |       |                         |
|-------------------------|-------|-------------------------|
| Código del Indicador    | LI-02 | <a href="#">T1-HQSC</a> |

|                  |  |
|------------------|--|
| Descripción      | <b>(LI-02) Opinión acerca del grado de involucramiento de los líderes</b>  |
| Asociado a       | Liderazgo<br><br>Actividades desarrolladas por los líderes orientadas a facilitar y potenciar el trabajo de los profesionales, con el propósito de cumplir los objetivos de la Institución y mejorar sus resultados.   |
| Definición       | Da información acerca del nivel de compromiso, profesionalidad, rendimiento y conocimientos de los líderes   |
| Forma de cálculo | $LI-02 = 100 * \frac{N_2}{N_T}$ <p><math>N_2</math> = Número de profesionales que refieren de sus líderes gran capacidad de trabajo, preparación y rendimiento y que son ejemplos a seguir</p> <p><math>N_T</math> = Número total de profesionales entrevistados o encuestados</p> |
| Fuente           | - Respuestas de una muestra de la población de profesionales   |
| Estándar         | 70%  |
| Tipo             | Proporción   |
| Unidad           | Por ciento   |

| Catálogo de Indicadores |   |                         |
|-------------------------|---|-------------------------|
| Código del Indicador    | LI-03   | <a href="#">T1-HQSC</a> |
| Descripción             | <b>(LI-03) Reconocer la labor de los profesionales por parte de los líderes del Centro de Salud</b>   |                         |
| Asociado a              | Liderazgo   |                         |
|                         | Actividades llevadas a cabo por los líderes orientadas a facilitar y potenciar la labor de los profesionales, con el propósito de cumplir los objetivos de la organización y mejorar sus resultados.                    |                         |
| Definición              | Da información acerca de cómo los líderes reconocen el aporte y logros de los profesionales   |                         |
| Forma de cálculo        | $LI-03 = 100 * \frac{N_3}{N_T}$ <p><math>N_3</math> = Número de profesionales que refieren reconocimientos oportunos a su labor</p> <p><math>N_T</math> = Número total de profesionales entrevistados o encuestados</p> |                         |
| Fuente                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respuestas de una muestra de la población de profesionales</li> <li>- Existencia de cartas de reconocimiento</li> </ul>  |                         |
| Estándar                | 70%   |                         |
| Tipo                    | Proporción  |                         |
| Unidad                  | Por ciento  |                         |

| Catálogo de Indicadores |  |                         |
|-------------------------|--|-------------------------|
| Código del Indicador    | PE-01  | <a href="#">T2-HQSC</a> |
| Descripción             | <b>(PE-01) Planificación estratégica</b>   |                         |
| Asociado a              | Planificación Estratégica  |                         |
|                         | La forma cómo implementa la Institución su misión y visión mediante una estrategia claramente centrada en todos los grupos de interés y apoyada por planes, objetivos, metas y procesos relevantes.  |                         |
| Definición              | La gestión de la Institución debe realizarse en una planificación a corto, mediano y largo plazo, basada en un análisis previo de la situación, con la misión, visión y objetivos establecidos, cronogramas de acción, entre otros. Esta planificación debe explicarse en un documento basado en información relevante, centrado en las necesidades y expectativas de todos los grupos de interés, que contemple escenarios alternativos e identifique factores críticos de éxito. Este documento debe ser compartido con todos los profesionales de la Institución. |                         |
| Forma de cálculo        | $PE-01 = 100 * \frac{N_4}{N_T}$ <p><math>N_4</math> = Número de profesionales que conocen la planificación estratégica de la Institución</p> <p><math>N_T</math> = Número total de profesionales entrevistados o encuestados</p>   |                         |
| Fuente                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evidencia del plan estratégico</li> <li>- Respuestas de una muestra de la población de profesionales</li> </ul>   |                         |
| Estándar                | 70%  |                         |
| Tipo                    | Proporción   |                         |
| Unidad                  | Por ciento   |                         |

### Catálogo de Indicadores

|                      |       |                         |
|----------------------|-------|-------------------------|
| Código del Indicador | PE-02 | <a href="#">T2-HQSC</a> |
|----------------------|-------|-------------------------|

|                  |   |
|------------------|---|
| Descripción      | <b>(PE-02) Revisión y evaluación de la planificación estratégica</b>  |
| Asociado a       | Planificación Estratégica   |
|                  | La forma cómo implementa la Institución su misión y visión mediante una estrategia claramente centrada en todos los grupos de interés y apoyada por planes, objetivos, metas y procesos relevantes. |
| Definición       | Los objetivos, metas y acciones contempladas en la planificación estratégica deben ser evaluados y revisados en forma periódica.  |
| Forma de cálculo | - Evaluación y revisión de la planificación estratégica   |
| Fuente           | - Constatación física de las evaluaciones y revisiones del Plan Estratégico con carácter anual  |
| Estándar         | 100%  |
| Tipo             | N/A   |
| Unidad           | N/A   |

### Catálogo de Indicadores

|                      |       |                         |
|----------------------|-------|-------------------------|
| Código del Indicador | PE-03 | <a href="#">T2-HQSC</a> |
|----------------------|-------|-------------------------|

|                  |   |
|------------------|---|
| Descripción      | <b>(PE-03) Memoria anual de actividades</b>   |
| Asociado a       | Planificación Estratégica   |
|                  | La forma cómo implementa la Institución su misión y visión mediante una estrategia claramente centrada en todos los grupos de interés y apoyada por planes, objetivos, metas y procesos relevantes. |
| Definición       | Memoria anual de la Institución donde se reflejan los resultados de su actividad.   |
| Forma de cálculo | - Memoria anual de actividades  |
| Fuente           | - Validación física de la memoria anual   |
| Estándar         | 100%  |
| Tipo             | N/A   |
| Unidad           | N/A   |

| Catálogo de Indicadores |   |                         |
|-------------------------|---|-------------------------|
| Código del Indicador    | P-01  | <a href="#">T3-HQSC</a> |
| Descripción             | <b>(P-01) Adecuación del personal al puesto de trabajo</b>  |                         |
| Asociado a              | Personas  |                         |
|                         | La forma cómo gestiona, desarrolla y aprovecha la Institución el conocimiento y todo el potencial de los profesionales que lo componen, tanto individual, como de equipos de trabajo o de la organización en su conjunto; y la forma cómo planifica estas actividades en apoyo a su planificación y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos. |                         |
| Definición              | La planificación y distribución de los profesionales debe ser coherente con las estrategias y los objetivos a lograr. Debe estar basada en criterios de cargas de trabajo y calificación personal y ser realizado por un responsable claro en la Institución.   |                         |
| Forma de cálculo        | $P-01 = 100 * \frac{N_5}{N_T}$ <p><math>N_5</math> = Número de profesionales calificados para el puesto de trabajo</p> <p><math>N_T</math> = Número total de profesionales entrevistados o encuestados</p>  |                         |
| Fuente                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoja de vida</li> <li>- Entrevista con los profesionales para comprobar grado de acuerdo con el indicador</li> <li>- Evidencias de estudios de cargas de trabajo</li> </ul>  |                         |
| Estándar                | 70%   |                         |
| Tipo                    | Proporción  |                         |
| Unidad                  | Por ciento  |                         |

**Catálogo de Indicadores**

|                      |      |                         |
|----------------------|------|-------------------------|
| Código del Indicador | P-02 | <a href="#">T3-HQSC</a> |
|----------------------|------|-------------------------|

|                  |  |
|------------------|--|
| Descripción      | <b>(P-02) Planificación del personal</b>   |
| Asociado a       | <p style="text-align: center;">Personas</p> <p>La forma cómo gestiona, desarrolla y aprovecha la Institución el conocimiento y todo el potencial de los profesionales que lo componen, tanto individual, como de equipos de trabajo o de la organización en su conjunto; y la forma cómo planifica estas actividades en apoyo a su planificación y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos.</p> |
| Definición       | La planificación y distribución de los profesionales debe ser coherente con las estrategias y los objetivos a lograr. Debe estar basada en criterios de cargas de trabajo y calificación personal y ser realizado por un responsable claro en la Institución.  |
| Forma de cálculo | - Disponer de una metodología para la promoción, traslado y movilidad del personal   |
| Fuente           | - Documento de regulación<br>- Evidencia de aplicación de la metodología   |
| Estándar         | 100%   |
| Tipo             | N/A  |
| Unidad           | N/A  |

| Catálogo de Indicadores |   |                         |
|-------------------------|---|-------------------------|
| Código del Indicador    | P-03  | <a href="#">T3-HQSC</a> |
| Descripción             | <b>(P-03) Movilidad del personal</b>  |                         |
| Asociado a              | Personas  |                         |
|                         | La forma cómo gestiona, desarrolla y aprovecha la Institución el conocimiento y todo el potencial de los profesionales que lo componen, tanto individual, como de equipos de trabajo o de la organización en su conjunto; y la forma cómo planifica estas actividades en apoyo a su planificación y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos. |                         |
| Definición              | El indicador debe poner en evidencia el índice de rotación de profesionales de la Institución, relacionado con aquellos profesionales que solicitan su rotación.  |                         |
| Forma de cálculo        | $P-03^{13} = 100 * \frac{N_6}{N_T}$ <p><math>N_6</math> = Número de profesionales que solicitan cambio/rotación de su puesto de trabajo</p> <p><math>N_T</math> = Número total de profesionales entrevistados o encuestados</p>   |                         |
| Fuente                  | - Documento oficial de movilidad de los profesionales   |                         |
| Estándar                | Menor al 5%   |                         |
| Tipo                    | Proporción  |                         |
| Unidad                  | Por ciento  |                         |

<sup>13</sup> Se sugiere estratificar por categoría profesional, centro de salud y período.



| Catálogo de Indicadores |   |                         |
|-------------------------|---|-------------------------|
| Código del Indicador    | P-04  | <a href="#">T3-HQSC</a> |
| Descripción             | <b>(P-04) Formación continuada</b>  |                         |
| Asociado a              | Personas  |                         |
|                         | La forma cómo gestiona, desarrolla y aprovecha la Institución el conocimiento y todo el potencial de los profesionales que lo componen, tanto individual, como de equipos de trabajo o de la organización en su conjunto; y la forma cómo planifica estas actividades en apoyo a su planificación y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos. |                         |
| Definición              | Los profesionales disponen de una oferta de actividades formativas que les permite mantener actualizados sus conocimientos.   |                         |
| Forma de cálculo        | $P-04^{14} = 100 * \frac{N_7}{N_T}$ <p><math>N_7</math> = Número de profesionales que disponen de programa de formación continuada</p> <p><math>N_T</math> = Número total de profesionales entrevistados o encuestados</p>  |                         |
| Fuente                  | - Documento oficial de formación continuada de la Institución   |                         |
| Estándar                | Mayor al 70%  |                         |
| Tipo                    | Proporción  |                         |
| Unidad                  | Por ciento  |                         |

<sup>14</sup> Se sugiere estratificar por categoría profesional, centro de salud y período.

| Catálogo de Indicadores |   |                         |
|-------------------------|---|-------------------------|
| Código del Indicador    | P-05  | <a href="#">T3-HQSC</a> |
| Descripción             | <b>(P-05) Evaluación del desempeño profesional</b>  |                         |
| Asociado a              | Personas  |                         |
|                         | La forma cómo gestiona, desarrolla y aprovecha la Institución el conocimiento y todo el potencial de los profesionales que lo componen, tanto individual, como de equipos de trabajo o de la organización en su conjunto; y la forma cómo planifica estas actividades en apoyo a su planificación y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos. |                         |
| Definición              | Debe ponerse de manifiesto la forma en cómo los profesionales realizan su labor asistencial.  |                         |
| Forma de cálculo        | $P-04^{15} = 100 * \frac{N_8}{N_T}$ <p><math>N_8</math> = Número de profesionales evaluados de manera positiva en su desempeño profesional</p> <p><math>N_T</math> = Número total de profesionales entrevistados o encuestados</p>  |                         |
| Fuente                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resultados de las evaluaciones de desempeño</li> <li>- Reunión con los líderes</li> </ul>  |                         |
| Estándar                | 90%   |                         |
| Tipo                    | Proporción  |                         |
| Unidad                  | Por ciento  |                         |

<sup>15</sup> Se sugiere estratificar por categoría profesional, centro de salud y período.

## Catálogo de Indicadores

|                      |   |                         |
|----------------------|---|-------------------------|
| Código del Indicador | AR-01   | <a href="#">T4-HQSC</a> |
| Descripción          | <b>(AR-01) Existencia de inventarios de materiales y productos hospitalarios</b>  |                         |
| Asociado a           | Alianzas y Recursos   |                         |
|                      | La forma cómo planifica y gestiona la Institución sus alianzas externas y recursos internos en apoyo de su planificación estratégica y del eficaz funcionamiento de sus procesos. |                         |
| Definición           | Hace referencia a la coherencia entre el presupuesto asignado y el gasto incurrido  |                         |
| Forma de cálculo     | - Existencia de inventarios actualizados de materiales y productos de uso hospitalario.   |                         |
| Fuente               | - Documento regulatorio<br>- Evidencia de su aplicación   |                         |
| Estándar             | 100%  |                         |
| Tipo                 | N/A   |                         |
| Unidad               | N/A   |                         |

## Catálogo de Indicadores

|                      |   |                         |
|----------------------|---|-------------------------|
| Código del Indicador | AR-02   | <a href="#">T4-HQSC</a> |
| Descripción          | <b>(AR-02) Gestión de deshechos hospitalarios</b>   |                         |
| Asociado a           | Alianzas y Recursos   |                         |
|                      | La forma cómo planifica y gestiona la Institución sus alianzas externas y recursos internos en apoyo de su planificación estratégica y del eficaz funcionamiento de sus procesos. |                         |
| Definición           | Hace referencia a la existencia de un plan de almacenamiento y eliminación de deshechos hospitalarios.  |                         |
| Forma de cálculo     | - Plan de almacenamiento y eliminación de deshechos hospitalarios   |                         |
| Fuente               | - Documento regulatorio<br>- Evidencia de su aplicación   |                         |
| Estándar             | 100%  |                         |
| Tipo                 | N/A   |                         |
| Unidad               | N/A   |                         |

| Catálogo de Indicadores |   |                         |
|-------------------------|---|-------------------------|
| Código del Indicador    | AR-03   | <a href="#">T4-HQSC</a> |
| Descripción             | <b>(AR-03) Coste-efectividad</b>  |                         |
| Asociado a              | Alianzas y Recursos   |                         |
|                         | La forma cómo planifica y gestiona la Institución sus alianzas externas y recursos internos en apoyo de su planificación estratégica y del eficaz funcionamiento de sus procesos. |                         |
| Definición              | Hace referencia a la existencia de estudios de coste-efectividad de los diferentes materiales y productos utilizados en la Institución.   |                         |
| Forma de cálculo        | - Existencia de estudios de coste-efectividad de materiales y productos hospitalarios.  |                         |
| Fuente                  | - Documento regulatorio<br>- Evidencia de su aplicación   |                         |
| Estándar                | 100%  |                         |
| Tipo                    | N/A   |                         |
| Unidad                  | N/A   |                         |

## Catálogo de Indicadores

|                      |       |                         |
|----------------------|-------|-------------------------|
| Código del Indicador | PR-01 | <a href="#">T5-HQSC</a> |
|----------------------|-------|-------------------------|

|                  |   |
|------------------|---|
| Descripción      | <b>(PR-01) Proceso de planificación estratégica</b>   |
| Asociado a       | <p>Procesos</p> <p>La forma cómo diseña, gestiona y mejora la Institución sus procesos asistenciales y no asistenciales para apoyar su política y estrategia y para satisfacer a sus pacientes y demás grupos de interés.</p> |
| Definición       | Hace referencia al diseño y ejecución de la planificación estratégica de la Institución.  |
| Forma de cálculo | - Planificación estratégica coherente con la misión, visión, valores y objetivos de la Institución.   |
| Fuente           | - Documento o manual de planificación estratégica   |
| Estándar         | 100%  |
| Tipo             | N/A   |
| Unidad           | N/A   |

**Catálogo de Indicadores**

|                      |       |                         |
|----------------------|-------|-------------------------|
| Código del Indicador | PR-02 | <a href="#">T5-HQSC</a> |
|----------------------|-------|-------------------------|

|                  |  |
|------------------|--|
| Descripción      | <b>(PR-02) Procesos asistenciales clave</b>  |
| Asociado a       | <p style="text-align: center;"><b>Procesos</b></p> <p>La forma cómo diseña, gestiona y mejora la Institución sus procesos asistenciales y no asistenciales para apoyar su política y estrategia y para satisfacer a sus pacientes y demás grupos de interés.</p> |
| Definición       | Brinda información acerca del diseño y la ejecución de los procesos asistenciales. Entre estos podrían existir procesos asistenciales más prevalente, como embarazos, partos, <i>diabetes mellitus</i> , entre otros.  |
| Forma de cálculo | - Diseño y ejecución de los procesos asistenciales clave   |
| Fuente           | - Documento o manual de procesos asistenciales   |
| Estándar         | 100%   |
| Tipo             | N/A  |
| Unidad           | N/A  |

### Catálogo de Indicadores

|                      |       |                         |
|----------------------|-------|-------------------------|
| Código del Indicador | PR-03 | <a href="#">T5-HQSC</a> |
|----------------------|-------|-------------------------|

|                  |   |
|------------------|---|
| Descripción      | <b>(PR-03) Procesos de apoyo</b>  |
| Asociado a       | <p>Procesos</p> <p>La forma cómo diseña, gestiona y mejora la Institución sus procesos asistenciales y no asistenciales para apoyar su política y estrategia y para satisfacer a sus pacientes y demás grupos de interés.</p>                                   |
| Definición       | Brinda información acerca del diseño y la ejecución de los procesos de apoyo de la Institución. Entre estos pueden mencionarse: procesos de compra, tecnologías de la información y comunicaciones, gestión de bodegas, selección y reclutamiento, entre otros. |
| Forma de cálculo | - Diseño y ejecución de los procesos de apoyo   |
| Fuente           | - Documento o manual de procesos de apoyo   |
| Estándar         | 100%  |
| Tipo             | N/A   |
| Unidad           | N/A   |



## Catálogo de Indicadores

| Código del Indicador | SP-01   | <a href="#">T6-HQSC</a> |
|----------------------|---|-------------------------|
| Descripción          | <b>(SP-01) Empatía y trato con los pacientes y familiares</b>   |                         |
| Asociado a           | Satisfacción de los Pacientes   |                         |
|                      | Logros que está alcanzando la Institución en relación con los pacientes y demás clientes externos.  |                         |
| Definición           | Brinda información acerca de cómo los profesionales tratan a los pacientes y cómo estos y sus familiares perciben el proceso de atención.   |                         |
| Forma de cálculo     | $SP-01 = 100 * \frac{N_9}{N_C}$ <p><math>N_9</math> = Número de pacientes y/o familiares que refieren un trato personal adecuado</p> <p><math>N_C</math> = Número total de pacientes y/o familiares entrevistados o encuestados</p> |                         |
| Fuente               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respuesta de una muestra representativa de pacientes y/o familiares al cuestionario/encuesta de satisfacción</li> <li>- Entrevista con una muestra representativa de pacientes</li> </ul>  |                         |
| Estándar             | 90%   |                         |
| Tipo                 | Proporción  |                         |
| Unidad               | Por ciento  |                         |

## Catálogo de Indicadores

|                      |       |                         |
|----------------------|-------|-------------------------|
| Código del Indicador | SP-02 | <a href="#">T6-HQSC</a> |
|----------------------|-------|-------------------------|

|                  |  |
|------------------|--|
| Descripción      | <b>(SP-02) Información a los pacientes y familiares sobre el proceso asistencial</b>   |
| Asociado a       | Satisfacción de los Pacientes<br><br>Logros que está alcanzando la Institución en relación con los pacientes y demás clientes externos.  |
| Definición       | Brinda información acerca de cómo los profesionales hablan con los pacientes y/o familiares y les transmiten información correcta y oportuna sobre el proceso asistencial.   |
| Forma de cálculo | $SP-02 = 100 * \frac{N_9}{N_C}$ <p><math>N_9</math> = Número de pacientes y/o familiares que refieren estar informados sobre el proceso asistencial</p> <p><math>N_C</math> = Número total de pacientes y/o familiares entrevistados o encuestados</p> |
| Fuente           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respuesta de una muestra representativa de pacientes y/o familiares al cuestionario/encuesta de satisfacción</li> <li>- Entrevista con una muestra representativa de pacientes</li> </ul>                     |
| Estándar         | 90%  |
| Tipo             | Proporción   |
| Unidad           | Por ciento   |

**Catálogo de Indicadores**

|                      |       |                         |
|----------------------|-------|-------------------------|
| Código del Indicador | SP-03 | <a href="#">T6-HQSC</a> |
|----------------------|-------|-------------------------|

|                  |  |
|------------------|--|
| Descripción      | <b>(SP-03) Comodidad y calidad hostelera</b>   |
| Asociado a       | Satisfacción de los Pacientes<br><br>Logros que está alcanzando la Institución en relación con los pacientes y demás clientes externos.  |
| Definición       | Brinda información acerca de cómo los pacientes y/o familiares perciben la comodidad y la calidad hostelera del centro de salud.   |
| Forma de cálculo | $SP-03 = 100 * \frac{N_{11}}{N_C}$ <p><math>N_{11}</math> = Número de pacientes y/o familiares que refieren comodidad y calidad hostelera (instalaciones y alimentación).</p> <p><math>N_C</math> = Número total de pacientes y/o familiares entrevistados o encuestados</p> |
| Fuente           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respuesta de una muestra representativa de pacientes y/o familiares al cuestionario/encuesta de satisfacción</li> <li>- Entrevista con una muestra representativa de pacientes</li> </ul>   |
| Estándar         | 90%  |
| Tipo             | Proporción   |
| Unidad           | Por ciento   |

| Catálogo de Indicadores |       |                         |
|-------------------------|-------|-------------------------|
| Código del Indicador    | SP-04 | <a href="#">T6-HQSC</a> |

|                  |  |
|------------------|--|
| Descripción      | <b>(SP-04) Reclamos y quejas de los pacientes y/o familiares</b>   |
| Asociado a       | Satisfacción de los Pacientes<br>Logros que está alcanzando la Institución en relación con los pacientes y demás clientes externos.  |
| Definición       | Brinda información del nivel de quejas y reclamos de los pacientes y/o familiares  |
| Forma de cálculo | $SP-04a^{16} = 100 * \frac{N_{12}}{N_C}$ <p><math>N_{12}</math> = Número de pacientes y/o familiares que presentan quejas y/o reclamos</p> <p><math>N_C</math> = Número total de pacientes y/o familiares entrevistados o encuestados</p> $SP-04b^{17} = 100 * \frac{R_A}{N_{RC}}$ <p><math>R_A</math> = Número de reclamaciones y/o quejas contestadas en un plazo inferior a 15 días naturales</p> <p><math>N_{RC}</math> = Número total de reclamaciones y/o quejas</p> |
| Fuente           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respuesta de una muestra representativa de pacientes y/o familiares al cuestionario/encuesta de satisfacción</li> <li>- Entrevista con una muestra representativa de pacientes</li> </ul>   |
| Estándar         | Indicador SP-04a < 5%<br>Indicador SP-04b > 90%  |
| Tipo             | Proporción   |

<sup>16</sup> Se sugiere análisis anual y estratificación por motivo de reclamación, servicio profesional referido.

<sup>17</sup> Se sugiere análisis anual y estratificación por motivo de reclamación, servicio profesional referido.

|        |            |
|--------|------------|
| Unidad | Por ciento |
|--------|------------|

| Catálogo de Indicadores |       |                         |
|-------------------------|-------|-------------------------|
| Código del Indicador    | SP-05 | <a href="#">T6-HQSC</a> |

|                  |   |
|------------------|---|
| Descripción      | <b>(SP-05) Conocimiento y cumplimiento de los derechos de los pacientes</b>   |
| Asociado a       | Satisfacción de los Pacientes<br>Logros que está alcanzando la Institución en relación con los pacientes y demás clientes externos.   |
| Definición       | Brinda información acerca de pacientes que demuestran tener conocimiento acerca de sus derechos y manifiestan que los mismos son cumplidos por la Institución y sus profesionales.  |
| Forma de cálculo | $SP-05 = 100 * \frac{N_{12}}{N_P}$ <p><math>N_{11}</math> = Número de pacientes que refieren conocer sus derechos y manifiestan su cumplimiento</p> <p><math>N_P</math> = Número total de pacientes entrevistados o encuestados</p> |
| Fuente           | - Entrevista con una muestra representativa de pacientes  |
| Estándar         | 90%   |
| Tipo             | Proporción  |
| Unidad           | Por ciento  |

| Catálogo de Indicadores |   |                         |
|-------------------------|---|-------------------------|
| Código del Indicador    | SCI-01  | <a href="#">T7-HQSC</a> |
| Descripción             | <b>(SCI-01) Absentismo de los profesionales de salud</b>  |                         |
| Asociado a              | Satisfacción del Cliente Interno  |                         |
|                         | Logros que está alcanzando la Institución en relación con las personas que la integran.   |                         |
| Definición              | Brinda información acerca del número de profesionales de la Institución que no se presentan a realizar su labor asistencial. Valores elevados de este indicador podría de manera indirecta poner de manifiesto problemáticas laborales.         |                         |
| Forma de cálculo        | $SCI-01^{18} = 100 * \frac{N_{13}}{N_w}$ <p><math>N_{13}</math> = Número de profesionales que no asisten a su centro laboral en un lapso específico</p> <p><math>N_w</math> = Número total de profesionales censados durante el mismo lapso</p> |                         |
| Fuente                  | - Registro de absentismo laboral  |                         |
| Estándar                | Menor al 5%   |                         |
| Tipo                    | Proporción como frecuencia acumulada  |                         |
| Unidad                  | Por ciento  |                         |

<sup>18</sup> Puede ajustarse el indicador por categoría profesional

| Catálogo de Indicadores |  |                         |
|-------------------------|--|-------------------------|
| Código del Indicador    | SCI-02   | <a href="#">T7-HQSC</a> |
| Descripción             | <b>(SCI-02) Accidentes laborales de los profesionales de salud</b>   |                         |
| Asociado a              | Satisfacción del Cliente Interno   |                         |
|                         | Logros que está alcanzando la Institución en relación con las personas que la integran.  |                         |
| Definición              | Brinda información acerca del número de profesionales de la Institución que sufren accidentes laborales. Valores elevados de este indicador podría reflejar de manera indirecta problemáticas laborales.                                     |                         |
| Forma de cálculo        | $SCI-01^{19} = 100 * \frac{N_{14}}{N_w}$ <p><math>N_{14}</math> = Número de profesionales que sufren accidentes laborales en un lapso específico</p> <p><math>N_w</math> = Número total de profesionales censados durante el mismo lapso</p> |                         |
| Fuente                  | - Registro de accidentes laborales   |                         |
| Estándar                | Menor al 5%  |                         |
| Tipo                    | Proporción como frecuencia acumulada   |                         |
| Unidad                  | Por ciento   |                         |

<sup>19</sup> Puede ajustarse el indicador por categoría profesional

| Catálogo de Indicadores |  |                         |
|-------------------------|--|-------------------------|
| Código del Indicador    | SCI-03   | <a href="#">T7-HQSC</a> |
| Descripción             | <b>(SCI-03) Profesionales de salud satisfechos en su centro laboral</b>  |                         |
| Asociado a              | Satisfacción del Cliente Interno   |                         |
|                         | Logros que está alcanzando la Institución en relación con las personas que la integran.  |                         |
| Definición              | Brinda información acerca del clima laboral y el número de profesionales de la Institución que se encuentra satisfecho con su actividad profesional.   |                         |
| Forma de cálculo        | $SCI-01^{20} = 100 * \frac{N_{15}}{N_w}$ <p><math>N_{15}</math> = Número de profesionales que se encuentran satisfechos</p> <p><math>N_w</math> = Número total de profesionales censados durante el mismo lapso</p>                    |                         |
| Fuente                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respuesta de una muestra representativa de profesionales al cuestionario para medir la satisfacción laboral.</li> <li>- Entrevista con una muestra representativa de profesionales</li> </ul> |                         |
| Estándar                | 85%  |                         |
| Tipo                    | Proporción   |                         |
| Unidad                  | Por ciento   |                         |

<sup>20</sup> Puede ajustarse el indicador por categoría profesional



## Catálogo de Indicadores

|                      |   |                         |
|----------------------|---|-------------------------|
| Código del Indicador | RS-01   | <a href="#">T8-HQSC</a> |
| Descripción          | <b>(RS-01) Profesionales de salud participantes en actos sociales, educativos y asociativos</b>   |                         |
| Asociado a           | Responsabilidad Social  |                         |
|                      | Logros que está alcanzando la Institución en relación con la participación de sus profesionales en la sociedad  |                         |
| Definición           | Brinda información acerca de cómo se involucran los profesionales con la sociedad en la difusión de información relevante, mediante conferencias, apoyo a las asociaciones de pacientes, ONGs, entre otras.           |                         |
| Forma de cálculo     | $RS-01 = 100 * \frac{N_{16}}{N_w}$ <p><math>N_{16}</math> = Número de profesionales que se involucran en la difusión de información relevante</p> <p><math>N_w</math> = Número total de profesionales encuestados</p> |                         |
| Fuente               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memoria anual.</li> <li>- Entrevista con una muestra representativa de profesionales</li> </ul>  |                         |
| Estándar             | 65%   |                         |
| Tipo                 | Proporción  |                         |
| Unidad               | Por ciento  |                         |

## Catálogo de Indicadores

| Código del Indicador | RS-02   | <a href="#">T8-HQSC</a> |
|----------------------|---|-------------------------|
| Descripción          | <b>(RS-02) Ciudadanos satisfechos con la imagen de la Institución</b>   |                         |
| Asociado a           | Responsabilidad Social  |                         |
|                      | Logros que está alcanzando la Institución en relación con la participación de sus profesionales en la sociedad  |                         |
| Definición           | Brinda información acerca de cómo perciben los ciudadanos la imagen de la Institución   |                         |
| Forma de cálculo     | $RS-02 = 100 * \frac{N_{17}}{N_E}$ <p><math>N_{17}</math> = Número de ciudadanos satisfechos con la imagen de la Institución</p> <p><math>N_E</math> = Número total de ciudadanos encuestados</p> |                         |
| Fuente               | - Entrevista con una muestra representativa de ciudadanos   |                         |
| Estándar             | 80%   |                         |
| Tipo                 | Proporción  |                         |
| Unidad               | Por ciento  |                         |

## Catálogo de Indicadores

|                      |      |                           |
|----------------------|------|---------------------------|
| Código del Indicador | R-01 | <a href="#">T9.1-HQSC</a> |
|----------------------|------|---------------------------|

|                  |   |
|------------------|---|
| Descripción      | <b>(R-01) Tasa de profesionales en salud por habitante</b>  |
| Asociado a       | <p style="text-align: center;"><b>Resultados</b></p> <p>Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial</p>  |
| Definición       | Brinda información acerca de la distribución de profesionales en salud por habitante  |
| Forma de cálculo | $RS-01a = 10.000 * \frac{N_{18}}{N_G}$ <p><math>N_{18}</math> = Número de profesionales en salud: médicos registrados.</p> $RS-01b = 10.000 * \frac{N_{19}}{N_G}$ <p><math>N_{18}</math> = Número de profesionales en salud: enfermeras y/o enfermeros registradas/os.</p> $RS-01c = 10.000 * \frac{N_{19}}{N_G}$ <p><math>N_{18}</math> = Número de profesionales en salud: odontólogos</p> <p><math>N_G</math> = Número total de ciudadanos censados en el país</p> |
| Fuente           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Censo poblacional</li> <li>- Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud</li> </ul>   |
| Estándar         | - 23  |
| Tipo             | Tasa  |
| Unidad           | Por 10.000 habitantes   |

| Catálogo de Indicadores |   |                           |
|-------------------------|---|---------------------------|
| Código del Indicador    | R-02  | <a href="#">T9.1-HQSC</a> |
| Descripción             | <b>(R-02) Cantidad de egresos hospitalarios</b>   |                           |
| Asociado a              | Resultados  |                           |
|                         | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial  |                           |
| Definición              | Brinda información acerca del número de pacientes que, en promedio, hacen uso de una cama hospitalaria de dotación, o de una cama hospitalaria disponible, para un período determinado. |                           |
| Forma de cálculo        | $R-02 = N_{19}$ <p><math>N_{19}</math> = Número de egresos hospitalarios en un período determinado (altas + fallecidos).</p>  |                           |
| Fuente                  | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud  |                           |
| Estándar                | N/A   |                           |
| Tipo                    | Magnitud absoluta   |                           |
| Unidad                  | Hombres, mujeres  |                           |

| Catálogo de Indicadores |  |                           |                            |                   |           |                            |                   |                             |           |                            |                       |                    |            |                            |
|-------------------------|--|---------------------------|----------------------------|-------------------|-----------|----------------------------|-------------------|-----------------------------|-----------|----------------------------|-----------------------|--------------------|------------|----------------------------|
| Código del Indicador    | R-03   | <a href="#">T9.1-HQSC</a> |                            |                   |           |                            |                   |                             |           |                            |                       |                    |            |                            |
| Descripción             | <b>(R-03) Razón de camas de hospital</b>   |                           |                            |                   |           |                            |                   |                             |           |                            |                       |                    |            |                            |
| Asociado a              | Resultados   |                           |                            |                   |           |                            |                   |                             |           |                            |                       |                    |            |                            |
|                         | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial   |                           |                            |                   |           |                            |                   |                             |           |                            |                       |                    |            |                            |
| Definición              | Brinda información acerca de la cantidad de camas de hospital disponibles con relación con la cantidad de habitantes.  |                           |                            |                   |           |                            |                   |                             |           |                            |                       |                    |            |                            |
| Forma de cálculo        | $R-03 = 1.000 * \frac{N_{20}}{N_G}$ <p><math>N_{20}</math> = Número de camas disponibles</p> <p><math>N_G</math> = Número total de ciudadanos censados</p>   |                           |                            |                   |           |                            |                   |                             |           |                            |                       |                    |            |                            |
| Fuente                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud</li> <li>- Censo poblacional</li> </ul>  |                           |                            |                   |           |                            |                   |                             |           |                            |                       |                    |            |                            |
| Estándar                | <p>Poblaciones</p> <table border="0"> <tr> <td>Poblaciones menor a</td> <td>25.000 habitantes</td> <td>2,5 – 3,0</td> <td>Camas por 1.000 habitantes</td> </tr> <tr> <td>Poblaciones desde</td> <td>25.000 – 100.000 habitantes</td> <td>3,0 – 4,0</td> <td>Camas por 1.000 habitantes</td> </tr> <tr> <td>Poblaciones mayores a</td> <td>100.000 habitantes</td> <td>4,0 – 4,75</td> <td>Camas por 1.000 habitantes</td> </tr> </table> |                           | Poblaciones menor a        | 25.000 habitantes | 2,5 – 3,0 | Camas por 1.000 habitantes | Poblaciones desde | 25.000 – 100.000 habitantes | 3,0 – 4,0 | Camas por 1.000 habitantes | Poblaciones mayores a | 100.000 habitantes | 4,0 – 4,75 | Camas por 1.000 habitantes |
| Poblaciones menor a     | 25.000 habitantes  | 2,5 – 3,0                 | Camas por 1.000 habitantes |                   |           |                            |                   |                             |           |                            |                       |                    |            |                            |
| Poblaciones desde       | 25.000 – 100.000 habitantes  | 3,0 – 4,0                 | Camas por 1.000 habitantes |                   |           |                            |                   |                             |           |                            |                       |                    |            |                            |
| Poblaciones mayores a   | 100.000 habitantes   | 4,0 – 4,75                | Camas por 1.000 habitantes |                   |           |                            |                   |                             |           |                            |                       |                    |            |                            |
| Tipo                    | Tasa   |                           |                            |                   |           |                            |                   |                             |           |                            |                       |                    |            |                            |
| Unidad                  | Por 1.000 habitantes   |                           |                            |                   |           |                            |                   |                             |           |                            |                       |                    |            |                            |

| Catálogo de Indicadores |  |                           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |       |       |           |
|-------------------------|--|---------------------------|---------|-------|-----------|---------|-------|-----------|---------|-------|-----------|---------|-------|-----------|---------|-------|-----------|-------|-------|-----------|
| Código del Indicador    | R-04   | <a href="#">T9.1-HQSC</a> |         |       |           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |       |       |           |
| Descripción             | <b>(R-04) Porcentaje de ocupación de camas de hospital</b>   |                           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |       |       |           |
| Asociado a              | Resultados   |                           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |       |       |           |
|                         | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial   |                           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |       |       |           |
| Definición              | Brinda información acerca del grado de uso de las camas disponibles o en trabajo para un período determinado.  |                           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |       |       |           |
| Forma de cálculo        | $R-04 = 100 * \frac{N_{21}}{N_{CH}}$ <p><math>N_{21}</math> = Número de pacientes en un período determinado</p> <p><math>N_{CH}</math> = Número total de camas de hospital disponibles para el mismo período</p>   |                           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |       |       |           |
| Fuente                  | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud   |                           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |       |       |           |
| Estándar                | Poblaciones <table border="0" style="margin-left: 40px;"> <tr><td>100-199</td><td>Camas</td><td>63% - 74%</td></tr> <tr><td>200-299</td><td>Camas</td><td>67% - 80%</td></tr> <tr><td>300-399</td><td>Camas</td><td>69% - 88%</td></tr> <tr><td>400-499</td><td>Camas</td><td>72% - 95%</td></tr> <tr><td>500-599</td><td>Camas</td><td>81% - 93%</td></tr> <tr><td>+ 600</td><td>Camas</td><td>90% - 96%</td></tr> </table> |                           | 100-199 | Camas | 63% - 74% | 200-299 | Camas | 67% - 80% | 300-399 | Camas | 69% - 88% | 400-499 | Camas | 72% - 95% | 500-599 | Camas | 81% - 93% | + 600 | Camas | 90% - 96% |
| 100-199                 | Camas  | 63% - 74%                 |         |       |           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |       |       |           |
| 200-299                 | Camas  | 67% - 80%                 |         |       |           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |       |       |           |
| 300-399                 | Camas  | 69% - 88%                 |         |       |           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |       |       |           |
| 400-499                 | Camas  | 72% - 95%                 |         |       |           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |       |       |           |
| 500-599                 | Camas  | 81% - 93%                 |         |       |           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |       |       |           |
| + 600                   | Camas  | 90% - 96%                 |         |       |           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |       |       |           |
| Tipo                    | Proporción   |                           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |       |       |           |
| Unidad                  | Por ciento   |                           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |         |       |           |       |       |           |

| Catálogo de Indicadores |  |                           |
|-------------------------|--|---------------------------|
| Código del Indicador    | R-05   | <a href="#">T9.1-HQSC</a> |
| Descripción             | <b>(R-05) Promedio de ocupación de camas de hospital</b>   |                           |
| Asociado a              | Resultados   |                           |
|                         | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial   |                           |
| Definición              | Brinda información acerca del número de pacientes que, en promedio, hacen uso de una cama hospitalaria de dotación, o de una cama hospitalaria disponible, para el período establecido.                                      |                           |
| Forma de cálculo        | $R-05 = 100 * \frac{N_{22}}{N_{CH}}$ <p><math>N_{22}</math> = Número de egresos hospitalarios en un período determinado</p> <p><math>N_{CH}</math> = Número total de camas de hospital disponibles para el mismo período</p> |                           |
| Fuente                  | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud   |                           |
| Estándar                |  |                           |
| Tipo                    | Proporción   |                           |
| Unidad                  | Por ciento   |                           |

| Catálogo de Indicadores |  |                           |                 |          |                  |          |
|-------------------------|--|---------------------------|-----------------|----------|------------------|----------|
| Código del Indicador    | R-06   | <a href="#">T9.1-HQSC</a> |                 |          |                  |          |
| Descripción             | <b>(R-06) Estancia promedio</b>  |                           |                 |          |                  |          |
| Asociado a              | Resultados   |                           |                 |          |                  |          |
|                         | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial   |                           |                 |          |                  |          |
| Definición              | Brinda información acerca de la permanencia promedio de los pacientes en el hospital para un período determinado.  |                           |                 |          |                  |          |
| Forma de cálculo        | $R-06 = 100 * \frac{N_{23}}{N_{19}}$ <p>N<sub>23</sub> = Número total de días de estancia en el hospital</p> <p>N<sub>19</sub> = Número total de egresos hospitalarios en un período determinado</p> |                           |                 |          |                  |          |
| Fuente                  | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud   |                           |                 |          |                  |          |
| Estándar                | Para hospitales <sup>21</sup>  |                           |                 |          |                  |          |
|                         | <table border="1"> <tr> <td>De primer nivel</td> <td>8,0 días</td> </tr> <tr> <td>De segundo nivel</td> <td>4,0 días</td> </tr> </table>   |                           | De primer nivel | 8,0 días | De segundo nivel | 4,0 días |
| De primer nivel         | 8,0 días   |                           |                 |          |                  |          |
| De segundo nivel        | 4,0 días   |                           |                 |          |                  |          |
| Tipo                    | Proporción   |                           |                 |          |                  |          |
| Unidad                  | Por ciento   |                           |                 |          |                  |          |

<sup>21</sup> De acuerdo a los Compromisos de Gestión vigentes definidos por la CCSS



| Catálogo de Indicadores |  |                           |
|-------------------------|--|---------------------------|
| Código del Indicador    | R-07   | <a href="#">T9.1-HQSC</a> |
| Descripción             | <b>(R-07) Promedio de consultas externas</b>   |                           |
| Asociado a              | Resultados   |                           |
|                         | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial   |                           |
| Definición              | Brinda información acerca de la utilización y productividad de los servicios de salud en un período determinado.   |                           |
| Forma de cálculo        | $R-07^{22} = \frac{1}{249} * \frac{N_{24}}{N_{CT}}$ <p><math>N_{24}</math> = Número total de consultas externas brindadas en un período determinado</p> <p><math>N_{CT}</math> = Número de consultorios externos habilitados para consulta médica para el mismo período de tiempo.</p> |                           |
| Fuente                  | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud   |                           |
| Estándar                | 24- 32 por día   |                           |
| Tipo                    | Proporción   |                           |
| Unidad                  | Por ciento   |                           |

<sup>22</sup> La constante de 249 se obtiene, de 52 semanas al año, solamente se dan citas de Lunes a Viernes, lo que da 5 días de consultas, a eso debe restársele 11 días feriados de ley por año, lo que da el número mencionado.

| Catálogo de Indicadores |   |                           |
|-------------------------|---|---------------------------|
| Código del Indicador    | R-08a   | <a href="#">T9.1-HQSC</a> |
| Descripción             | <b>(R-08a) Porcentaje de atención prenatal por personal capacitado</b>  |                           |
| Asociado a              | Resultados  |                           |
|                         | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial  |                           |
| Definición              | Brinda información que permite evaluar el control prenatal y todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. |                           |
| Forma de cálculo        | $R-08a^{23} = 100 * \frac{N_{25}}{N_{EE}}$ <p><math>N_{25}</math> = Número total de mujeres embarazadas que acuden a control prenatal</p> <p><math>N_{EE}</math> = Número de embarazos esperados para un período particular.</p>  |                           |
| Fuente                  | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud  |                           |
| Estándar                | - 100%  |                           |
| Tipo                    | Proporción  |                           |
| Unidad                  | Por ciento  |                           |

<sup>23</sup> El control prenatal se divide en los siguientes períodos: controles prenatales nuevas hasta el 5to mes; y luego a mes de separación hasta completar el período de gestación.

| Catálogo de Indicadores |   |                           |
|-------------------------|---|---------------------------|
| Código del Indicador    | R-08b   | <a href="#">T9.1-HQSC</a> |
| Descripción             | <b>(R-08b) Porcentaje de atención de partos por personal capacitado</b>   |                           |
| Asociado a              | Resultados  |                           |
|                         | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial  |                           |
| Definición              | Brinda información acerca de la atención de partos atendidos institucionalmente, lo cual significa poner a disposición de las embarazadas, el personal de salud (médico, enfermera, auxiliar de enfermería), la infraestructura, equipos y otros servicios del centro de salud. |                           |
| Forma de cálculo        | $R-08b = 100 * \frac{N_{26}}{N_{PE}}$ <p><math>N_{26}</math> = Número total de partos atendidos por personal de salud</p> <p><math>N_{PE}</math> = Número de esperado de partos para un período particular.</p>   |                           |
| Fuente                  | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud  |                           |
| Estándar                | - 100%  |                           |
| Tipo                    | Proporción  |                           |
| Unidad                  | Por ciento  |                           |

| Catálogo de Indicadores |   |                           |
|-------------------------|---|---------------------------|
| Código del Indicador    | R-09a   | <a href="#">T9.1-HQSC</a> |
| Descripción             | <b>(R-09a) Porcentaje de cobertura por inmunizaciones DPT3</b>  |                           |
| Asociado a              | Resultados  |                           |
|                         | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial  |                           |
| Definición              | Describe el porcentaje de la población de menores a un año que recibieron la dosis de vacuna trivalente, su importancia radica en la protección o inmunidad contra la Difteria, Tétanos y Tosferina.  |                           |
| Forma de cálculo        | $R-09a = 100 * \frac{N_{26}}{N_{PM1}}$ <p><math>N_{26}</math> = Número de dosis de vacuna trivalente (DPT3) administradas en menores de un año en un período determinado.</p> <p><math>N_{PM1}</math> = Número de menores a un año del mismo período analizado.</p> |                           |
| Fuente                  | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud  |                           |
| Estándar                | - 100%  |                           |
| Tipo                    | Proporción  |                           |
| Unidad                  | Por ciento  |                           |

## Catálogo de Indicadores

|                      |       |                           |
|----------------------|-------|---------------------------|
| Código del Indicador | R-09b | <a href="#">T9.1-HQSC</a> |
|----------------------|-------|---------------------------|

|                  |  |
|------------------|--|
| Descripción      | <b>(R-09b) Porcentaje de cobertura por inmunizaciones VOP3</b>   |
| Asociado a       | Resultados<br><br>Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial   |
| Definición       | Describe el porcentaje de la población de menores a un año que recibieron la dosis de vacuna VOP, su importancia radica en la protección o inmunidad contra la poliomielitis.  |
| Forma de cálculo | $R-09b = 100 * \frac{N_{27}}{N_{PM1}}$ <p><math>N_{27}</math> = Número de dosis de vacuna oral (VOP) administradas en menores de un año en un período determinado.</p> <p><math>N_{PM1}</math> = Número de menores a un año del mismo período analizado.</p> |
| Fuente           | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud   |
| Estándar         | - 100%   |
| Tipo             | Proporción   |
| Unidad           | Por ciento   |

## Catálogo de Indicadores

| Catálogo de Indicadores |   |
|-------------------------|---|
| Código del Indicador    | R-09c   |
|                         | <a href="#">T9.1-HQSC</a>   |
| Descripción             | <b>(R-09c) Porcentaje de cobertura por inmunizaciones BCG</b>   |
| Asociado a              | Resultados  |
|                         | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial  |
| Definición              | Describe el porcentaje de la población de menores a un año que recibieron la dosis de vacuna BCG, su importancia radica en la protección o inmunidad contra la tuberculosis y sus formas graves.  |
| Forma de cálculo        | $R-09c = 100 * \frac{N_{28}}{N_{PM1}}$ <p><math>N_{28}</math> = Número de dosis de vacuna BCG administradas en menores de un año en un período determinado.</p> <p><math>N_{PM1}</math> = Número de menores a un año del mismo período analizado.</p> |
| Fuente                  | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud  |
| Estándar                | - 100%  |
| Tipo                    | Proporción  |
| Unidad                  | Por ciento  |

## Catálogo de Indicadores

| Código del Indicador | R-09d  | <a href="#">T9.1-HQSC</a> |
|----------------------|--|---------------------------|
| Descripción          | <b>(R-09d) Porcentaje de cobertura por inmunizaciones SRP</b>  |                           |
| Asociado a           | Resultados   |                           |
|                      | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial   |                           |
| Definición           | Describe el porcentaje de la población de menores a un año que recibieron la dosis de vacuna triple viral, su importancia radica en la protección o inmunidad contra sarampión, rubéola y paperas.   |                           |
| Forma de cálculo     | $R-09a = 100 * \frac{N_{29}}{N_{PM1}}$ <p><math>N_{29}</math> = Número de dosis de vacuna triple viral (SRP) administradas en menores de un año en un período determinado.</p> <p><math>N_{PM1}</math> = Número de menores a un año del mismo período analizado.</p> |                           |
| Fuente               | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud   |                           |
| Estándar             | - 100%   |                           |
| Tipo                 | Proporción   |                           |
| Unidad               | Por ciento   |                           |

| Catálogo de Indicadores |  |                           |
|-------------------------|--|---------------------------|
| Código del Indicador    | R-10   | <a href="#">T9.2-HQSC</a> |
| Descripción             | <b>(R-10) Número de defunciones por sarampión</b>  |                           |
| Asociado a              | Resultados   |                           |
|                         | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial                                 |                           |
| Definición              | Brinda información del total de muertes registradas, cuya causa básica de muerte seleccionada fue sarampión para un período determinado. |                           |
| Forma de cálculo        | $R-10 = N_{30}$ <p><math>N_{30}</math> = Número de total de defunciones cuya causa fue el sarampión.</p>                                 |                           |
| Fuente                  | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud   |                           |
| Estándar                | 0  |                           |
| Tipo                    | Magnitud absoluta  |                           |
| Unidad                  | Hombres, mujeres   |                           |



## Catálogo de Indicadores

|                      |      |                           |
|----------------------|------|---------------------------|
| Código del Indicador | R-11 | <a href="#">T9.2-HQSC</a> |
|----------------------|------|---------------------------|

|                  |   |
|------------------|---|
| Descripción      | <b>(R-11) Número de casos confirmados de sarampión</b>  |
| Asociado a       | Resultados  |
|                  | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial        |
| Definición       | Brinda información del número de casos de sarampión confirmados por laboratorio durante un período determinado. |
| Forma de cálculo | $R-11 = N_{31}$ <p><math>N_{31}</math> = Número de total de defunciones cuya causa fue el sarampión.</p>        |
| Fuente           | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud  |
| Estándar         | 0   |
| Tipo             | Magnitud absoluta   |
| Unidad           | Hombres, mujeres  |

| Catálogo de Indicadores |   |                           |
|-------------------------|---|---------------------------|
| Código del Indicador    | R-12  | <a href="#">T9.2-HQSC</a> |
| Descripción             | <b>(R-12) Incidencia de tuberculosis</b>  |                           |
| Asociado a              | Resultados  |                           |
|                         | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial  |                           |
| Definición              | Brinda información del número de casos nuevos de tuberculosis registrados en un período determinado.  |                           |
| Forma de cálculo        | $R-12 = 100.000 * \frac{N_{32}}{N_G}$ <p><math>N_{32}</math> = Número de casos de tuberculosis en la población total y en donde la enfermedad ha sido bacteriológicamente confirmada o diagnosticada por una clínica, para un período determinado.</p> <p><math>N_G</math> = Número total de ciudadanos censados en el país</p> |                           |
| Fuente                  | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud  |                           |
| Estándar                |   |                           |
| Tipo                    | Tasa  |                           |
| Unidad                  | Por 100.000 habitantes  |                           |

### Catálogo de Indicadores

|                      |      |                           |
|----------------------|------|---------------------------|
| Código del Indicador | R-13 | <a href="#">T9.2-HQSC</a> |
|----------------------|------|---------------------------|

|  |  |            |  |
|--|--|------------|--|
| Descripción  | <b>(R-13) Incidencia de cólera</b>   |            |  |
| Asociado a   | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="background-color: #cccccc;">Resultados</td> </tr> <tr> <td>Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial</td> </tr> </table> | Resultados | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial |
| Resultados   |  |            |  |
| Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial |  |            |  |
| Definición   | Brinda información del número de casos de cólera registrados durante un período específico.  |            |  |
| Forma de cálculo   | $R-13 = N_{33}$ <p><math>N_{33}</math> = Número de casos de cólera registrados durante un período específico.</p>  |            |  |
| Fuente   | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud   |            |  |
| Estándar   |  |            |  |
| Tipo   | Magnitud absoluta  |            |  |
| Unidad   | Hombres, mujeres   |            |  |

## Catálogo de Indicadores

| Código del Indicador | R-14  | <a href="#">T9.2-HQSC</a> |
|----------------------|---|---------------------------|
| Descripción          | <b>(R-14) Población en riesgo de malaria</b>  |                           |
| Asociado a           | Resultados  |                           |
|                      | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial  |                           |
| Definición           | Brinda información de la proporción de la población residente en áreas de riesgo moderado y alto de transmisión, expresado como porcentaje de la población total del país.  |                           |
| Forma de cálculo     | $R-14 = 100 * \frac{N_{34}}{N_G}$ <p><math>N_{34}</math> = Número de personas residentes en áreas de riesgo moderado y alto de transmisión de malaria.</p> <p><math>N_G</math> = Número total de ciudadanos censados en el país</p> |                           |
| Fuente               | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud  |                           |
| Estándar             |   |                           |
| Tipo                 | Proporción  |                           |
| Unidad               | Por ciento  |                           |

### Catálogo de Indicadores

|                      |  |                           |
|----------------------|--|---------------------------|
| Código del Indicador | R-15   | <a href="#">T9.2-HQSC</a> |
| Descripción          | <b>(R-15) IPA malárico</b>   |                           |
| Asociado a           | Resultados   |                           |
|                      | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial   |                           |
| Definición           | Brinda información de los casos confirmados de malaria en un período determinado.  |                           |
| Forma de cálculo     | $R-15 = 1.000 * \frac{N_{35}}{N_{34}}$ <p><math>N_{35}</math> = Número de casos confirmados de malaria en un período determinado.</p> <p><math>N_{34}</math> = Número de personas residentes en áreas de riesgo moderado y alto de transmisión de malaria para el mismo período de tiempo.</p> |                           |
| Fuente               | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud   |                           |
| Estándar             |  |                           |
| Tipo                 | Proporción   |                           |
| Unidad               | Por 1.000 habitantes   |                           |

| Catálogo de Indicadores |      |                           |
|-------------------------|------|---------------------------|
| Código del Indicador    | R-16 | <a href="#">T9.2-HQSC</a> |

|                  |  |
|------------------|--|
| Descripción      | <b>(R-16) Número de casos de dengue</b>  |
| Asociado a       | Resultados<br>Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial |
| Definición       | Brinda información del número de casos de dengue registrados durante un período específico.                            |
| Forma de cálculo | $R-16 = N_{36}$ <p><math>N_{36}</math> = Número de casos de dengue registrados durante un período específico.</p>      |
| Fuente           | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud   |
| Estándar         |  |
| Tipo             | Magnitud absoluta  |
| Unidad           | Hombres, mujeres   |

**Catálogo de Indicadores**

|                      |      |                           |
|----------------------|------|---------------------------|
| Código del Indicador | R-17 | <a href="#">T9.2-HQSC</a> |
|----------------------|------|---------------------------|

|                  |  |
|------------------|--|
| Descripción      | <b>(R-17) Incidencia de VIH/sida</b>   |
| Asociado a       | <p style="text-align: center;"><b>Resultados</b></p> <p>Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial</p>   |
| Definición       | Brinda información del número de casos nuevos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) registrados en una período específico.   |
| Forma de cálculo | $R-17 = 100.000 * \frac{N_{37}}{N_G}$ <p><math>N_{37}</math> = Número de casos nuevos de VIH/sida en la población total, para un período determinado.</p> <p><math>N_G</math> = Número total de ciudadanos censados en el país</p> |
| Fuente           | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud   |
| Estándar         |  |
| Tipo             | Tasa   |
| Unidad           | Por 100.000 habitantes   |

| Catálogo de Indicadores |  |                           |
|-------------------------|--|---------------------------|
| Código del Indicador    | R-18   | <a href="#">T9.2-HQSC</a> |
| Descripción             | <b>(R-18) Razón hombre:mujer de casos de VIH/sida</b>  |                           |
| Asociado a              | Resultados   |                           |
|                         | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial   |                           |
| Definición              | Brinda información de la relación existente de casos nuevos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/sida) en hombres respecto al número de mujeres, para un período determinado.   |                           |
| Forma de cálculo        | $R-18 = 100.000 * \frac{N_{39}}{N_{40}}$ <p><math>N_{39}</math> = Número de casos nuevos de VIH/sida en la población de hombres, para un período determinado.</p> <p><math>N_{40}</math> = Número de casos nuevos de VIH/sida en la población de mujeres, para un período determinado.</p> |                           |
| Fuente                  | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud   |                           |
| Estándar                |  |                           |
| Tipo                    | Tasa   |                           |
| Unidad                  | Por 100.000 habitantes   |                           |



| Catálogo de Indicadores |  |                           |
|-------------------------|--|---------------------------|
| Código del Indicador    | R-19   | <a href="#">T9.2-HQSC</a> |
| Descripción             | <b>(R-19) Porcentaje de bajo peso al nacer</b>   |                           |
| Asociado a              | Resultados   |                           |
|                         | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial   |                           |
| Definición              | Brinda información acerca del número de nacidos vivos con peso inferior a 2.500 gramos, medido al momento del nacimiento o dentro de las primeras horas de vida, antes de que la significativa pérdida de peso postnatal haya ocurrido, para un período determinado. |                           |
| Forma de cálculo        | $R-19 = 100 * \frac{N_{41}}{N_{NV}}$ <p><math>N_{41}</math> = Número de nacidos vivos con un peso inferior a los 2.500 gramos</p> <p><math>N_{NV}</math> = Número total de nacidos vivos para el mismo período de tiempo.</p>  |                           |
| Fuente                  | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud   |                           |
| Estándar                |  |                           |
| Tipo                    | Proporción   |                           |
| Unidad                  | Por ciento   |                           |

## Catálogo de Indicadores

|                      |       |                           |
|----------------------|-------|---------------------------|
| Código del Indicador | R-20a | <a href="#">T9.3-HQSC</a> |
|----------------------|-------|---------------------------|

|                  |   |
|------------------|---|
| Descripción      | <b>(R-20a) Tasa de mortalidad general</b>   |
| Asociado a       | Resultados  |
|                  | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial  |
| Definición       | Brinda información acerca del número total de defunciones en una población total y/o edad, para un tiempo particular.   |
| Forma de cálculo | $R-20a = 1.000 * \frac{N_{43}}{N_G}$ <p><math>N_{43}</math> = Número de defunciones para un período particular</p> <p><math>N_G</math> = Número total de ciudadanos censados en el país</p> |
| Fuente           | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud  |
| Estándar         |   |
| Tipo             | Tasa  |
| Unidad           | Por 1.000 habitantes  |

### Catálogo de Indicadores

|                      |   |                           |
|----------------------|---|---------------------------|
| Código del Indicador | R-20a1  | <a href="#">T9.3-HQSC</a> |
| Descripción          | <b>(R-20a1) Tasa de mortalidad general de hombres</b>   |                           |
| Asociado a           | Resultados  |                           |
|                      | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial  |                           |
| Definición           | Brinda información acerca del número total de defunciones en una población total de género masculino, para un tiempo particular.  |                           |
| Forma de cálculo     | $R-20a1 = 1.000 * \frac{N_{43H}}{N_G}$ <p><math>N_{43H}</math> = Número de defunciones de hombres para un período particular</p> <p><math>N_G</math> = Número total de ciudadanos censados en el país</p> |                           |
| Fuente               | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud  |                           |
| Estándar             |   |                           |
| Tipo                 | Tasa  |                           |
| Unidad               | Por 1.000 habitantes  |                           |

## Catálogo de Indicadores

|                      |   |                           |
|----------------------|---|---------------------------|
| Código del Indicador | R-20a2  | <a href="#">T9.3-HQSC</a> |
| Descripción          | <b>(R-20a2) Tasa de mortalidad general de mujeres</b>   |                           |
| Asociado a           | Resultados  |                           |
|                      | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial  |                           |
| Definición           | Brinda información acerca del número total de defunciones en una población total de género femenino, para un tiempo particular.   |                           |
| Forma de cálculo     | $R-20a2 = 1.000 * \frac{N_{43M}}{N_G}$ <p><math>N_{43M}</math> = Número de defunciones de mujeres para un período particular</p> <p><math>N_G</math> = Número total de ciudadanos censados en el país</p> |                           |
| Fuente               | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud  |                           |
| Estándar             |   |                           |
| Tipo                 | Tasa  |                           |
| Unidad               | Por 1.000 habitantes  |                           |

## Catálogo de Indicadores

| Código del Indicador | R-20b   | <a href="#">T9.3-HQSC</a> |
|----------------------|---|---------------------------|
| Descripción          | <b>(R-20b) Tasa de mortalidad general por enfermedades transmisibles</b>  |                           |
| Asociado a           | Resultados  |                           |
|                      | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial  |                           |
| Definición           | Brinda información acerca del número total de defunciones debido a enfermedades transmisibles en una población, para un lapso de tiempo particular.   |                           |
| Forma de cálculo     | $R-20b = 10.000 * \frac{N_{44}}{N_G}$ <p><math>N_{44}</math> = Número de defunciones debidas a enfermedades transmisibles para un período particular</p> <p><math>N_G</math> = Número total de ciudadanos censados en el país</p> |                           |
| Fuente               | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud  |                           |
| Estándar             |   |                           |
| Tipo                 | Tasa  |                           |
| Unidad               | Por 10.000 habitantes   |                           |

| Catálogo de Indicadores |  |                           |
|-------------------------|--|---------------------------|
| Código del Indicador    | R-20c  | <a href="#">T9.3-HQSC</a> |
| Descripción             | <b>(R-20c) Tasa de mortalidad general por neoplasias malignas</b>  |                           |
| Asociado a              | Resultados   |                           |
|                         | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial   |                           |
| Definición              | Brinda información acerca del número total de defunciones debido a neoplasias malignas en una población, para un tiempo particular.  |                           |
| Forma de cálculo        | $R-20c = 10.000 * \frac{N_{45}}{N_G}$ <p><math>N_{45}</math> = Número de defunciones debidas a neoplasias malignas para un período particular</p> <p><math>N_G</math> = Número total de ciudadanos censados en el país</p> |                           |
| Fuente                  | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud   |                           |
| Estándar                |  |                           |
| Tipo                    | Tasa   |                           |
| Unidad                  | Por 10.000 habitantes  |                           |

## Catálogo de Indicadores

| Código del Indicador | R-20d  | <a href="#">T9.3-HQSC</a> |
|----------------------|--|---------------------------|
| Descripción          | <b>(R-20d) Tasa de mortalidad general por enfermedades del sistema circulatorio</b>  |                           |
| Asociado a           | Resultados   |                           |
|                      | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial   |                           |
| Definición           | Brinda información acerca del número total de defunciones debido a enfermedades del sistema circulatorio en una población, para un tiempo particular.  |                           |
| Forma de cálculo     | $R-20d = 10.000 * \frac{N_{46}}{N_G}$ <p><math>N_{46}</math> = Número de defunciones debidas a enfermedades del sistema circulatorio para un período particular</p> <p><math>N_G</math> = Número total de ciudadanos censados en el país</p> |                           |
| Fuente               | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud   |                           |
| Estándar             |  |                           |
| Tipo                 | Tasa   |                           |
| Unidad               | Por 10.000 habitantes  |                           |

**Catálogo de Indicadores**

|                      |       |                           |
|----------------------|-------|---------------------------|
| Código del Indicador | R-20e | <a href="#">T9.3-HQSC</a> |
|----------------------|-------|---------------------------|

|                  |  |
|------------------|--|
| Descripción      | <b>(R-20e) Tasa de mortalidad general por causas externas</b>  |
| Asociado a       | Resultados   |
|                  | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial   |
| Definición       | Brinda información acerca del número total de defunciones debido a causas externas en una población, para un tiempo particular.  |
| Forma de cálculo | $R-20b = 10.000 * \frac{N_{47}}{N_G}$ <p><math>N_{47}</math> = Número de defunciones debidas a causas externas para un período particular</p> <p><math>N_G</math> = Número total de ciudadanos censados en el país</p> |
| Fuente           | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud   |
| Estándar         |  |
| Tipo             | Tasa   |
| Unidad           | Por 10.000 habitantes  |



## Catálogo de Indicadores

|                      |       |                           |
|----------------------|-------|---------------------------|
| Código del Indicador | R-20f | <a href="#">T9.3-HQSC</a> |
|----------------------|-------|---------------------------|

|                  |   |
|------------------|---|
| Descripción      | <b>(R-20f) Tasa de mortalidad general por otras enfermedades</b>  |
| Asociado a       | Resultados  |
|                  | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial  |
| Definición       | Brinda información acerca del número total de defunciones debido a otras enfermedades en una población, para un tiempo particular.  |
| Forma de cálculo | $R-20b = 10.000 * \frac{N_{48}}{N_G}$ <p><math>N_{48}</math> = Número de defunciones debidas a otras enfermedades para un período particular</p> <p><math>N_G</math> = Número total de ciudadanos censados en el país</p> |
| Fuente           | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud  |
| Estándar         |   |
| Tipo             | Tasa  |
| Unidad           | Por 10.000 habitantes   |

| Catálogo de Indicadores |   |                           |
|-------------------------|---|---------------------------|
| Código del Indicador    | R-21  | <a href="#">T9.3-HQSC</a> |
| Descripción             | <b>(R-21) Tasa de mortalidad materna</b>  |                           |
| Asociado a              | Resultados  |                           |
|                         | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial  |                           |
| Definición              | Brinda información acerca del número total de defunciones de mujeres embarazadas o que hayan estado embarazadas en las últimas seis semanas respecto del total de nacidos vivos, para un tiempo particular.   |                           |
| Forma de cálculo        | $R-21 = 10.000 * \frac{N_{49}}{N_{NV}}$ <p><math>N_{49}</math> = Número de defunciones de mujeres embarazadas o que hayan estado embarazadas en las últimas seis semanas para un período particular de tiempo.</p> <p><math>N_{NV}</math> = Número total de nacidos vivos para el mismo período de tiempo</p> |                           |
| Fuente                  | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud  |                           |
| Estándar                |   |                           |
| Tipo                    | Tasa  |                           |
| Unidad                  | Por 10.000 habitantes   |                           |

| Catálogo de Indicadores |   |                           |
|-------------------------|---|---------------------------|
| Código del Indicador    | R-22a   | <a href="#">T9.3-HQSC</a> |
| Descripción             | <b>(R-22a) Tasa de mortalidad infantil</b>  |                           |
| Asociado a              | Resultados  |                           |
|                         | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial  |                           |
| Definición              | Brinda información acerca del número total de defunciones de menores de un año de edad en un período determinado y el número de nacidos vivos en el mismo período.  |                           |
| Forma de cálculo        | $R-22a = 10.000 * \frac{N_{50}}{N_{NV}}$ <p><math>N_{50}</math> = Número de defunciones de menores de un año de edad para un período particular de tiempo.</p> <p><math>N_{NV}</math> = Número total de nacidos vivos para el mismo período de tiempo</p> |                           |
| Fuente                  | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud  |                           |
| Estándar                |   |                           |
| Tipo                    | Tasa  |                           |
| Unidad                  | Por 10.000 nacidos vivos  |                           |

| Catálogo de Indicadores |   |                           |
|-------------------------|---|---------------------------|
| Código del Indicador    | R-22b   | <a href="#">T9.3-HQSC</a> |
| Descripción             | <b>(R-22b) Tasa de mortalidad infantil en período perinatal</b>   |                           |
| Asociado a              | Resultados  |                           |
|                         | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial  |                           |
| Definición              | Brinda información acerca del número total de defunciones de menores de un año de edad debido a afecciones originadas en el período perinatal, para un período determinado y el número de nacidos vivos en el mismo período.  |                           |
| Forma de cálculo        | $R-22b = 10.000 * \frac{N_{51}}{N_{NV}}$ <p><math>N_{51}</math> = Número de defunciones de menores de un año de edad debido a afecciones originadas en el período perinatal, para un período particular de tiempo.</p> <p><math>N_{NV}</math> = Número total de nacidos vivos para el mismo período de tiempo</p> |                           |
| Fuente                  | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud  |                           |
| Estándar                |   |                           |
| Tipo                    | Tasa  |                           |
| Unidad                  | Por 10.000 nacidos vivos  |                           |

## Catálogo de Indicadores

| Código del Indicador | R-22c   | <a href="#">T9.3-HQSC</a> |
|----------------------|---|---------------------------|
| Descripción          | <b>(R-22c) Tasa de mortalidad infantil debido a malformaciones congénitas</b>   |                           |
| Asociado a           | Resultados  |                           |
|                      | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial  |                           |
| Definición           | Brinda información acerca del número total de defunciones de menores de un año de edad debido a malformaciones congénitas, para un período determinado y el número de nacidos vivos en el mismo período.  |                           |
| Forma de cálculo     | $R-22c = 10.000 * \frac{N_{52}}{N_{NV}}$ <p><math>N_{52}</math> = Número de defunciones de menores de un año de edad debido a malformaciones congénitas, para un período particular de tiempo.</p> <p><math>N_{NV}</math> = Número total de nacidos vivos para el mismo período de tiempo</p> |                           |
| Fuente               | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud  |                           |
| Estándar             |   |                           |
| Tipo                 | Tasa  |                           |
| Unidad               | Por 10.000 nacidos vivos  |                           |

### Catálogo de Indicadores

| Código del Indicador | R-22d  | <a href="#">T9.3-HQSC</a> |
|----------------------|--|---------------------------|
| Descripción          | <b>(R-22d) Tasa de mortalidad infantil debido a enfermedades transmisibles</b>   |                           |
| Asociado a           | Resultados   |                           |
|                      | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial   |                           |
| Definición           | Brinda información acerca del número total de defunciones de menores de un año de edad debido a enfermedades transmisibles, para un período determinado y el número de nacidos vivos en el mismo período.  |                           |
| Forma de cálculo     | $R-22d = 10.000 * \frac{N_{53}}{N_{NV}}$ <p><math>N_{53}</math> = Número de defunciones de menores de un año de edad debido a enfermedades transmisibles, para un período particular de tiempo.</p> <p><math>N_{NV}</math> = Número total de nacidos vivos para el mismo período de tiempo</p> |                           |
| Fuente               | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud   |                           |
| Estándar             |  |                           |
| Tipo                 | Tasa   |                           |
| Unidad               | Por 10.000 nacidos vivos   |                           |

**Catálogo de Indicadores**

|                      |       |                           |
|----------------------|-------|---------------------------|
| Código del Indicador | R-22e | <a href="#">T9.3-HQSC</a> |
|----------------------|-------|---------------------------|

|                  |   |
|------------------|---|
| Descripción      | <b>(R-22e) Tasa de mortalidad infantil debido a enfermedades del sistema circulatorio</b>   |
| Asociado a       | Resultados<br><br>Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial  |
| Definición       | Brinda información acerca del número total de defunciones de menores de un año de edad debido a enfermedades del sistema circulatorio, para un período determinado y el número de nacidos vivos en el mismo período.  |
| Forma de cálculo | $R-22e = 10.000 * \frac{N_{54}}{N_{NV}}$ <p><math>N_{54}</math> = Número de defunciones de menores de un año de edad debido a enfermedades del sistema circulatorio, para un período particular de tiempo.</p> <p><math>N_{NV}</math> = Número total de nacidos vivos para el mismo período de tiempo</p> |
| Fuente           | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud  |
| Estándar         |   |
| Tipo             | Tasa  |
| Unidad           | Por 10.000 nacidos vivos  |

**Catálogo de Indicadores**

|                      |       |                           |
|----------------------|-------|---------------------------|
| Código del Indicador | R-22f | <a href="#">T9.3-HQSC</a> |
|----------------------|-------|---------------------------|

|                  |   |
|------------------|---|
| Descripción      | <b>(R-22f) Tasa de mortalidad infantil debido a neoplasias malignas</b>   |
| Asociado a       | Resultados<br><br>Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial  |
| Definición       | Brinda información acerca del número total de defunciones de menores de un año de edad debido a neoplasias malignas, para un período determinado y el número de nacidos vivos en el mismo período.  |
| Forma de cálculo | $R-22f = 10.000 * \frac{N_{55}}{N_{NV}}$ <p><math>N_{55}</math> = Número de defunciones de menores de un año de edad debido a neoplasias malignas, para un período particular de tiempo.</p> <p><math>N_{NV}</math> = Número total de nacidos vivos para el mismo período de tiempo</p> |
| Fuente           | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud  |
| Estándar         |   |
| Tipo             | Tasa  |
| Unidad           | Por 10.000 nacidos vivos  |



### Catálogo de Indicadores

|                      |       |                           |
|----------------------|-------|---------------------------|
| Código del Indicador | R-22g | <a href="#">T9.3-HQSC</a> |
|----------------------|-------|---------------------------|

|                  |   |
|------------------|---|
| Descripción      | <b>(R-22g) Tasa de mortalidad infantil debido a causas externas</b>   |
| Asociado a       | Resultados<br><br>Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial  |
| Definición       | Brinda información acerca del número total de defunciones de menores de un año de edad debido a causas externas, para un período determinado y el número de nacidos vivos en el mismo período.  |
| Forma de cálculo | $R-22g = 10.000 * \frac{N_{56}}{N_{NV}}$ <p><math>N_{56}</math> = Número de defunciones de menores de un año de edad debido a causas externas, para un período particular de tiempo.</p> <p><math>N_{NV}</math> = Número total de nacidos vivos para el mismo período de tiempo</p> |
| Fuente           | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud  |
| Estándar         |   |
| Tipo             | Tasa  |
| Unidad           | Por 10.000 nacidos vivos  |

## Catálogo de Indicadores

| Código del Indicador | R-22h  | <a href="#">T9.3-HQSC</a> |
|----------------------|--|---------------------------|
| Descripción          | <b>(R-22h) Tasa de mortalidad infantil debido a otras causas</b>   |                           |
| Asociado a           | Resultados   |                           |
|                      | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial   |                           |
| Definición           | Brinda información acerca del número total de defunciones de menores de un año de edad debido a otras causas, para un período determinado y el número de nacidos vivos en el mismo período.  |                           |
| Forma de cálculo     | $R-22h = 10.000 * \frac{N_{57}}{N_{NV}}$ <p><math>N_{57}</math> = Número de defunciones de menores de un año de edad debido a otras causas, para un período particular de tiempo.</p> <p><math>N_{NV}</math> = Número total de nacidos vivos para el mismo período de tiempo</p> |                           |
| Fuente               | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud   |                           |
| Estándar             |  |                           |
| Tipo                 | Tasa   |                           |
| Unidad               | Por 10.000 nacidos vivos   |                           |

| Catálogo de Indicadores |  |                           |
|-------------------------|--|---------------------------|
| Código del Indicador    | R-23a  | <a href="#">T9.3-HQSC</a> |
| Descripción             | <b>(R-23a) Años de vida potencialmente perdidos por enfermedades transmisibles</b>   |                           |
| Asociado a              | Resultados   |                           |
|                         | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial   |                           |
| Definición              | Brinda información acerca del impacto que generan las enfermedades transmisibles en términos del número de años de vida perdidas por muerte prematura o por discapacidad para un período determinado.  |                           |
| Forma de cálculo        | $R-23a^{24} = \sum_{x=0}^{80} \left[ 79 - \left( L_{inf} + \frac{A}{2} \right) \right] d_{x1}$ <p><math>d_{x1}</math> = Número de defunciones debido a enfermedades transmisibles, para un período particular de tiempo.</p> <p><math>L_{inf}</math> = Límite inferior de cada grupo de edad</p> <p>A = Amplitud de cada grupo de edad</p> |                           |
| Fuente                  | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud   |                           |
| Estándar                |  |                           |
| Tipo                    | Tasa   |                           |
| Unidad                  | Por 10.000 nacidos vivos   |                           |

<sup>24</sup> Se toma el valor de 79, como años de esperanza de vida, Ministerio de Salud Costa Rica, 2010.

| Catálogo de Indicadores |   |                           |
|-------------------------|---|---------------------------|
| Código del Indicador    | R-23b   | <a href="#">T9.3-HQSC</a> |
| Descripción             | <b>(R-23b) Años de vida potencialmente perdidos por neoplasias malignas</b>   |                           |
| Asociado a              | Resultados  |                           |
|                         | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial  |                           |
| Definición              | Brinda información acerca del impacto que generan las neoplasias malignas en términos del número de años de vida perdidas por muerte prematura o por discapacidad para un período determinado.  |                           |
| Forma de cálculo        | $R-23b^{25} = \sum_{x=0}^{80} \left[ 79 - \left( L_{inf} + \frac{A}{2} \right) \right] d_{x2}$ <p><math>d_{x2}</math> = Número de defunciones debido a neoplasias malignas, para un período particular de tiempo.</p> <p><math>L_{inf}</math> = Límite inferior de cada grupo de edad</p> <p>A = Amplitud de cada grupo de edad</p> |                           |
| Fuente                  | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud  |                           |
| Estándar                |   |                           |
| Tipo                    | Tasa  |                           |
| Unidad                  | Por 10.000 nacidos vivos  |                           |

<sup>25</sup> Se toma el valor de 79, como años de esperanza de vida, Ministerio de Salud Costa Rica, 2010.

| Catálogo de Indicadores |   |                           |
|-------------------------|---|---------------------------|
| Código del Indicador    | R-23c   | <a href="#">T9.3-HQSC</a> |
| Descripción             | <b>(R-23c) Años de vida potencialmente perdidos por enfermedades del sistema circulatorio</b>   |                           |
| Asociado a              | Resultados  |                           |
|                         | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial  |                           |
| Definición              | Brinda información acerca del impacto que generan las enfermedades del sistema circulatorio en términos del número de años de vida perdidas por muerte prematura o por discapacidad para un período determinado.  |                           |
| Forma de cálculo        | $R-23b^{26} = \sum_{x=0}^{80} \left[ 79 - \left( L_{inf} + \frac{A}{2} \right) \right] d_{x3}$ <p><math>d_{x3}</math> = Número de defunciones debido a enfermedades del sistema circulatorio, para un período particular de tiempo.</p> <p><math>L_{inf}</math> = Límite inferior de cada grupo de edad</p> <p>A = Amplitud de cada grupo de edad</p> |                           |
| Fuente                  | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud  |                           |
| Estándar                |   |                           |
| Tipo                    | Tasa  |                           |
| Unidad                  | Por 10.000 nacidos vivos  |                           |

<sup>26</sup> Se toma el valor de 79, como años de esperanza de vida, Ministerio de Salud Costa Rica, 2010.

| Catálogo de Indicadores |   |                           |
|-------------------------|---|---------------------------|
| Código del Indicador    | R-23d   | <a href="#">T9.3-HQSC</a> |
| Descripción             | <b>(R-23d) Años de vida potencialmente perdidos por causas externas</b>   |                           |
| Asociado a              | Resultados  |                           |
|                         | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial  |                           |
| Definición              | Brinda información acerca del impacto que generan las causas externas en términos del número de años de vida perdidos por muerte prematura o por discapacidad para un período determinado.  |                           |
| Forma de cálculo        | $R-23b^{27} = \sum_{x=0}^{80} \left[ 79 - \left( L_{inf} + \frac{A}{2} \right) \right] d_{x4}$ <p><math>d_{x4}</math> = Número de defunciones debido a causas externas, para un período particular de tiempo.</p> <p><math>L_{inf}</math> = Límite inferior de cada grupo de edad</p> <p>A = Amplitud de cada grupo de edad</p> |                           |
| Fuente                  | - Estadísticas Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud  |                           |
| Estándar                |   |                           |
| Tipo                    | Tasa  |                           |
| Unidad                  | Por 10.000 nacidos vivos  |                           |

<sup>27</sup> Se toma el valor de 79, como años de esperanza de vida, Ministerio de Salud Costa Rica, 2010.

| Catálogo de Indicadores |   |                           |
|-------------------------|---|---------------------------|
| Código del Indicador    | R-24  | <a href="#">T9.4-HQSC</a> |
| Descripción             | <b>(R-24) Úlceras por presión</b>   |                           |
| Asociado a              | Resultados  |                           |
|                         | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial  |                           |
| Definición              | Se define como lesiones isquémicas <sup>28</sup> que se producen por hipoxia celular <sup>29</sup> debido a una prolongada presión.   |                           |
| Forma de cálculo        | $R-24 = 100 * \frac{P_U}{P_{TH}}$ <p><math>P_U</math> = Número de pacientes que desarrollan úlceras por lesión</p> <p><math>P_{TH}</math> = Número total de pacientes hospitalizados estudiados</p> |                           |
| Fuente                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Historia clínica</li> <li>- Registros de enfermería</li> </ul>   |                           |
| Estándar                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes con riesgo: menor al 15%</li> <li>- Pacientes sin riesgo: menor al 5%</li> </ul>   |                           |
| Tipo                    | Proporción  |                           |
| Unidad                  | Por ciento  |                           |

<sup>28</sup>Consiste en la lesión de un tejido por falta de irrigación sanguínea.

<sup>29</sup> La hipoxia celular ocurre cuando la presión de oxígeno en los capilares es tan baja, que es insuficiente para aportar oxígeno para las necesidades fisiológicas.

| Catálogo de Indicadores |      |                           |
|-------------------------|------|---------------------------|
| Código del Indicador    | R-25 | <a href="#">T9.4-HQSC</a> |

|                  |   |
|------------------|---|
| Descripción      | <b>(R-25) Flebitis postcateterización</b>   |
| Asociado a       | Resultados<br><br>Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial  |
| Definición       | Se define como la inflamación de una vena como consecuencia de la inserción de un catéter o el paso de un agente irritante.   |
| Forma de cálculo | $R-25 = 100 * \frac{P_U}{P_{TI}}$ <p><math>P_U</math> = Número de pacientes que desarrollan flebitis postcateterización</p> <p><math>P_{TI}</math> = Número total de pacientes hospitalizados estudiados sometidos a terapias de tipo intravenoso</p> |
| Fuente           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Historia clínica</li> <li>- Registros de enfermería</li> </ul>   |
| Estándar         | - Menor al 15%  |
| Tipo             | Proporción  |
| Unidad           | Por ciento  |



| Catálogo de Indicadores |  |                           |
|-------------------------|--|---------------------------|
| Código del Indicador    | R-26   | <a href="#">T9.4-HQSC</a> |
| Descripción             | <b>(R-26) Errores en la medicación</b>   |                           |
| Asociado a              | Resultados   |                           |
|                         | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial   |                           |
| Definición              | Se define como cualquier anomalía que se produzca como resultado de la administración de un fármaco, dosis, vía de administración, horarios, tiempo de administración, entre otros.  |                           |
| Forma de cálculo        | $R-26 = 100 * \frac{P_{EM}}{P_{TM}}$ <p><math>P_{EM}</math> = Número de pacientes que padecen errores debido a la administración de medicamentos</p> <p><math>P_{TM}</math> = Número total de pacientes medicados estudiados</p> |                           |
| Fuente                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Historia clínica</li> <li>- Registros de enfermería</li> </ul>  |                           |
| Estándar                | - Menor al 5%  |                           |
| Tipo                    | Proporción   |                           |
| Unidad                  | Por ciento   |                           |

| Catálogo de Indicadores |  |                           |
|-------------------------|--|---------------------------|
| Código del Indicador    | R-27   | <a href="#">T9.4-HQSC</a> |
| Descripción             | <b>(R-27) Supervisión de medicamentos</b>  |                           |
| Asociado a              | Resultados   |                           |
|                         | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial   |                           |
| Definición              | Brinda información relativa a fármacos tributarios de monitorización de niveles plasmáticos para la individualización de la dosis, debido a que éstos pueden presentar un estrecho margen terapéutico. Estos fármacos a los que se hace referencia son fundamentalmente: dioxinas <sup>30</sup> , teofilinas <sup>31</sup> , fenitoínas <sup>32</sup> , litios <sup>33</sup> . |                           |
| Forma de cálculo        | $R-26 = 100 * \frac{P_{EM}}{P_{TM}}$ <p>P<sub>EM</sub> = Número de pacientes que padecen errores debido a la administración de medicamentos<br/> P<sub>TM</sub> = Número total de pacientes medicados estudiados</p>   |                           |
| Fuente                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Historia clínica</li> <li>- Registros de enfermería</li> </ul>  |                           |
| Estándar                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menor al 5%</li> </ul>  |                           |
| Tipo                    | Proporción   |                           |
| Unidad                  | Por ciento   |                           |

<sup>30</sup> Las dioxinas forman parte de un grupo grande de compuestos estructuralmente relacionados, son el resultado de la mayor parte de los procesos industriales, y se encuentran presentes en todos los seres humanos. Los niveles más altos se detectan generalmente en las personas que viven en los países más industrializados, y se han asociado a algunos tipos de cáncer, sistema inmunológico, efectos adversos en la reproducción, entre otros.

<sup>31</sup> Las teofilinas producen estimulación del sistema nervioso central y son broncodilatadores, se utilizan para tratar el asma bronquial, en prevención y tratamiento; también se utiliza en los estados broncoespásticos reversibles asociados a bronquitis crónica o el enfisema.

<sup>32</sup> Las fenotiazinas se utilizan para tratar enfermedades nerviosas, mentales y emocionales. Algunos también se usan para controlar la ansiedad o agitación en ciertos pacientes, las náuseas y vómitos muy fuertes, el hipo muy fuerte y el dolor moderado a muy fuerte.

<sup>33</sup> Son fármacos utilizados con mayor asiduidad en el tratamiento del trastorno bipolar.

## Catálogo de Indicadores

|                      |      |                           |
|----------------------|------|---------------------------|
| Código del Indicador | R-28 | <a href="#">T9.5-HQSC</a> |
|----------------------|------|---------------------------|

|                  |  |
|------------------|--|
| Descripción      | <b>(R-28) Consentimiento informado</b>   |
| Asociado a       | Resultados   |
|                  | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial   |
| Definición       | Se define como el consentimiento otorgado de manera voluntaria por un sujeto o una persona responsable de él, para participar en una investigación, régimen de tratamiento u intervención quirúrgica, tras haber sido notificado del propósito, métodos, procedimientos, alternativas, ventajas y riesgos inherentes. Es la explicación a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos recomendados para solicitarle su autorización. |
| Forma de cálculo | $R-28 = 100 * \frac{P_A}{P_T}$ <p><math>P_A</math> = Número de pacientes que autorizan por escrito la intervención.</p> <p><math>P_T</math> = Número total de pacientes revisados que son sometidos a procedimientos que requieren el consentimiento</p>   |
| Fuente           | - Historia clínica   |
| Estándar         | 100%   |
| Tipo             | Proporción   |
| Unidad           | Por ciento   |

| Catálogo de Indicadores |  |                           |
|-------------------------|--|---------------------------|
| Código del Indicador    | R-29   | <a href="#">T9.5-HQSC</a> |
| Descripción             | <b>(R-29) Calidad de la Historia Clínica del Paciente</b>  |                           |
| Asociado a              | Resultados   |                           |
|                         | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial   |                           |
| Definición              | Se define como la correcta cumplimentación de los siguientes registros: Anamnesis y exploración física, evolución, órdenes médicas, hojas de interconsultas, informe de exploraciones complementarias, gráficas clínicas, evolución y planificación de cuidados de enfermería, informe de alta y cualquier otro documento que el proceso asistencial requiera. Todos los documentos deben contener los datos de identificación del paciente, estar actualizados, con escritura legible y firmados por el profesional de salud responsable. |                           |
| Forma de cálculo        | $R-29 = 100 * \frac{H_C}{H_T}$ <p><math>H_C</math> = Número de historias clínicas que cumplan los criterios de calidad<sup>34</sup></p> <p><math>H_T</math> = Número total de historias clínicas revisadas</p>   |                           |
| Fuente                  | - Historia clínica   |                           |
| Estándar                | 100%   |                           |
| Tipo                    | Proporción   |                           |
| Unidad                  | Por ciento   |                           |

<sup>34</sup> Según la definición del indicador

## Catálogo de Indicadores

| Código del Indicador | R-30  | <a href="#">T9.5-HQSC</a> |
|----------------------|---|---------------------------|
| Descripción          | <b>(R-30) Pacientes que reingresan urgentes por la misma categoría diagnosticada</b>  |                           |
| Asociado a           | Resultados  |                           |
|                      | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial  |                           |
| Definición           | Brinda información de la cantidad de pacientes que reingresan de manera urgente por el mismo diagnóstico por el que fue dado de alta.   |                           |
| Forma de cálculo     | $R-30 = 100 * \frac{R_P}{P_{DA}}$ <p><math>R_P</math> = Número de pacientes que reingresan con el mismo diagnóstico de su alta</p> <p><math>P_{DA}</math> = Número total de pacientes dados de alta</p> |                           |
| Fuente               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Historia clínica</li> <li>- Registros de altas e ingresos</li> </ul>   |                           |
| Estándar             | Menor al 2%   |                           |
| Tipo                 | Proporción  |                           |
| Unidad               | Por ciento  |                           |

## Catálogo de Indicadores

|                      |      |                           |
|----------------------|------|---------------------------|
| Código del Indicador | R-31 | <a href="#">T9.6-HQSC</a> |
|----------------------|------|---------------------------|

|                  |  |
|------------------|--|
| Descripción      | <b>(R-31) Desviación del presupuesto económico del centro de salud</b>   |
| Asociado a       | Resultados   |
|                  | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial   |
| Definición       | Hace referencia a la concordancia existente entre el presupuesto asignado y el gasto incurrido.  |
| Forma de cálculo | $R-31 = 100 * \frac{B_A}{C_I}$ <p><math>B_A</math> = Presupuesto asignado para el centro de salud para un período determinado</p> <p><math>C_I</math> = Costo incurrido por el Centro de Salud para el mismo período</p> |
| Fuente           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe anual de costos</li> <li>- Presupuesto anual</li> </ul>   |
| Estándar         | 100%   |
| Tipo             | Proporción   |
| Unidad           | Por ciento   |

**Catálogo de Indicadores**

|                      |      |                           |
|----------------------|------|---------------------------|
| Código del Indicador | R-32 | <a href="#">T9.6-HQSC</a> |
|----------------------|------|---------------------------|

|                  |   |
|------------------|---|
| Descripción      | <b>(R-32) Desviación del presupuesto económico del centro de salud de acuerdo con el centro de costos</b>   |
| Asociado a       | Resultados<br><br>Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial  |
| Definición       | Hace referencia a la concordancia existente entre el presupuesto asignado y el gasto incurrido del Centro de Salud, de acuerdo con el centro de costos.   |
| Forma de cálculo | $R-31 = 100 * \frac{B_{ACC}}{C_{ICC}}$ <p><math>B_{ACC}</math> = Presupuesto asignado para el centro de salud para un período determinado, de acuerdo con los diferentes centros de costos</p> <p><math>C_{ICC}</math> = Costo incurrido por el Centro de Salud de acuerdo con el centro de costos, para el mismo período</p> |
| Fuente           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe anual de costos</li> <li>- Presupuesto anual</li> </ul>  |
| Estándar         | 100%  |
| Tipo             | Proporción  |
| Unidad           | Por ciento  |

| Catálogo de Indicadores |  |                           |
|-------------------------|--|---------------------------|
| Código del Indicador    | R-33   | <a href="#">T9.6-HQSC</a> |
| Descripción             | <b>(R-33) Costo por unidad de producción hospitalaria</b>  |                           |
| Asociado a              | Resultados   |                           |
|                         | Logros que está alcanzando la Institución en relación con a su rendimiento, fundamentalmente asistencial |                           |
| Definición              | Hace referencia al costo de unidad de producción hospitalaria.   |                           |
| Forma de cálculo        | Costo por unidad de producción hospitalaria  |                           |
| Fuente                  | - Libro de costos del Centro de Salud  |                           |
| Estándar                | Menor al Costo Estándar por Unidad de producción hospitalaria  |                           |
| Tipo                    | Proporción   |                           |
| Unidad                  | Magnitud absoluta  |                           |